

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

**АНАНЬЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ — 2013**  
**ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

22–24 октября 2013 года

*Ответственный редактор*  
*О.Ю. Щелкова*

Скифия-принт  
Санкт-Петербург  
2013

**Редакционная коллегия:**

проф. *О.Ю. Щелкова* (отв. редактор), проф. *Л.И. Вассерман*, проф. *В.Д. Балин*, доц. *Р.А. Березовская*, проф. *В.М. Бызова*, доц. *С.В. Горбатов*, проф. *О.И. Даниленко*, доц. *И.Б. Дерманова*, доц. *М.Н. Ильина*, доц. *Г.Л. Исурина*, доц. *А.Е. Ловягина*, доц. *Е.И. Петанова*, проф. *А.Л. Свенцицкий*, доц. *Р.В. Скочилов*, доц. *А.В. Трусова*.

*Печатается по решению  
Ученого совета факультета психологии  
С.-Петербургского государственного университета*

**А64 Ананьевские чтения — 2013. Психология в здравоохранении:**  
Материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 г. / Отв. ред.  
О.Ю. Щелкова. — СПб.: Скифия-принт. — 598 с.  
ISBN 978-5-98620-103-0

Материалы сборника освещают современные методологические, теоретические и прикладные проблемы психологии в медицине и здравоохранении. Актуальность этих вопросов обусловлена активным развитием этой отрасли психологии, потребностью общества в психологическом обосновании новаций в сфере медицины и здравоохранения, а так же психологическом обеспечении лечебного и реабилитационного процессов.

Особое внимание уделяется научно обоснованным подходам к профилактике психических и психосоматических заболеваний, девиантных и саморазрушающих форм поведения, особенно среди молодежи, а также вопросам коррекционной педагогики и социальной помощи населению.

**ББК 88.3**

*Издание материалов научной конференции осуществлено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 13-06-14085.*

# СОДЕРЖАНИЕ

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

<i>Алексеева Ю.П., Каиштанова Т.В.</i> Взаимосвязь уровня прокрастинации и временной перспективы у студентов-медиков . . . . .	21
<i>Андреева Е.В., Алёхин А.Н., Трифонова Е.А.</i> Адаптация к болезни в клинической динамике легочной артериальной гипертензии. . . . .	23
<i>Бахтин И.С., Егоров А.Ю.</i> Личностные особенности курсантов группы риска развития аддиктивных расстройств . . . . .	25
<i>Беляева С.И.</i> Психологические характеристики матерей подростков с делинквентным поведением . . . . .	26
<i>Гоженко А.В., Васьковская С.В.</i> Психологические защиты и жизнестойкость людей с невротическими расстройствами . . . . .	28
<i>Ершов Б.Б.</i> Исполнительские функции и зрительно-моторная память при депрессии . . . . .	30
<i>Исурина Г.Л.</i> Групповые методы в клинической психологии . . . . .	32
<i>Кедровская А.С., Корнетов А.Н.</i> Влияние эмоциональной нестабильности на суицидальный риск клинических психологов . . . . .	34
<i>Колпаков Я.В.</i> Мотивационный уровень ВКБ как предмет исследования в клинической психологии. . . . .	36
<i>Коршунов Н.И., Яльцева Н.В., Филатова Ю.С.</i> Конструктивная конфликтность и взаимоотношения в диаде «врач — больной» . . . . .	38
<i>Крештапова М.А., Мохов В.А.</i> Взаимоотношения родителей и старших дошкольников, страдающих острым лейкозом . . . . .	40
<i>Кузнецов И.В.</i> Психологические аспекты дифференциации бредовых и сверхценных образований . . . . .	41
<i>Куканов А.А., Фанталова Е.Б.</i> Характеристика мотивационно-личностной сферы у женщин с депрессиями . . . . .	43
<i>Куликова О.С., Серебрякова Р.О.</i> Некоторые качественные особенности социальной дезадаптации больных шизофренией . . . . .	45

<i>Лебедева Г.Г.</i> Когнитивный дефицит при первом психотическом эпизоде. . . . .	47
<i>Лим А.В., Лысенко И.С.</i> Актуальные внутриличностные конфликты у больных с невротическими расстройствами . . . . .	48
<i>Макогон И.К., Ениколопов С.Н.</i> Моральные эмоции в структуре предменструального синдрома. . . . .	50
<i>Малкова Е.Е.</i> Тревога как ресурс адаптивного развития личности . . . . .	52
<i>Маллаев Д.М.</i> Психологическая помощь в преодолении боевого стресса у военнослужащих. . . . .	54
<i>Мелёхин А.И., Сенкевич Л.В.</i> Исследования восприятия времени больными шизофренией в клинической психологии. . . . .	56
<i>Новожилова М.Ю.</i> Типология совладающего поведения у лиц опасных профессий. . . . .	58
<i>Одинцова В.В., Дмитриева В.А.</i> Психологические аспекты взаимодействия врача и пациента: ситуационный подход . . . . .	60
<i>Павлова А.А., Березанцева М.С., Кувалдина М.Б.</i> Автоматическая и контролируемая обработка информации у больных шизофренией. . . . .	62
<i>Петрова Е.Н., Карпова Э.Б.</i> Травматический опыт в жизненном нарративе у пациентов с расстройством адаптации . . . . .	63
<i>Плетенёва М.В., Мухамедрахимов Р.Ж.</i> Взаимодействие матерей и детей, принятых в семью из домов ребенка. . . . .	65
<i>Проскурня А.С., Завязкина Н.В.</i> Перфекционизм как одна из причин возникновения депрессивных и тревожных расстройств. . . . .	67
<i>Селин А.В.</i> Жизненный путь личности в ситуации соматического заболевания . . . . .	68
<i>Соловьева С.Л.</i> Эмоциональный баланс как критерий психодиагностики психосоматических расстройств . . . . .	71
<i>Тагильцева А.В.</i> Выраженность депрессии и когнитивные нарушения при аффективных расстройствах. . . . .	73
<i>Тромбчиньски П.К., Мирошниченко О.Г.</i> Выраженность невротических черт у больных и здоровых женщин в РФ и Польше . . . . .	74
<i>Чердникава Т.В., Вассерман Л.И.</i> Значение информационной теории психики Л.М. Веккера для детской нейропсихологии. . . . .	76
<i>Шипкова К.М.</i> Отношение к себе и своей болезни больных с локальными поражениями мозга . . . . .	78

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИИ (Роль нейрофизиологических процессов в механизмах психических явлений в норме и патологии)**

<i>Балин В.Д.</i> Дифференциальный подход к проблеме классификации психологического знания . . . . .	81
<i>Балин В.Д., Гобунова О.П.</i> Свойства нервной системы: новая трактовка старых понятий . . . . .	83
<i>Гибадулин Т.В., Борисов А.М.</i> Характеристика динамики порогов восприятия . . . . .	85
<i>Горбачева М.В., Кузнецова Т.Г.</i> Изменение корреляционных связей ЭЭГ у детей 6–7 лет при достижении цели . . . . .	87
<i>Дашков И.М., Курганский Н.А.</i> О соотношении фазовых и амплитудных характеристик циклической активности . . . . .	89
<i>Душабаев З.Р. Б.Г. Ананьев</i> о соотношении психических и физиологических процессов. . . . .	90
<i>Журин Е.А., Зайцева В.Б., Кобаль М.М.</i> Сравнение коммуникативной эффективности мимического и вербального канала . . . . .	92
<i>Замесина Д.И., Мухамедрахимов Р.Ж., Никитин Н.И.</i> Пространственная слуховая ориентация у детей в раннем возрасте . . . . .	93
<i>Кузнецова Т.Г., Голубева И.Ю.</i> Выбор по образцу различных объектов у детей в возрастном аспекте. . . . .	95
<i>Куцырева М.А.</i> Ситуативная речь как показатель эмоционального состояния человека . . . . .	97
<i>Павлов К.И., Павлова Ю.И., Дмитриева Е.В.</i> Изучение взаимосвязей конституции с экологическими факторами . . . . .	99
<i>Реброва Н.П.</i> Профиль межполушарной асимметрии и школьная адаптация первоклассников . . . . .	101
<i>Семьяшкин А.А.</i> Взаимосвязь когнитивных стилей и темперамента: психофизиологический анализ. . . . .	103
<i>Слезин В.Б., Корсакова Е.А.</i> Влияние качества освещения на психосоматику оператора. . . . .	105
<i>Смирнова С.И.</i> Особенности психомоторного развития дошкольников с синдромом дефицита внимания . . . . .	106
<i>Сопов М.С., ЩербакOVA О.В.</i> Информационные пороги опознания словесных стимулов. . . . .	108
<i>Шулекина Ю.А.</i> Алгоритмы мозговой деятельности как основа обеспечения речи в норме и патологии . . . . .	110

## **ПРИРОДА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ**

<i>Беляева Е.Н., Цуринова Е.А., Попов С.В.</i> Психологические особенности беременных с идиопатическими желудочковыми аритмиями . . . . .	113
<i>Блюм А.И.</i> Влияние аборта на переживание телесного опыта беременности. . . . .	115
<i>Бызова В.М., Зиновьева Е.В.</i> Гендерные различия в представлениях о телесности у молодых людей . . . . .	117
<i>Жирков А.М., Загзян А.М.</i> Социально-психологические и психосоматические модели бесплодия . . . . .	118
<i>Кувалдина М.Б., Бахтина Е.А.</i> Мультисенсорная интеграция в рамках иллюзии «резиновой руки» . . . . .	120
<i>Куликов Л.В., Соколова А.В.</i> Самовосприятие людей, больных псориазом . . . . .	122
<i>Левченкова К.Р., Зиновьева Е.В.</i> Отношение к телу в аспекте гендерной самоидентичности девушек. . . . .	124
<i>Невзорова Н.С.</i> Стратегии совладающего поведения у больных атопическим дерматитом . . . . .	126
<i>Русина Н.А., Моисеева К.С.</i> Психосоматические взаимодействия пациентов с раком гортани при витальной угрозе . . . . .	128
<i>Сергеева Е.А., Бызова В.М.</i> Проблема отношения к смерти в молодом и в пожилом возрасте . . . . .	130
<i>Степанчук Е.В., Жирков А.М.</i> Качество жизни и эмоциональные нарушения онкогематологических больных . . . . .	131
<i>Хайкин А.В.</i> К психосоматическому взаимодействию: две гипотезы . . . . .	133
<i>Яковлева М.В., Щелкова О.Ю.</i> Личностно-мотивационные факторы приверженности лечению больных ИБС. . . . .	135

## **ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

<i>Абабков В.А.</i> Критерии персонифицированной психотерапии. . . . .	137
<i>Беркалиев Т.Н.</i> Психологические механизмы изменений в психотерапии и консультировании . . . . .	139
<i>Бобарыкина Л.С.</i> Родственная опека при лишении родительских прав вследствие наркозависимости. . . . .	141

<i>Богомяжкова О.Н.</i> Сепарация в техниках психодрамы . . . . .	142
<i>Бочкарёв Л.Л.</i> Майевтика и экзистенциализм в психологическом консультировании . . . . .	144
<i>Бурганова Е.П.</i> Опыт преодоления затруднений вербализации переживаний . . . . .	146
<i>Бурлакова Н.С., Макеева Е.М.</i> Применение «совместного САТ» в исследовании механизмов сиблинговой конкуренции . . . . .	147
<i>Вагайцева М.В.</i> Особенности консультирования онкологических больных на разных стадиях заболевания. . . . .	149
<i>Григальюнайте-Плерпене В.В.</i> Арт-терапия — психотерапевтический инструмент для психиатрических пациентов . . . . .	150
<i>Гусева О.В., Коцюбинский А.П.</i> Актуальные вопросы психотерапии больных эндогенными психозами . . . . .	152
<i>Дмитриева Э.А., Бобарыкина Л.С.</i> Исследование проблемной ситуации с помощью метода юнгианской песочной терапии. . . . .	154
<i>Иванова С.Ф.</i> Психологическое консультирование в реабилитации алкогольной зависимости. . . . .	156
<i>Карпова Э.Б., Чулкова В.А.</i> Эмпатия или сверхидентификация? Сопереживание в практике клинического психолога. . . . .	158
<i>Корчинов А.Д.</i> К вопросу об интегративной психологической модели психотерапии . . . . .	159
<i>Корчинов А.Д., Шмель А.Д.</i> Об интеграции целей и интеграции средств в нормоцентрическом процессе. . . . .	161
<i>Лобанова М.Ю.</i> Особенности применения телесной терапии в консультировании замещающей семьи . . . . .	163
<i>Локтионова А.В.</i> Регресс и фиксация с точки зрения феноменологии. . . . .	165
<i>Мазур Е.С., Гайда Е.Я.</i> Соматическая терапия психической травмы в реабилитации пациентов с ППР . . . . .	166
<i>Мазурова Н.В.</i> Социально-психологическая адаптация родителей к болезни ребенка. . . . .	168
<i>Марковская Г.Г.</i> Метод смехотерапии в психокоррекции подростков с бронхиальной астмой. . . . .	170
<i>Оганесян Н.Ю.</i> К вопросу объективизации динамики психомоторики в танцевальной психотерапии. . . . .	172
<i>Правдина Л.Р., Верхушкина У.Б.</i> Влияние телесно-ориентированного тренинга на личность и состояние его участников . . . . .	173
<i>Риковская В.Б., Оганесян Н.Ю.</i> Танцевальная терапия как метод невербальной психотерапии . . . . .	175

<i>Русина Н.А.</i> Экзистенциальная психотерапия пациента психосоматического профиля. . . . .	177
<i>Соколовская Т.В., Варшаловская Е.Б.</i> Актуальные тенденции в психологическом консультировании . . . . .	179
<i>Трошихина Е.Г.</i> Невербальные методы терапии в исцелении травмы. . . . .	180
<i>Трусова А.В.</i> Опыт применения краткосрочных вмешательств при алкогольной зависимости. . . . .	182
<i>Тухтиева Н.Х.</i> Влияние иррелевантной информации на осознание способов действий . . . . .	184
<i>Ушакова О.В.</i> Когнитивно-поведенческая терапия при онкологических заболеваниях . . . . .	186
<i>Хозяинова Л.В.</i> Канистерапия как метод психотерапии . . . . .	188
<i>Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д.</i> Факторы эффективности интегративной психотерапии аффективных расстройств. . . . .	190
<i>Юров И.А.</i> Психотерапия в психологической подготовке спортсменов 192	

## **ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ**

<i>Агаркова В.В.</i> Особенности поведения детей с ранним опытом институционализации. . . . .	193
<i>Адеева Т.Н.</i> Мотивационные установки родителей и проблема реабилитации детей с ОВЗ. . . . .	195
<i>Андрущенко Н.В.</i> Системный подход к диагностике детей раннего возраста с нарушениями развития. . . . .	196
<i>Бажукова О.А.</i> Клинико-психологическая характеристика дезадаптированных детей и подростков . . . . .	197
<i>Баз Л.Л., Калинин М.А.</i> Семейное воспитание у детей, страдающих вегето-сосудистой дистонией . . . . .	199
<i>Боголюбова О.Н., Плешкова Н.Л.</i> Травматический опыт родоразрешения у матерей и качество привязанности их детей. . . . .	201
<i>Воликова С.В., Хатунцева А.С.</i> Связь детского и родительского перфекционизма . . . . .	203
<i>Гасанова З.З., Гасанова Х.К.</i> Психологическое консультирование родителей детей с нарушениями зрения . . . . .	205
<i>Глухова Е.Д.</i> Психологические аспекты адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин . . . . .	207



<i>Горьковая И.А.</i> Помощь детям, переживающим высококонфликтный развод родителей .....	208
<i>Даукиша Л.М.</i> Жизнестойкость и восприятие подростками детско-родительских отношений .....	210
<i>Дюргерова М.М., Дикова Е.Б.</i> Детско-родительские отношения в семьях с детьми, страдающими психосоматозами .....	212
<i>Егорова Е.Н., Корниенко Д.С., Дериси Ф.В.</i> Характеристики семейного окружения как показатели психологического здоровья .....	214
<i>Зверева Н.В., Рощина И.Ф.</i> Современные проблемы психического дизонтогенеза в клинической психологии .....	216
<i>Иванов М.В., Козловская Г.В.</i> Нарушение схемы тела у детей с расстройствами шизофренического спектра .....	218
<i>Климон Н.Л., Старобина Е.М.</i> Формирование социально-бытовых навыков у детей с нарушением функций кисти .....	220
<i>Крайнюков С.В., Мамайчук И.И.</i> Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата .....	222
<i>Кремнёва Л.Ф.</i> Отклоняющееся поведение родителей — как фактор формирования психической патологии .....	224
<i>Лазуренко С.Б., Буслаева А.С., Свиридова Т.В.</i> Стратегия оказания психологической помощи тяжелобольным школьникам в стационаре .....	226
<i>Локтионова А.В., Задорожная Д.А.</i> Психотерапия ранних нарушений контакта в диаде матери и младенца .....	228
<i>Лорер В.В.</i> Психологическая помощь детям с выраженными церебрально-структурными изменениями .....	229
<i>Миланич Ю.М.</i> Принципы психокоррекционной работы с семьей ребенка с отклоняющимся развитием .....	231
<i>Олешкевич В.И.</i> Проблемы медицинской психологии в детской клинике .....	233
<i>Омарова П.О., Шахова Р.М.</i> Психологические аспекты проблемы школьного насилия .....	235
<i>Печникова Л.С., Жуйкова Е.Б.</i> Проблема внутрисемейной мотивации к воспитанию приемного ребенка в семье .....	237
<i>Плетенёва М.В.</i> Влияние длительности проживания в учреждении на взаимодействие ребенка с матерью .....	238
<i>Романов С.Г., Гончаров О.А.</i> Категориальное восприятие цвета у детей с нарушениями речевого развития .....	240
<i>Руслякова Е.Е.</i> Представление детей о врачах .....	242

<i>Савеньшиева С.С., Коротина Я.Е.</i>	
Самоотношение и отношение к беременности и будущему ребенку у беременных женщин . . . . .	243
<i>Семенова С.В.</i> Применение медитативных техник при работе с детьми и подростками . . . . .	245
<i>Симоненко И.А.</i> Привязанность как фактор развития психосоматического расстройства у детей . . . . .	247
<i>Солодунова М.Ю.</i> Развитие детей в различных системах психолого-педагогического сопровождения . . . . .	249
<i>Тихонова И.В.</i> Особенности познавательной деятельности при расстройствах формирующейся личности . . . . .	251
<i>Тысянчук А.С., Мамайчук И.И.</i> Подходы к оценке защитных механизмов у подростков с расстройствами поведения . . . . .	253
<i>Черного Д.И.</i> Психическое развитие недоношенных детей второго года жизни в домах ребенка . . . . .	255
<i>Чиркова Ю.В.</i> Патопсихологическая оценка нарушения внимания у детей с тревожным расстройством . . . . .	257
<i>Шабанова Е.В., Ильина М.Н.</i> Особенности защитных стилей матерей детей с расстройством аутистического спектра . . . . .	258
<i>Шульга О.К., Кулинко А.С.</i> Формирование социальной идентичности детей с особенностью в развитии . . . . .	260

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПОСТРАДАВШИХ**

<i>Боголюбова О.Н., Ураева Г.Е., Шелыгина Е.В.</i> Переживание стыда как травматический опыт . . . . .	263
<i>Марголина И.А.</i> ПТСР у детей из условий внутрисемейного физического насилия . . . . .	264
<i>Платонова Н.В.</i> ПТСР у детей раннего возраста, перенесших внесемейное сексуальное насилие . . . . .	266
<i>Пятакова Г.В.</i> Личностные особенности подростков с физическими повреждениями . . . . .	267
<i>Пятакова Г.В., Матвеева Е.А.</i> Травматические переживания детей с физическими повреждениями и их родителей . . . . .	269

<i>Стрельникова Ю.Ю.</i> Временной критерий выраженности посттравматических расстройств у комбатантов . . . . .	271
<i>Тураносова В.В.</i> Я-структурные особенности сотрудников ОВД с диагностируемыми показателями ПТСР . . . . .	273

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

<i>Батлук Ю.В., Шаболтас А.В., Балашова Т.Н.</i> Рискованное сексуальное поведение у женщин, злоупотребляющих алкоголем . . . . .	275
<i>Бочаров В.В., Шишкова А.М.</i> Личностная дисфункциональность родителей пациентов с героиновой наркоманией . . . . .	277
<i>Бурина Е.А.</i> Краткосрочное вмешательство как метод профилактики ФАС . . . . .	279
<i>Войт Т.С., Шаболтас А.В., Абабков В.А.</i> Психологические детерминанты поведения человека в стрессе . . . .	281
<i>Гайсина А.В., Кольцова О.В., Рассохин В.В.</i> Состояние когнитивных процессов у людей с ВИЧ-инфекцией . . . . .	283
<i>Грандилевская И.В.</i> Основные этапы разработки программы профилактики ФАС . . . . .	285
<i>Гришина А.В.</i> Методы предупреждения игровой компьютерной зависимости . . . . .	287
<i>Каширский Д.В.</i> Ценностно-смысловые ориентации и девиантное поведение современной молодежи . . . . .	289
<i>Козловская Г.В., Проселкова М.О.</i> Депривационный «синдром сиротства» у детей раннего возраста . .	291
<i>Кольцова О.В., Рыбников В.Ю., Рассохин В.В.</i> О программе психологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией в Центре СПИД . . . . .	292
<i>Малюкова Ф.Р.</i> Особенности организации Эго-идентичности куращей молодежи . . . . .	294
<i>Миropyчева Н.В., Ильина М.Н.</i> Агрессия и совладание у подростков с разной степенью увлеченности онлайн-играми . . . . .	296
<i>Польская Н.А.</i> Самоповреждающее поведение в группе ВИЧ-инфицированных осужденных . . . . .	299

<i>Сафонова П.В.</i> Социально-поведенческие особенности молодых ВИЧ-инфицированных женщин . . . . .	301
<i>Сёмина А.С.</i> Исследование склонности к откладыванию «на потом» у студентов . . . . .	303
<i>Скочиллов Р.В., Красносельских Т.В.</i> Поведенческая интервенция по снижению риска заражения ИППП среди посетителей КВД . . . . .	305
<i>Субботина С.И., Гранская Ю.В.</i> Личностные особенности женщин с алкогольной зависимостью . . . . .	307
<i>Ходырева Н.В.</i> Программы вмешательства по коррекции насилия в отношении интимного партнера . . . . .	308
<i>Шевкова Е.В., Бурдин М.В.</i> Ограничительное пищевое поведение у женщин и его связь с индексом массы тела . . . . .	310
<i>Шелонина Т.В., Горбатов С.В.</i> Психологический аспект деструктивного поведения подростков . . . . .	312
<i>Шеринёва Т.В.</i> Преодоление гендерных стереотипов в воспитании как профилактика насилия в семье . . . . .	314

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

<i>Гришина А.В., Волкова Е.Н.</i> Распространенность насилия и жестокого обращения с детьми в школе и дома . . . . .	317
<i>Даниленко О.И., Юревич О.И.</i> Ресурсы совладания и субъективное благополучие человека . . . . .	319
<i>Иванова М.В.</i> Этические аспекты деятельности психолога-эксперта . . . . .	321
<i>Мамина Т.М.</i> «Ничего не слышу, ничего не вижу»: проблема понимания вербальной информации. . . . .	323
<i>Мухитова Ю.В.</i> Когнитивные функции в оценке степени выраженности дефекта у больных шизофренией . . . . .	325
<i>Сарайкин Д.М.</i> Аффективная обусловленность мотивации при пограничной патологии . . . . .	327
<i>Щелкунова Л.А.</i> Когнитивные функции при аффективных расстройствах . . . . .	329

## СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

<i>Анисимов А.И., Киреева Н.Н.</i> О соотношении социального здоровья и психологических защит у студентов .....	331
<i>Антонова Н.А., Ерицын К.Ю.</i> Представление о подростковой девиантности студентов-первокурсников .....	333
<i>Братченко А.С., Марарица Л.В.</i> Модель работы группы супервизии с профессиональной ситуацией психолога-консультанта .....	335
<i>Васильева Н.М., Петраш М.Д.</i> Роль групповых норм в формировании самосохранительного поведения молодых врачей. ....	337
<i>Гранская Ю.В., Басхамджиева А.Н.</i> Гендерные особенности распознавания базовых эмоций по выражению лица .....	339
<i>Гурвич И.Н.</i> Распространенность различных форм поведения «риска» среди подростков .....	340
<i>Ерицын К.Ю., Антонова Н.А.</i> Поиск сексуального партнера посредством сети Интернет: гендерная специфика. ....	342
<i>Иванова С.С., Цветкова А.М., Суховская О.А.</i> Адаптационный потенциал в зависимости от статуса курения. ....	344
<i>Казанцева Т.В.</i> Удовлетворенность близкими отношениями и установка к межличностной зависимости .....	346
<i>Киселева Т.В.</i> Специфика влияния дополнительного образования на подростковую агрессивность .....	348
<i>Куликов Л.В.</i> Ценностные ориентации как фактор субъективного благополучия личности. ....	350
<i>Куликов Н.В., Юзвук Е.Ю., Иванова С.С.</i> Психологические особенности курящих студентов медицинских вузов .....	352
<i>Махаматова А.Ф., Цветкова Л.А.</i> Раскрытие ВИЧ-статуса как фактор приверженности лечению .....	353
<i>Мусийчук М.В., Мусийчук С.В.</i> Механизмы юмора как средство оптимизации психического здоровья .....	355
<i>Недошивина М.А., Свенцицкий А.Л.</i> Особенности представлений студентов о героизме и альтруизме .....	357
<i>Пилюшина А.В.</i> Влияние чувства зависти на психическое, физическое и социальное здоровье .....	359
<i>Преснякова С.А., Щиглевская Д.Е.</i> Оценка качества жизни современных белорусов .....	360
<i>Родионова Е.А., Доминяк В.И.</i> Социально-психологические особенности профессионального здоровья специалистов .....	362

<i>Синельникова Е.С., Сидоренко Е.В.</i> Регуляция эмоций в конфликтах в Нидерландах: роль ситуации .....	364
<i>Скориков А.В., Рюмина Л.И.</i> Исследование зависимости интернет-взаимодействия от направленности личности в общении .....	366
<i>Фетисова А.С., Сурьянинова Т.И.</i> Социально-психологические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей .....	367
<i>Чикер В.А.</i> Моббинг как социально-психологический феномен, определяющий здоровье сотрудников .....	369
<i>Шейнов В.П.</i> Ассертивность и психологическое здоровье .....	371
<i>Шумская Л.И.</i> Ценности здоровья для студентов как формирующихся субъектов предпринимательства .....	373
<i>Юшачкова Т.Б.</i> Ценностный аспект категории «здоровье» .....	374

## **ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ**

<i>Анисимова О.М., Климина Ю.А.</i> Рефлексивность и самоактуализация в период ранней взрослости .....	377
<i>Антонова Е.А., Данилова М.В.</i> Семейные отношения как фактор формирования позитивной идентичности подростков .....	379
<i>Ахмеров Р.А.</i> Картина жизненного пути у онкологических больных ..	381
<i>Березняк Е.Ю.</i> Произвольность как показатель психологического благополучия учащихся .....	383
<i>Василенко В.Е.</i> К вопросу о критериях благополучного протекания возрастных кризисов у детей .....	385
<i>Василенко В.Е., Ножко А.В.</i> Динамика Я-концепции и ценностных ориентаций в период предпоздросткового кризиса .....	387
<i>Головей Л.А.</i> Особенности возрастных нормативных кризисов в разные периоды онтогенеза .....	389
<i>Гормоза Т.В.</i> Тревожность как фактор психологического здоровья младшего школьника .....	390
<i>Иванова М.Г.</i> Взаимосвязь особенностей мотивационной сферы и показателей здоровья у подростков .....	392
<i>Крук Ю.А., Шульга О.К.</i> Связь способов межличностного познания и личностной идентичности у подростков .....	394
<i>Кутеева Е.Н., Головей Л.А.</i> Семья как фактор формирования пространства межличностных отношений подростков .....	396

<i>Лебедева Е.И.</i> Представления подростков о смерти . . . . .	397
<i>Оконешникова О.В.</i> Психологическое благополучие и субъектность предпринимателей зрелого возраста. . . . .	399
<i>Петраш М.Д.</i> Психофизиологический компонент в структуре профессионального развития медицинских работников . . . . .	401
<i>Петрова Н.Н., Пискун О.Е.</i> Психологическое здоровье студентов. . . . .	403
<i>Саулина Е.Б., Дерманова И.Б.</i> Влияние семьи на развитие интеллекта когнитивно-одаренных подростков. . . . .	405
<i>Силина Е.А., Попова Т.А.</i> Особенности эмоционально-личностной сферы подростков из патронатной семьи . . . . .	407
<i>Ульянова И.А.</i> Проявление эмпатии у подростков-сирот . . . . .	409
<i>Ходаковская О.В.</i> Поддержка окружающих — как аспект преодоления кризиса идентичности в юности. . . . .	411
<i>Шеиукова Н.Н.</i> Особенности классных коллективов подростков с задержкой психического развития . . . . .	413

## **ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИИ**

<i>Августова Л.И.</i> Состояние профессионального здоровья и склонность к прокрастинации. . . . .	415
<i>Антонова Н.В.</i> Профессиональная идентичность как фактор психологического благополучия. . . . .	417
<i>Березовская Р.А.</i> Уровень ролевого конфликта как показатель профессионального здоровья менеджеров . . . . .	419
<i>Буенок А.Г.</i> Особенности профессионального здоровья менеджеров в зависимости от стилей юмора . . . . .	420
<i>Васильева О.С., Шинкаренко М.В.</i> Особенности внутренней картины здоровья у медицинских работников . . . . .	422
<i>Верещагина Л.А., Шильков А.М.</i> Факторы психологического благополучия работников восстановительного поезда . . . . .	424
<i>Верещагина Л.А.</i> Психологическое благополучие специалистов в сфере информационных технологий . . . . .	426
<i>Винокуров Л.В., Лойкканен А.С.</i> Психологический контракт в детерминации эмоциональных особенностей работника . . . . .	428

<i>Воскресенская Н.В.</i> Психологическая и психофизиологическая поддержка персонала Ленинградской АЭС . . . . .	430
<i>Дерьяева М.К.</i> Психологический склад личности и копинг в контексте профессионального здоровья . . . . .	431
<i>Идобаева О.А.</i> Психологические условия начального этапа профессионализации студентов-медиков . . . . .	433
<i>Курмакаева Д.М., Искра Н.Н.</i> Ценностные ориентации и идеалы медиков на разных этапах профессионализации . . . . .	435
<i>Лебедева А.Л.</i> Возможности психодиагностики в индивидуальной работе организационного психолога . . . . .	437
<i>Лебедева Е.И., Воробьев И.А.</i> Определение профессионально важных качеств сотрудников Петербургского метрополитена . . . . .	439
<i>Макарова А.К.</i> Психологическое благополучие персонала как особенность труда делопроизводителей . . . . .	441
<i>Никифоров Г.С.</i> Понятие профессионального здоровья . . . . .	442
<i>Панова О.В.</i> Стрессоустойчивость сотрудников МВД как компонент психологического здоровья . . . . .	444
<i>Ракицкая А.В., Козячая Е.В.</i> Взаимосвязь СЭВ и различных видов агрессии у фрилансеров . . . . .	446
<i>Сабанчиева Р.З.</i> Моббинг как фактор, препятствующий профессиональной самореализации . . . . .	448
<i>Седунова А.С., Мазанова О.С.</i> Репрезентации жизненных представлений как фактор позитивной профессиональной идентичности . . . . .	450
<i>Снегирькова Т.С., Корзун С.А.</i> Взаимосвязь карьерных ориентаций и самоактуализации у студентов . . . . .	452
<i>Солдатов А.В.</i> Переживание времени как фактор психологического благополучия менеджеров . . . . .	454
<i>Старченкова Е.С.</i> Личностные детерминанты проактивного копинг-поведения . . . . .	455
<i>Столярчук Е.А.</i> Психологическое благополучие военнослужащих запаса . . . . .	457
<i>Терёхина Н.В., Ковешников Н.С.</i> Связь синдрома профессионального выгорания и ценностных ориентаций у врачей . . . . .	459
<i>Узлов Н.Д.</i> Синдром профессионального выгорания у массажистов, работающих с детьми . . . . .	461
<i>Флоровский С.Ю.</i> Отношение к здоровью: личностные, гендерные и статусно-ролевые переменные . . . . .	463



<i>Храмов Р.В., Неруш Т.Г.</i> Профессиональные деструкции на ранних этапах профессионализации . . . . .	465
<i>Церенова К.Д., Никифоров Г.С.</i> Становление охраны и гигиены труда в России в XVIII-XIX веке. . . . .	467
<i>Чикер В.А., Горбашкова Ю.С.</i> Организационное доверие в малом бизнесе и психологическое здоровье персонала. . . . .	469
<i>Шаповал В.А., Потарыкина М.С.</i> Я-структурные особенности сотрудников ОВД, склонных к аддиктивному поведению. . . . .	470
<i>Шаповал В.А.</i> Система оценки и прогнозирования психологического здоровья сотрудников полиции . . . . .	472
<i>Шингаев С.М.</i> Программы сохранения профессионального здоровья менеджеров в зарубежных странах . . . . .	474

## **ПОЛИТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ**

<i>Дейнека О.С., Дианова Е.А.</i> Отношение к коррупции у российских и итальянских служащих. . . . .	477
<i>Соловьева М.А., Куртеева Е.А.</i> Морально-политические чувства школьников как индикатор «здоровья» государства . . . . .	479

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

<i>Айдаралиева Н.М.</i> Половой вопрос как психолого-педагогическая проблема в концепции В.М. Бехтерева. . . . .	481
<i>Гинецинский В.И., Габелая И.В.</i> Диверсификация образовательных технологий и четыре аспекта категории «здоровье» . . . . .	482
<i>Данилюк И.В., Пащенко С.Ю.</i> Психологическое сопровождение детей с ослабленным здоровьем в инклюзивной школе . . . . .	483
<i>Демина В.Э., Смирнова С.И.</i> Особенности самооценки старшеклассников с нарушением слуха . . . . .	485
<i>Казикова Е.П.</i> Особенности эмоционально-личностного и психофизиологического развития девочек . . . . .	487
<i>Котова Е.Е.</i> Диагностика когнитивно-стилевого потенциала студентов в среде обучения . . . . .	489

<i>Кудайбергенова С.К.</i> Дети начальных классов с трудностями обучения: нейропсихологический анализ . . . . .	491
<i>Кузмицкая Ю.Л., Фурманов И.А.</i> Дисциплина и структура дисциплинарных воздействий детей подросткового возраста . . . . .	492
<i>Латушкина В.М.</i> Методическое обеспечение научно-исследовательской работы аспиранта . . . . .	494
<i>Лю Ц.Ф.</i> Фрустрационная толерантность студентов как ресурс их социального здоровья . . . . .	495
<i>Милованов К.Ю., Петрова Т.В.</i> Новые образовательные стандарты в области физической культуры . . . . .	497
<i>Невзорова С.Ю.</i> О проблемах групповой дифференциации подростков коррекционной школы 7 вида . . . . .	499
<i>Петанова Е.И.</i> Факторы риска нарушений здоровья преподавателей вузов . . . . .	501
<i>Посохова С.Т., Шахова А.В.</i> Картина мира детей с задержкой психического развития . . . . .	503
<i>Ракицкая А.В.</i> Половые различия в проявлениях СЭВ у педагогов с различным уровнем враждебности . . . . .	505
<i>Рыбчинская С.П.</i> Развитие мотивации здоровья и здорового образа жизни студентов ЮФУ . . . . .	507
<i>Селезнёв А.А.</i> Педагогическая психология здоровья — новое направление науки XXI века . . . . .	508
<i>Семенова Г.В., Никитина Л.Н.</i> Особенности семей, выбирающих дистанционное обучение для детей с ДЦП . . . . .	510
<i>Семенова О.Ф.</i> Школьная тревожность девиантных подростков со склонностью к химическим аддикциям . . . . .	512
<i>Серафимович И.В.</i> Проблемы и пути решения в здоровьесберегающем образовании . . . . .	514
<i>Серафимович И.В., Юдина А.В., Фатеева Е.А.</i> Структурный компонент здоровьесберегающей модели школы — школьный театр . . . . .	516
<i>Сулейманов Р.Ф., Дакинов А.В., Тубол Е.Е.</i> Саморегуляция психических состояний как основа сбережения здоровья студентов . . . . .	518
<i>Тищенко Ю.В.</i> Формирование зрелой идентичности как фактор здоровьесберегающего образования . . . . .	519
<i>Федорова А.В., Прохоров А.О.</i> Рефлексия и психические состояния студентов с различными защитными механизмами . . . . .	521
<i>Фоминова А.Н.</i> Развитие жизнестойкости личности ребенка в процессе обучения в школе . . . . .	523

<i>Шабас С.Г.</i> Работа с семьей по укреплению психического здоровья детей в детском саду .....	525
<i>Шлыкова Н.Л., Шлыкова А.П.</i> Психологическое сопровождение развития речи у студентов с патологией ЦНС .....	527
<i>Юркина М.С., Смирнов А.А.</i> Пол как фактор, определяющий специфику адаптации студентов-первокурсников .....	529

## **ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

<i>Вдовина Д.В.</i> Проявление волевых качеств личности спортсменов-подростков .....	531
<i>Колпаков Я.В., Абросимов И.Н.</i> Оценка рискованного поведения и мотивации спортивной деятельности молодых мужчин .....	533
<i>Котляров В.Л.</i> Монотония как фактор риска развития психических депривационных расстройств .....	535
<i>Котова М.Г., Кашапов А.С.</i> Особенности педагогической направленности начинающего тренера .....	536
<i>Леонова Е.В., Комарова И.Н.</i> Влияние занятий ЛФК на психоэмоциональное состояние студентов .....	538
<i>Лоскутова М.Е., Огородова Т.В.</i> Характеристики направленности школьников, занимающихся любительским спортом .....	540
<i>Моисеева А.А., Шляпникова О.А.</i> Ценностно-мотивационная сфера личности спортсмена-подростка .....	542
<i>Сурьянинов А.С., Акатов Л.И.</i> Психологические факторы успешности спортивной деятельности юных баскетболистов .....	544
<i>Токарева В.Б., Огородова Т.В.</i> Значение локуса контроля в становлении личности спортсмена .....	546

## **КУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕ**

<i>Бурмистров С.Л.</i> Индийская религиозная культура и современная психология: точки контакта? .....	549
<i>Гришина Н.В.</i> Психологическое благополучие: к экзистенциальному пониманию .....	551

<i>Гуриева С.Д., Михалюк О.С.</i> Идентификационная матрица национально-культурного образа «Я» .....	553
<i>Даниленко О.И.</i> Ценностные основания моделей душевного здоровья .....	555
<i>Захарова А.М., Гуриева С.Д.</i> Понятие межкультурной компетентности .....	557
<i>Иванов М.В.</i> Душевное здоровье, жизнь и смерть в культуре сентиментализма .....	558
<i>Ипатов А.В.</i> Подростковая аутодеструкция как феномен культуры ..	560
<i>Исанова М.О.</i> Самоотношение и эмоциональные реакции в исполнительской деятельности .....	561
<i>Кудряшов С.В.</i> Эстетизация суицида в современной культуре .....	563
<i>Милованов К.Ю.</i> Аксиологические приоритеты формирования культуры здоровья личности в образовании .....	564
<i>Митрофанова О.Г.</i> Ценностные приоритеты китайских студентов в процессе приобщения к новой культуре .....	566
<i>Нурлыгаянов И.Н.</i> Прототипы человека-хама в сознании современных россиян .....	568
<i>Проект Ю.Л., Богдановская И.М.</i> Представления о психотерапевтической роли чтения у читателей разного возраста .....	570
<i>Пронякина Е.Д., Зайцева Ю.Е.</i> «Нарратив о талисмани» как элемент личной идентичности современного человека .....	572
<i>Протанская Е.С.</i> О здоровье и исцелении в системе ценностей культуры .....	574
<i>Сорокин В.М., Бучкина И.П.</i> Образ инакости в искусстве .....	576
<i>Тромбчиньски П.К.</i> Кросскультурный анализ проявления невротических черт у больных и здоровых мужчин .....	577
<i>ЩербакOVA О.В.</i> «Магическое мышление» в структуре когнитивного опыта личности .....	579
<b>Список авторов</b> .....	582

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Алексеева Ю.П.*

*Каиштанова Т.В.*

## **Взаимосвязь уровня прокрастинации и временной перспективы у студентов-медиков**

Прокрастинация — состояние, характеризующееся постоянным откладыванием важных дел на потом. Показано, что 80–95 % студентов прокрастинируют (Ellis A., Knaus W.J, 1977), около 75 % считают себя прокрастинаторами (Burka J.B., Yuen L.M., 2008). По данным L.D. Rothblum (1986), 50 % студентов последовательно откладывают дела и имеют в связи с этим проблемы. Учебная деятельность для студентов является одной из ведущих, поэтому трудности, связанные с ней, очень значимы для молодых людей. Прокрастинация, по сути, то же самое, что и неорганизованность во времени, то есть студенты не могут правильно распределить его между делами и отдыхом. Время — важнейшее измерение человеческой жизни, а временная перспектива охватывает собою прошлое, настоящее и будущее человека. К. Левин понимал ее как видение индивидом своего будущего или прошлого в своем настоящем. Поэтому, при недостаточном внимании к одной временной перспективе и чрезмерном сосредоточении на другой, человек не успевает справиться со своими обязанностями, и от этого страдает его личная и профессиональная жизнь. Знание зависимости уровня прокрастинации от временной перспективы позволит прогнозировать возможные учебные трудности и оказывать конкретным студентам своевременную поддержку. В связи с этим нам видится актуальным исследование взаимосвязи уровня прокрастинации и временной перспективы у студентов. Цель — изучение взаимосвязи уровня прокрастинации и временной перспективы у студентов. Задачи: 1) определение уровня прокрастинации; 2) определение доминирующих временных перспектив; 3) исследование взаимосвязи уровня прокрастинации и временной перспективы у студентов. Группу респондентов составили 93 студента I курса педиатрического факультета СибГМУ г. Томска в возрасте от 17 до 24 лет. В качестве методик мы использовали шкалу общей прокрастинации К. Лея и

опросник временной перспективы Зимбардо (ZPTI). Полученные результаты обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0. Было выявлено, что у студентов педиатрического факультета преобладает средний уровень прокрастинации (56 %), у 34 % определяется низкий уровень, и высокий — у 10 %. Студенты с высоким уровнем прокрастинации испытывали больше трудностей со своевременной сдачей экзаменов и зачетов. Исследование доминирования временной перспективы показало, что больше всего выражена ориентация на позитивное отношение к прошлому ( $M_e = 4$ ), далее идут ориентация на будущее и на трансцендентное будущее ( $M_e = 3,6$ ), менее данная выборка студентов ориентируется на гедонистическое настоящее ( $M_e = 3,4$ ), и меньше всего в своем поведении они нацелены на негативное отношение к прошлому ( $M_e = 3$ ) и фаталистическое настоящее ( $M_e = 2,7$ ). Применение коэффициента ранговой корреляции Спирмена показало статистически значимые различия между уровнем прокрастинации и ориентацией на временную перспективу. В частности, уровень прокрастинации коррелирует с негативным отношением к прошлому ( $r = 0,26$ ), гедонистическим отношением к настоящему ( $r = 0,22$ ) и обратно коррелирует с отношением к будущему ( $r = -0,47$ ), при  $p < 0,05$ . Таким образом, чем выше ориентация на негативное прошлое, тем уровень прокрастинации выше, такие же результаты получились и с ориентацией на гедонистическое настоящее. Что касается ориентации на будущее, то чем она выше, тем уровень прокрастинации меньше. Используя коэффициент Краскала–Уоллисса, было доказано, что между ориентацией на будущее и уровнем прокрастинации есть статистически значимые различия ( $p = 0,0001$ ). Таким образом, мы можем говорить о том, что у данной группы студентов доминирует средний уровень прокрастинации и ярче всего выражена ориентация на позитивное отношение к прошлому. Кроме этого, нами было выяснено, что студенты, которые в своем поведении нацелены на будущие результаты и достижения, имеют более низкие показатели по прокрастинации, чем те, которые связывают свою настоящую деятельность с удовлетворением потребностей или негативно относятся к своему прошлому опыту. Наши данные согласуются с распространенным в литературе мнением о том, что прокрастинаторам характерна невнимательность к планам на будущее (Specter M.H., Ferrari J.R., 2000). Получается, что те, кто точнее видят свою цель и намеренно идут к ней, меньше тратят свое время на отвлечения. А те студенты, которые ради будущих достижений удовлетворяют свои насущные потребности в развлечении или постоянно думают о своих прошлых поражениях и неудачах и не предпринимают ничего для того, чтобы что-нибудь изменить, чаще страдают от проявления прокрастинации.

*Андреева Е.В.*

*Алехин А.Н.*

*Трифонов Е.А.*

## **Адаптация к болезни в клинической динамике легочной артериальной гипертензии**

Цель: проследить динамику психологической адаптации к условиям болезни у пациенток с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ). Методы: исследование проводилось на базе НКО «Некоронарогенных заболеваний сердца» ФЦСКЭ им. А.И. Алмазова. Было обследовано 35 пациенток в возрасте от 22 до 69 лет. Программа психологического обследования включала беседу и психодиагностический опрос: методику для определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ), «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), «Шкалу самооценки депрессии» Зунга. У 22,9 % пациенток определен II функциональный класс (ФК) ЛАГ, у 42,9 % — III ФК ЛАГ, у 34,3 % — IV ФК ЛАГ. Результаты: только у 2 пациенток показатели (Шсд3) превышали порог для определения риска депрессивного состояния (среднее значение по группе —  $34,3 \pm 1,4$ ). Выраженная ситуативная тревога (ИТТ) выявлена у 28,6 %, личностная тревожность — у 62,9 %. Ведущими тенденциями в психическом статусе пациенток были общая слабость и повышенная утомляемость (высокие показатели по шкале астенического компонента актуального состояния у 57,1 %, по шкале астении как типичного состояния — у 62,9 %). Характерными переживаниями являлись тревога и неуверенность перед будущим: повышенные показатели по шкале тревожной оценки перспективы у 48,6 % — в ситуационном аспекте и у 54,3 % — в личностном. Различные варианты негативно-аффективных реакций на заболевание (ТОБОЛ), в основном тревожного спектра, выявлены у 34,3 %, у 22,9 % — гармоничный (адекватный) тип отношения к болезни, еще у 22,9 % — эргопатический тип (настойчивое стремление сохранить высокую социальную активность), 8,6 % недооценивали серьезность заболевания (анозогнозический тип), у 11,4 % выявлены внутренние конфликтные тенденции в отношении к болезни. При сопоставлении психологических характеристик пациенток с разными ФК ЛАГ было выявлено, что по сравнению с пациентками II ФК ЛАГ у пациенток III ФК ЛАГ более выражено снижение эмоционального фона (средние ранги (СР) по Шсд3 14,7 против 7,0  $U = 20,0$ ;  $p = 0,01$ ), пессимистическое настроение и подавленность в связи с заболеванием (СР по меланхолическому компоненту отношения к болезни 14,3 против 7,6  $U = 25,0$ ;  $p = 0,01$ ), ослабление надежды на благоприятный исход и воз-

растающее безразличие к своей судьбе (СР по апатическому компоненту отношения к болезни 13,9 против 8,5  $U = 32,0$ ;  $p = 0,05$ ) на фоне повышенной утомляемости (СР по шкале ситуационной астении 14,6 против 7,1  $U = 20,5$ ;  $p = 0,009$ ), эмоциональной напряженности при проведении обследования (СР по шкале ситуационной тревоги 14,2 против 7,9  $U = 27,5$ ;  $p = 0,03$ ), постоянной обеспокоенности будущим (СР по шкале тревожной оценки перспективы в личностном аспекте 14,2 против 7,9  $U = 27,5,0$ ;  $p = 0,03$ ). Внутри группы III ФК ЛАГ у пациенток с ухудшением состояния отмечались высокие показатели по фобическому компоненту шкалы ситуационной тревоги (СР 10,4 против 5,9,  $U = 11,0$ ;  $p = 0,04$ ), отражающие актуальное чувство неуверенности в себе, несостоятельности и ощущение неясной угрозы. Основным отличием пациенток IV ФК ЛАГ от пациенток III ФК ЛАГ является высокая степень слабости и утомляемости (СР по шкале астенического компонента личностной тревожности 17,9 против 10,9  $U = 43,0$ ;  $p = 0,02$ ), а также резкое снижение мотивации к продолжению «борьбы» с болезнью, нарастание апатических тенденций (СР по апатическому компоненту отношения к болезни 18,7 против 10,3  $U = 33,5$ ;  $p = 0,005$ ). С возрастанием степени ФК ЛАГ связано снижение эмоционального фона ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,02$ ), усиление ситуационной ( $r = 0,38$ ;  $p = 0,02$ ) и личностной тревожности ( $r = 0,38$ ;  $p = 0,02$ ), прежде всего за счет нарастания астенических явлений и в ситуационном ( $r = 0,555$ ;  $p = 0,0001$ ), и в личностном ( $r = 0,601$ ;  $p = 0,0001$ ) аспектах. По мере утяжеления состояния у пациенток усиливаются ипохондрические ( $r = 0,42$ ;  $p = 0,01$ ), неврастенические ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,02$ ), меланхолические ( $r = 0,57$ ;  $p = 0,0001$ ), апатические ( $r = 0,66$ ;  $p = 0,0001$ ), эгоцентрические ( $r = 0,351$ ;  $p = 0,04$ ) и дисфорические ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,02$ ) тенденции.

Выводы. Несмотря на то, что большинство пациенток способны эффективно адаптироваться к ситуации болезни, с нарастанием тяжести заболевания (ФК ЛАГ) возрастает риск нарушений психической адаптации. Напряженность адаптационных механизмов, проявляющаяся неспецифическими тревожно-астеническими явлениями, усугубляется присоединением явлений депрессивного спектра. В динамике ЛАГ переход из II в III ФК может рассматриваться как критический этап в процессе психологической адаптации пациенток к болезни.



*Бахтин И.С.  
Егоров А.Ю.*

## **Личностные особенности курсантов группы риска развития аддиктивных расстройств**

Одной из форм нарушения социально-психологической адаптации к учебному процессу у курсантов высших военных учебных заведений можно считать развитие различных форм аддиктивных расстройств, к которым относятся употребление психоактивных веществ и нехимические зависимости (гемблинг, эротические аддикции, спортивные аддикции, интернет-аддикции и др.). В связи с этим приобретает особую актуальность проблема ранней диагностики личностных особенностей, способствующих или препятствующих развитию аддиктивного поведения у курсантов. В исследовании приняло участие 260 курсантов 2–5 курсов высших военно-морских учебных заведений. Для достижения цели исследования — определения личностных детерминант риска развития аддиктивного поведения — проводился анонимный анкетный опрос с использованием следующих методик: скрининг-опросники риска аддиктивного поведения (опросник CAGE для выявления риска алкогольной и наркотической зависимости, 20 вопросов общества анонимных гемблеров, опросник M.D. Griffiths для определения аддикции спортивных упражнений, тест интернет-зависимости С.А. Кулакова), личностные опросники (16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла, опросник «Склонность к отклоняющемуся поведению», опросник формально-динамических свойств индивидуальности В.М. Русалова). По результатам исследования, 50% курсантов попадают в группу риска развития алкогольной или наркотической зависимости (из них 25% имеют высокую степень риска, 25% — среднюю степень риска), 45% курсантов имеют выраженную зависимость от никотина, только 4% курсантов имеют высокие показатели риска развития нехимических форм аддиктивного поведения. Для определения личностных особенностей курсантов, попадающих в группу риска химических аддикций, выборка была разделена на 3 подгруппы: 1 — отсутствие риска, 2 — риск, 3 — выраженный риск. По результатам анализа были выявлены достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) между группами по показателю «доминантность» (фактор E) — возрастание степени риска аддиктивного поведения сочетается с возрастанием показателей выраженности фактора «доминантность». Кроме того, анализ корреляционных связей выявил достоверную ( $p \leq 0,05$ ) связь показателей опросника CAGE и фактора E, что также подтверждает связь та-

ких личностных особенностей, как самостоятельность, независимость, настойчивость, упрямство, напористость, своенравие, конфликтность, агрессивность, отказ от признания внешней власти с риском развития форм аддиктивного поведения, связанного с употреблением ПАВ. Кроме того, курсантов I подгруппы характеризуют более низкая тревожность и высокие показатели общительности (достоверные различия по факторам А и О при  $p \leq 0,05$ ), в сравнении с группой риска. Фактор Е связан корреляционными связями со следующими переменными — эмоциональная нестабильность (фактор С,  $a = 0,66$ ;  $p \leq 0,01$ ), радикализм (фактор Q2,  $a = 0,63$ ;  $p \leq 0,01$ ), жесткость (фактор I,  $a = -0,22$ ;  $p \leq 0,01$ ), экспрессивность (фактор F,  $a = 0,28$ ;  $p \leq 0,01$ ), смелость (фактор H,  $a = 0,4$ ;  $p \leq 0,01$ ), дипломатичность (фактор N,  $a = 0,16$ ;  $p \leq 0,01$ ), подозрительность (фактор L,  $a = 0,28$ ;  $p \leq 0,01$ ), склонность к риску ( $a = 0,27$ ;  $p \leq 0,01$ ), агрессивность ( $a = 0,3$ ;  $p \leq 0,01$ ), индекс психомоторной активности ( $a = 0,33$ ;  $p \leq 0,01$ ), индекс интеллектуальной активности ( $a = 0,25$ ;  $p \leq 0,01$ ), индекс коммуникативной активности ( $a = 0,35$ ;  $p \leq 0,01$ ), индекс общей эмоциональности ( $a = -0,73$ ;  $p \leq 0,01$ ). Таким образом, половина курсантов высших военно-морских учебных заведений имеет риск формирования химической зависимости, при этом 25 % — высокий уровень риска. Риск развития аддиктивных расстройств ассоциирован с такими личностными особенностями, как склонность к лидерству (фактор «доминантность»), эмоциональная неустойчивость, импульсивность, низкая толерантность по отношению к фрустрации, раздражительность, независимость, ориентация на собственные решения, самостоятельность, находчивость, стремление иметь собственное мнение.

*Беляева С.И.*

## **Психологические характеристики матерей подростков с делинквентным поведением**

Данные, опубликованные на сайте Федеральной службы государственной статистики в разделе «Социальное положение и уровень жизни населения России. 2012», показывают, что в настоящее время в нашей стране несовершеннолетние являются как субъектом, так и объектом преступных действий. Официальная статистика традиционно представляет, что преступники чаще выходят из семей, в которых родители либо

состоят в разводе, либо проживают раздельно. По данным ежегодного Государственного доклада «Положение детей в России» 2012 года, 24,6 % детей рождается вне брака; на 1 тыс. браков в среднем приходится 509 разводов. Таким образом, большая часть российских детей растет в неполной семье либо в семьях с неродным отцом. Поэтому первостепенное значение приобретает личность матери, воспитывающей своего ребенка. Особенно если этот ребенок оказался в конфликте с законом. В связи с этим актуальным представляется исследование, направленное на изучение психологических особенностей матерей подростков с делинквентным поведением. Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей матерей подростков с делинквентным поведением. Материалом исследования явились данные психологического исследования 152 матерей старшеклассников (8–11 классы) пяти муниципальных бюджетных образовательных учреждений города Норильска Красноярского края и их детей-подростков. От всех участников было получено устное информированное согласие на проведение психологического исследования. Все изученные матери и их дети-подростки были разделены на 2 группы — по критерию наличия/отсутствия делинквентного поведения данных подростков. Разделение старшеклассников на группы проводилось экспертным путем. В качестве экспертов выступали социальные педагоги и инспекторы по делам несовершеннолетних, курирующие данные образовательные учреждения. Для решения поставленных задач был использован комплекс методов: специально разработанное (авторское) интервью матери и подростка; «Интегративный тест тревожности»; методика изучения нервно-психической неустойчивости и акцентуаций; методика «Уровень субъективного контроля личности»; методика «Личностный дифференциал»; опросник «Подростки о родителях». С каждой матерью и с каждым подростком индивидуально проводилась направленная беседа, тестирование, завершал исследование эксперимент «Совместное рисование».

Результаты. Обнаружено, что у матерей подростков с делинквентным поведением преобладает высокий уровень как ситуационной, так и личностной тревожности. Это указывает на их эмоциональную нестабильность и может явиться фактором повышенного риска возникновения у них нервно-психической дезадаптации, что негативно влияет на адекватность проявления материнской любви и стабильность стиля воспитания. Также у них выявлены акцентуации личности по шкалам «тревожность» и «импульсивность», что может патологизировать стиль воспитания детей, формирует деструктивную эмоциональную обстановку.

ку в семье. При исследовании уровня субъективного контроля личности матерей подростков с делинквентным поведением выявлено, что в их группе все показатели ниже, чем в группе матерей подростков с нормативным поведением. Это значит, что чувство личной ответственности за происходящие с ними события у матерей делинквентных подростков развито слабо, и они склонны делегировать эту ответственность другим. Анализ данных методики «Личностный дифференциал» показывает, что показатели Я-реального ниже в группе матерей подростков с делинквентным поведением, что свидетельствует о восприятии ими себя как менее положительной и слабой личности, по сравнению с матерями сопоставляемой группы. Исследование особенностей восприятия стиля воспитания матерей подростками показало, что у делинквентных подростков наблюдается снижение по таким шкалам, как «Позитивный интерес» и «Фактор близости», и повышение — по шкале «Враждебность». Анализ результатов эксперимента «Совместное рисование» матерей и их детей-подростков показал, что подростки с нормативным поведением и их матери чаще договариваются о последовательности работы, следуют инструкциям и удовлетворены результатом рисования. В парах делинквентных подростков и их матерей матери пытаются доминировать, при этом демонстрируют неумение удерживать правила и реже удовлетворены результатом.

Выводы. Настоящее исследование обнаружило наличие психологических особенностей матерей делинквентных подростков. Данные могут быть использованы при разработке методов профилактики и коррекции деструктивных воспитательных воздействий в семье.

*Гоженко А.В.*

*Васьковская С.В.*

## **Психологические защиты и жизнестойкость людей с невротическими расстройствами**

Стрессогенность современного мира обуславливает рост невротических расстройств. По официальным данным ВОЗ, количество людей, страдающих неврозами, в последние 65 лет выросло в 24 раза. При этом болезнь поражает людей самого продуктивного возраста, что значительно затрудняет их социально-психологическую адаптацию. В связи с

этим актуальной становится проблема поиска причин интра- и интерпсихической дезадаптированности людей, болеющих неврозами, а также нахождение тех концептов, которые выступают в качестве ресурсов в преодолении неблагоприятных жизненных ситуаций. Одним из таких концептов, на наш взгляд, является жизнестойкость (С. Мадди). Цель исследования — изучить особенности функционирования психологических защит, а также жизнестойких установок людей с невротическими расстройствами. Гипотеза исследования — жизнестойкие установки влияют на интенсивность использования психологических защит и являются ресурсом в преодолении сложных жизненных ситуаций. Методы исследования: диагностика психологической защиты Плутчика в адаптации Вассермана; тест жизнестойкости Леонтьева, опросник исследования самооотношения Панталева, опросник «Стиль саморегуляции поведения» Моросановой, проективная методика «Человек под дождем» Романовой и Ситько. Выборку исследования составили 2 группы респондентов. 1-я — больные неврозом, лечащиеся в КГКПНБ № 1 г. Киева (20 человек: 12 женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 33 лет), 2 группа — студенты-психологи КНУ имени Тараса Шевченко в возрасте от 20 до 25 лет (16 женщин и 16 мужчин). Отметим основные результаты:

1. Жизнестойкие установки влияют на интенсивность использования психологических защит. Это подтверждается множественной регрессионной моделью, которая объясняет 53 % случаев такого влияния ( $R^2 = 53$ ). Но только вместе с показателями регуляторной гибкости ( $B1 = -0,550$ ) и самообвинением ( $B2 = 0,462$ ) можно говорить о статистически достоверном влиянии жизнестойкости ( $B3 = -0,603$ ,  $\text{sig} < 0,001$ ) на общую напряженность всех защит (ОНЗ). Результаты позволяют утверждать, что жизнестойкость трансформирует отношение к жизни и является одним из факторов, который обеспечивает снижение уровня напряженности всех защит. Хотя этот конструкт нельзя рассматривать как единственный, не принимая во внимание множество других психологических феноменов, которые влияют на ОНЗ.
2. Кластерный анализ (метод К-средних) позволил выделить 2 типа людей с невротическими расстройствами по уровню адаптивности: дезадаптивный и среднеадаптивный тип. Первый характеризуется низким уровнем жизнестойкости, поведением по типу избегания проблемы в неблагоприятных ситуациях, низкой регуляторной гибкостью, высокой внутренней конфликтностью и самообвинением. Планирование собственных жизненных перспектив развито, но сопоставить планы с внутренними условиями и внешними обстоятельствами для них

проблематично. Общий уровень саморегуляции приближается к низкому. Показатель ОНЗ высокий. Уровень жизнестойкости среднеадаптивного типа ниже среднего. Самообвинение, конфликтность, регуляторная гибкость и уровень общей саморегуляции имеют средние показатели. Поведение выстраивается по типу пассивного преодоления проблем. Не склонны к планированию и принятию на себя ответственности за свой выбор, для них характерны противоречивость целей и личная неустойчивость. Даже те, кто склонен к планированию и детальной разработке программы действий, плохо согласовывают цели с внутренними возможностями и внешними обстоятельствами. Показатель ОНЗ средний.

3. Результаты однофакторного дисперсионного анализа (критерий Ливена  $> 0,05$ ; показатель ANOVA  $< 0,05$ ) демонстрируют различия в особенностях функционирования психологических защит у этих 2 групп людей. Низкоадаптивные сверхинтенсивно используют все защиты (регрессия, замещение, проекция, компенсация, вытеснение, реактивное образование), кроме интеллектуализации и отрицания. Среднеадаптивные активнее используют компенсацию, отрицание, вытеснение, интеллектуализацию.
4. Людям с невротическими расстройствами на фоне низкой жизнестойкости свойственна следующая иерархия развитости жизнестойких установок: контроль, вовлеченность, принятие риска.

Полученные результаты позволяют утверждать, что общая напряженность психологических защит является показателем дезадаптированности человека, свидетельствует о наличии внутриличностных конфликтов. А такой конструкт, как жизнестойкость, становится необходимым ресурсом, который гарантирует сохранение психического и соматического здоровья.

*Ершов Б.Б.*

### **Исполнительские функции и зрительно-моторная память при депрессии**

Цель и гипотеза исследования. В процессе настоящего исследования был осуществлен сравнительный анализ показателей зрительно-моторной памяти пациентов с эндогенными аффективными расстройствами

и с органическими психическими расстройствами. Основной задачей исследования было определение степени влияния на продуктивность зрительно-моторной памяти нарушений исполнительских функций, которые, как полагают, типичны для пациентов с эндогенными аффективными расстройствами. В качестве гипотезы рассматривалось предположение о более выраженных нарушениях зрительно-моторной памяти при органических психических расстройствах, тогда как нарушения зрительно-моторной памяти при эндогенных аффективных расстройствах в значительной степени продиктованы нарушениями исполнительских функций.

Выборка и методы исследования. Группа пациентов с эндогенными аффективными расстройствами включала в себя 41 испытуемого среднего возраста (25–40 лет), среди них 19 мужчин и 22 женщины, с актуальной депрессивной симптоматикой легкой или умеренной степени без существенных признаков органического поражения головного мозга или иных коморбидных расстройств. Группа пациентов с органическими психическими расстройствами включала в себя 35 испытуемых (24 мужчины, 11 женщин) с депрессивными расстройствами вследствие травматического поражения головного мозга. Клинические и социально-демографические показатели испытуемых клинических групп не имели статистически достоверных различий. В процессе исследования испытуемые заполняли опросник Бека и выполняли методику «Комплексная фигура Рея–Остеррита». При обработке данных методики была использована Бостонская система качественной оценки (BQSS), что позволило учесть эффект влияния на показатели зрительно-моторной памяти нарушений исполнительских функций.

Основные результаты исследования. Оценки испытуемых при копировании и немедленном воспроизведении существенно не различались, хотя и были заметно ниже нормативных значений. При отставленном воспроизведении (25 минут) пациенты с эндогенными аффективными расстройствами чаще получали лучшие оценки, однако межгрупповые статистические различия, учитывая объем выборки, были относительно невелики ( $p < 0,05$ ). Эффекты нарушения исполнительских функций (организация, планирование и т. п.) были характерны для пациентов с эндогенными аффективными расстройствами примерно в той же степени, что и для пациентов с органическими психическими расстройствами.

Выводы. Результаты настоящего исследования указывают на то, что истинные мнестические нарушения, нарушения зрительно-моторной памяти в том числе, могут являться центральными в когнитивном профи-

ле как пациентов с эндогенными аффективными расстройствами, так и пациентов с органическими психическими расстройствами. Выявленные различия касались преимущественно долговременной зрительно-моторной памяти, тогда как оценки навыков копирования, кратковременной памяти у испытуемых существенно не различались, что указывает на более выраженные нарушения когнитивных функций, включая нарушения конструктивного праксиса, у пациентов с эндогенными аффективными расстройствами. Вопреки гипотезе исследования, нарушения зрительно-моторной памяти у пациентов с эндогенными аффективными расстройствами не объясняются только нарушениями исполнительских функций, которые, как оказалось, были отмечены не только у пациентов данной нозологической группы. Исследование выполнено при поддержке гранта № НИР 8.37.126.2011.

*Исурина Г.Л.*

## **Групповые методы в клинической психологии**

Психологическая диагностика и психологические вмешательства (психотерапия и психологическое консультирование) являются основными сферами практической клинической психологии. Оба эти направления могут использовать как индивидуальные, так и групповые методы. Многочисленные исследования в области психотерапии показали, что групповая психотерапия является полноправным методом лечения, не уступающим (а зачастую и превосходящим) по своей эффективности индивидуальной психотерапии. Действие в процессе групповой психотерапии характерных для психотерапии в целом механизмов лечебного действия (в частности, конфронтации, обратной связи, коррективного эмоционального опыта, научения, получения информации и пр.) приобретает более активный характер в силу разнообразных особенностей ее участников. Однако в отечественной практике психологической диагностики групповые методы практически не используются. В этом плане несомненный интерес представляет метод фокусных групп, позволяющий выявлять (диагностировать) установки и отношения, характерные для определенных групп людей. Метод фокусных групп — это групповое фокусированное интервью, которое носит полустандартизированный характер и относится к качественным методам социально-психологического исследования. Фокусные группы, начиная с середины XX столетия,



широко используются в прикладных социальных науках, в маркетинге, рекламе, средствах массовой коммуникации. С 70-х годов метод фокусных групп все более широко применяется и в психологии, где выступает как качественный метод психологической диагностики, направленный, прежде всего, на изучение определенных представлений, отношений и установок, существующих у тех или иных групп (социальных, возрастных, профессиональных и пр.) людей. Основным методическим инструментом фокусных групп (как и групповой психотерапии) является групповая дискуссия, основанная на использовании групповой динамики: групповой сплоченности и группового напряжения, лидерства и соперничества, групповых норм и ролей и т. д. Опора на групповую динамику обуславливает очевидные сходства групповой дискуссии в рамках групповой психотерапии и фокусных групп: особая роль доверительной безопасной атмосферы в группе, способствующей самораскрытию участников; разнообразие позиций ведущего; правила формирования группы и пр. Преимущества фокусных групп по сравнению с индивидуальным фокусированным интервью можно рассматривать в двух аспектах: с точки зрения исследовательских целей и пользы для ее участников. Групповое фокусированное интервью является более экономичным, позволяя за небольшой отрезок времени (фокусная группа продолжается обычно около полутора часов) получить информацию о представлениях и отношениях к определенной проблеме группы людей (обычно состав фокусной группы — 6–12 человек). Групповая дискуссия также позволяет изучить, под влиянием каких факторов могут достаточно быстро изменяться позиции ее участников. Несомненная польза для участников фокусных групп состоит в возможности увидеть многообразие позиций и точек зрения по какому-либо вопросу, прояснить собственную позицию и сопоставить ее с позициями других людей. Для клинической психологии этот метод представляет особый интерес в связи с развитием ее новой отрасли — психологии здоровья, поскольку позволяет выявить типичные для определенных групп людей (например, здоровых и пациентов) установки, отношения и стереотипы поведения в отношении здоровья и болезни, здорового образа жизни, профилактики, лечения и пр., а также уточнить методический аппарат для проведения дальнейших исследований. Опыт использования фокусных групп в клинической психологии при разработке профилактических программ в области здоровья показывает, что он может стать эффективным методом диагностики указанных феноменов.

*Кедровская А.С.  
Корнетов А.Н.*

## **Влияние эмоциональной нестабильности на суицидальный риск клинических психологов**

По данным ВОЗ, ежегодно 900 000 человек кончают жизнь самоубийством. Суициды входят в число трех основных причин смерти людей в возрасте 15–44 лет во всем мире. Возрастной промежуток между 15 и 24 годами является пиковым в отношении суицидальных попыток у представителей обоих полов (Корнетов А.Н., 2001). Диагностика и профилактика суицидального поведения среди молодежи продолжает оставаться наиболее острой медико-социальной и психологической проблемой. Основываясь на результатах различных исследований, можно выделить ряд профессий, где встречается высокая частота самоубийств. Среди квалифицированных работников наибольший риск существует у врачей, в частности у психиатров и психотерапевтов (в том числе у психологов-психотерапевтов) (Перехов А.Я., Дубатова И.В., 2004). Во многих российских и зарубежных работах доказывается наличие студентов, имеющих мысли о нежелании жить различной степени выраженности, а также отмечается число учащихся, совершающих суицидальные попытки (Михайлова М.Н., 1990; Firth-Cozens J., 2007). Эмоциональная нестабильность в сочетании с другими суицидогенными факторами формирует особую предрасположенность личности, способствующую повышению суицидального риска (Розанов В.А., 2010). Актуальным продолжает оставаться исследование и предотвращение суицидального поведения среди студентов данной специальности.

Цель: изучить влияние эмоциональной нестабильности на выраженность суицидального риска (СР) у студентов клинических психологов на разных этапах профессионального становления.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 105 студентов СибГМУ специальности клинический психолог (I-V курсы). Возраст испытуемых 17–25 лет. Клинико-психологическое исследование включало оценку выраженности СР с помощью опросника Б. Любан-Плоцца, исследование уровня нейротизма — «Личностный опросник» Г.Ю. Айзенка. Для комплексного изучения СР были использованы шкала психосоциального стресса Л. Ридера, шкала депрессии А. Бека, методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник «Противосуицидальная мотивация» Ю.Р. Вагина. Статистическая обработка производилась при помощи программы

STATISTICA 6.0. По результатам исследования статистически значимых различий между студентами I-V курсов не было выявлено. Средние величины выраженности риска суицида следующие: 1 курс — отсутствие СР (Me = 3), 2 курс — отсутствие СР (Me = 2), 3 курс — незначительный СР (Me = 4), 4 курс — отсутствие СР (Me = 1,5), 5 курс — отсутствие СР (Me = 3). Корреляционный анализ показал, что во всех группах студентов имеются значимые корреляции между выраженностью СР и уровнем нейротизма ( $p = 0,36$ ), депрессией ( $p = 0,38$ ), психосоциальным стрессом ( $p = 0,44$ ), уровнем ситуативной ( $p = 0,31$ ) и личностной ( $p = 0,41$ ) тревожности. Уровень нейротизма имеет следующие показатели по курсам: 1 курс — среднее значение (Me = 13), 2 курс — высокий уровень (Me = 14), 3 курс — среднее значение (Me = 12), 4 курс — среднее значение (Me = 13), 5 курс — высокий уровень (Me = 17). Исследуемая эмоциональная неустойчивость положительно коррелирует с показателями депрессии ( $p = 0,54$ ), психосоциального стресса ( $p = 0,61$ ), ситуативной ( $p = 0,59$ ) и личностной ( $p = 0,62$ ) тревожности. Полученные данные доказывают, что риск совершения суицида повышается от увеличения уровня нейротизма и других суицидогенных факторов, что необходимо учитывать при профилактике самоубийств среди данных групп испытуемых. Также суицидальный риск отрицательно коррелирует с религиозными противосуицидальными мотивами ( $p = -0,21$ ) и мотивами временной инфляции ( $p = -0,22$ ). Данные результаты указывают на то, что чем выше религиозные мотивы (сформированные представления о самоубийстве как о грехе) и мотивы временной инфляции (желание выждать хотя бы какое-то время перед тем, как решиться на самоубийство) (Вагин Ю.Р., 2001), тем ниже риск совершения суицида у исследуемых студентов.

Выводы. Сопутствующие обстоятельства, влияющие на проявления депрессии, тревожности, а также повышенные психосоциальные стрессы, являются предикатами возникновения и повышения СР среди испытуемых. Раннее и точное выявление депрессивных симптомов, снижение уровня тревожности, а также повышение значимости противосуицидальных мотивов является эффективной профилактикой суицидального поведения.

Исследование частично поддержано РГНФ в рамках проекта «Структуризация данных и знаний, создание интеллектуальной системы биопсихосоциальной экспресс-диагностики и профилактики депрессии у женщин в репродуктивный период», регистрационный № 13-06-00709.

## **Мотивационный уровень ВКБ как предмет исследования в клинической психологии**

Концепция внутренней картины болезни (ВКБ) последовательно развивается как предмет исследования в отечественной клинической психологии (Лурия Р.А., 1935; Краснушкин Е.К., 1950; Рохлин Л.Л., 1971; Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972; Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1979; Резникова Т.Н., Смирнов В.М., 1979; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980; Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980; Николаева В.В., 1987; Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1989, 1990, 1991, 1993; и др.) Данная концепция предполагает наличие взаимосвязанных чувственного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного уровней ВКБ (Николаева В.В., 1987). В ряде работ А.Ш. Тхостова и его учеников последовательно изучены особенности чувственного уровня ВКБ (например, Елшанский С.П., 1999). Основное внимание уделяется в ряде исследований эмоциональному и интеллектуальному уровню ВКБ (например, Подосинова Т.В., 2011). Однако изучению мотивационного уровня ВКБ внимание уделяется в единичных работах (например, Колпаков Я.В., 2010). В то же время, именно этот уровень является опосредующим между ВКБ и защитно-совладающим с болезнью и лечением поведением (см. например, Исаева Е.Р., 2009). Недостаточность таких исследований обусловлена, в том числе, дефицитом психодиагностического аппарата, расширение которого представляется важной задачей современной клинической психологии. Развивая идею о мотивационном уровне ВКБ, В.М. Ялтонский (2009) предложил теоретическую модель мотивации к лечению. В данной модели предполагается наличие уровней мотивации к лечению (негативной, амбивалентно-амбигуозно-неустойчивой и позитивной), а также наличие структуры этой мотивации (ценностно-смысловых, эмоциональных, когнитивных и поведенческих ее предикторов). Модель нашла свое подтверждение при исследовании мотивации к лечению у женщин, зависимых от алкоголя (Колпаков Я.В., 2010). Практическим выходом данного исследования, помимо апробации комплекса психодиагностических методик, стало предложение мишеней психотерапии для каждого уровня мотивации к лечению (Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., 2011). Психотерапия малоэффективна, если у ее потенциальных участников нет мотивации на собственное прохождение психотерапии. Для изучения этого аспекта было проведено исследование мотивации на психотерапию у лиц, зависимых от психоактивных веществ (Колпаков Я.В., 2011; Колпаков Я.В., Каза-

ков А.А., Ялтонский В.М., 2012; Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., 2012). Установлены различия в структуре мотивации на психотерапию у лиц, зависимых от алкоголя, у лиц, зависимых от опиоидов, и у условно здоровых лиц. В данном исследовании впервые апробирована методика «Опросник мотивации на психотерапию» (Fragebogen zur Psychotherapie motivation, Nubling R. et al., 2001). В другом исследовании методом регрессионного анализа установлено влияние особенностей мотивации на психотерапию на эффективность лечения пациентов с непсихотическими тревожно-депрессивными расстройствами (Ялтонская А.В., 2013). В данном исследовании впервые апробирована методика «Шкала мотивации к психотерапии» (Client motivation for therapy scale, Pelletier L.G., Tuson K.M., Haddad N.K., 1997). Не менее важным аспектом при изучении мотивационного уровня ВКБ является оценка приверженности лечению у больных, прошедших основной этап лечебного процесса. Данный аспект был изучен в исследовании мотивации на реабилитацию у лиц, зависимых от опиоидов (Колпаков Я.В. и соавт., 2012; Колпаков Я.В., 2013). Установлены различия в структуре мотивации на реабилитацию у лиц, зависимых от опиоидов, участвующих в различных программах реабилитации («Анонимные Наркоманы», духовно-ориентированная реабилитация, медико-социальная реабилитация). В ходе данного исследования впервые апробирована методика «Опросник мотивации на реабилитацию» (Patientefragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation, Nubling R. et al., 2005). Полученные результаты позволили выдвинуть гипотезу о роли субъективного переживания угрозы собственного заболевания на особенности защитно-совладающего с болезнью и лечением поведения. Для проверки этой гипотезы впервые была апробирована методика «Опросник восприятия болезни» (The Brief Illness Perception Questionnaire, Broadbent E. et al., 2006) (Ялтонская А.В., 2013). Показав свою эффективность при оценке предикторов успешности психотерапии у пациентов с непсихотическими тревожно-депрессивными расстройствами, данная методика проверяется на пациентах с тяжелыми соматическими заболеваниями (например, Абросимов И.Н., 2012, 2013; Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., 2011).

*Коршунов Н.И.  
Яльцева Н.В.  
Филатова Ю.С.*

## **Конструктивная конфликтность и взаимоотношения в диаде «врач — больной»**

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (Проект № 13-06-00707а). Взаимоотношения врача с пациентом являются одним из существенных разделов клинической психологии. Проблема исследования диады «врач — больной» является, по мнению Б.Д. Карвасарского, Л.И. Вассермана, И. Харди, В.А. Ташлыкова, А.Р. Лурия, F. Alexander, V. Luban-Plozza, M. Balint, одной из фундаментальных в медицинской психологии и медицине в целом. Ее значимость обосновывается существованием достоверной связи между уровнем оптимального контакта в системе отношений «врач — больной» и уровнем эффективности лечения. Контакт между пациентом и врачом в настоящее время оценивается как один из главных лечебных факторов, часто определяющих успех лечения. Одним из важных факторов формирования оптимальных взаимоотношений в диаде является коммуникативная компетентность. Коммуникативную компетентность специалиста можно охарактеризовать как определенный уровень сформированности личного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими.

Цель: Оценить взаимосвязь выбора типа реагирования в конфликте с уровнем коммуникативной компетенции врача. Задачи: определить уровень профессиональной коммуникативной компетенции врачей-терапевтов и факторы, влияющие на ее развитие, определить ведущий тип реагирования в конфликте и его влияние на уровень профессиональной коммуникативной компетенции врачей-терапевтов.

Методы исследования: Проведено обследование 92 врачей, проходящих обучение на кафедре терапии Института последипломного образования Ярославской государственной медицинской академии. В большинстве женщины, 78 человек, и 14 мужчин. Средний возраст врачей составил 47,13 лет (от 28 до 69 лет). Средний стаж работы 20,82 года (от 1 до 40 лет). Им было предложено заполнить анкеты «Профессиональная коммуникативная компетенция врача» (Яковлева Н.В., 1994), «Диагностика ведущего типа реагирования» (Кашапов М.М., 2003).

Результаты и обсуждение: Для изучения коммуникативной компетенции врача использовалась методика ПККВ (Яковлева Н.В., Урван-

цев Л.П.). При исследовании коммуникативной компетенции врача был обнаружен средний уровень коммуникативных навыков и умений по всем четырем блокам. При изучении ведущего типа реагирования в конфликте было установлено, что это достаточно постоянная величина и не зависит от пола, возраста, стажа и квалификации врача. В большинстве случаев преобладало Решение как ведущий тип, но, используя более подробную интерпретацию методики, было выделено 3 группы врачей у которых Агрессия преобладает над Уходом ( $P > A > У$ ) — 8 человек (8,7%). Более многочисленную группу, где Уход преобладал над Агрессией ( $P > У > A$ ) — 78 человек (84,8%). И нами была выделена третья группа (характеристика которой не отражена в методике) — когда Агрессия и Уход равнозначны — 6 человек (6,5%). У врачей этой группы были обнаружены следующие интересные закономерности в отличие от других групп: высокий уровень коммуникативных умений на основании самооценки (КУ) (табл. 1). В группе «Агрессия»  $KУ = 49,25 \pm 4,46^*$ , в группе «Уход»  $KУ = 47,87 \pm 6,13^{**}$ , в группе «Агрессия и Уход»  $KУ = 55,0 \pm 2,52$  (\* $p$  1–3 < 0,05; \*\* $p$  2–3 < 0,01). Для определения взаимосвязи коммуникативных навыков и особенностей типа реагирования в конфликте были обнаружены следующие закономерности: чем выше уровень коммуникативных навыков, тем реже врачи используют Уход как тип реагирования в конфликте ( $R = -0,24$ ,  $p < 0,05$ ). Что может быть обусловлено уверенностью в себе, высокой самооценкой, позволяющей врачу не уходить от возникшей конфликтной ситуации, а использовать свои навыки в общении для конструктивного поведения и разрешения конфликта.

Выводы: Тип реагирования в конфликте — достаточно постоянный, выраженность его составляющих не зависит от пола, возраста, стажа и квалификации. У врачей, в равной степени использующих уход и агрессию как способ разрешения конфликтных ситуаций, отмечается достоверно высокий уровень коммуникативных умений на основании самооценки. Таким образом, анализ эмпирических данных позволяет утверждать, что коммуникативная компетентность врача во многом определяется конструктивной конфликтностью как умением оптимальным образом разрешать конфликтные ситуации в своей профессиональной деятельности. Таким образом, конструктивная конфликтность является важным фактором формирования оптимальных взаимоотношений в диаде «врач — больной».

*Крештапова М.А.  
Мохов В.А.*

## **Взаимоотношения родителей и старших дошкольников, страдающих острым лейкозом**

Дошкольное детство является периодом первоначального складывания личности, периодом развития личностных механизмов поведения, которые связаны с оформлением мотивационной сферы ребенка. Именно на этот период приходится пик заболеваемости острым лимфобластным лейкозом, одним из самых распространенных онкологических заболеваний в детском возрасте, протекание которого меняет социальную ситуацию развития ребенка и ход протекания всего возрастного периода, а также стиль и смысл жизни всей семьи. Целью исследования являлось изучение особенностей взаимоотношений родителей и детей с ОЛЛ, в сравнении с семьями здоровых сверстников. В исследовании принимали участие 52 ребенка старшего дошкольного возраста (5–7 лет), страдающих ОЛЛ на стадии ремиссии, и их родители, контрольную группу составили условно здоровые дети и их родители, всего 50 диад. Исследование проводилось с помощью следующих методик: проба «Архитектор-строитель» (Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карабанова, Н.Н. Лебедева, 2007) использовалась для изучения взаимодействия родителей и детей, образ ребенка у родителей исследовался с помощью модифицированной методики «Незаконченные предложения» (А.А. Шведовская, 2006) и проективного рисунка «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2002). Были получены следующие значимые результаты. Во взаимодействии родители детей с ОЛЛ в основном осуществляют охранительное поведение, игнорируют состояние и инициативу детей, в ситуации затруднения у детей они превышают пределы необходимой помощи. Они эмоционально не вовлечены в контакт с ребенком, используют оценочные высказывания. Спецификой взаимодействия детей с ОЛЛ с родителями является их меньшая активность по сравнению со здоровыми дошкольниками. Они чаще демонстрируют выученную беспомощность, пассивно и формально выполняют указания родителей. Больные дошкольники чаще выражают протест родительскому руководству, они проявляют негативизм и раздражение по отношению к ним. Выделены три вида детско-родительского взаимодействия, такие как «включенный родитель — дистантный ребенок», «дистантный ребенок — включенный родитель» и «выученная беспомощность». Система воспитательных представлений родителей детей с ОЛЛ претерпевает следующие изменения. Образ ребенка у родителей



дошкольников с ОЛЛ искажен, он отличается недифференцированными воспитательными представлениями, сопровождающимися либо страхами за ребенка и тревогой, либо отсутствием выраженного эмоционального наполнения. Контакт родителей и детей с ОЛЛ характеризуется тесной эмоциональной близостью или осуществляется опосредованно через внешние действия. Выделены устойчивые сочетания эмоционального наполнения образа ребенка у родителей и особенностей взаимодействия в детско-родительских диадах. Паттерны взаимодействия в семьях здоровых детей отличаются большей комплиментарностью, согласованностью позиций, в то время как в семьях больных детей они в большей степени конфликтны, разнонаправленны. Было доказано, что эмоциональное наполнение образа ребенка у родителя тесным образом взаимосвязано с паттернами взаимодействия в детско-родительских диадах. Эта взаимосвязь не является прямой и однозначной. Можно заключить, что аффективные особенности родителя, такие как открытость чувственному опыту, являются ключевой характеристикой, наиболее благоприятной для ребенка с точки зрения эмоционального отношения.

*Кузнецов И.В.*

## **Психологические аспекты дифференциации бредовых и сверхценных образований**

Актуальность данной темы определяется отсутствием четких критериев, позволяющих дифференцировать бред от феноменологически сходных проявлений, что значительно усложняет постановку диагноза. В связи с этим целью настоящего исследования являлось выявление взаимосвязи когнитивных стилей с содержанием бреда и сверхценных образований. Объект исследования: лица с бредовыми расстройствами и сверхценными образованиями различного генеза. Предмет исследования: когнитивно-стилевые характеристики лиц с различными видами бреда и сверхценными образованиями. Методологической основой послужили положения субъектно-деятельностного подхода в психологии, смыслового и деятельностного подходов, отечественных и зарубежных теорий когнитивных стилей. В качестве методик исследования, помимо патофизиологических проб и методик, использовались «Тематический апперцептивный тест» и тест «Чернильных пятен Роршаха».

Результаты. У испытуемых с интерпретативным, чувственным и образным видами бреда, несмотря на конформность позиций и полезависимую оценку (чувственный и интерпретативный), при обсуждении тем нейтрального для них содержания отмечалась выраженная полезависимость в анализе информации, трансформируемой в дальнейшем в психопатологические переживания. Восприятие всех испытуемых с бредом при шизофрении отличалось фрагментарностью, фиксацией на деталях изображений, наличием склонности к смещению фигуры и фона, построению и интерпретации целостного образа, исходя лишь из оценки небольшой части изображения. Указанные особенности восприятия данной группы лиц в ходе выполнения проективных наглядных методик у испытуемых с интерпретативным и чувственным бредом сочетались с привнесением субъективных переживаний в виде настороженности, подозрительности, ощущения враждебности со стороны окружающих и чувства тревоги, а также склонностью к фиксации на деталях, что нарушало возможность адекватной целостной оценки стимульного материала. Лица с хроническим бредовым расстройством с интерпретативным и чувственным видами бреда обнаруживали соответствующее фабуле концептуальных построений состояние депривации базовых потребностей, что сочеталось со стремлением к их удовлетворению на сознательном уровне в соответствии с трансформированными мотивационно-потребностной, аффективной и перцептивной сферами. Указанное сопровождалось наличием эмоционального напряжения, направленного на поиск выхода из обстоятельств, субъективно воспринимаемых как реальные. На фоне этого нарушалась оценка окружающей действительности, что в исследовании проявлялось в виде ложных трактовок материала. У лиц с интерпретативным бредом отмечалась суженность восприятия, трудности переключения и субъективная интерпретация информации с привлечением значимого опыта и дальнейшим формированием идеаторных построений, что сочеталось с повышенной рефлексией над продукцией собственной мыслительной деятельности. Испытуемые с чувственным бредом были склонны к импульсивной фабулизации изображений с созданием сюжета с множеством нюансов и деталей при отсутствии существенной реальной опоры в предъявленных стимульных изображениях. Больные с образным бредом обнаруживали выраженную полезависимость, низкий уровень толерантности к нереальному опыту, различные варианты интерпретаций в работе с проективными методиками с одновременной визуализацией, вживанием в собственную интерпретацию, трудностями дифференциации придуманных событий и объективной реальности. Испытуемые со сверхценными идеями делились на три под-

группы в зависимости от нозологии. Первых (пограничные психические расстройства) отличала полнезависимость, гибкость познавательного контроля, высокие способности к абстрагированию, широта категориального аппарата, творческая направленность, готовность к принятию нереального опыта при отсутствии продуцирования своего. Вторые (также пограничные психические расстройства) обнаруживали полнезависимые черты, склонность ориентироваться на чужие авторитеты, которая в большинстве случаев сопровождалась обыденностью фабулы сверхценных образований, ригидностью познавательного контроля, узостью категориального аппарата, низким творческим потенциалом, толерантностью к нереальному опыту. Лица со сверхценными идеями на эндогенной почве обнаруживали полнезависимую оценку, ригидность познавательного контроля, узость категориального аппарата. Выводы: механизмы бредаобразования зависят от особенностей восприятия и когнитивных стилей как контроллеров познания окружающей действительности.

*Куканов А.А.*

*Фанталова Е.Б.*

## **Характеристика мотивационно-личностной сферы у женщин с депрессиями**

Депрессия (от лат. *depressio* — подавление, угнетение) — психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего (Смулевич А.Б., 2007). Советские ученые В.З. Васильев и Ю.Л. Нуллер (Нуллер Ю.Л., 1981), после тщательного изучения личностных особенностей больных с маниакально-депрессивным психозом, обнаружили у них ряд общих черт, присущих большинству пациентов. Для таких людей характерна добросовестность, высокое чувство долга, ответственность. На работе они всегда на хорошем счету, на них всегда можно положиться, они никогда не подведут. Как правило, они мягки, совестливы, стремятся никого не обидеть. У них присутствует тенденция к повышению своего социального и образовательного уровня, а также некоторое чувство неудовлетворенности собой и своим положением. В основе этих черт личности лежат повышенная тревожность, неуверенность, склонность к сомне-

ниям, трудность принятия решения, чувствительность. Целью настоящего исследования был сравнительный анализ специфических особенностей мотивационно-личностной сферы, заключающихся в доминировании определенных ценностей и внутренних конфликтов у женщин, страдающих депрессивными состояниями, в сопоставлении с контрольной группой лиц. Эмпирическое исследование проводилось на базе Московской городской психиатрической больницы № 13 в отделениях № 17 и № 19 (психоневрологические (санаторные) отделения, в которых проводится лечение различных нозологических форм психоневрологического профиля). В экспериментальную группу вошли женщины — пациентки данной больницы в возрасте от 25 до 56 лет, страдающие депрессивными состояниями (20 человек). Контрольную (нормативную) группу составили женщины в возрасте от 20 до 53 лет без каких-либо психических расстройств (20 человек). В качестве одного из диагностических инструментов исследования была использована система «Диагностика внутреннего конфликта» Е.Б. Фанталовой, включающая четыре методики: «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСЦД), «Семь состояний», «Шкала оценки дискомфорта», «Свободный выбор ценностей» (Фанталова Е.Б., 2001; Фанталова Е.Б., 2012). Первая и четвертая методики были направлены на изучение ценностного рельефа личности и внутренних конфликтов, вторая и третья — на исследование специфических особенностей эмоциональной регуляции как по отдельным внутриличностным конфликтам, так и для всей ценностно-мотивационной сферы в целом.

Результаты исследования были следующими: Для женщин, страдающих депрессивными расстройствами, очень важна ориентировка на окружающих, на отношения с близкими людьми, на защиту и повышение своего благополучия. Они не стремятся к повышению социального статуса и личному успеху, им безразличны новые веяния моды и культуры. К получению чувственного удовольствия они относятся безразлично. Главное для них — это стабильность и консервативность общества и жизни вообще. В экспериментальной группе (депрессии) в отличие от контрольной (норма) преобладают такие терминальные ценности, как универсализм, сохранение собственной индивидуальности, вера в Бога, любовь к детям и доброта. Индекс расхождения между ценностью и доступностью в экспериментальной группе достоверно ниже, чем в контрольной, что свидетельствует о снижении побуждения к деятельности в разных жизненных сферах у женщин, страдающих депрессией. У 60 % пациенток с депрессией зафиксирован высокий уровень дискомфорта.

В свою очередь, у женщин из контрольной группы был выявлен либо слабо выраженный дискомфорт, либо его полное отсутствие. У женщин с депрессией преобладают состояния тоски, подавленности и апатии, а у женщин без психической патологии — состояния внутреннего спокойствия и внутреннего комфорта. При возрастании дифференциации между желаемым и доступным у женщин, страдающих депрессией, возникает чувство напряженности и разлада с собой.

*Куликова О.С.*

*Серебрякова Р.О.*

### **Некоторые качественные особенности социальной дезадаптации больных шизофренией**

Проблема социальной адаптации больных шизофренией не теряет своей актуальности. Возможной причиной этого представляется недостаточный учет специфических для шизофрении когнитивных и личностно-мотивационных нарушений. Ряд авторов говорят о «неадаптивности» присущих больным шизофренией особенностей познавательной деятельности в виде нарушения избирательности актуализации знаний и сведений о предметах на основе прошлого опыта (Богданов Е.И., 1971; Кобзова М.П., 2012; Критская В.П., 1971). Относительно менее изученным является вопрос о личностных структурах, изменение которых проявляется нарушением адаптационных процессов. В соответствии с данной постановкой проблемы наше исследование было посвящено изучению в данном аспекте системы психологических защит и копинг-механизмов, а также некоторых центральных Я-функций, рассматриваемых в предложенной Г. Аммоном концепции личности в качестве особенностей, обеспечивающих индивидуальную адаптацию. В рамках данного исследования нами обследовано 30 пациентов, впервые госпитализированных для лечения в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2» с диагнозом «параноидная шизофрения» (давность заболевания — не более 1 года). Все обследуемые характеризовались отсутствием продуктивной психотической симптоматики; в то же время имели место эмоционально-личностные изменения различной степени выраженности. В процессе обследования применялись следующие методики: тест фрустрационных реакций (С. Розенцвейг); методика

«Индекс жизненного стиля» (Плутчик Р., Келерман Г., 1979); копинг-тест (Лазарус Р., 1988); Я-структурный тест Г. Аммона (1998); многоуровневый опросник «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993). На основании данных, полученных при использовании многоуровневого опросника «Адаптивность», все обследованные пациенты были разделены на две группы: первая группа (12 человек) характеризовалась, по данным указанного опросника, удовлетворительной и хорошей адаптацией; пациенты второй группы (18 человек), напротив, обнаруживали сниженные адаптационные возможности. В дальнейшем методами математической статистики (U критерий Манна — Уитни) определялась значимость различий между сформированными группами по степени выраженности центральных Я-функций личности, склонности к использованию тех или иных механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, преобладанию определенного типа и направления реакций во фрустрирующих ситуациях. Были получены следующие результаты. Сформированные группы характеризуются наличием статистически значимых различий в степени выраженности, прежде всего, тех центральных Я-функций, которые препятствуют успешной индивидуальной адаптации: деструктивные агрессия и тревога ( $p < 0,05$ ), дефицитарная тревога ( $p < 0,01$ ), деструктивные внешнее и внутреннее Я-отграничение (нарушение границ между «Я» и внешним миром) ( $p < 0,05$ ), дефицитарное внутреннее Я-отграничение (недостаточная сформированность границ между «Я» и внешним миром) ( $p < 0,05$ ), дефицитарный нарциссизм ( $p < 0,05$ ). Все перечисленные центральные Я-функции более выражены у пациентов со сниженными адаптационными возможностями. Относительно других особенностей, выявляемых данной методикой, значимых различий между группами не выявлено. Кроме этого, эти же пациенты достоверно более часто используют неконструктивные копинг-стратегии (дистанцирование, бегство) ( $p < 0,05$ ) и примитивные психологические защиты (регрессия, замещение, вытеснение) ( $p < 0,05$ ). Других значимых различий между сравниваемыми группами не выявлено. Также отсутствуют статистически достоверные различия по особенностям реагирования в ситуациях фрустрации. Мы рассматриваем вышеизложенные данные как предварительные. Полученные результаты позволяют считать, что снижение адаптационных возможностей при параноидной шизофрении на начальном этапе заболевания характеризуется актуализацией и заострением неадаптивных личностных особенностей (неконструктивных копинг-стратегий, примитивных механизмов психологической защиты, препятствующих адаптации личностных черт).

## Когнитивный дефицит при первом психотическом эпизоде

Актуальность. Пациенты шизофренией с первым психотическим эпизодом («early psychoses») в настоящее время продолжают привлекать внимание исследователей. Результаты исследований, посвященных коррекции когнитивных способностей при шизофрении, свидетельствуют о том, что раннее лечение и психологические воздействия позволяют уменьшить когнитивный дефицит, способствуют более качественной ремиссии, уменьшают социальные потери (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010). В настоящее время нейрокогнитивный дефицит рассматривается учеными как третья (наряду с позитивными и негативными расстройствами) ключевая группа симптомов при шизофрении (Gallhofer B., 2000, Магомедова М.В., 2003). А восстановление когнитивного функционирования больных шизофренией является одной из актуальных проблем современной психиатрии и клинической психологии. Целью исследования было изучение особенностей когнитивного дефицита (внимание, память, мышление) у пациентов с расстройствами шизофренического круга при первом психотическом эпизоде.

Материал исследования. В исследовании приняло участие 35 пациентов (средний возраст  $25,8 \pm 0,9$  лет) с диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0) — группа 1 и 36 пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство» (F 21) (средний возраст  $25,1 \pm 0,7$  лет) — группа 2, с первым психотическим эпизодом. Группы больных являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

Методы. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений; тест беглости речевых ответов; тест «Сложная фигура Рея — Остерица»; тест «пиктограммы», тест «корректирующая проба». Сравнительный анализ полученных результатов в группах проводился с помощью непараметрического критерия U Манна — Уитни.

Результаты: В исследовании выявлены значимые различия ( $p < 0,05$ ) по некоторым показателям. Средние значения выполнения методики ТМТ (серия Б) у пациентов 1 группы были значительно выше, чем у пациентов 2 группы ( $m = 108,9 \pm 61,0$  и  $91,5 \pm 38,7$  сек.). Более точное выполнение теста Рея — Остерица показали пациенты группы 2. Зрительно-моторные функции и зрительная память у пациентов 2 группы более сохранены. В «Тесте беглости речевых ответов» результаты были

достоверно ниже в группе 1, чем в группе 2 (соотв.:  $m = 40,6 \pm 12,7$  и  $m = 49,8 \pm 10,9$ ). Количество ошибок в корректурной пробе выше в группе 1, чем во 2 группе ( $m = 8,6 \pm 10,2$  и  $5,7 \pm 6,2$ ). В пиктограммах общее количество индивидуально-значимых образов, атрибутивных образов выше у пациентов 2 группы. С пациентами была проведена программа тренинга когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией, составлена карта бригадной курации каждого пациента, в которой еженедельно отмечалась динамика психического состояния и поведения пациента. После проведения тренировок были получены данные, опираясь на которые можно утверждать, что тренировка когнитивных процессов оказала влияние на улучшение внимания, памяти, а также на повышение адекватности мышления.

**Заключение:** Пациенты с параноидной шизофренией уступают пациентам с шизотипическим расстройством в визуальной перцепции, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка, психической устойчивости и переключении внимания, запасе семантической памяти, вербальной ассоциативной продуктивности, исполнительной функции, уровне процессов обобщения. В повседневной деятельности пациентам с параноидной шизофренией сложнее ориентироваться, используя собственные знания, умения, и преодолевать трудности. Дальнейшее исследование позволит сгруппировать выявленные патогномические характеристики в симптомокомплексы данных нозологических групп, что повысит эффективность патопсихологического исследования. Таким образом, нарушенные когнитивные функции у больных шизофренией поддаются коррекции и тренировке, что указывает на целесообразность дальнейшей разработки психокоррекционных программ в системе лечебно-реабилитационных мероприятий при шизофрении.

*Лим А.В.*

*Лысенко И.С.*

## **Актуальные внутриличностные конфликты у больных с невротическими расстройствами**

Существенное место в этиопатогенезе невротических расстройств принадлежит интрапсихическому конфликту (Мясищев В.Н., 1960, Карвасарский Б.Д., 1980, и др.). В этой связи интерес представляет изучение



взаимосвязи внутриличностных конфликтов с выраженностью невротической симптоматики. Исследование проводилось в клинике неврозов СПбПНИ им. Бехтерева. С помощью симптоматического опросника и методики для изучения внутриличностных конфликтов было исследовано 130 больных с невротическими расстройствами. Результаты исследования показали, что внутриличностные конфликты у пациентов схожи по содержанию с противоречиями, возникающими у здоровых людей, однако являются более выраженными. Наибольшее отличие от нормы отмечается по следующим конфликтам: между поступками и нормами, что предполагает желание выполнять предъявляемые требования со стороны окружающих и отсутствие возможности их реализации («Я очень бы хотел быть «хорошим» во всем, что я делаю, но разные ситуации и разные люди предъявляют ко мне столько разных требований, что мне это не удастся»,  $p = 0,002$ ); между уровнем доверенных задач и собственными возможностями, в этом противоречии отсутствие возможности выполнения избытка возложенных на себя обязанностей сочетается с невозможностью от них отказаться («Я не сумел, в общем, избежать избытка обязанностей, которые на меня возлагали, а справиться со всем этим я был не в состоянии»,  $p = 0,002$ ). В группе с истерическим типом невротического расстройства ведущим является противоречие между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды («Я хотел бы всегда делать то, что мне нравится, быть в согласии со своими стремлениями, но часто мне это затрудняют разные правила и нормы, которыми руководствуются люди вокруг меня»). У больных с неврастеническим типом расстройства преобладает конфликт между уровнем притязаний и уровнем реальных достижений («Я честолюбив и не умею удовлетворяться тем, чего добивался до сих пор, мне всегда кажется, что я должен достигнуть большего»). Больные с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства характеризуются наибольшей выраженностью внутриличностного конфликта между потребностью в достижениях и страхом неудач («Я хотел бы многого достичь, быть “на уровне” в некоторых областях, но часто отступаю или не берусь за то, что может мне не удасться»). Результаты исследования показали также, что у больных с невротическими расстройствами выраженность симптомов невротического регистра значительно отличается от нормы. Наиболее представленными в структуре невротических жалоб являются «соматические нарушения» ( $28,91 \pm 1,56$  при норме  $7,8 \pm 1,1$ ;  $t = 11,06$ ;  $p < 0,01$ ). Это свидетельствует о фиксации пациентов на физиологических изменениях и соматических дисфункциях, вызванных эмоциональным напряжением, тревогой. Высокое внимание

к своему организму и субъективная значимость отклонений в функционировании различных органов и систем затрудняют формирование мотивации к психотерапии, снижают эффективность лечения и требуют применения дополнительных приемов для создания психоцентрических представлений у пациентов относительно механизмов их заболевания. Следующая шкала по выраженности отклонений от нормы — шкала «страх, фобии» ( $36,62 \pm 2,38$  при норме  $6,9 \pm 1,3$ ;  $t = 10,96$ ;  $p < 0,01$ ). Актуальные жалобы пациентов касаются как повышенного уровня тревоги, не связанного с конкретными условиями, так и тревоги, возникающей в определенных ситуациях, обстоятельствах. Корреляционный анализ полученных данных показал, что высокий уровень невротичности и выраженность симптоматики высоко коррелируют с такими конфликтами, как между потребностями быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости, между потребностью в достижениях и страхом неудач, между стремлением к достижению во всех областях и невозможностью совместить требования различных ролей, между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий, между потребностями к независимости и получению помощи, опеки. Можно предположить, что именно эти конфликты в настоящее время являются наиболее значимыми в структуре внутриличностной проблематики больных с невротическими расстройствами.

*Макогон И.К.*

*Ениколопов С.Н.*

## **Моральные эмоции в структуре предменструального синдрома**

Традиционно в эмоциональной сфере человека выделяется особый класс явлений, касающихся взаимоотношений с другими людьми, в частности соответствия себя и своего поведения нормам морали, принятым в обществе, — «эмоции самосознания» (self-conscious emotions) (Бреслав, 2006). Такие эмоции, в отличие от базовых, не имеют биологического происхождения, но связаны с вопросами «социального выживания», то есть выполняют адаптивную функцию в межличностной сфере посредством самооценивания в контексте важных для данного социума стандартов поведения (Kim et al., 2011). Переживание чувств вины и

стыда, занимающих центральное положение в рассматриваемом классе явлений, свидетельствует о каком-либо отклонении, угрожающем фундаментальной потребности в принадлежности современного человека к социуму, что, в свою очередь, может оказать неблагоприятное влияние на психику человека в целом и способствовать возникновению широкого круга психопатологических симптомов: от низкого самоуважения, тревожности и депрессии до различных психосоматических расстройств и ПТПС (Tangney, 1996). В особенности это касается чувства стыда, как более болезненного и менее адаптивного, по сравнению с виной, переживания, возникающего вследствие негативной оценки своего глобального Я и включающего чувство собственной беспомощности и ничтожности по сравнению с другими. В последние годы внимание клиницистов все больше привлекает роль «эмоций самосознания», в частности стыда, в возникновении и течении различных видов психопатологических состояний, в том числе в рамках соматических расстройств. Одним из таких состояний является предменструальный синдром (ПМС), рассматриваемый сегодня как «болезнь цивилизации», отмечающийся в той или иной степени выраженности у 20–80 % женщин репродуктивного возраста (Татарчук, Шевчук, 2001). ПМС характеризуется негативными физическими и психоэмоциональными проявлениями, создающими условия для нервно-психической дезадаптации страдающих им женщин, снижая работоспособность, отражаясь на всей сфере коммуникативных отношений (Аганезова, 2011). Большинство объяснений этиологии и патогенеза ПМС в терминах биологии, психологии и психосоциальных факторов оказываются несостоятельными в попытке подтвердить их экспериментальными и клиническими методами (Горнаева, Смотровая, 2012). Последние исследования показывают наличие сложных и неоднозначных по интерпретации причинно-следственных связей нарушений при ПМС. Так, эмоционально-аффективные проявления, характерные для данного синдрома, с одной стороны, являются внешними проявлениями субъективного реагирования женщин на гормональные изменения, происходящие в организме в предменструальный период. С другой стороны, они провоцируют и способствуют усилению соматических проявлений, что, в свою очередь, сопровождается нарастанием эмоциональной напряженности и личностного дискомфорта (Аганезова, 2011). Несмотря на то, что менструация является естественным репродуктивным процессом, в современном обществе на нее накладывается множество социальных табу. В культуре она воспринимается как нечто грязное, постыдное, то, о чем не принято говорить и, тем более, демонстрировать. По мнению некоторых авторов, предменструальный цикл способствует отождествлению

женщин с природными феноменами в противоположность культуре и историческому развитию (Roberts, 2004). Таким образом, сигналы, посылаемые социумом женщинам с самого раннего возраста, о том, что их тела неприемлемы в своем естественном виде, способствуют возникновению чувства стыда, связанного, в том числе, с менструацией, который ярко проявляется в предменструальный и менструальный периоды в виде соответствующих эмоциональных и поведенческих ответов: оборонительной межличностной сепарации и дистанцирования, тревоги и депрессии, ощущения уязвимости, агрессии защитного характера и др. Кроме того, согласно господствующей теории (Lewis, 1971), стыд вызывается критической оценкой Я в целом, поэтому стыд менструации, вероятно, является одним из проявлений более глобального телесного стыда, который в свою очередь оказывает негативное воздействие на общий процесс женской сексуальной социализации (Schooler et al., 2005). Таким образом, анализ литературы, посвященной «эмоциям самосознания» в структуре предменструального расстройства, позволяет сделать вывод о междисциплинарности рассматриваемой проблемы, а также о необходимости дальнейшего изучения психологической компоненты ПМС с целью разработки его адекватной психокоррекционной терапии.

*Малкова Е.Е.*

## **Тревога как ресурс адаптивного развития личности**

Проблема понимания сущности тревоги как ресурсной характеристики адаптации и ее значения в онтогенезе для нормального и аномального развития личности в настоящее время является актуальной не только для возрастной, педагогической и медицинской психологии, но и для клиники детских болезней, детской и подростковой психиатрии, философии, естествознания и многих других наук. Длительное время проявления тревоги как ресурса адаптивного развития личности оставались недооцененными (Регуш Л.А., 2006, Chavira D.A., Stein M.B., Bailey K., Stein M.T., 2004). А ведь именно они чаще всего описываются в качестве феноменов, отражающих нормативность эмоционально-личностного развития, которые, в отличие от расстройств поведения, значительно в меньшей степени привлекают внимание окружающих, что позволяет им гораздо дольше оставаться вне поля зрения клиницистов. Далеко не секрет, что высокая тревожность, сопровождающая

яся различного рода страхами, зачастую становится показателем неблагоприятия личностного развития. Однако и низкую тревожность нельзя рассматривать как исключительно позитивное явление, а в случае влияния на развивающуюся личность, возможно, даже более патогенное. Тем не менее, зачастую именно зафиксированные в раннем детстве переживания травмирующих ситуаций или событий рассматриваются многими как своеобразный фон для дальнейшего формирования личности, поскольку их фиксация может задавать определенный вектор психического развития: нормального или нарушенного. Причем эти нарушения могут проявляться и соматическими, и невротическими, и психотическими расстройствами. Исходя из этого, тревога может быть рассмотрена нами как стержневое свойство, определяющее адаптивное развитие личности. Наиболее очевидно это проявляется в онтогенетическом аспекте. Так, изначально мы наблюдаем действительно реакцию, если угодно — «тревогу». Здесь речь идет именно о состоянии специфической напряженности как реакции на опасности, угрожающие ребенку со стороны собственных влечений, по сути — как проявление инстинкта самосохранения. С развитием психики ребенка и вхождением его в мир предметных, а затем и социальных отношений, это диффузное ощущение угрозы целостности «опредмечивается», определяя границы Я — сначала внешние, а в подростковом возрасте и внутренние, создавая тем самым условия формирования личности. Сам по себе ребенок, тревожный он или нет, рассматривается нами как развивающаяся структура, в которой тревожность является фактором, регулирующим эмоционально-поведенческую сферу личности, а тревога выступает признаком адаптационного напряжения. Многообразие форм эмоционального и поведенческого реагирования обуславливается множеством факторов, в том числе биологических, обнаруживая структурные отличия уровней реактивности — тревожности. Так, оказалось, что на разных этапах возрастного развития и в зависимости от пола ребенка тревога по-разному опредмечивается, а в зависимости от индивидуальных особенностей отличается еще и уровневыми характеристиками выраженности. Мы видим, что на разных этапах онтогенеза разные сферы активности вовлекают ребенка в переживания чувства тревоги. Собственно же формирование личности ребенка — ее социализация — по сути, является расширением социального репертуара его поведения. И именно тревога выступает здесь как показатель адаптационного напряжения, которое является необходимым условием формирования и психики, и личности, своеобразным регулятором поведения, контролирующим импульсивность. Изучение возрастной ди-

намики сфер актуализации тревоги при патологии различного уровня показало, что тревога может быть:

- соматически редуцированной врожденными или приобретенными индивидуальными механизмами (соматический уровень);
- избыточной для типовых ситуаций социализации (невротический уровень);
- полонеспецифически размытой и избыточной, как реакция на нарушения сложившихся устойчивых психических образований (психотический уровень).

Таким образом, тревога с нашей точки зрения не может в полной мере быть обозначена ни как функция, ни как состояние, ни как свойство темперамента или личности. Это — системный процесс регуляторного функционирования психики, который одновременно является маркером напряжения, а ситуации, в которых она манифестирует — это условия, которые в виду их неосвоенности (в результате семейной сенсбилизации или из-за избыточного реагирования) ребенком травмируют и разрушают его еще только формирующиеся границы личности.

*Маллаев Д.М.*

## **Психологическая помощь в преодолении боевого стресса у военнослужащих**

Актуальной проблемой в профессиональной подготовке будущих клинических психологов является вооружение их знаниями военной психологии. Современное состояние психологической готовности требует поиска новых инновационных подходов к диагностике и предупреждению стрессовых состояний у военнослужащих в боевой или приближенной к ней обстановке. Статистика показывает, что в первые дни боевых действий психическую травму получают 60–65% военнослужащих, из них 20–25% не могут выполнять свои профессиональные обязанности (Баутин А.Ю., 2010). Наряду с этим, независимо от характера боевых действий, оказывают влияние и другие факторы: окружающая среда, устойчивость к психогенным травмам; неуставные взаимоотношения; сформированность личностных качеств военнослужащих. Отсутствие своевременной психологической помощи в период нахождения их в травматических ситуациях впоследствии может привести к стойким

изменениям в психике. С этой целью, чтобы определить весь комплекс влияний, оказываемых современным боем на психику воинов, необходимо построить психологическую модель боя, которая представляет собой мысленный образ (аналогию), своеобразную карту психических процессов и явлений, имеющих место в реальном бою, которая включает: объект конфликта; противоборствующие стороны со сформировавшимся у них ресурсом конфликтных действий (образами конфликтной ситуации, установками, целями, мотивами, навыками военных действий в конкретных конфликтах, психофизиологическими возможностями); штурмовые психологические феномены, влияющие на боевые действия (мнения, традиции, сплоченность, настроения, психологический климат); конфликтные действия (стратегии, уровни, формы, виды, способы, приемы); средства ведения конфликтных действий (обычное оружие, оружие массового поражения, оружие травматического действия); условия конфликта (социальные, эколого-эргономические, боевые, территориальные и др.) (Высоцкий В.В., 2001; Караяни А.Г., 1998). Для организации психотерапевтической работы по профилактике и снятия боевых стрессов у военнослужащих нам необходимо было подробно рассмотреть индивидуальную психологию военнослужащего как участника коллективной боевой деятельности и психологию воинских подразделений участников боя. В связи с этим нами исследовался объект противоборства в бою, войне — это способность и воля противника к сопротивлению. Выявлено, что это связано с мотивом конфликта: оборонительная война или захватническая, здесь мотивация у противоборствующих сторон разная и уровни сопротивления разные. Установлено, что неправильная оценка способности противника в бою к сопротивлению влечет за собой просчеты в оперативно-тактических расчетах и обоснованиях. Здесь необходимо отметить, что важной характеристикой для противоборствующих сторон является мотивация: значимые для человека социальные мотивы (общечеловеческие ценности, патриотизм народа, мир, истина, служение, любовь к Родине, семье, матери, детям, чувство воинского долга, ненависть к врагу); коллективно-групповые мотивы (общность и единство коллектива, взаимовыручка, страх быть подвергнутым групповому презрению); индивидуально-личностные мотивы (забота о близких, стремление отличиться, получить награду, в наемной армии: испытать свои возможности, самоутвердиться, заработать денег и др.). Таким образом, психотерапия боевых стрессов у военнослужащих с целью профилактики и их коррекции требует постоянного психологического сопровождения и непрерывного мониторинга (отслеживания, выявления, анализа и оценки) психологических условий выполнения боевых задач,

осуществления психологической поддержки военнослужащих и проведения психологической реабилитации и психотерапевтической помощи лицам, подвергшимся травмирующему воздействию психогенных факторов боя.

*Мелёхин А.И.  
Сенкевич Л.В.*

## **Исследования восприятия времени больными шизофренией в клинической психологии**

Только за последние несколько лет в таких западных журналах, как *Brain and cognition*, *Experimental Brain Research*, *Schizophrenia Research*, *Journal of Neuroscience*, *NeuroReport*, *Journal of Physiology* — Paris, *Occupational Therapy in Mental Health* наблюдается рост исследований по изучению клинико-психологических особенностей восприятия времени больными шизофренией. Исследования восприятия времени больными шизофренией, проведенные в лаборатории О. Vonnot (Франция), показали:

1. У больных шизофренией наблюдается ирреальность восприятия, т. е. они живут в собственном мире, без или вне времени. Такие больные потерялись в мире времен, они не в состоянии измерять длительность времени, и следовательно, не могут представить течение времени. В основном будущего времени для больных шизофренией нет. Для больных шизофренией время по большей части течет не естественно, не линейно. Для них не существует никакого смысла между прошлым и будущим, они с трудом находят свое место в этом мире. В результате, у больных шизофрений отсутствует формирование целей, ориентированных в будущее, нарушается функция планирования собственных действий во времени. Они воспринимают часы, дни, недели своей жизни очень долгими, трудными, что еще раз подтверждает, с одной стороны, нарушение восприятие времени, а с другой, указывает на его особенности (E. Minkowsky, 2011).
2. У больных шизофренией наблюдается феномен «временной нечувствительности» (Carroll C.A., 2009), выражающийся в трудностях при различении коротких и длинных временных интервалов. Т. е. временные интервалы этими больными чаще всего переоцениваются (Andreasen N.C., Nopoulos P., Miller D.D. и др.).



3. Больные шизофренией, принимающие нейролептические препараты (например антагонисты дофамина), имеют повышенные трудности в различении коротких и длинных временных интервалов (Neville A., 2012).
4. Искажение в восприятии временных интервалов у больных шизофренией связано с процессом нарушения памяти и внимания, т. к. временные интервалы сохраняются в кратковременной памяти, что подтверждается «скалярной теорией восприятия времени» (Zakay D., 1997). Нарушение внимания влияет на дифференциацию кодирования стимула и различение временных интервалов. Точность восприятия временных интервалов в диапазоне от нескольких секунд требует повышенного внимания и памяти, что вызывает трудность в разграничении дефицита временного восприятия с обобщенными нарушениями внимания и памяти, что обычно наблюдается у больных шизофренией.

Актуальность исследований восприятия времени больными шизофренией в клинической психологии и психиатрии определяется рядом следующих аспектов.

Во-первых, с усложняющейся социальной обстановкой, которая требует постоянного планирования и согласования своей жизни и деятельности во времени. В связи с этим человек постоянно испытывает давление времени. В последнее время все больше людей обращаются за психологической помощью с жалобами, которые так или иначе в своей основе имеют проблему нехватки времени. Теряется связь времен, многие не поспевают за скоростью, темпом современной жизни, утрачивают способность эффективно справляться с теми аспектами своей жизнедеятельности, в которых особенно важны временные параметры. Больные шизофренией также испытывают на себе давление времени, и именно увеличение исследований по выявлению особенностей восприятия времени способствовало бы обогащению психотерапии и социореабилитации этих больных (Beck A.T., 2010).

Во-вторых, появление новой генерации лекарственных средств, оказывающих, кроме влияния на позитивную и негативную симптоматику, действие и на когнитивные нарушения, во многом стимулировало интерес многих авторов к исследованию познавательных функций, в том числе восприятия времени у больных шизофренией (Bonnot O., 2011).

В-третьих, с повышенным интересом многих авторов к изучению особенностей когнитивного дефицита, как третьей ключевой группе

симптомов при шизофрении, наряду с позитивными и негативными. Когнитивный дефицит приводит к нарушению обработки информации и не всегда является результатом прогрессирования заболевания, влияя на длительности течения или влияния психофармакологии (Petzel T.P., 2010). Главная методологическая трудность при исследовании восприятия времени больными шизофренией связана с тем, что трудно очертить границы между искажениями при восприятии времени и влиянием когнитивного дефицита (нарушение внимания и памяти), а также влиянием фармакотерапии.

*Новожилова М.Ю.*

### **Типология совладающего поведения у лиц опасных профессий**

В последнее время в специальной литературе уделяется серьезное внимание проблемам профессионального здоровья, в особенности если речь идет о деятельности, сопряженной с повышенным риском, например, в условиях постоянного интеллектуального и психоэмоционального напряжения, принятия ответственных решений и т. д. Актуальность данной проблемы обусловлена необходимостью совершенствования системы профотбора, мониторинга за состоянием здоровья контингента «риска» в рамках диспансеризации, разработкой организационных мероприятий в связи с задачами психогигиены и психопрофилактики. В каждой профессии существуют свои комплексы психотравмирующих факторов, имеющих как общую, так и специфическую природу. Характер таких факторов, их личностную значимость, а также индивидуально-личностные особенности, позволяющие преодолевать негативные последствия стрессогенной профессиональной деятельности, необходимо выявлять и квалифицировать на многомерной основе, включая психологическую диагностику. В исследовании, с разрешения командования и информированного согласия, принимали участие моряки-подводники (61 чел.), напряженность и стрессогенность профессиональной деятельности которых определяется: продолжительной изолированностью от внешнего мира, работой в замкнутом функциональном пространстве, постоянным профессиональным взаимодействием в относительно узком коллективе сослуживцев с жесткой иерархией и регламентацией отношений, сложными эколого-средовыми физическими факторами. Для

изучения роли психосоциальных факторов как потенциальной угрозы расстройств психической адаптации, а также для оценки значимости характеристик профессиональной деятельности, вызывающих особое напряжение и трудности, был проведен анонимный микросоциологический опрос: респондентам предлагалось в порядке убывания субъективной значимости определить трудности профессиональной деятельности, существенно влияющие на уровень их психосоциальной адаптации. Далее результаты сопоставлялись с данными опросника «Стратегии совладающего поведения», прошедшего адаптацию и стандартизацию в институте им. В.М. Бехтерева. Анализ протоколов позволил составить общий список выделенных факторов, которые были систематизированы по содержанию и объединены в 4 блока. Первый блок — «организация профессиональной деятельности», содержит факторы, имеющие отношение к профессиональным обязанностям: ненормированный рабочий день, недостаточная компетентность, сверхконтроль со стороны командования, некорректность во взаимоотношениях, кадровые проблемы. Второй блок включает факторы социально-экономического характера: жилищные проблемы, недостаточное финансирование для приобретения техники, ремонта оборудования, предметов обихода; однообразное и недостаточное питание и др. Третий блок содержит факторы, относящиеся к «условиям профессиональной деятельности»: смена климатических условий на разных этапах службы, стрессовые и чрезвычайные ситуации в сочетании с высокой ответственностью профессиональной деятельности. Вместе с тем, особенности службы подводников требуют большего внимания к их социальной защищенности, что подтверждается и факторами четвертого блока: «бесперспективность, неуверенность в будущем», недооценка государством сложной профессиональной деятельности, семейные проблемы: напряженные взаимоотношения, семейные конфликты в связи с длительным отсутствием субъектов исследования. Анализ структуры стресс-преодолевающего поведения моряков-подводников показал, что наиболее часто используемыми копинг-стратегиями являются «планирование решения проблемы» и «поиск социальной поддержки». Таким образом, офицеры-подводники не склонны избегать и уклоняться от каких-либо затруднительных ситуаций, отрицать имеющиеся проблемы, а, напротив, стремятся тщательно продумывать, анализировать возникшие затруднительные ситуации и соответствующим образом действовать с целью устранения источника опасности (стрессора). Это можно объяснить тем, что у данного контингента исследуемых четко сформированы навыки эффективного преодоления стресса в критических, а подчас даже экстремальных ситуациях, сопряженных с угро-

зой для жизни и здоровья не только собственной личности, но и других окружающих людей. Вероятно, эти навыки были приобретены заранее во время службы или же они являются некоторыми особенностями личности, которые накладывают отпечаток на профессиональную деятельность. Полученные данные можно принять к сведению при разработке психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

*Одинцова В.В.*

*Дмитриева В.А.*

### **Психологические аспекты взаимодействия врача и пациента: ситуационный подход**

В последние десятилетия в мировом здравоохранении окончательно укрепилась позиция, что при принятии решений о лечении необходим переход от распространенной патерналистской модели (когда пациент пассивно подчиняется профессиональному авторитету врача) к модели, предполагающей вовлеченность пациента в ход лечения и его социальное партнерство с врачом. Современный пациент становится все более информированным, и эта тенденция будет нарастать вследствие доступности профессиональной информации в СМИ. В западной литературе появляется термин google-пациент — сверхинформированный в отношении своего заболевания и способов лечения как компетентными, так и некомпетентными интернет-ресурсами. С одной стороны, существует проблема непрофессионального понимания ситуации, что может приводить к конфликтам между пациентом и врачом, росту неудовлетворенности от медицинской помощи. С другой стороны, придание пациенту активной роли становится ключевым фактором в совершенствовании системы здравоохранения (Davis R., Vincent C., 2011). В отношении взаимоотношений врача и пациента существует достаточное количество теоретических моделей, самой упоминаемой из которых является классификация Р. Витча: инженерная, патерналистская, коллегиальная, контрактная модели (Emanuel E.J., 1992). Вариантом моделей принятия решений о лечении является деление на патерналистскую, коллегиальную и информированную модели с включением смешанных форм. Процесс принятия решений о лечении анализируется в несколько стадий (которые могут происходить одновременно в процессе взаимодействия): обмен информацией, обсуждение предпочтений в лечении, принятие решения о выполняемом лечении.

Обмен информацией анализируется по следующим параметрам: поток, направление, тип и количество предоставляемой информации (Charles C., Whelan T., 1999). Социологические исследования в России показали устойчивость патерналистской модели отношений, которой отдают предпочтение большинство врачей (Лукова Н.Х., 2001; Михальченко Д.В., 2011). Тем не менее, логичным представляется, что взаимодействие врача и пациента во многом определяется ситуацией. Необходимость ситуационного подхода связана с особенностями медицинского и немедицинского характера, во-первых, в связи со спецификой разных областей медицины, во-вторых, степенью тяжести, социо-демографическими и психологическими особенностями самого пациента. В реальной практике зачастую врачи прибегают к смешанным моделям взаимодействия. Однако до сих пор является малоизученным соотношение автономии врача и пациента при принятии решения относительно лечения и адекватность выбора модели взаимодействия в различных ситуациях врачебной практики. Гуманистическая направленность и индивидуальный подход во взаимодействии с пациентом становится ключевой идеей в работах известных врачей-практиков (Ильин И.А., Кассирский В.А., Вересаев В.В. и др.). Поскольку каждый пациент неповторим в своей ситуации и ее оценке, ситуационный подход предполагает развитие врачом коммуникативных компетенций, навыков информирования пациента и его родственников, работы с разными группами пациентов, гибкости в выборе форм общения, способности контролировать процесс взаимодействия с пациентом на протяжении всего хода лечения. McGuire (1986) перечислил ключевые коммуникативные навыки, необходимые врачу: выявление проблем пациента, получение обратной связи, исправление непонимания пациентом своего заболевания и мониторинг результатов лечения. В формировании таких навыков важны специальные курсы для врачей и курсы для тех, кто обучает молодых врачей в ходе медицинской практики. Для применения модели социального партнерства и от пациента требуется развитие автономии, ответственности за процесс лечения, активности в получении корректной информации относительно заболевания, которая обеспечит содействие пациента собственному лечению, а возможно, и участие в проектах здравоохранения. Межличностное взаимодействие, которое вовлекает как пациента, так и врача, может привести к большей результативности, когда оно направлено в большей степени на поощрение вовлеченности пациента, нежели на самостоятельное принятие им решения. При этом обе стороны должны быть обучены тому, как и насколько можно привлекать пациента к лечебному вмешательству, как осуществить совместную работу по достижению эффективности этого процесса.

*Павлова А.А.  
Березанцева М.С.  
Кувалдина М.Б.*

## **Автоматическая и контролируемая обработка информации у больных шизофренией**

Нарушение внимания — одно из ключевых нарушений при шизофрении. В данном исследовании рассматривалась двухуровневая модель внимания, согласно которой привлечение внимания к объекту осуществляется в результате обработки входящей информации двумя типами процессов: автоматическими и контролируруемыми (Shiffrin, Schneider, 1977). Автоматическая обработка осуществляется параллельно, с минимальной загруженностью внимания, без усилий. Контролируемая обработка требует участия внимания, ограничена по объему, идет последовательно. Используемая в исследовании экспериментальная парадигма зрительного поиска позволяет оценить работу процессов обработки информации изолированно от других когнитивных и психомоторных процессов (Wolfe, 1994). В заданиях этого типа испытуемый ищет целевой объект среди дистракторов. По изменению скорости нахождения цели с увеличением числа стимулов судят об эффективности зрительного поиска. Если цель отличается от дистракторов по одному признаку, эффективность поиска не зависит от количества объектов. При пересечении признаков цели и дистракторов эффективность поиска снижается с увеличением количества стимулов. Считается, что в первом случае поиск протекает автоматически и параллельно. Во втором случае зрительный поиск последовательный и контролируемый. Имеющиеся данные о том, какой тип обработки информации поражен при шизофрении, противоречивы. Ранние исследования обнаружили, что зрительный поиск у больных сохранен (Carr, Dewis, Lewin, 1998). Позднее были получены данные о расстройстве контроля внимания, но сохранных предвнимательных процессах (Alain et al., 2002; Tanaka et al., 2007; Gold et al., 2007). Противоположная картина получена у Lieb et al. (1994), Fuller et al. (2006). Цель нашего исследования состояла в перепроверке утверждения Lieb et al. о расстройстве предвнимательных процессов при шизофрении. В настоящем исследовании приняло участие 15 больных с диагнозом F 20.0 «параноидная шизофрения» (средний возраст — 54,5, пол женский) и 15 здоровых испытуемых (средний возраст — 19,7; пол женский). Им были предложены задания на зрительный поиск, в которых целевой стимул определялся либо по одному признаку, либо по их пересечению. Коли-

чество предъявленных стимулов варьировалось и составляло 8, 12 или 16 стимулов. Фиксировалась скорость и правильность ответов. В заданиях первого типа скорость ответа в обеих группах не зависела от количества предъявленных стимулов (ANOVA с повторными измерениями,  $F(2,27) = 1,8$ ;  $p = 0,178$ ). Хотя больные шизофренией были достоверно медленнее здоровых испытуемых ( $F(1,28) = 42,2$ ;  $p < 0,001$ ), статистически достоверных различий в изменении эффективности поиска обнаружено не было ( $F(2,27) = 1,53$ ;  $p = 0,233$ ). В заданиях второго типа в обеих группах время нахождения целевого стимула статистически достоверно изменялось в зависимости от количества предъявленных стимулов ( $F(2,27) = 76,5$ ;  $p < 0,001$ ). Однако не обнаружено статистически значимых различий в темпе этого изменения между больными и здоровыми испытуемыми ( $F(2,27) = 2,1$ ;  $p = 0,137$ ), хотя общее время ответа у больных было увеличено по сравнению с нормой ( $F(2,27) = 38,8$ ;  $p < 0,001$ ). Полученные данные расходятся с результатами, полученными Lieb et al., и позволяют предположить сохранность автоматических и контролируемых процессов обработки информации у больных шизофренией. Данное исследование было поддержано грантом № 8.23.785.2013 факультета психологии СПбГУ.

*Петрова Е.Н.*

*Карпова Э.Б.*

## **Травматический опыт в жизненном нарративе у пациентов с расстройством адаптации**

В настоящее время феномен психической травмы не имеет однозначного определения. В специальной литературе есть указания на употребление данного понятия как минимум в следующих смыслах: как психическое последствие, как психическое повреждение вследствие внешнего события, как болезненное сверхсильное событие, как болезненное значимое событие, как нозологическая категория. Некоторые авторы описывают травму как «дыру в психическом», т. е. что-то сверхсильное и болезненное для включения человеком в свой опыт, а потому лишенное субъективного смысла. Целью исследования было изучение психотравмирующего опыта у пациентов, имеющих в анамнезе травматическое событие. Нами было обследовано 37 пациентов Клиники неврозов, проходящих лечение в связи с диагнозом «расстройство приспособительных

реакций» (F 43.2 по МКБ-10) с помощью нарративного автобиографического интервью. Такой метод предоставляет свободу рассказчику относительно содержания повествования, стимулируя к конструированию образа (мифотворчеству) собственной жизни. Вместе с тем, полученное повествование соответствует жизненному опыту человека, как он был пережит им, включая фактическое изложение событий и эмоциональный отклик на них. Все описываемые пациентами травматические ситуации были отнесены либо к категории «острых» травм (смерть близкого, уход близкого, потеря любимой работы), либо же к кумулятивным травмам (длительные напряженные отношения в семье, конфликты на работе и др.) В случаях кумулятивных травм нередко имелось сочетание трудностей в разных сферах. Анализ нарративов проводился по специально разработанным 12 критериям, таким как: продолжительность повествования, объем травматического сюжета, вербальное выражение ощущения непереносимости, ощущение потери смысла и пр. По результатам исследования было выявлено, что травматический опыт заполняет от  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{3}{4}$  объема всех повествований. У 90% опрошенных женщин он занимает не меньше половины всего жизненного нарратива. В значительной части нарративов травматическое событие определялось как переломное в жизни. При анализе внутреннего содержания травм были обнаружены сходства переживаний пациентов. Приведем некоторые из них с подтверждающими цитатами: 1) потеря смысла («Я потеряла идола своего, маму... Смысла не было, теряется...»); 2) ощущение тупика в будущем («Ради чего жить?»); 3) контрастная идеализация предшествующего травме состояния («И было все у нас замечательно...»); 4) непереносимость душевных страданий («Это невыносимо, и никто не может помочь...»); 5) благоприятный выход из подобных ситуаций в прошлом («Надо было детей как-то поднимать... Надо было жить»); 6) желаемый исход в будущем («У меня большие мечты, что я перераспределю акценты...»). Во всех случаях острой травмы центральной темой нарратива становилось травматическое событие. В случаях утраты близкого прослеживались следующие стадии горевания: неверие, попытки понять и объяснить произошедшее, потеря смысла. Стоит отметить активные действия рассказчиц по преодолению столь тяжелой ситуации: чтение психологической литературы, обращение к религии, поиск поддержки в семье или в работе, спорт, обращение за помощью к психологу. В случае острых травм по сравнению с кумулятивными женщины чаще упоминали крайнюю интенсивность своих страданий ( $X^2$  Пирсона,  $p = 0,018$ ). Вместе с тем, в таких нарративах наблюдалась заметная динамика переживаний и жизненной позиции рассказчиц. Наряду с различиями, свя-



занными с видом травмы (острой или кумулятивной) были выявлены особенности повествований, сопряженные с возрастным фактором. У молодых пациентов (6 человек, от 17 до 22 лет) обнаружился следующий комплекс травматических ситуаций: трудности самоопределения (растерянность перед поступлением, неудовлетворенность учебной, частая смена учебных заведений), напряженные отношения с родителями (чрезмерный контроль учебы со стороны родителей при игнорировании других сторон жизни ребенка), социальная изоляция в студенческом коллективе. У трех девушек к этому добавились пищевые расстройства, суицидальные мысли, злоупотребление ПАВ. Молодые пациенты достоверно чаще других ( $X^2$  Пирсона,  $p = 0,035$ ) отмечали отсутствие смысла жизни как некое длительное состояние. Материалы интервью позволяют исследовать место и роль травмирующего события в контексте всей жизни человека, проследить динамику переживаний и лучше понять субъективные смыслы определенных отношений и ситуаций.

*Плетенёва М.В.*

*Мухамедрахимов Р.Ж.*

## **Взаимодействие матерей и детей, принятых в семью из домов ребенка**

Представленная работа посвящена изучению детей, проживавших в домах ребенка и поступивших в семьи на усыновление. К настоящему времени в России не исследовалось взаимодействие между детьми и матерями-усыновителями во время домашнего визита, характер этого взаимодействия не изучался. В данном исследовании мы опирались на опыт работы в трех домах ребенка, которая была проведена в российско-американском проекте в Санкт-Петербурге (The St. Petersburg — USA Orphanage Research Team, 2009). Мы поставили перед собой цель исследовать характеристики взаимодействия между матерями и детьми, поступившими на усыновление из двух различных учреждений. В первом — после проведения обучения персонала и структурных изменений (О + СИ) социальное окружение было определено как чувствительное, отзывчивое и постоянное; второе учреждение оставалось без изменений (БИ) и социальное окружение детей характеризовалось нечувствительностью и непостоянством. Изучение этого вопроса проводилось в рамках российско-американского проекта «Long-Term Effects of Early Social-Emotional-

Relationship Experience in Post-Institutionalized Children» (grant HD050212 from the National Institute of Child Health and Human Development, USA). В соответствии с целью мы ставили перед собой задачи оценить взаимодействие матерей и детей по видеозаписям, сделанным во время визита в семью усыновителей; провести сравнительный анализ характеристик взаимодействия со стороны матерей, детей и диадных показателей в семьях при усыновлении детей из различных условий: О + СИ и БИ. Была выдвинута следующая гипотеза: характеристики взаимодействия детей с матерями со стороны детей, усыновленных из дома ребенка О + СИ выше, чем со стороны детей, усыновленных из дома ребенка БИ. В исследовании принимали участие 10 детей, усыновленных в российские семьи. При этом 7 из них были воспитанниками дома ребенка О + СИ, и 3 — БИ. Время поступления в учреждение составило в среднем 1,5 и 4,2 месяца соответственно. Средний возраст усыновления был 10,4 и 11,7 месяца. Средние показатели возраста детей на время домашнего визита — 27,3 и 28,3 месяца. В работе использовалась методика регистрации и изучения видеозаписи свободной игры ребенка с матерью, продолжительностью 5 минут, сделанные во время визита в семью. Для анализа взаимодействия использовалась методика «The Parent-Child Early Relation Assessment» (Clark, 1985), включающая 65 шкал (29 шкал — для взрослого, 28 — для ребенка и 8 — для диады). Кодировали видеозаписи эксперты, прошедшие специальное обучение. Уровень согласованности результатов кодирования между экспертами составил 85%. В результате предварительного анализа суммарных характеристик всех материнских, детских и диадных шкал, а также 12 субшкал, выделенных Р. Кларк при объединении 65 шкал в подгруппы, было выявлено, что показатели детей, матерей и диады ниже в группе детей, имевших опыт проживания в учреждении БИ, по сравнению с другой группой. Интересно, что показатели взаимодействия усыновителей с детьми по субшкалам «позитивная социально-эмоциональная вовлеченность»; «отзывчивость, следование поведению и инициативам ребенка»; «отсутствие негативных эмоций, враждебности» в обеих группах выше показателей взаимодействия с детьми сотрудников домов ребенка (данные субшкалы были выделены в результате факторного анализа данных детей из разных домов ребенка до их усыновления (The St. Petersburg — USA Orphanage Research Team, 2009)). При этом характеристики родителей детей из учреждения О + СИ выше родительских характеристик детей из дома ребенка БИ. По показателям субшкал взаимодействия у детей «качество игры, интерес, саморегуляция»; «положительные эмоции, социальные инициативы, коммуникативность» видно, что характеристики детей, принятых из дома

ребенка О + СИ, выше характеристик детей из второй группы. Показатели субшкалы взаимодействия диады «взаимность, позитивная вовлеченность, совместность» также демонстрируют, что характеристики пар из дома ребенка О + СИ превышают характеристики взаимодействия пар из группы БИ. Таким образом, представленные результаты показывают, что опыт детей, приобретенный ими в домах ребенка разного типа, отличается друг от друга по характеристикам взаимодействия с усыновившими их матерями. Показатели детей из дома ребенка, в котором проводилось обучение и структурные изменения, по всем шкалам оказались выше показателей детей из дома ребенка, оставшегося без каких-либо изменений.

*Проскурня А.С.*

*Завязкина Н.В.*

## **Перфекционизм как одна из причин возникновения депрессивных и тревожных расстройств**

Проблема распространения депрессивных и тревожных расстройств среди молодежи является актуальной как для современной психологической науки, так и для общества в целом. В последние несколько лет резко увеличился процент людей, страдающих депрессией, и, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 году депрессия станет второй, после сердечнососудистых заболеваний, причиной смертности людей во всем мире. Целью работы было выявление влияния перфекционизма на возникновение депрессивных и тревожных расстройств у молодежи и установления взаимосвязи между доминирующим стилем семейного воспитания и уровнем выраженности перфекционизма. Общая выборка состояла из 45 респондентов, которые были разделены на три группы: в первые две группы вошли по 15 больных, страдающих депрессией и тревожными расстройствами; в третью группу — 15 студентов одного из киевских вузов. Возраст респондентов во всех группах не превышал 25 лет. Согласно полученным результатам, для респондентов, страдающих депрессией, был присущ высокий уровень перфекционизма, который определялся совокупностью трех шкал, проявляющихся в различных сферах жизни. Высокие показатели были обнаружены по признаку — перфекционизм, ориентированный на себя. Значительный уровень выраженности имел и социально заданный перфекционизм, ко-

торый для депрессивно больных находится на втором месте значимости и отражает потребность соответствовать стандартам и ожиданиям значимых других. Для респондентов второй группы, в которую вошли больные с тревожными расстройствами, оказалась преобладающим уровень социально заданного перфекционизма. Результаты третьей группы, в состав которой вошли студенты, не имели существенных отличий по уровню выраженности перфекционизма с двумя указанными выше группами. В ходе проведенного исследования по изучению взаимосвязи уровня перфекционизма и стилей воспитания было доказано, что респонденты, страдающие депрессией и тревожными расстройствами с патологическим уровнем перфекционизма, воспитывались в семьях с преобладанием авторитарного и индифферентного стили воспитания, в то время как для студенческой выборки доминирующей была индифферентная стратегия. Полученные результаты указывают на то, что перфекционизм является одной из причин возникновения невротического состояния личности, как ответ на внутренний конфликт, что со временем может перейти за рамки нормы, особенно в условиях юношеского максимализма и предъявлении к себе высоких требований при осуществлении деятельности. Высокий уровень перфекционизма вызывает постоянное нервное напряжение, приводит к нарушению адаптации, снижению настроения, утрате интереса к окружающему миру, потере веры в себя и свои возможности. Особое беспокойство вызывает высокий уровень перфекционизма у студентов, которые не имеют диагностированных расстройств аффективного спектра, но попадают в зону риска их возникновения. Своевременно проведенная диагностика проявления «патологической зоны» перфекционизма позволит обеспечить профилактику данного явления, а уже диагностированные проблемы — разработать необходимую программу коррекции, что делает изучение этой проблемы перспективной для психологической науки и практики.

*Селин А.В.*

### **Жизненный путь личности в ситуации соматического заболевания**

Современное состояние проблемы личности в ситуации хронического соматического заболевания требует рассмотрения не только ме-

дицинских аспектов заболевания, но и социальных и психологических факторов, сопутствующих течению заболевания. Проблемой нашего исследования выступил вопрос об изменениях жизненного пути личности в ситуации соматического заболевания как модели сложной жизненной ситуации. В качестве методов исследования мы использовали: опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе (ZTPI) в адаптации А. Сырцовой, шкалу временных установок Ж. Нюттена и У. Ленса, тест «Смысл-жизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, проективную методику исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разрабатываемом Т.Д. Василенко. Для статистического анализа были использованы методы описательной и сравнительной статистики: анализ средних тенденций, непараметрические критерии U Манна–Уитни и H Крускала–Уоллеса. В исследовании приняло участие 215 испытуемых, из которых было сформировано 2 основные группы: экспериментальная и контрольная.

1. Экспериментальная группа, которую составили люди с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей, пациенты терапевтического отделения Курской городской больницы № 3, в возрасте от 20 до 53 лет, средний возраст 41 год (N = 142).
2. Контрольная группа, в которую вошли люди, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители г. Курска в возрасте от 22 до 59 лет, средний возраст 40 лет (N = 73).

Исследование проводилось на базе Курской городской больницы № 3. Нами были исследованы параметры социальной ситуации соматического заболевания: тип заболевания (кардиологическое или гастроэнтерологическое), длительность болезни, возраст больного, тип и качество переживания настоящего периода жизни. В результате исследования трансформации жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания мы получили следующие результаты:

1. Ситуация хронического соматического заболевания трансформирует ряд аспектов жизненного пути личности. Больные испытуемые оценивают свое настоящее как негативное, в меньшей степени ориентированы на будущее, отношение к настоящему можно охарактеризовать как фаталистическое, беспомощное и безнадежное. Временная перспектива больных соматическим заболеванием в целом характеризуется как несбалансированная, с преобладанием не-

гативных оценок как данного жизненного периода, так прошлого и настоящего.

2. Тип заболевания влияет на изменение жизненного пути личности в ситуации соматической патологии, в частности, выявлено, что в ситуации заболеваний сердечнососудистой системы отношение к будущему более негативно, временная перспектива значительно сужена, в сравнении с нормой, и в ситуации заболевания желудочно-кишечного тракта.
3. Длительность заболевания усугубляет изменения жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания, что выражается в негативных оценках своего настоящего.
4. Возраст человека взаимосвязан с теми изменениями жизненного пути личности, которые привносит в него ситуация заболевания. Если настоящее переживается как гедонистическое в более молодом возрасте 20–30 лет, что может рассматриваться как нормальный феномен, то в 30–40 лет установка на все аспекты временной перспективы наиболее негативна.
5. Тип переживания больными настоящего момента как «болезнь» или «не болезнь» в ситуации заболевания играет важную роль в структуре временных отношений жизненного пути личности, формируя более негативную оценку текущего этапа жизни, усугубляя переживания социально-психологических последствий заболевания.
6. Качество аффективного переживания настоящего момента («положительно / отрицательно») в ситуации заболевания оказывает влияние на развертывание временной перспективы будущего: негативное переживание сужает и деформирует временную перспективу, блокирует процессы целеполагания и отражается в «негативном смысле болезни».

Проведенное нами исследование обосновывает необходимость и пути оказания психологической помощи людям, находящимся в ситуации соматического заболевания. Психологическая помощь должна быть направлена не только на коррекцию наличного эмоционального состояния, но и на динамическую смысловую систему ситуации заболевания, через осмысление ситуации болезни, различных жизненных этапов и всего жизненного пути личности.

## **Эмоциональный баланс как критерий психодиагностики психосоматических расстройств**

Поскольку ключевым звеном для формирования психосоматической патологии считаются эмоциональные реакции, наиболее активно изучается роль эмоций при самых различных заболеваниях. В психическом статусе больных выявляется тревога, склонность к депрессивным переживаниям, эмоциональная напряженность, агрессивность, астенические черты — особенности, которые практически невозможно дифференцировать с вторичными невротическими наслоениями в ходе формирования болезни. Выявление эмоциональных «факторов риска» для возникновения психосоматической патологии сохраняет свою актуальность. В современной литературе вводится понятие «негативной аффективности», или склонности испытывать отрицательные эмоции (Watson and Clark, 1984; Брайт Д., Джонс Ф., 2003). Основная черта феномена негативной аффективности состоит в том, что он проявляется даже тогда, когда жизненные обстоятельства благоприятны для человека. В структуру негативной аффективности входят тревога, депрессия и враждебность. Взаимосвязанность всех трех составляющих негативной аффективности обусловлена сходством физиологического обеспечения с определенным соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина (Van Praag H.M., 1994). На психологическом уровне функционирования все три компонента характеризуются: снижением самооценки, неустойчивостью уровня притязаний и локуса контроля; на социально-психологическом уровне функционирования — снижением эффективности межличностного взаимодействия с повышенной зависимостью от мнения окружающих, низкой фрустрационной толерантностью, склонностью к внутриличностным и межличностным конфликтам. Представление о нормативных значениях эмоций, как правило, основано на статистическом подходе, когда категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего и постоянного состояния людей. Отклонение от нормы рассматривается как патология. При применении среднестатистического подхода в категорию патологии попадают не только слабоумные, но и гениальные, талантливые личности, которых в популяции также мало. Поэтому данный подход применяется в ограниченном числе случаев. Индивидуальная норма эмоционального реагирования больных психосоматическими заболеваниями может определяться не среднестатистическим уровнем тревоги, депрессии, враждебности,

а соотношением всех компонентов негативной аффективности на уровне состояний и свойств личности. Гипотеза проверялась экспериментально в диссертационных исследованиях В.А. Ишиновой, О.Ю. Антипиной, Т.В. Михайловой, В.Г. Рагозинской. В частности, экспериментальные исследования, проведенные под нашим руководством Т.В. Михайловой на больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в стадиях компенсации и декомпенсации, показали, что относительный баланс между тревожностью как свойством личности и тревогой как состоянием соответствовал компенсации, а нарушение баланса — декомпенсации хронической сердечной недостаточности. «Отрицательный баланс» между тревожностью как личностным свойством и тревогой как его реализацией на уровне состояния (то есть преобладание тревоги как состояния над тревожностью как личностной чертой) положительно коррелировал с такими клиническими характеристиками декомпенсированных больных ХСН, как стенокардия III-IV функциональных классов ( $p < 0,01$ ), наличие аритмий ( $p < 0,01$ ), артериальная гипертензия III степени ( $p < 0,01$ ), нарушение толерантности к физическим нагрузкам ( $p < 0,01$ ), гиперхолестеринемия ( $p < 0,01$ ) и гиперфибриногенемия ( $p < 0,01$ ). Аналогичным образом у больных в стадии декомпенсации был выявлен дисбаланс между агрессивностью как личностным свойством и его реализацией в виде высокого уровня враждебности как психического состояния. «Отрицательный баланс» между агрессивностью как личностным свойством и враждебностью как его реализацией на уровне состояния положительно коррелировал со всеми клиническими характеристиками декомпенсированных больных ХСН.

Таким образом, предварительные исследования позволяют высказать гипотезу о том, что эмоциональный баланс между компонентами негативной аффективности как соотношение между устойчивыми психофизиологическими характеристиками личности и текущими ответами на стрессовые воздействия определяют индивидуальную норму реакции на стресс. Эмоциональный баланс в отношении тревоги, враждебности может использоваться при прогнозировании психосоматических последствий стрессовых реакций.



## Выраженность депрессии и когнитивные нарушения при аффективных расстройствах

Существующие расхождения в данных, описывающих взаимосвязь выраженности депрессии и нарушений когнитивного функционирования, позволяют выдвинуть гипотезу о различии этих взаимосвязей у больных разных нозологических групп. С целью подтверждения гипотезы было обследовано 38 пациентов с эндогенной депрессией и 41 пациент с диагнозом «органическое аффективное расстройство». Методы исследования включали Тест последовательных соединений (ТМТ), «Комплексную фигуру Рея–Остерица», субтест «Кодирование» методики Векслера, опросник депрессии Бека, шкалу оценки депрессии Монтгомери–Асберга. По данным регрессионного анализа, наибольший вклад в разграничение аффективных расстройств вносят характеристики зрительно-пространственной памяти, зрительно-пространственной координации и праксиса, скорости нервно-психических процессов. Обнаружены значимые взаимосвязи этих показателей с тяжестью депрессивного состояния у пациентов обеих групп. В группе пациентов с аффективными расстройствами выраженность депрессии по шкале Бека отрицательно связана с показателями точности при непосредственном ( $r = -0,83$ ,  $p < 0,01$ ) и отсроченном ( $r = -0,81$ ,  $p < 0,01$ ), характеризующими состояние кратковременной и долговременной зрительной памяти и зрительно-моторной координации. В группе пациентов с диагнозом «органическое аффективное расстройство» степень выраженности депрессии по шкале Монтгомери–Асберга отрицательно связана с показателями организации при выполнении фигуры Рея–Остерица ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,05$ ), баллами по субтесту «Кодирование» ( $r = -0,43$ ,  $p < 0,01$ ), характеризующими темп психомоторных функций, а также способность к мобилизации волевого усилия, планированию и контролю результатов собственной деятельности. Таким образом, обнаружены различия в характере взаимосвязей между выраженностью депрессивного состояния и нарушениями когнитивного функционирования у пациентов с депрессивными расстройствами разных нозологических групп. У пациентов с эндогенной депрессией выраженность когнитивных нарушений в большей степени связана с субъективной оценкой тяжести состояния. У пациентов с депрессией в рамках органического аффективного расстройства при нарастании степени выраженности депрессии выявляется снижение способности к организации и контролю познавательной деятельности.

Работа выполнена при поддержке гранта НИР № 8.37.126.2011.

*Тромбчиньски П.К.  
Мирошниченко О.Г.*

## **Выраженность невротических черт у больных и здоровых женщин в РФ и Польше**

Невроз развивается тогда, когда человек, в силу различных обстоятельств, не может найти приемлемый выход из сложного положения, разрешить психологически значимую ситуацию или перенести трагедию. В нашем исследовании изучались некоторые черты личности, способствующие развитию невротических расстройств. За основу мы решили принять новый диагностический опросник Е. Александровича «Опросник невротической личности КОН 2006».

Исследование проводилось на группах больных и здоровых женщин в РФ и Польше. В российской выборке среди женщин, страдающих невротическими расстройствами, самые высокие показатели имеются по шкалам: чувство усталости, экзальтированность, астения, импульсивность, низкая мотивированность, рефлексивность, беспомощность, чувство вины, эскапизм, чувство опасности, одиночество, иррациональность, чувство отсутствия влияния, зависть, нарциссизм, рискованное поведение. В здоровой части выборки средние значения, полученные женщинами во время исследования, как правило, ниже значений, полученных больными. Однако есть исключение. Шкала, по которой среднее значение в группе здоровых лиц равно среднему в группе больных — это рискованное поведение. Показатели этой шкалы говорят о поисках пациентом опасности, отсутствии опасения новыми ситуациями, страсти к риску (споры, драки) или — наоборот — избегания всякого риска. По собранным нами данным можем сделать вывод о том, что у здоровых и больных женщин в российской выборке наблюдается одинаковый уровень рискованного поведения. Самая большая разница между группами больных и здоровых наблюдается по шкалам: чувство зависимости от окружения, астения, демобилизация, чувство усталости и чувство вины. Значения, полученные здоровыми женщинами в польской выборке, так же как и у российских испытуемых, ниже, чем значения в группе больных. Здесь тоже наблюдаем одно исключение. По шкале рискованного поведения показатели в группе здоровых выше, чем в группе больных. Это позволяет сделать похожие выводы, как и в российской выборке: у здоровых женщин в Польше наблюдается довольно низкий уровень рискованного поведения. Разница между значениями, полученными у больных и здоровых женщин в польской выборке, как правило, высокая. Показатели у

больных достаточно высокие в сравнении с показателями здоровых лиц. Такая ситуация имеет место в большинстве шкал, что позволяет сделать вывод о том, что на польской части выборки эти шкалы более чувствительные. Однако нужно учитывать факт того, что количество испытуемых в польской выборке больше, чем в нашей. Сравнивая нашу и польскую выборки больных, можно сказать, что средние значения, полученные польскими пациентами, как правило, выше значений, полученных нашими испытуемыми. Исключением являются шкалы: рискованное поведение, чувство зависти, нарциссизм и иррациональность, где средние значения в нашей части выборки выше, чем у польских испытуемых. У здоровых испытуемых в России средние значения шкал: чувство зависимости от окружения, самооценка, импульсивность, чувство одиночества, чувство отсутствия влияния, низкая мотивированность, эскапизм, чувство вины, проблемы в межличностных отношениях, чувство зависти, нарциссизм, чувство опасности и мелочность — выше, чем у польских испытуемых. Средние по остальным шкалам выше в польской части выборки. Это может быть связано с культурными различиями между выборками. Среднее значение показателя X-KON у обследованных пациентов в России и Польше можно отнести в диапазон 18 и больше, что, по данным «Опросника невротической личности», соответствует группе больных. Значения показателя X-KON в нашей выборке здоровых попадают в группу диагностической неуверенности, однако не являются очень высокими по сравнению со значением в польской выборке здоровых, которое находится в диапазоне до 8 — это показатель, типичный для здоровых лиц. Коэффициент X-KON дает возможность общей оценки расстройства личности, связанного с образованием невротической симптоматики.

Анализируя полученные нами данные и сравнивая их с данными, полученными на польской выборке, можно сделать общий вывод о том, что диапазон средних значений между здоровыми и больными нашей выборки отличается от диапазона значений польской выборки. Замечено также, что у некоторых шкал данный диапазон более чувствительный у польских испытуемых. Некоторые значения, полученные здоровой частью нашей выборки, ниже, чем у польских испытуемых, что свидетельствует о большей чувствительности к данному признаку.

*Чередникова Т.В.  
Вассерман Л.И.*

## **Значение информационной теории психики Л.М. Веккера для детской нейропсихологии**

В последнее десятилетие познание связей «мозг — поведение» во взрослой нейропсихологии значительно продвинулось, благодаря новейшим методам медицинских биотехнологий, но в детской нейропсихологии научные достижения оказались гораздо скромнее (Giedd, Snell, Lange, et al., 1996). Причиной тому — особые трудности, которые представляет сам факт динамического морфофункционального статуса развивающегося мозга, а также широкая интериндивидуальная вариабельность и гетерогенность мозговых аномалий и связанных с ними расстройств нейроразвития (Santosh, Ahmed, 2008). Эти трудности усиливают отсутствие общепризнанной единой теории психики, обилие частных теорий отдельных психических процессов и функций, несовпадение теоретических дефиниций, подходов и методов психодиагностики (Вассерман, Чередникова, 2010). Такой теоретический «беспорядок» особенно опасен в нейропсихологии, где, по мнению R.A. McCarthy и E.K. Warrington (1990), любая корреляция психических переменных с мозговыми процессами или структурами легко получает статус «обоснованного и объективного факта», который, однако, зависит от интерпретации (Fuster, 2003). На наш взгляд, информационная теория психики Л.М. Веккера (1972, 1976, 1981) как единая теория психических процессов, раскрывающая их сущность в непротиворечивой системе строгих психологических категорий и понятий, представляет огромную ценность для развития всех специальных психологических дисциплин, в том числе и детской нейропсихологии. Как метанаука о психическом, эта теория способна охватывать разнообразие новых и частных знаний, получаемых в нейропсихологических исследованиях, давать объяснение многим «загадкам» нейроразвития и даже указывать перспективные направления в решении актуальных проблем детской нейропсихологии. Например, информационное представление внимания как одного из сквозных психических процессов, производных от функции психического отражения времени, позволяет объединить конкурирующие теории внимания (Posner, Peterson, 1990; Mesulam, 1990; Fuster, 2003) в целостную иерархическую систему, включающую разные сенсорно-специфические психические процессы (когнитивные, эмоциональные и регуляционные). Такая сложная архитектура внимания предполагает его разнородные расстройства («горячие»

и «холодные») и объясняет причины различных синдромов дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в их связи с нарушениями разных уровней и структур мозговых метасистемных механизмов. В нейропсихологии развития немало и других проблем большой теоретической важности, для понимания которых можно было бы привлечь объяснительный конструкт теории Веккера, например, проблемы гетерохронности развития различных нейрокогнитивных функций, их неодинаковой пластичности и уязвимости (Atkinson, Nardini, 2008), загадки синдрома Вильямса (Tranel, de Haan, 2007) и др. Знание фундаментальных законов природы психики важно и для решения ряда прикладных задач детской нейропсихологии, например, разработки новых эффективных методик диагностики атипичных маршрутов психического развития или совершенствования методов коррекции нейрокогнитивного дефицита у детей с разными аномалиями нейроразвития (Чередникова, 2004; Чередникова, Логвинова, 2011). Так, положение о первичности пространственно-временных и модально-силовых характеристик психических процессов предполагает неизбежность их нарушений при ранних расстройствах развития и необходимость диагностики и коррекции именно этих — базовых — свойств психики. А положение о двуязычной (образно-символической) природе человеческого мышления требует обязательного развития процессов обратимого словесно-образного перевода информации при нейрокоррекции нарушений умственного развития. Таким образом, с позиций информационной теории психики Веккера возможно не только эффективное решение многих проблем теоретического понимания нейроразвития, но и проблем разработки методов нейропсихологической диагностики и коррекции. При этом, по мере накопления экспериментальных фактов и конкурирующих частных гипотез их объяснения, детская нейропсихология, развивающаяся на стыке естественных, технических, медицинских и гуманитарных наук, все больше будет нуждаться в фундаментальной теории психики. И, что особенно важно, в такой ее модели, которая отвечала бы наиболее актуальной идее нейронауки об изоморфизме пространственной организации разных уровней функциональных структур психики и системы ее мозговых механизмов (Fuster, 2003), которой вполне соответствует информационная теория психических процессов.

## **Отношение к себе и своей болезни больных с локальными поражениями мозга**

Серьезное заболевание является событием, которое приводит к переоценке привычных отношений, ценностей и жизненных смыслов у каждого человека. Глубина и широта этого переосмысления является показателем самой личности, глубины и устойчивости ее потребностей, интересов, ценностей. В настоящее время клинические факты убеждают нас в том, что биологические закономерности у человека существуют в тесной связи с его личностью. Личность больного может измениться в результате прямого воздействия патологического процесса на центральную нервную систему, например инсульта. В то же самое время, само переживание болезни влияет на личность в целом. Это принято определять как внутреннюю картину болезни (ВКБ). ВКБ отражает восприятие болезни больным и включает в себя знания, представления, оценки, эмоциональные реакции, чувства, мотивационные тенденции, поведенческие стратегии и механизмы защиты в связи с заболеванием (Вассерман Л.И., Трифонова У.А., Федорова В.Л., 2008). Цель настоящей работы состояла в исследовании ВКБ у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в левом полушарии (ЛП) головного мозга. Мы изучали особенности психоэмоционального состояния, отношения к болезни, личностную и ситуативную тревожность и уровень самооценки у больных с локальным поражением мозга. Было обследовано 33 пациента, которые составили 2 группы: 1 гр. — 16 человек с последствиями инсульта в ЛП и без афазии; 2 гр. — 17 больных с поражением ЛП и афазией. В 1 гр. было 11 женщин, во 2 гр. 7 женщин. В каждой группе были больные со стажем болезни до 6 мес. (ранний восстановительный период) (РВП) и более 6 мес. (поздний восстановительный период) (ПВП). Использовались методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга, САН, методика самооценки Дембо–Рубинштейн и опросники Ч. Спилбергера и ТОБОЛ. Результаты исследования показали, что существуют значимые различия по уровню депрессии (УД) в зависимости от стажа заболевания: у больных 1 гр. в РВП отмечаются низкие показатели уровня депрессии (37,4), а после 6 месяцев заболевания эти показатели повышаются (49,7). У 2 гр., наоборот, в РВП наблюдается более высокий УД (53,8), а в дальнейшем его показатели несколько снижаются (42,9). Эти различия носят статистически достоверный характер (соответственно  $t = 2,2$ ;  $t = 2,4$ ,  $p \leq 0,05$ ). Выраженность депрессивных

расстройств имеет половые значимые различия ( $t = 5,3, p \leq 0,05$ ). У женщин и в 1-й, и во 2-й группе диагностируется наличие легкой депрессии ситуативного или невротического генеза (УД сред. = 53), в отличие от мужчин, показатели которых свидетельствуют об отсутствии депрессивных знаков (УД сред. = 36,5). Также было отмечено, что у женщин уровень личностной тревожности был выше, чем у мужчин ( $t = 5$  при  $p \leq 0,05$ ). Ситуативная тревожность (СТ) у больных 2 гр. была выше (СТ средн. = 47), чем в 1 гр. (СТ средн. = 44). Личностная тревожность (ЛТ) находилась на высоком уровне в обеих группах, что позволяет говорить, что она не зависит от того, есть у пациента нарушение коммуникативных возможностей или нет. Выявлено, что пациенты с высокой ЛТ имеют более высокий уровень депрессии ( $r_s = 0,745$ ). Основные причины сильного психоэмоционального напряжения, которое больные связывали с последующим развитием болезни, были следующими: у мужчин — проблемы, связанные с работой (90%), у женщин — конфликты в области семейных отношений (62%). Обе группы больных имели реалистичный уровень притязаний, но несколько сниженную самооценку. При этом у больных 1 гр. отмечаются более низкие показатели по УП (УП = 60) и самооценке (С = 43), чем у пациентов 2 гр. (УП = 68; С = 48,8). Это говорит о том, что больные с афазиями более мотивированы на реабилитацию, на преодоление имеющихся речевых нарушений и не считают себя интеллектуально сниженными.

Исследование показало, что у больных без речевых нарушений преобладает тревожный тип отношения к болезни, с наличием психической дезадаптации и интрапсихической направленностью личностной реакции на болезнь, что ведет, в дальнейшем, к нарушению социальной адаптации. Высокие показатели тревожности и депрессии ухудшают у них течение, прогноз заболевания и затрудняют в целом реабилитацию. У больных с афазиями чаще встречается гармоничный тип отношения к болезни, при котором психическая и социальная адаптация, нарушаясь, сохраняет при этом возможность к адекватной оценке своего состояния, имеет достаточную мотивацию на лечение и преодоление дефекта.





# **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИИ**

## **(Роль нейрофизиологических процессов в механизмах психических явлений в норме и патологии)**

*Балин В.Д.*

### **Дифференциальный подход к проблеме классификации психологического знания**

В психологии существует проблема интеграции психологического знания. Ее решение возможно только при создании классификации, охватывающей максимально возможное число явлений. На наш взгляд, необходимо как минимум рассматривать любое психологическое понятие как общепсихологическую категорию, с одной стороны, и как психическое явление — с другой. Помимо этого, это психическое явление обладает содержанием, имеющим свою цену. Категория — предельно широкое понятие, где отображены существенные свойства, связи и отношения предметов, явлений объективного мира. Существуют философские категории (материя, движение, качество, количество), общенаучные (симметрия, модель, упорядоченность) и частные, свойственные отдельной науке. К последним можно отнести категории формальной логики (суждение, умозаключение, гипотеза), математики (вектор, вычитание, равенство), психологии (сознание, процесс, свойство, тип). Психическое явление — форма проявления психического, как природного феномена. Сюда включаются процессы, состояния, свойства, функции, поведение и т. п. Можно говорить о формах, механизмах, функциях психических явлений. Именно к ним относят такие их атрибуты, как эмпирические характеристики. Процессы описываются так: абсолютный и дифференциальный пороги, интенсивность, модальность, длительность и т. п. Говоря о состоянии, называют целостность, фоновость, многокомпонентность, длительность, ситуативность, обратимость и т. п. Свойства характеризуются устойчивостью, инвариантностью, врожденностью, соотношением биологических и социальных влияний и т. п. Кроме этого, имея свое со-

держание (которое можно измерить в виде информации), психические явления выступают продуктом обмена между людьми, и этот продукт имеет свою цену. Таким образом, все содержание психологии можно свести к трем блокам.

Категориальная психология. Состав категорий общей психологии имеет сложный состав и структуру. Сюда входят метапсихологические, макропсихологические, базисные и частные психологические. Категории и явления сходятся только на уровне частных психологических категорий. Например, ощущение, восприятие и т. п. можно, с одной стороны, рассматривать как частную психологическую категорию, а с другой — как психическое явление. В каждом из названных случаев надо использовать разные схемы анализа. Рассматривать понятия «категория» и «психическое явление» как синонимы нельзя. Познающий субъект пользуется ощущениями, восприятием, представлением и т. п. как данным, его не интересуют физиологические механизмы, он о них может ничего не знать.

Психология психических явлений. Психика является инструментом адаптации человека к природе (и обществу). В данном аспекте все психические явления можно классифицировать по признаку принадлежности к одной из трех сфер: эндопсихике, мезопсихике и экзопсихике.

Эндопсихика — ядро целостной психики. Здесь хранятся врожденные генетические программы, а также приобретенные при жизни навыки, привычки и т. п., формируются состояния, базовые эмоции, чувства и такая форма индивидуального сознания, как Самость. Находится под преимущественным влиянием вегетативной нервной системы.

Экзопсихика — внешний слой целостной психики. Управляет взаимодействием с окружающей средой, синтезируя ее образ. Сюда можно отнести ощущение, восприятие, представление, воображение, внимание и такой вид сознания, как мирознание. Находится под влиянием центральной нервной системы (точнее, «психического мозга»).

Мезопсихика — средний слой целостной психики. Основная функция — совмещение возможностей организма с требованиями окружающей среды. Находится под преимущественным влиянием двигательной нервной системы. Содержит мышление, волю, речь и самосознание.

В рассмотренном случае психическое выступает как явление, у которого имеются физиологические механизмы. Они изучаются психофизиологией. У категорий физиологических механизмов нет.

Содержательная психология. Психика имеет и содержательную сторону. В основном данный аспект разрабатывается искусством и литера-

турой. Психоанализ, многочисленные психологические практики имеют, в сущности, дело с психическим как ценностью, обыгрывая на разный манер содержательную сторону психического.

Таким образом, предлагаемая классификация позволяет некоторым образом упорядочить имеющееся психологическое знание. Здесь работает то правило, согласно которому для того, чтобы что-то объединить, это что-то надо сначала разделить, дифференцировать.

*Балин В.Д.  
Гобунова О.П.*

### **Свойства нервной системы: новая трактовка старых понятий**

Свойства нервной системы (СНС) рассматриваются со времен И.П. Павлова как физиологическая основа индивидуально-психологических различий, лежащих в основе темперамента. Такой подход натолкнулся на трудности: ограниченность методического аппарата, сложность выделения самих СНС. В 1991 г. В.М. Русалов, создавая единую концепцию индивидуальности, включающей в себя как СНС, так и другие «пласты» и характеристики, призывает рассматривать проблему более широко, понимая под биологическими факторами не только телесную, морфофункциональную организацию человека, но и всю совокупность врожденных программ поведения. Однако развития этой темы не последовало. На фоне роста интереса к нейронаукам происходит накопление данных, позволяющих взглянуть по-новому и на проблему СНС. СНС — это часть общей конституции человека, связанной со стратегиями компенсации недостатков и повышения эффективности деятельности. Уместно связать понятие СНС с понятиями этологии. СНС, обеспечивая адаптацию к среде, позволяет выработать индивидуальный ее способ. В 1960-х гг. Е.А. Климовым и др. были получены данные о связи силы нервной системы с особенностями деятельности наладчиков станков. Наладчики с «сильной» нервной системой чаще отходят от станков, проявляют меньше тревоги в ситуации простоя и успевают достаточно эффективно управлять ситуацией. Стиль поведения «слабых»: постоянная контрольная и профилактическая деятельность. Недостаток работоспособности компенсируется направленностью поведения на опережение

события. Такое поведение теснее связано с тем, что Л.В. Крушинский назвал «экстраполяционным рефлексом». Для более полного и качественного учета информации необходимо развитие ассоциативных зон коры, что выражается в увеличении объема черепа. В исследовании К.И. Павлова (2011) на девушках 18–23 лет выяснилось, что более ювенильные демонстрируют лучшие показатели перцептивно-моторных реакций, оперативной памяти, произвольного внимания и восприятия времени. Это позволяет предположить, что силу нервной системы (и СНС в целом), стратегию реагирования на само событие или на его опережение и уровень эволюционного развития можно рассматривать в совокупности. Для согласования старых понятий с новыми данными проведен ряд исследований. В одном из них обследованы 44 испытуемых (22 мужчины и 22 женщины). Использованные методики: антропологические измерения (сагиттальная окружность головы, индекс грацильности), физиологические (вызванные потенциалы: ВП); время простой сенсомоторной реакции и расчет на ее основе показателя ВЗС: выраженности закона силы; лабильность по КЧМ (критическая частота слияния мельканий). Психологические методики: субтест «Числовые ряды» Амтхауэра и «Фигуры Готтшальдта» (полезависимость-полнезависимость). У испытуемых определялась вероятностная чувствительность таким образом. Предъявлялись звуковые сигналы. Давался прогноз: будет после звукового сигнала следовать световой или нет. Если человек не угадывал, то его «наказывали» громким неприятным звуком. Процент правильного угадывания — это уровень вероятностной чувствительности. Можно констатировать наличие двух стратегий поведения, зависящих от характера соотношения у человека ассоциативных и проекционных зон коры. Первая стратегия (грацильные испытуемые). По старой терминологии, это «слабые» испытуемые. У них хорошо представлены в ВП ранние компоненты (значит, такие люди выделяют в среде много объективных признаков), что позволяет лучше использовать сведения о среде. У них же лучше представлена ассоциативная кора (в соответствии с компьютерной аналогией — больше оперативной памяти). Данное обстоятельство позволяет связывать события в более длинные цепочки и, следовательно, предсказывать еще не наступившие события. Вторая стратегия (низкограцильные испытуемые), «сильные» испытуемые, по-старому. Ранние компоненты ВП здесь менее выражены, ВЗС выше (хуже улавливают слабые сигналы по сравнению с сильными), а ассоциативная кора (оперативная память) меньше по площади. По этой причине приходится быстрее обрабатывать информацию: латентные периоды реакций у них короче, лабильность выше. Цепочки признаков ситуаций среды здесь короче, но их больше. Стал-

живаясь с проблемой, такие люди формируют много гипотез, а затем успевают быстро их проверять, что компенсирует «узость» их оперативной памяти. Таким образом, полученные данные хорошо стыкуются с данными, полученными в ранних исследованиях, дополняя их.

*Гибадулин Т.В.*

*Борисов А.М.*

## **Характеристика динамики порогов восприятия**

Чувствительность сенсорных систем, определяемая функциональным состоянием их элементов, подвержена значительным колебаниям с периодом порядка секунд и минут. Такое изменение чувствительности, связанное с попеременным чередованием порогов отдельных рецепторов и отдельных рецепторных полей, Л.А. Орбели назвал «миганием рецепторов», придавая феномену сторожевое значение. Однако феномен флюктуации порогов чувствительности, столь широко известный в психофизиологии, экспериментальной психологии и медицинской практике, не стал предметом специальных исследований, за исключением единичных сообщений результатов электрофизиологического метода исследования. Проведено комплексное изучение параметров флюктуации порогов (период и амплитуда) чувствительности анализаторов в свободном режиме их работы в различные периоды суток, изучено влияние на спектр колебаний дополнительных сенсорных воздействий. Флюктуация порогов чувствительности слухового и кожного анализаторов изучалась по методу минимальных изменений, контрастной чувствительности — по методу воспроизведения. В качестве адекватных раздражителей использовались звук (тон 1000 Гц), свет (лампы накаливания), воздушная струя. Регистрация порогов производилась ежеминутно. При этом определялись пороги появления (верхние пороги) и пороги исчезновения (нижние пороги). Среднее значение из полученных величин принимали за величину порога чувствительности. Обработка материала осуществлялась по программе периодограммного анализа с выделением статистически значимых параметров (период, амплитуда) ведущей периодической компоненты ( $P < 0,05$ ), достоверность которой оценивалась путем проверки по  $t$ -критерию Стьюдента нулевой гипотезы о равенстве нулю амплитуды оцениваемой компоненты. В работе применялся также метод спектрального анализа по Фурье временных рядов, с использованием четы-

рехленного окна Блэкмана–Хэрриса. В первой серии изучалась фоновая флюктуация порогов. Исследования проводились ежедневно по 30 мин., включая и ночные часы, что позволило выявить особенности функционирования анализаторов в различные периоды суток. Вторая серия включила в себя варианты исследований в условиях воздействия раздражителей различной природы: I вариант — при воздействии световых мельканий (частота 16 Гц, энергия 0,3 Дж); II вариант — при воздействии звука (частота 400 Гц, интенсивность 1 Вт, длительность посылки стимула 100 м/с с интервалом 0,5 с). Показано, что в свободном режиме флюктуации порогов анализаторов имеют слабую корреляционную связь ( $r = 0,18-0,23$  при  $P < 0,01$ ). Установлено, что общими для исследованных анализаторов в спектре частот флюктуаций порогов являются колебания с периодом от 2 до 30 мин., среди которых наибольший удельный вес имеют колебания с периодом 2–10 мин. и 22–30 мин., наименьший — периоды от 11 до 21 мин. Весовое распределение периодов флюктуации порогов на 24-часовой шкале показало идентичный характер для исследованных сенсорных систем, т. е. имеется различие не столько по периодам, сколько по их фазовым соотношениям. Параметры амплитуды флюктуации порогов чувствительности занимают также широкий диапазон от 0,11 до 0,70 усл. ед., в котором ведущее значение занимают амплитуды флюктуации: 0,11–0,20, 0,21–0,30, 0,31–0,40 усл. ед. Поведение средних значений порогов связано с особенностями биоритма. Увеличение порогов чувствительности обнаружено в период 20–6 часов, уменьшение порогов — в период от 6 до 20 часов. Изменения в спектре колебаний также отражают суточную периодику. Доминирование медленноволновых колебаний обнаружено в период 11–15 часов и 23–2 часа, высокочастотных колебаний — между 2–11 и 16–23 часами. Установлено, что каждый анализатор характеризуется в разные отрезки времени различными параметрами ведущей периодической компоненты. На 24-часовой шкале дважды, реже трижды, обнаруживаются участки в периодике всех исследованных систем, где наблюдается одна и та же ведущая компонента. Установлено, что воздействие различных по природе факторов вызывает однонаправленное изменение порогов чувствительности, что приводит к появлению высокочастотных колебаний ( $T = 2-10$  мин.), занимающих доминирующее положение в спектре частот. По прекращении воздействия вновь появляются медленноволновые колебания ( $T = 22-30$  мин.).

*Горбачева М.В.  
Кузнецова Т.Г.*

## **Изменение корреляционных связей ЭЭГ у детей 6–7 лет при достижении цели**

В 1916 г. на III Съезде по экспериментальной педагогике И.П. Павлов выдвинул представление о рефлексе цели и подчеркнул, что цели могут быть важные и пустые и что надо отличать стремление от смысла и ценности цели. В наших предыдущих работах было установлено, что на достижение цели влияют как физические факторы (скорость и время достижения), так и ценность достигаемой цели. При этом оба фактора сказываются на длительности реакции сосредоточения и способах (тактиках) достижения цели и вегетативной саморегуляции. Встал вопрос, как отражаются скорость достижения цели и ее субъективная ценность на центральном уровне саморегуляции — изменение биоэлектрической активности мозга. В исследовании участвовали 39 детей в возрасте 6–7 лет. Для моделирования у них эмоционально положительных и отрицательных состояний использовалась методика приближающейся цели (МПЦ) (патент № 1410948). Использовались субъективно значимые, малозначимые и незначимые объекты, приближающиеся со скоростями от 250 до 5 мм/с, при одновременном снижении либо увеличении ценности цели-объекта. Параллельно велась видеозапись для анализа поведенческих реакций и регистрировалась ЭКГ и ЭЭГ от 10 симметричных отведений правого и левого полушарий. Анализировались корреляционные связи между 10 зонами мозга на безартефактных отрезках ЭЭГ. Эпоха анализа ЭЭГ составляла 4 с, частота дискретизации 250 Гц. Было установлено, что достижение объекта за 4–8 с, при скоростях 250 и 125 мм/с соответственно, в ситуации использования незначимой цели происходило на фоне спокойного эмоционально положительного реагирования на ситуацию в целом, не вызывая существенных изменений со стороны механизмов регуляции сердечного ритма (индекс напряженности — ИН). Введение скорости приближающегося объекта, равной 50 мм/с, сопровождалось появлением ориентировочной реакции с негативной окраской и достоверным увеличением ИН ( $p = 0,002$ ) в сравнении с предыдущими состояниями. При следующих предъявлениях скоростей приближающегося объекта, от 25 до 5 мм/с, ИН прогрессивно снижался на фоне усиливающегося эмоционально отрицательного реагирования и появления пассивных реакций избегания и сокращения времени активного слежения за целью, особенно при скоростях 10 и 5 мм/с. Анализ ЭЭГ показал, что

распределение значимых ( $r > 0,4-0,8$ ) корреляций, как в спокойном состоянии при открытых глазах, так и в ответ на скорости движения объекта, равные 250, 125, 25, 10 и 5 мм/с, оказалось сходным. Наиболее часто взаимосвязанными оказывались симметричные внутрислоушарные лобно-моторные, левосторонние теменно-затылочные и правосторонние височно-теменно-затылочные, а также межполушарные лобно-теменные зоны мозга. Существенные изменения в распределении корреляционных связей наблюдались при достижении объекта, приближающегося со скоростью, равной 50 мм/с, когда практически все исследуемые зоны мозга оказались взаимосвязанными на фоне увеличения количества связей между ними. Так, по сравнению с описанными вариантами предыдущих скоростей, при сохранении и увеличении количества правосторонних височно-теменно-затылочных (30–40 %) и левосторонних теменно-затылочных связей (45 %) удвоилось число межполушарных лобно-теменных (с 20 до 40 %), появились новые межполушарные лобно-лобные, лобно-затылочные (до 29 %) и лобно-височные (25 %) связи. Как однонаправленное, так и разнонаправленное изменение ценности и скорости движения цели-объекта вызывало у детей более сильное напряжение систем вегетативной и поведенческой саморегуляции, чем в ситуации достижения незначимой цели при любой скорости ее приближения. Это отражалось в более высоких показателях ИН, особенно на скорости 50 мм/с (310–377 усл. ед.) и более выраженном активном слежении за целью. При изменении ценности достигаемого объекта, как и в ситуации использования незначимой цели-объекта, существенные изменения в распределении корреляционных связей наблюдались при достижении объекта, приближающегося со скоростью, равной 50 мм/с. При этом одновременное снижение ценности и скорости движения цели-объекта вызывало значимые изменения в распределении корреляционных связей, начиная со скорости приближения объекта, равной 125 мм/с, которые сохранялись вплоть до низкой скорости движения цели в 10 мм/с. Таким образом, при введении низких скоростей достижения цели, у детей активируется система отрицательных эмоций с включением поведенческих, вегетативных и центральных реакций саморегуляции.



*Дашков И.М.  
Курганский Н.А.*

## **О соотношении фазовых и амплитудных характеристик циклической активности**

В биологической науке изучение ритмических феноменов имеет более чем вековую традицию и, пожалуй, чаще всего фокусируется на циркадианных ритмах, или двадцатичетырехчасовых периодах. В этой области накоплен большой запас эмпирических данных и объяснительных гипотез. Однако в том, что касается исследования циркадианной динамики психологических (поведенческих) переменных и их коррелятов, ситуация находится пока в стадии развития. Как отмечалось еще в 1993 г. (и неоднократно подтверждалось в последующие годы) ведущим специалистом в области хронопсихологии А. Адам, начальное состояние этого научного направления становится наглядным, исходя из двух основных фактов. Первый — это значительная гетерогенность получаемых результатов, являющаяся следствием разнообразия и несогласованности используемых методов, выборок испытуемых и ситуаций, в которых проводятся эксперименты. Второй — это очевидный факт, что большинство психологических исследований игнорирует фактор реального времени суток, не как процедурную запись, но как параметр, который необходимо контролировать в экспериментах. Сосредоточив свое внимание на первом из приведенных фактов, авторы настоящей публикации полагают, что помимо упомянутых причин значительное рассогласование хронопсихологических результатов может проистекать из отсутствия методической комплексности в рамках отдельной экспериментальной серии, а также из выбора одного из двух крайних вариантов организации исследования: «чистого» метода поперечных срезов, когда каждый из большого числа испытуемых обследуется только один раз в какой-либо час суток, или «чистого» лонгитюдного метода, когда каждый из малого числа испытуемых обследуется ежечасно, подряд или в разные дни. Потенциальная слабость результатов при первом варианте связана с едва ли преодолимой сложностью рандомизации почасовых групп. При втором варианте очевидные проблемы с достоверностью результатов могут возникать не только в связи с научением, но также из-за утомления и снижения мотивации при многократном тестировании. Заметим также, что, с другой стороны, недостаточно правомерной представляется и регистрация психологических (и связанных с ними физиологических) показателей только в ограниченном числе (например, не более 4-х) временных пози-

ций. Ведь в подобных случаях экстремумы тех или иных функций могут быть просто упущены. Все вышеизложенное главным образом касается соотносимых друг с другом фазовых характеристик различных показателей, т. е. особенностей колебаний этих показателей в течение суток (или дня). Однако не меньшие проблемы возникают при попытке соотнести их амплитудные характеристики. Так, не вполне психометрически (и просто метрически) корректным для целей сравнения выглядит распространенный способ представления этих характеристик через проценты отклонений от некой средней линии (среднего арифметического). Авторы попытались преодолеть отмеченные слабости хронопсихологических исследований. В своей работе они использовали «скользящий» метод почасового распределения экспериментов, сочетающий в себе особенности как лонгитудного метода, так и метода поперечных срезов. При этом целый комплекс разноуровневых показателей (традиционно рассматриваемых в качестве коррелятов психического состояния) регистрировался у каждого отдельного испытуемого, условно говоря, одномоментно. Все это, наряду с экспериментальным планом полного почасового внутрисуточного охвата, позволяет более адекватно сопоставлять фазовые характеристики циркадианного цикла. Что касается амплитудных характеристик, то их адекватное соотнесение, как нам представляется, возможно только на основе «расщепления» совокупной динамики регистрируемых показателей на циркадианную (универсальную для всех субъектов) и прочую. Величина последней (т. е. усредненная интраиндивидуальная вариативность за вычетом циркадианной) может использоваться как некое основание для перевода разноразмерных амплитуд различных показателей в сопоставимые стандартные единицы. Авторами подобная работа уже ведется.

*Душабаев З.Р.*

## **Б.Г. Ананьев о соотношении психических и физиологических процессов**

Нервно-физиологические процессы, как указывал в «Очерках психологии» Б.Г. Ананьев, выступают в форме рефлекторной деятельности, психические процессы — в более сложной форме различных переживаний, знаний и действий. Важно отметить, что здесь не идентифицируют-

ся психические явления и рефлексы. В настоящем исследовании, с тем, чтобы проверить гипотезу Б.Г. Ананьева, мы пытались соотнести психические явления в виде навыка пространственного различения животных с условными рефлексами. В работе использован открытый крестообразный лабиринт, который мог быть преобразован в прямую дорожку. В пол установки были вмонтированы электроды, по которым подавалось минимальное напряжение электрического тока. В первой, физиологической, серии опытов в ответ на световой сигнал, расположенный слева от крысы, у животных вырабатывали условный рефлекс в виде побежки по прямой дорожке. Затем, после закрепления реакции на левую лампу у грызунов в ответ на световой сигнал, расположенный справа, вырабатывали дифференцировку раздражителей (дифференцировочное торможение), т. е. крысу обучали никуда не переходить и оставаться в стартовой площадке. Во второй, психологической, серии опытов использовался крестообразный лабиринт, и у крыс вырабатывали навык пространственного различения световых сигналов. Здесь крыс приучали в ответ на световой сигнал слева выбирать левый рукав лабиринта, а в ответ на световой сигнал справа выбирать правый рукав лабиринта. В каждом опыте предъявляли по 5 раз правую и левую лампу в случайном порядке. Во всех сериях в интервале между включением ламп животные оставались на стартовой площадке. Наши опыты на животных дали следующие результаты: 1) навык пространственного различения сигналов формируется быстрее, а именно за 24, а дифференцировка — за 36 опытов. Разница статистически достоверна; вывод — обучение дифференцировке дается труднее; 2) навык пространственного различения сигналов удалось выработать у 9 из 14 крыс (64%), а дифференцировку только у 6 особей из 22 (27%). Вывод: способность к выработке дифференцировки распространена реже; 3) отличаются кривые научения: кривая научения навыка все время идет вверх, а кривая формирования дифференцировки имеет несколько резких спадов; 4) одновременное включение левой и правой ламп в физиологической серии приводило к полному нарушению как положительного условного рефлекса, так и дифференцировочного торможения (крысы забывали то, чему их обучали), в то время как в психологической серии опытов одновременное включение левой и правой ламп никак не влияло на результаты научения; 5) перерыв в опытах на 35 календарных дней полностью нарушал способность к дифференцировке раздражителей и никак не повлиял на сохранность навыка пространственного различения. Полученные результаты подтверждают гипотезу Б.Г. Ананьева о том, что психические процессы отличаются от рефлекторных.

*Журин Е.А.  
Зайцева В.Б.  
Кобаль М.М.*

## **Сравнение коммуникативной эффективности мимического и вербального канала**

Психологические тесты — важный диагностический инструмент, но они не лишены серьезных недостатков: а) большие временные затраты, б) допускают однократное использование, в) «расшифровываются» испытуемыми, г) требуется заинтересованность со стороны испытуемого, и т. п. (Балин В.Д., Горбунов И.А., 1997). Сказанное требует создания новых методик, организованных по альтернативным принципам. В качестве варианта предлагается принцип изучения «продуктов деятельности»: можно взять за основу тексты, создаваемые испытуемыми, их мимику и пантомимику. Рассмотрим последний вариант. Самый простой способ создания такого теста — соотнести психологические признаки, измеренные с помощью тестов, с поведенческими, полученными с помощью наблюдений. Но проведенные нами по такой схеме многочисленные исследования показали, что этот подход дает неоднозначные результаты. Следует учитывать, как минимум, следующие обстоятельства:

1. В разные моменты времени каждый человек решает разные биологические задачи (пищевое поведение, агонистическое поведение, ухаживание). Другими словами, испытуемых следует «выравнивать» по решаемым биологическим задачам.
2. Сам принцип выделения исходных элементов пантомимики носит искусственный характер. Совсем не обязательно, что психологические черты связаны именно с теми отдельными признаками (поворот головы, углы губ, прищур глаз и т. п.), которые мы выделяем при анализе видеозаписей.

Была выдвинута гипотеза, что, т. к. информация передается одновременно через вербальный и невербальный канал, а они имеют различную специализацию и информационную емкость, то тип передаваемой информации будет влиять на то, как эта информация будет в них кодироваться. Для проверки гипотезы было проведено исследование, где оценивалась эффективность передачи информации по различным каналам. Стимульный материал составляли слова, разделенные на три группы: эмоционально позитивные, эмоционально негативные, нейтральные. Разделение на группы проводилось при помощи методов многомерного

шкалирования. Испытуемым предъявляли слова и просили их объяснить, сначала при помощи вербального канала, а потом при помощи мимики, причем так, чтобы они потом смогли во второй части исследования распознать, что за слова они кодировали. После объяснения каждого слова измерялись давление и пульс. Далее были рассчитаны коэффициенты эффективности для мимического и вербального канала. Формула эффективности — качество, умноженное на производительность, и все это деленное на затраты. Качество — это процент правильно распознанных слов. Производительность — это количество слов или двигательных единиц в секунду. Затраты — это измеренные физиологические показатели. Для использования в одной формуле столь разнородных показателей все они были прошкалированы. Оказалось, что вербальный канал имеет, в общем, лучшую эффективность, чем мимический, а также нейтральная информация через него передается эффективней, чем эмоциональная. Негативно окрашенная информация передается эффективней, чем позитивно окрашенная. Мимический канал оказался более эффективен при передаче эмоционально окрашенной информации, чем нейтральной. Негативно окрашенная информация передается эффективней, чем позитивно окрашенная. Лучшая эффективность при передаче негативно окрашенной информации обоими каналами может быть объяснена тем, что эволюционно она более значима для сохранения жизни, чем позитивная. Данные результаты показывают специализацию каналов по типам информации, а также позволяют в дальнейшем разработать алгоритм оценки эффективности каналов для отдельно взятого человека, что позволит разделить людей на типы и в дальнейших исследованиях невербального поведения учитывать эту немаловажную переменную.

*Замесина Д.И.*

*Мухамедрахимов Р.Ж.*

*Никитин Н.И.*

## **Пространственная слуховая ориентация у детей в раннем возрасте**

Систематическое изучение закономерностей формирования пространственного слуха у детей было начато в 70-е гг. прошлого века. К настоящему моменту изучены такие показатели, как минимально различимый угол локализации источника звука (*minimum audible angle*) в

вертикальной и горизонтальной плоскостях, способность к интеграции звуковой и зрительной информации, особенности ориентировочной реакции детей разного возраста на унимодальные и на бимодальные (аудиовизуальные) стимулы, а также их зависимость от возраста, пола, физических характеристик детей и др. Целью совместного исследования факультета психологии СПбГУ (кафедра социальной адаптации и коррекции личности) и лаборатории слуха Института физиологии РАН им. Павлова стало более подробное изучение особенностей слухомоторной координации в раннем возрасте. Исследование представляет интерес как с точки зрения изучения психофизиологических механизмов формирования пространственного слуха в раннем возрасте, так и в связи с общими закономерностями развития ребенка в системе отношений с близким взрослым. Особенности ситуации эксперимента позволяют оценивать взаимодействие между матерью и ребенком, что дает дополнительную информацию о психологических составляющих процесса формирования пространственного локализационного поведения ребенка. В исследовании участвовало 12 здоровых детей от 9 до 16 месяцев. Изучение пространственного слуха у детей проводилось в звукоизолированной анаэксидной камере. Ребенок сидел на коленях у матери в вертикальном положении. Пара находилась в центре горизонтальной полукруглой дуги, на которой располагалось 49 динамиков. Голова ребенка не фиксировалась. Звуковыми сигналами служили серии щелчков интенсивностью 65 дБ УЗД и длительностью 1 с. Звуковые сигналы предъявлялись под углами 0° (по средней линии тела), 30° и 60° справа и слева от средней линии. Угловое положение головы регистрировалось с помощью системы Fastrak (Pollhemus). В качестве основного метода использовался анализ данных системы Fastrak (Pollhemus), в качестве дополнительного — анализ видеозаписи с двух камер, находящихся в экспериментальной комнате. По результатам первого этапа исследования выявлено, что в 76,6% случаев у детей наблюдается устойчивая ориентировочная реакция — поворот головы в сторону предъявления звукового сигнала (13,3% случаев — отсутствие выраженной реакции на звук, 10,0% — движение головы в противоположную сторону). В 78,3% случаев прослеживаются три четких этапа локализационного поведения (названных нами латентным периодом, периодом первого локализационного движения, периодом уточнения локализации), в остальных случаях реакция поворота головы отсутствует, либо периоды сложно дифференцируются. Обнаруженные периоды обладают пространственно-временными характеристиками: длительностью и показателями точности локализации. Показаны различия между некоторыми характеристиками периодов у детей

обследуемой группы и теми же характеристиками взрослых людей (по данным литературы). Выявлена зависимость изменения характеристик периодов локализации в связи с углом предъявления звукового стимула, а также наличие определенных связей между самими характеристиками (зависимость точности локализации от длительности первых двух периодов, влияние начального положения головы на характеристики конечной точки локализации после предъявления звука). Широкий диапазон межиндивидуальных различий в пространственно-временных характеристиках локализационного поведения детей раннего возраста позволяет предполагать наличие психологических факторов, способных оказывать влияние на процесс формирования пространственного слуха у детей. Такими факторами могут быть особенности взаимодействия между ребенком и близким взрослым. Возможности влияния такого рода взаимодействия на развитие ребенка в раннем возрасте продемонстрированы в большом числе исследований. Кроме того, на предварительном этапе данной работы при анализе видеозаписей эксперимента выявлены тенденции к обнаружению связи между психоэмоциональными характеристиками взаимодействия матери и ребенка и качеством локализации звука детьми.

*Кузнецова Т.Г.  
Голубева И.Ю.*

### **Выбор по образцу различных объектов у детей в возрастном аспекте**

Выбор по образцу — сложный, многоэтапный системный акт, включающий анализ и синтез, когда необходимо уловить сам принцип решения задачи с включением зрительных и ассоциативных теменно-височных структур мозга для сравнения и сопоставления предъявляемых объектов, а для принятия решения — ассоциативных лобных. В совокупности это дает основание рассматривать выбор как задачу, лежащую в основе любой познавательной деятельности. Исследование проведено на детях 2–3 лет (51 ребенок). Им предлагали 5 задач выбора геометрических фигур по реальному образцу и 3 — выбора из изображений различной степени сложности. Анализировались успешность выполнения задания, поведенческие и вегетативные (индекс напряженности сердечного ритма — ИНСР) реакции саморегуляции. Установлено, что все дети

2,5–3 лет справлялись с первой задачей с реальными геометрическими фигурами сразу без дополнительных инструкций и обучения, а 27 % детей в возрасте 2–2,5 лет понадобилось обучение, что можно объяснить необходимостью формирования зрительно-моторного образа действия и самого принцип выбора. Последующие задачи выполнялись «с места». Однако перенос обобщенного принципа выбора из реальных фигур на конкретные и, особенно, абстрактные изображения оказался для всех детей трудной задачей. При этом 27 % детей в возрасте 2–2,5 лет понадобилось обучение для выработки зрительно-кинестетического образа действия, тогда как дети 2,5–3 лет решили задачу сразу. При выборе из конкретных изображений 15 % детей старшего возраста потребовалось обучение, остальные справлялись сразу, а среди младших только 43 % справлялись сразу, 13 % потребовалось обучение, и 44 % не справлялись вовсе. При выборе из абстрактных изображений только 33 % старших детей сразу справлялись, 29 % обучались и 38 % не справились. 80 % детей 2–2,5 лет с этой задачей не справлялись. В целом все дети при решении задач с реальными объектами и их изображениями показали высокий процент правильных (90–100 %) решений. При переходе к выбору из конкретных изображений успешность выполнения задания старшими детьми не изменилась, а у младших достоверно снизилась до 70 %. При выборе из абстрактных изображений успешность у старших детей снизилась до 75 %, а у младших оказалась на случайном уровне, что в значительной степени связано с невозможностью вербализации ими стимула. Таким образом, показана динамика скорости формирования принципа выбора у детей двух возрастных диапазонов при увеличении степени трудности предъявляемых объектов. Любая когнитивная задача требует напряжения не только мыслительной, но и эмоциональной деятельности, что отражается в изменении показателей сердечного ритма, которые коррелировали с поведенческими реакциями саморегуляции, биологический смысл которых заключается в предупреждении возникновения отклонений в работе головного мозга от оптимума и перенапряжения его функций. Возрастные особенности проявились и здесь. Если у младших детей при возникновении затруднений начинала преобладать эгоцентрическая речь, то у старших — двигательная разрядка и реакции на себя (чесательные). Анализ ИНСР и поведенческих реакций саморегуляции дал основание для выявления трех стратегий адаптации детей, направленных на поддержание гомеостаза при возникновении трудности. Дети 1-й группы справлялись с повышенной когнитивной нагрузкой и эмоциональным напряжением за счет активации механизмов поведенческих реакций саморегуляции. При этом ИН не изменялся. У детей 2-й



группы реакции саморегуляции количественно не изменялись, а ИН возрастал вдвое — дети приспособивались к нагрузке за счет механизмов вегетативной регуляции. 3-ю группу составляли дети, у которых доминировали реакции переключения на другие виды деятельности и отказы от выполнения трудных задач и снижение ИН. Таким образом, анализ показателей динамики сердечного ритма и поведенческих реакций саморегуляции позволяет диагностировать состояние ребенка при выполнении когнитивных задач. Работа дала основание для заключения, что дети 2–2,5 и 2,5–3 лет находятся на качественно разных стадиях развития, что требует от педагогов раздельного подхода к их обучению.

*Куцырева М.А.*

### **Ситуативная речь как показатель эмоционального состояния человека**

Статья освещает результаты исследования, проведенного с целью изучения взаимосвязи эмоциональности и ее проявления в речи и физиологических параметрах испытуемого. Цель исследования: определение выражения эмоционального состояния в речи испытуемых. Гипотеза исследования: по характеристикам речевого высказывания человека можно судить о его состоянии. В исследовании приняли участие 86 студентов в возрасте 18–32 лет, среди которых 7 юношей и 79 девушек.

Методики: «Шкала самооценки» (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин); «Личностная шкала проявлений тревоги. Оценка психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения, комфортности» (Н.А. Курганский) (соответственно — ПА, И, ЭТ, Н, К); «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля».

Для определения физиологического состояния испытуемых сняты показатели: ЭЭГ (левое полушарие — ЛП, правое полушарие — ПП) — затылочное отведение; ЧСС (частота сердечных сокращений); СС (систолическое давление); ДД (диастолическое давление); ЧД (частота дыхания); объем дыхания. Взято интервью на тему: «Хобби» (анализировались: общее время интервью (ВИ), общее количество слов (КС), число предложений (ЧП), число незаконченных предложений (НП), темп речи (ТР), количество пауз (КП), явления проявления «телеграфного стиля», явления незакрепленности места зависимых членов предложения по отношению к главным (НМЗЧ).

Результаты. Полученные данные были обработаны с помощью программы «Статистика». Количество сорных слов, ошибок согласования, телеграфный стиль в речи, явления НМЗЧ, число незаконченных предложений прямо связаны между собой и указывают на уровень тревоги. Была выявлена взаимосвязь между числом предложений и альфа индексом ЭЭГ ЛП ( $r = 0,23$ ;  $P \leq 0,05$ ), средним R-R интервалом ( $r = 0,28$ ;  $P \leq 0,01$ ). То есть при снижении активности ЛП мозга и снижении пульсации увеличивается количество предложений в речи. Возможно, речь идет о компенсаторной функции речи. При снижении активности ЛП человек начинает много говорить на фоне снижения пульса. Была выявлена взаимосвязь между темпом речи и максимальной амплитудой ЭЭГ ЛП ( $r = 0,24$ ;  $P \leq 0,05$ ), диастолическим ( $r = 0,24$ ;  $P \leq 0,05$ ) и среднединамическим давлением ( $r = 0,24$ ;  $P \leq 0,05$ ), динамическим тремором правой руки ( $r = 0,23$ ;  $P \leq 0,05$ ). При увеличении активности мозга увеличивается и скорость речи. Число незаконченных предложений коррелирует со статическим тремором правой руки. Тремор рук является индикатором эмоциональной напряженности (Овчинникова О.В., Пунг Э.Ю., 1973). Увеличение числа НП является признаком увеличения уровня тревоги. Корреляционный анализ данных основной выборки позволил выявить следующие закономерности. Еще раз была подтверждена взаимосвязь уровня тревоги активности психологических защит (регрессия, замещение, компенсация, проекция). Опять мы столкнулись с тем, что отрицание обратно связано со всеми другими видами психологических защит и тревожностью. Для испытуемых с высоким уровнем тревоги характерен низкий уровень ПА, К, ЭТ и И, но высокий уровень Н. При увеличении показателей тревоги увеличиваются давление, пульс и объем дыхания — сердечнососудистая система первой реагирует на изменение уровня тревожности. Высокие показатели частоты дыхания свидетельствуют о низком ЭТ и низком уровне И. Если рассмотреть взаимосвязь физиологических показателей с характеристиками речи, то можно сказать следующее: речь более организована при высокой активации коры. Если активация коры снижена, то привлекаются более древние, но менее рациональные способы (путем запуска вегетативных механизмов) — при снижении активности ЛП мозга и снижении пульсации увеличивается количество предложений в речи. Т. е. красноречивость — признак низкой активации нервной системы. Число незаконченных предложений коррелирует со статическим тремором правой руки. При увеличении активности ЛП мозга человек начинает говорить более емко и кратко. При более активной коре ГМ у человека более организованная речь.

В целом можно сделать следующий вывод. Психологические показатели в большей степени коррелируют между собой, чем с показателями по физиологии. Но: при увеличении показателей тревоги наблюдается активация ССС. Но при высоких показателях ЧСС и ЧД высокие оценки по ЭТ и ПА свидетельствуют о низкой степени проявления признака. Исследование подтвердило гипотезу о связи речевых показателей с данными по психофизиологии и эмоциональным состоянием испытуемого. Но следует отметить необходимость дальнейшей работы над данной темой.

*Павлов К.И.*

*Павлова Ю.И.*

*Дмитриева Е.В.*

## **Изучение взаимосвязей конституции с экологическими факторами**

Цель исследования заключалась в изучении влияния геокосмических и метеорологических факторов на психологические и психофизиологические характеристики перцептивно-моторных реакций и распознавания цифровых символов у девушек с разным уровнем ювенильности. Ювенильность является ведущим генетически обусловленным конституциональным признаком современного человека и выражается в усилении мозгового черепа. Объектом исследования являются группы студенток Института детства РГПУ им. А.И. Герцена ( $n = 126$ ), возраст которых был от 18–23 лет и в среднем составлял  $18,98 \pm 1,75$  лет. В состав первой группы после выполнения экспресс-оценки ювенильности (измерение сагиттальной окружности головы (СОГ)) были включены студентки с низким уровнем ювенильности, в числе 20 человек (СОГ =  $35,68 \pm 0,47$  см). Во вторую группу вошли среднеювенильные студентки в количестве 77 человек (СОГ =  $37,45 \pm 0,51$  см). Третью группу составили высокоювенильные студентки числом 29 человек (СОГ =  $39,38 \pm 0,64$  см). Для изучения перцептивно-моторных реакций и распознавания символов были использованы две тестовых серии (до и после отвлекающей нагрузки) компьютерной программы «Динамической четырехцветной матрицы оценки интеллектуальной работоспособности “Радуга”». Программа позволяла регистрировать следующие психофизиологические параметры:  $t$  — время выполнения серии; время реакции (ВР) на белый ( $tw$ ), красный ( $tr$ ), зеленый ( $tg$ ), желтый ( $ty$ ) цвет ячейки;  $t_{12}$ ,  $t_{18}$ ,

t24, t30 — ВР на размер шрифта Arial 12, 18, 24, 30 цифровых символов в ячейках; ts — субъективно воспринимаемое время прохождения теста; R — число и w — время ошибочных нажатий; параметры отвлекающей нагрузки (анкеты, оценивающей мотивацию и уровень притязаний испытуемого): Mot — уровень мотивации прохождения тестирования и Pret — уровень притязаний. Кроме того, использовались показатели теста Люшера: VC — вегетативный коэффициент и TD — суммарное отклонение от аутогенной нормы Вальнефера. С целью определения уровня адаптационного ресурса проведена проба на задержку дыхания на вдохе Штанге (St). Все эти параметры сопоставлялись с геокосмическими индексами: SMF — Solar Magnetic Field, величина магнитного поля Солнца; W — число солнечных пятен; SF — Solar Flux 2800 MHz, поток солнечного радиоизлучения на частоте 2800 МГц; FI — Flare Index of Solar activity, индекс интенсивности и длительности солнечных вспышек; CR — Cosmic ray, космические лучи, представляющие собой поток заряженных частиц высокой энергии (протонов) и являющиеся составляющей естественной радиации на поверхности Земли и в атмосфере; Dst — Disturbance storm time index, возмущенность геомагнитного поля; а также региональными (г. Санкт-Петербург) среднесуточными метеорологическими показателями: T — температуры воздуха; P6m — атмосферного давления на высоте 6 м над уровнем моря; Ф — относительной влажности; Wind — скорости ветра; Clouds — облачности, имеющими место в день и час исследования в период 2008–2010 гг. Установление связей между параметрами проводилось с помощью корреляционного анализа Спирмена и «Иерархического кластерного анализа», выполненного в SPSS 15.0. Установлено, что низкоювенильные девушки являются более зависимыми от геокосмических и метеорологических факторов и являются более уязвимыми в отношении влияния неблагоприятных факторов среды на их когнитивную деятельность, в отличие от средне- и высокоювенильных. У низкоювенильных девушек также наблюдается интенсификация перцептивно-моторных реакций, времени распознавания цифровых символов при усилении действия космических лучей, составляющих естественный радиационный фон, и увеличении относительной влажности. Показано, что усиление Солнечной активности у среднеювенильных испытуемых вызывает ухудшение временных показателей перцептивно-моторных реакций, качества выполнения тестовых заданий и распознавания цифровых символов на цветовом фоне, снижение адаптационного ресурса и повышение уровня притязаний. В группе девушек с высоким уровнем ювенильности возрастание Солнечной активности в большей степени, чем усиление космического излучения, интенсифицирует скорость

перцептивно-моторных реакций и нейрофизиологические процессы распознавания цифровых символов на цветовом фоне. Таким образом, геокосмические и метеорологические факторы оказывают существенное влияние на психо-эмоциональную и мотивационную сферу личности высокоювенильных девушек и менее всего влияют на их перцептивно-моторные реакции и процессы распознавания цифровых символов на цветовом фоне, в сравнении со средне- и низкоювенильными испытуемыми.

*Реброва Н.П.*

### **Профиль межполушарной асимметрии и школьная адаптация первоклассников**

Одним из актуальных аспектов проблемы функциональной межполушарной асимметрии мозга является изучение взаимосвязи между профилем асимметрии и адаптационными возможностями организма. О наличии такой связи у взрослых свидетельствуют данные ряда исследований (Леутин В.П., Николаева Е.И., 2008; Фомина Е.В., 2006; Хомская Е.Д. и соавт., 1997 и др.). Менее изучена роль профиля межполушарной асимметрии в адаптации детей к различным факторам среды, в том числе к школьному обучению. В данном исследовании профиль межполушарной асимметрии определялся на основе комплекса моторных и сенсорных проб (Реброва Н.П., Чернышова М.П., 2004; Семенович А.В., 2002). Критериями школьной адаптации являлись показатели познавательной и эмоциональной сферы учащихся, оцениваемые с помощью психологических тестов, а также поведенческие реакции, определяемые на основе отзывов учителей. Использовались: методика изучения внимания Тулуз–Пьерона; методика диагностики школьной тревожности А.М. Прихожан; методика «Несуществующее животное»; структурированное интервью для учителей. При обработке полученных данных подсчитывались процентные соотношения детей с разным профилем межполушарной асимметрии, определялись средние значения и стандартные отклонения исследуемых показателей, применялся корреляционный анализ. Подсчет результатов осуществлялся с помощью компьютерной программы Statistica ('99 Edition). Исследование проводилось на базе одной из гимназий Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 74 первоклассника в возрасте 7–8 лет; среди них 35 девочек и 39 мальчиков.

90,5 % обследованных школьников характеризовались левополушарным доминированием и соответственно 9,5 % — правополушарным. Среди мальчиков 92,4 % составляют «левополушарные», 7,6 % — «правополушарные». Среди девочек также преобладали «левополушарные» (88,6 %). Учитывая близкие показатели распределения профиля межполушарной асимметрии у мальчиков и девочек, всех обследованных школьников разделили на две группы: с левополушарным и правополушарным доминированием. Скорость выполнения заданий на внимание выше в группе «левополушарных» ( $31,82 \pm 9,52$ ) по сравнению с «правополушарными» ( $25,31 \pm 0,55$ ). Точность выполнения больше у «правополушарных». Согласно нормативным данным для данной возрастной группы, величина скорости 31,82 соответствует средним значениям, а величина 25,31 — низким значениям. Полученные данные свидетельствуют о более медленном, но более точном выполнении теста на внимание в группе «правополушарных» школьников. Средние показатели школьной тревожности у «левополушарных» составили  $3,15 \pm 1,66$ , а у «правополушарных» —  $2,71 \pm 1,25$ . Эти значения соответствуют невысоким показателям тревожности и не позволяют говорить о значительном отличии тревожности в исследованных группах. По методике «Несуществующее животное» были выявлены признаки агрессивности у 20,3 % учеников, при этом у «левополушарных» уровень агрессивности был ниже по сравнению с «правополушарными». Анализ интервью с учителями показал, что признаки сниженной адаптации у «правополушарных» школьников (28,6 %) встречаются в два раза чаще по сравнению с «левополушарными» (14,9 %). В целом полученные результаты дают основание предполагать, что у первоклассников с правополушарным доминированием более выражены признаки сниженной адаптации, чем у «левополушарных». Такие результаты согласуются с данными авторов о том, что лица с доминированием левого полушария обладают высоким потенциалом адаптации и стрессоустойчивости (Антропова Л.К. и соавт, 2011; Москвин В.А., 2002 и др.). Корреляционный анализ проводился только в группе «левополушарных» в связи с малочисленностью группы «правополушарных». Получены значимые положительные связи выраженности «левополушарности» с показателями агрессивности ( $r = 0,44$ ) и тревожности ( $r = 0,33$ ). Повышенная агрессивность и тревожность могут служить признаками недостаточной адаптации к школьному обучению. Это дает основание предположить, что на процесс психической адаптации ребенка неблагоприятно влияют крайние варианты латерализации, т. е. полное доминирование одного полушария. Мозаичность межполушарной асимметрии, возможно, создает более благоприятные условия для адаптации ученика.

В пользу такого представления свидетельствуют данные о том, что наиболее высокие показатели интеллекта отмечаются при незначительной выраженности межполушарной асимметрии (Kohlbrener R.J., 1989).

*Семяшкин А.А.*

### **Взаимосвязь когнитивных стилей и темперамента: психофизиологический анализ**

Проблема соотношения познавательных и индивидуально-личностных особенностей субъекта относится к фундаментальным в психологии и не теряет своей актуальности на протяжении многих десятилетий. Цель исследования: изучить взаимосвязь когнитивно-стилевых и психодинамических характеристик. Объем выборки: 241 человек обоего пола в возрасте от 12 до 52 лет. Использовались следующие методики: групповой тест замаскированных фигур Г. Уиткина, методика «Свободная сортировка объектов» Р. Гарднера в модификации В.А. Колги, тест-опросник Г.Ю. Айзенка (ЕРІ) (форма А) в адаптации В.М. Русалова, «ОФДСИ взрослого человека» В.М. Русалова, «ОФДСИ подростка» В.М. Русалова. Статистическая обработка данных строилась на основе непараметрического корреляционного анализа г-Спирмена. Проведенный анализ выявил, что полнезависимость прямо связана с интеллектуальной эргичностью, психомоторной пластичностью и интеллектуальной активностью. Полезависимость положительно коррелирует с эмоциональностью в интеллектуальной сфере и общей эмоциональностью. Аналитичность положительно связана с эргичностью в интеллектуальной сфере, а синтетичность сопряжена с эмоциональностью в психомоторной сфере. Таким образом, существуют взаимосвязи различных параметров когнитивных стилей с психомоторной, интеллектуальной и общей эмоциональностью, что свидетельствует о достаточно большом «взаимопроникновении» когнитивно-стилевых характеристик и «эмоциональных» компонентов психодинамической сферы, а также может указывать на существование взаимосвязей порога чувствительности к несовпадению реального и ожидаемого результата действия с понятийной дифференцированностью и когнитивной артикулированностью. Также значительное число связей зафиксировано между эргичностью в интеллектуальной и психомоторной сферах и изучаемыми параметрами когнитивных стилей, что может объясняться существованием взаимосвязи между силой нервной

системы и степенью выраженности понятийной дифференцированности и артикулированности когнитивной сферы. Изучаемые параметры когнитивных стилей более тесно связаны со свойствами темперамента, проявляющимися в психомоторной и интеллектуальной сферах, нежели в коммуникативной. Следовательно, можно утверждать, что когнитивно-стилевая сфера взаимосвязана, главным образом, с предметным аспектом темперамента, поскольку в работах В.М. Русалова психомоторная и интеллектуальная сферы темперамента относятся к предметно-ориентированному аспекту поведения человека. При этом наличие подавляющего числа корреляций между когнитивно-стилевыми характеристиками и «интеллектуальными» свойствами темперамента представляется не случайным, а может объясняться обращением к теоретическому положению В.Д. Небылицына о том, что общая психическая активность как важнейшая формально-динамическая характеристика должна, преимущественно, проявляться в «умственной деятельности». Количественный анализ данных показал наиболее высокую концентрацию взаимосвязей когнитивного стиля «полезависимость-полнезависимость» с формально-динамическими свойствами в сравнении с числом соответствующих связей когнитивного стиля «аналитичность-синтетичность». Это дает основание считать когнитивную артикулированность в большей мере, по сравнению с понятийной дифференцированностью, связанной с психодинамической сферой индивидуальности. Многими отечественными и некоторыми зарубежными специалистами теоретически и экспериментально утверждается высокая корреляция определенных показателей темперамента с общими и частными свойствами нервной системы (Айзенк, 1993; Голубева, 2005; Небылицын, 1966, 1976; Павлов, 1951; Русалов, 1985; Теплов, 1985). Наряду с этим в некоторых психофизиологических исследованиях была показана сопряженность определенных индикаторов безусловно-рефлекторных типологических свойств с показателями когнитивной артикулированности (Тихомирова, 1994, 1997 — цит. по: Голубева, 2005) и понятийной дифференцированности (Колга, 1986; Тихомирова, 1994, 1997 — цит. по: Голубева, 2005). Исходя из этого, можно предположить, что в основе выявленных взаимосвязей свойств темперамента с исследуемыми показателями когнитивных стилей лежит психофизиологический механизм, основанный на определенных индивидуально-заданных свойствах нервной системы. Иными словами, определенные сочетания свойств нервной системы могут детерминировать проявление индивидуально-своеобразных способов восприятия, организации и переработки информации и силу выраженности тех или иных формально-динамических характеристик.



*Слезин В.Б.  
Корсакова Е.А.*

## **Влияние качества освещения на психосоматику оператора**

Посредством ЭЭГ было зафиксировано влияние на психофизиологическое состояние человека цветových параметров фотостимуляций цветным (монохроматическим) светом. Показано, что различные типы света производят разное воздействие на ЭЭГ, кроме того, имеют место индивидуальные нейрофизиологические реакции на один и тот же свет. Целью данного исследования явилось определение особенностей воздействия на функциональное состояние головного мозга человека динамически управляемого (интеллектуального) света от полупроводникового источника с цветовой температурой, варьируемой в диапазоне от теплого 2700 К до холодного 10000 К оттенков белого света. В ходе проведения исследования апробировался опытный образец светодиодного источника интеллектуального света, управляемого с помощью специального программного обеспечения. Световой поток источника света в зависимости от цветовой температуры составлял 1000–4000 лм. Цветовая температура белого света изменялась и устанавливалась на следующие значения: 1700 К, 3800 К, 4800 К, 7000 К и 10000 К. Главный индекс цветопередачи для этих цветových температур составлял 80–90. Визуальный анализ динамики ЭЭГ во время экспозиций белого света с варьируемой цветовой температурой показал наличие неоднозначных реакций в группе обследуемых на освещение от светодиодного источника. Наиболее заметны два типа изменений ЭЭГ. В одних случаях наблюдалось видимое увеличение представленности  $\alpha$ -ритма и усиление его регулярности, что соответствует возрастанию устойчивости общего функционального состояния головного мозга, а в других наоборот — снижение выраженности  $\alpha$ -ритма с тенденцией к переходу от постоянной активности к эпизодическим всплескам и нерегулярным волнам. Исходя из описанных типов реакций, все обследуемые были разделены на две группы по 10 человек. В группе 1 (30,80 ± 3,21 лет, 3 женщин и 7 мужчин) отмечалось преимущественное усиление  $\alpha$ -ритма, а в группе 2 (26,30 ± 3,26 лет, 6 женщин и 4 мужчин) — его ослабление. Наиболее заметны два типа изменений ЭЭГ. В одних случаях наблюдалось видимое увеличение представленности  $\alpha$ -ритма и усиление его регулярности, что соответствует возрастанию устойчивости общего функционального состояния головного мозга, а в других наоборот — снижение выраженности  $\alpha$ -ритма с тенденцией к переходу от постоянной активности к эпизодическим всплескам и нерегу-

лярным волнам. Исходя из описанных типов реакций, все обследуемые были разделены на две группы по 10 человек. В группе 1 (30,80 ± 3,21 лет, 3 женщин и 7 мужчин) отмечалось преимущественное усиление  $\alpha$ -ритма, а в группе 2 (26,30 ± 3,26 лет, 6 женщин и 4 мужчин) — его ослабление. Общий характер изменений ЭЭГ у обследуемых из группы 1 свидетельствует о релаксирующем воздействии на них света, а из группы 2 — активирующем. Известно, что увеличение выраженности  $\alpha$ -ритма, к тому же сопровождающееся усилением медленной активности, связывают со снижением уровня активации головного мозга, что способствует более полноценному отдыху и облегчает засыпание. Напротив, подавление, угнетение, снижение мощности  $\alpha$ -активности без замещения медленными волнами связывают с возрастанием уровня активации центральной нервной системы, повышением уровня бодрствования. Не только не увеличение, а ослабление  $\theta$ -ритма подтверждает активирующее действие света на обследуемых группы 2. Исходя из полученных данных, можно сделать заключение, что освещенность от светодиодного источника с цветовой температурой 3800 К, 4800 К и 7000 К, наиболее близкой к дневному свету, является достаточно нейтральной, не оказывающей значимого влияния на спектральные характеристики большинства ритмов электрической активности головного мозга. Напротив, свет с цветовой температурой 1700 К и 10000 К воздействует на ритмы ЭЭГ и, соответственно, является физиологически активным. Наибольшую степень воздействия оказывает свет с цветовой температурой 10000 К. Т. е. более теплые и более холодные типы освещения меняют функциональное состояние человека. Можно полагать, что использование интеллектуального света с учетом его индивидуального воздействия важна для улучшения условий работы оператора.

*Смирнова С.И.*

## **Особенности психомоторного развития дошкольников с синдромом дефицита внимания**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является актуальной медицинской, психологической и социальной проблемой. По данным статистики, им страдает от 2 до 18 % детей дошкольного и школьного возраста. Для дошкольников с СДВГ характерно непослушание, тре-

бовательность, истеричность. Такие дети предпочитают деструктивные игры (ломают, разбирают, выбрасывают игрушки). Часто наблюдаются задержки речевого развития, запаздывает формирование навыков самообслуживания и гигиенических навыков, что связано с особенностями психомоторного развития таких детей. В современной литературе особенности психомоторного развития дошкольников с СДВГ мало отражены. По мнению Добровольской Т.П., Кириченко Е.И., Мاستюковой Е.М., Мендоса Х.Р., Осипенко Т.Н., именно проблемы двигательной сферы занимают центральное место в психологической картине трудностей развития. Понятие «психомоторика» впервые ввел и обосновал выдающийся отечественный психофизиолог И.М. Сеченов. Ученый полагал, что каждый рефлекторный и психический акт заканчивается движением или идеомоторным актом. Он подчеркивал важность изучения моторики для психологии. «Все бесконечное разнообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь явлению — мышечному движению». Можно констатировать тот факт, что трудности изучения психомоторики возникают уже на уровне определения понятий. Вопросы о том, что такое психомоторика, каковы ее структура, законы функционирования и развития, «не только не разрешены, но на системном уровне квалифицированно не поставлены». Таким образом, именно психомоторные функции выступают в качестве основных коррелятов возможностей социализации и развития гармоничной личности ребенка. По мнению большинства авторов (Добровольская Т.П., 1986, Кириченко Е.И., 1993, Мاستюкова Е.М., 1991, Мендоса Х.Р., 1990, Тржеголова З., 1986, Осипенко Т.Н., 1996), именно проблемы двигательной сферы занимают центральное место в психологической картине трудностей развития. Наше исследование было направлено на изучение особенностей психомоторного развития дошкольников с СДВГ. Исследование проводилось на базе МДОУ комбинированного вида № 223 «Родничок» г. Кирова и МДОУ № 117 г. Кирова. В эксперименте приняли участие 30 дошкольников в возрасте 5–6 лет: 10 детей с нормальным психическим развитием, 10 дошкольников с СДВГ. Основными методами изучения психомоторики стала нейропсихологическая диагностика, выявляющая нарушения функций кинестетического, пространственного и динамического праксиса, а также методика «Домик» Н.Н. Гуткиной, определяющая умения ребенка ориентироваться в своей работе на образец, умения точно скопировать его, особенностей развития произвольного внимания, пространственного восприятия, сенсомоторной координации и тонкой моторики. В ходе экспериментального изучения особенностей психомоторики детей с СДВГ мы пришли к следующим выводам:

- У детей с СДВГ наблюдаются отклонения в физическом развитии, снижена двигательная активность.
- Дети испытывают трудности в координации рук и глаз, мелких координированных движений кисти и пальцев.
- Наблюдается задержка развития тактильной чувствительности и моторики рук. Затруднения в пространственной организации движений и в пространственной ориентации.
- Дети испытывают затруднения, связанные с темпом и качеством выполнения задания. У них может быть низкий уровень развития зрительно-моторной координации.
- Нарушения статической и динамической координации и переключаемости.

Таким образом, нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение приводит к качественному своеобразие психомоторного развития, что проявляется в более низком, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, уровню развития общей и мелкой моторики. В свою очередь, специфичность психомоторного развития детей с СДВГ требует проведения специальных мероприятий, направленных на совершенствование качественной стороны движений. Целью специального психомоторного воспитания должно являться улучшение двигательной координации, снижение гиперактивности, импульсивности, повышение концентрации внимания. Дети нуждаются в большем высвобождении энергии, чем здоровые дети. Все это необходимо учитывать при организации занятий с данной категорией детей.

*Сопов М.С.*

*Щербакова О.В.*

## **Информационные пороги опознания словесных стимулов**

Вопрос о достаточных условиях (порогах) опознания стимула является одним из ключевых в психологии восприятия, однако ответ на него не дан и по сей день. Наиболее полно проблема порогов опознания разработана с использованием контурных изображений (Attneave, 1954; Richards, Hoffman, 1985; Biederman, 1988; Меркульев и др., 2003). Полученные экспериментальные данные позволили сделать вывод о неоднородности влияния различных элементов контура на процесс опознания изображения;

при этом конкретные закономерности распределения элементов контура, имеющих ключевую роль для опознания, так и не были выявлены. Нами была предпринята попытка экспериментального изучения порогов опознания на другом стимульном материале — словах с усеченным фонетическим рядом (1, 2, 3 начальные буквы). Т. к. последовательность фонем является одномерной структурой (то есть фонемы следуют одна за другой лишь в одном направлении), в ней легче определять информационно значимые компоненты. В данном исследовании проверялась гипотеза о нелинейном повышении эффективности опознания словесных стимулов при увеличении количества предъявляемых букв. Ее подтверждение могло бы означать существование информационно значимых компонентов в фонетической структуре слова, наличие которых в усеченном слове ведет к резкому повышению вероятности его опознания. Для проверки гипотезы был проведен эксперимент, в котором испытуемым на экране компьютера в случайном порядке предъявлялись различные слова с инструкцией их запомнить, а после назвать экспериментатору по первым буквам. Эксперимент состоял из двух частей — в первой предъявлялись короткие слова (4–6 букв, например «ШКАФ», «УКРОП»), во второй — длинные слова (8–12 букв, например «ДИНОЗАВР», «ШТУКАТУРКА»). Для воспроизведения — также в случайном порядке — предъявлялась либо одна первая буква, либо сочетания из двух или трех букв этого слова. Выполнение основного эксперимента предвляло тренировочное задание, которое заключалось в опознании по буквам 9 слов. Оно было необходимо для снижения эффекта неожиданности. Две последующие основные серии состояли из 21 слова. Каждое слово предъявлялось на 1 с, после чего следовала пауза в 2–2,5 с. Фиксировались количество правильных ответов и время реакции испытуемых. В эксперименте приняли участие 50 человек (38 женщин и 12 мужчин, 18–30 лет, с нормальным или скорректированным до нормального зрением, свободно владеющие русским языком). Было установлено, что время ответа мало зависит как от длины фонетического ряда предъявляемых слов, так и от длины фонетического ряда буквенных стимулов. Отсутствие статистически значимых различий времени опознания слов в 4–6 букв и 8–12 букв показано при помощи критерия F-Фишера:  $F = 0,167$ ,  $p = 0,846097$ . Об отсутствии отличий времени опознания усеченных стимулов с различной длиной фонетического ряда свидетельствует огромная индивидуальная вариативность результатов для стимулов в 1, 2 и 3 буквы. Таким образом, выделение информационных порогов опознания по времени ответов невозможно. Совершенно иные результаты были получены по показателям вероятности опознания стимулов. С помощью критерия F-Фишера

выявлено статистически достоверное различие между вероятностями опознания слов с коротким и длинным фонетическим рядом ( $F = 12,442$ ,  $p = 0,000016$ ). Это различие, как показано при помощи теста Шеффе, касается только вероятности опознания слов с различной длиной фонетического ряда по двум буквам ( $p = 0,000002$ ). Вероятность опознания двух групп слов по одной и трем буквам статистически не различается ( $p = 0,999975$  по одной букве и  $p = 0,149763$  по трем буквам). Эти данные подтверждают нашу гипотезу, т. к. демонстрируют наличие информационных порогов опознания стимулов (2 буквы для слов из 4–6 букв и 3 буквы для слов из 8–12 букв).

Таким образом, по результатам эксперимента можно сделать следующие выводы:

1. Время ответа не является показателем эффективности опознания стимулов.
2. Существуют информационные пороги опознания, однако они различны для слов с коротким и длинным фонетическим рядом. Т. е. порог опознания конкретного буквенного стимула зависит не только от его собственных информационных характеристик, но и от характеристик мнемического кода исходного слова.

*Шулекина Ю.А.*

## **Алгоритмы мозговой деятельности как основа обеспечения речи в норме и патологии**

Речь выступает важнейшим средством человеческой коммуникации. В реализации устной речи участвуют одновременно-последовательные процессы разных уровней ЦНС, запускающие различные механизмы речи (Жинкин Н.Е., 1958), а также текущие сигнализации извне и изнутри тела. Постепенно автоматизируясь в онтогенезе, все они стремятся к целенаправленности. Согласно учению П.К. Анохина (1967) о системогенезе психических функций, любое действие — двигательный или речевой акт — совершается не ради самого действия, а ради результата, достижения желаемого. Так и речь развивается не сама по себе. Развитие речи в онтогенезе направлено на реализацию желания понять другого в коммуникативной деятельности или передать смысл самому. Устная речь, таким образом, на каждом этапе своего развития призвана отражать акту-

альные жизненные реалии, которые ребенок может описать с помощью доступных для него средств языка. Современными междисциплинарными исследованиями доказана сложность механизмов становления речи в онтогенезе. В первую очередь, стоит говорить о мозговых алгоритмах, лежащих в основе базовых речевых процессов — восприятия/понимания и порождения речи. Организация мозговой деятельности, гармоничное взаимодействие всех структур мозга, вовлеченных в процесс восприятия, переработки и хранения вербальной информации, определяет качественно-количественные характеристики речи. А это значит, что в рамках системогенеза речи реализация сложнейших речемыслительных операций осуществляется по строгим правилам, усматриваемым в работе мозга. Создание смысла, без которого не может появиться речь, представляет собой такой вид психической ментальной деятельности, который должен иметь свою «технологию» и свои нормы (Кукушкина О.В., 1998). Такие правила мы будем называть алгоритмами мозговой деятельности. Рассмотрение алгоритмов мозговой деятельности можно вести в двух направлениях. С одной стороны, они имеют универсальный характер, формируясь в онтогенезе с целью обеспечения речевого общения. В этом аспекте исследования указывают на тесную связь алгоритмов со способами обработки и построения речи, поскольку алгоритмы мозговой деятельности проецируются на психическую активность человека. Так формируются речемыслительные стратегии, посредством которых мозг оперирует смыслами. С другой стороны, психологические особенности, состояние интеллекта, знание языка, речевой опыт каждого индивида определяют его возможности «использовать» мозговую базис речи продуктивно. Например, формирование обсуждаемых алгоритмов в речевом дизонтогенезе имеет выраженную специфику, обусловленную созреванием мозговых структур, которые отвечают за сложные речемыслительные интеграции. В речи детей с речевой патологией, вызванной мозговой дисфункцией, ощутим дефицит когнитивной составляющей речи, аграмматизм (экспрессивный и импрессивный), др., что можно считать проявлением специфических закономерностей их развития (С.М. Валявко, В.И. Лубовский, Ю.А. Шулекина). В этом случае речемыслительные стратегии формируются ненормативно, выполняя компенсаторную функцию. Исходя из того, что психофизиологическим базисом речемыслительных стратегий выступают механизмы мозговой деятельности, обеспечивающие функционирование таких психических процессов, как смысловое восприятие и запоминание речи, они будут определять некие закономерности в принятии решений в ситуации восприятия речевого сообщения. Эти закономерности закрепляются в онтогенезе за

паттернами внутренней обработки речи, возникая и совершенствуясь в свои сензитивные периоды. Закономерности восприятия отдельных компонентов речи, например, лексической ее стороны, иллюстрируют указанную тенденцию. Так, для ребенка дошкольного возраста нормативным паттерном смыслового восприятия слова является акустический образ, а не значение слова, тогда как в более поздний период (младший школьный возраст) в процессе восприятия слова на первый план выходит семантический анализ его значения. Изучение мозговых алгоритмов производства и понимания речи в норме и патологии в рамках современного мультидисциплинарного научного поиска приблизит исследователей к пониманию психолого-педагогических технологий обучения речи не только лиц с особыми образовательными потребностями, но и нормативно развивающихся детей.



# ПРИРОДА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ

*Беляева Е.Н.  
Цуринова Е.А.  
Попов С.В.*

## **Психологические особенности беременных с идиопатическими желудочковыми аритмиями**

В структуре экстрагенитальной патологии у беременных заболевания сердечнососудистой системы составляют ~ 10%. Желудочковые аритмии (ЖА) выявляют у 15,7% беременных, причем 43% из них — это не опасные нарушения ритма сердца (по J.T. Bigger), диагностика и лечение которых в период беременности представляют определенные трудности, связанные не только с ограничением диагностических возможностей, но и с выбором медикаментозного лечения. В связи с этим в настоящее время идет поиск новых подходов к ведению симптомных пациентов с ЖА. Выявление патологических факторов, способствующих развитию ЖА, коррекция психоэмоционального статуса позволяют устранить или в значительной степени уменьшить субъективные ощущения, что дает возможность снизить дозу антиаритмических препаратов (АА) или даже в некоторых случаях избежать их применения у беременных.

Цель. Изучить актуальное эмоциональное состояние и особенности личности у беременных женщин с идиопатическими ЖА (без органической патологии).

Материал. Обследовано 17 беременных женщин (средний возраст  $28,1 \pm 4,5$ ) с ЖА.

Методы. Многосуточное мониторирование ЭКГ, ЭКГ, эхокардиография (ЭХОКГ). Клинико-психологический, анамнестический, экспериментально-психологический. Для психологической диагностики использовались методики: интегративный тест тревожности (ИТТ), вариант СТ-С и СТ-Л; шкала самооценки депрессии Цунга (ШДЦ); методика для психологической диагностики способом совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (ССП); опросник «Невротиче-

ские черты личности» (НЧЛ); опросник Либис «Качество жизни больного с аритмией»; опросник «Нервно-психическое напряжение» (НПН).

Результаты. Данные кардиологического обследования, полученные в результате многосуточного мониторинга (ММ) ЭКГ: 1) одиночные желудочковые эктопические комплексы (ЖЭК) — у 14 (от 60 до 2447/час.); 2) парные мономорфные ЖЭК — у 5 (от 1 до 113/час.; от 1 до 1116/сут.); 3) парные полиморфные ЖЭК — у 3 (от 0 до 422/час.; от 1 до 1220/сут.); 4) пароксизм неустойчивой мономорфной желудочковой тахикардии — у 3 (от 1 до 3/сут.). 2 пациентки получали АА терапию препаратом III класса. У остальных применение АА терапии удалось избежать — при ММ ЭКГ динамическое наблюдение показало тенденцию к значительному снижению количества ЖА на 3–4-е сутки (> 50 % от количества ЖА зарегистрированных в 1-е сутки). С помощью клинико-психологического исследования выявлено, что 13 женщин (76 %) связывает появление ЖА с острыми или хроническими стрессовыми ситуациями в жизни. Результаты психологической диагностики: ИТТ вариант СТ-С и СТ-Л показывает высокий уровень ситуативной тревожности у 6 женщин (35 %), высокий уровень личностной тревожности (устойчивой черты личности) — 11 (64 %). ШДЦ фиксирует легкий (субклинический) уровень депрессии у 4 женщин (23,5 %), средний уровень тяжести депрессивных проявлений (клинически выраженный) у 2 (11,7 %). НПН показывает, что 7 (41,1 %) женщин испытывают интенсивное нервно-психическое напряжение и 3 чрезмерное (экстенсивное). Среди вариантов поведения в трудной или стрессовой ситуации (ССП) у 13 (76 %) женщин значительно преобладают неконструктивные стратегии («дистанцирование» (35,2 %); «бегство-избегание» (29 %), «конфронтация» (23,5 %), «самоконтроль» (12,3 %)). Качество жизни снижено на 10–60 % (в среднем на 30,5 %). С помощью опросника НЧЛ в структуре личности удалось выявить черты, которые могут приводить к дезадаптации: «неуверенность в себе» — 4 (23,5 %), «аффективная неустойчивость» — 6 (35,2 %), «ипохондричность» — 6 (35,2 %).

Выводы. У большинства обследованных беременных с идиопатическими ЖА выявлены аффективные расстройства и особенности личности, которые могут играть существенную, а иногда — определяющую, роль в аритмогенезе. Большое значение имеет наличие стрессовых ситуаций в анамнезе, повышенный уровень тревоги, часто в сочетании с депрессивными проявлениями, а также такие особенности личности, как высокая тревожность, неконструктивные копинг-стратегии и неадаптивные черты личности.

*Блюм А.И.*

## **Влияние аборта на переживание телесного опыта беременности**

При относительной известности и изученности медицинских проблем аборта остаются малоисследованными его психологические аспекты: взгляд самой женщины на аборт; мотивы, побудившие избрать этот метод регуляции рождаемости; эмоции и ощущения, вызванные абортом. Целью нашего исследования является изучить психологические особенности переживания телесного опыта беременности женщинами, перенесшими аборт. Объектом нашего исследования выступает переживание телесного опыта беременности. Предмет исследования — переживание телесного опыта беременности женщинами, перенесшими аборт. Телесный опыт переживания беременности выступает в качестве новой жизненной ситуации, помимо интрацептивных ощущений и восприятий, вызывает эмоциональные реакции, изменяет мотивационные структуры, изменяет систему отношений личности, а также сопровождается требованиями или ожиданиями от женщины новой роли — роли матери, тем самым вызывая кризис ее идентичности и изменяя стиль межличностного взаимодействия. Телесное переживание беременности у женщин, перенесших аборт, сопряжено с внутренним конфликтом. Показателями внутреннего конфликта в материнской сфере у женщин, перенесших аборт, являются: конфликтный и тревожный образ будущего ребенка, конфликтный образ себя как матери. В нашем исследовании критерием принятия телесного опыта переживания беременности у женщин, перенесших аборт, выступает адекватный тип переживания беременности, критерием непринятия телесного опыта — игнорирующий тип переживания беременности.

В качестве методов исследования нами были применены: структурированное интервью, архивный метод. Проективные методы: тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой, методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разработанном Т.Д. Василенко. Психодиагностические методики: тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, тест «Локус контроля» Е.Г. Ксенофонтовой, тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова, методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика–Келлермана–Конте, опросник «Саморефлексия телесного потенциала» В.А. Ложкина, Ю.Р. Рождественского, тест «Кто Я» М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т.В. Румянцевой. Нами представлены материалы экспериментального исследования, проведенного в 2006–20011

годах на базе родильного отделения Территориального медицинского объединения № 4 г. Курска, Областного перинатального центра г. Курска, отделения акушерства в больнице скорой медицинской помощи г. Курска. В исследовании приняли участие 167 беременных женщин, перенесших аборт. Важными условиями отбора испытуемых для исследования являются: возраст женщин (22–27 лет); удовлетворенность браком; ожидание первого ребенка.

По результатам нашего исследования мы пришли к выводам: адекватный тип переживания беременности содействует включению нового телесного опыта беременности в субъективную картину жизненного пути личности. Этому способствует принятие, освоение и выполнение материнской роли, продуктивные механизмы психологической защиты, средний уровень рефлексивных процессов. В субъективной картине жизненного пути женщины наблюдается преобладание позитивных событий, жизненные отношения наполнены жизненным смыслом, настоящее женщины оценивают позитивно, присутствует ориентация на будущее. При игнорирующем типе переживания беременности женщина стремится трансформировать прежнюю субъективную картину жизненного пути личности. В контексте жизненного пути личности преобладают негативные события, присутствует ориентация на прошлое. Мы проследили динамику принятия телесного опыта переживания беременности на первом, втором и третьем триместре у женщин, перенесших аборт. Процессы телесности разворачиваются у женщин с опытом аборта с первого триместра, что отражают показатели адекватного типа переживания беременности, связанные с симптомом принятия решения и осознанием своего состояния. Наиболее благоприятным триместром в телесном переживании беременности является второй, что подтверждается показателями по типам переживания беременности. Это связано с формированием нового сенсорного опыта и становлением внутренней картины беременности. В нашем исследовании мы подтверждаем, что третий триместр является самым сложным в телесном переживании беременности. Отмечается повышение уровня тревожности и беспокойства перед родами. Возрастают болевые симптомы, женщине сложно находиться в состоянии беременности, они стремятся ускорить события.

*Бызова В.М.  
Зиновьева Е.В.*

## **Гендерные различия в представлениях о телесности у молодых людей**

Согласно большинству представителей телесно-ориентированного подхода (М. Фельденкрайс, У. Барлоу, И. Рубенфелд и т. д.), осознание собственных телесных проявлений имеет первостепенное значение для психологического благополучия личности. По Р. Мастерсу, «все в нашем теле, чему в его мыслеобразе соответствуют пробелы, неясные области и искажения, в той или иной мере функционирует не так, как нужно». В исследовании, посвященном изучению представлений о телесности у молодых людей, приняли участие 111 девушек и 38 юношей в возрасте 18–20 лет (средний возраст 19,5 лет), студенты биологического и психологического факультетов СПбГУ. Для выявления особенностей представлений о телесности, в том числе, были использованы данные методики «Личностный дифференциал» (исследовался «образ себя») и данные, полученные посредством контент и нарративного анализа эссе на тему «Представление о собственном теле», в котором предлагалось описать собственное тело и внешность в свободной форме, телесные проявления, оценить свое телесное состояние и указать свои телесные ограничения. Предварительные результаты показали, что в выборке юношей наблюдается отсутствие конкретных представлений об особенностях собственного тела в 33 % случаях, причем среди главных причин они отмечают, что «никогда не задумывались об этом». Негативный образ себя встречался у 30 % юношей. Среди основных проблем и тревог, связанных с телом, чаще всего указывались: слабая физическая подготовка, неумение управлять своим телом, отсутствие контроля, недостаточная гибкость и ловкость тела, проблемы физического здоровья (сколиоз, плоскостопие, ахиллобурсит). В целом наблюдалась деструктивная самокритика в отношении физического развития. По мнению юношей, с телом нельзя делать следующее: кормить насильно, причинять боль в эротических и воспитательных целях, делать пирсинг, таскать тяжелые грузы, делать татуировки на лице. В нарративе юношей преобладали рассуждения о взаимосвязи «телесного и психического». В выборке девушек представления о теле более конкретизированы и в основном сосредоточены на телесных ограничениях. В отличие от юношей девушки выделяют следующие проблемы, касающиеся тела: недостаточная эстетичность, излишний жир и вероятность набрать лишний вес, неудовлетворенность физическим состо-

янием: физическая слабость, пониженный тонус, растяжки на ягодицах, излишнее количество волос на лице и теле (руки, ноги). Среди проблем физического здоровья 45 % девушек указали искривление позвоночника, головные боли. 25 % девушек указали на связь плохой координации тела с настроением. По мнению девушек, нельзя делать пластику тела, обращать на тело много внимания, жалеть его, совершать над ним насилие, воздействовать холодом. В нарративе девушек «душа и тело» скорее противопоставлялись друг другу. Полученные нами результаты характеризуют гендерные различия в представлениях о собственной телесности у молодых людей.

Работа выполнена при поддержке РФНФ, проект № 13-06-00131.

*Жирков А.М.*

*Загзян А.М.*

## **Социально-психологические и психосоматические модели бесплодия**

Актуальность проблемы бесплодия в экономически развитых странах в последние годы не снижается. Соотношение социально-экономических и физиологических причин этого состояния продолжает оставаться неясной. Развитие психогенетики, психонейроиммунологии создает предпосылки для нового анализа факторов бесплодия с использованием комплексных междисциплинарных моделей. Мы использовали оригинальную гипотезу психосоматической гармонизации, объединяющую психосоматические факторы в причинно-следственное единство. В 2011–2013 гг. на базе отделения репродуктивных технологий НИИ имени Д.О. Отта обследовано более 60 женщин с установленным диагнозом «бесплодие», которые готовились в связи с этим к процедуре ЭКО. В качестве группы сравнения использованы данные обследования 33 здоровых женщин, имевших беременности и родивших не менее одного ребенка. Все обследованные после соблюдения этической процедуры отвечали на вопросы интервью, которые содержали сведения анамнестического, демографического, медицинского и социально-экономического характера. Кроме того, дизайн исследования включал заполнение формализованных экспериментально-психологических методик: вопросник Айзенка, методика САН, шкала депрессии Бека, методика «Определение уровня

алекситимии» ТАС. Результаты обследования подвергались стандартному статистическому анализу. Средний возраст женщин, страдающих бесплодием, 35 лет, что практически совпадает с возрастом здоровых женщин, 34,25 года. Социально-психологические показатели женщин основной группы характеризовались рядом особенностей. Отмечается, что данная группа женщин более чем в 2 раза чаще имеет высшее образование ( $p = 0,012$ ). Женщины группы чаще вступают в брак ( $p = 0,018$ ). Браки данной группы женщин в большинстве своем носят официальный характер ( $p = 0,056$ ). Однако они же чаще вступают в повторные браки ( $p = 0,0027$ ). Семьи женщин этой группы живут преимущественно раздельно ( $p = 0,0039$ ). Необходимо отметить, что различия в группах по несовместимости характеров с мужем не выявлено. Достоверно выявлено, что женщины, страдающие бесплодием, имеют меньше вредных привычек (курение). При проведении комплексного корреляционного анализа установлены следующие закономерности. Положительные корреляции отмечены между состоянием в официальном браке и самочувствием по методике САН,  $r = 0,491910$ ; между сочетанием учебы и работы и уровнем депрессии по шкале Бек,  $r = 0,500853$ ; между наличием урогенитальных заболеваний и уровнем активности по методике САН,  $r = 0,513212$ , а также уровнем настроения,  $r = 0,473760$ ; между наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта и уровнем алекситимии,  $r = 0,449591$ ; между количеством беременностей и уровнем алекситимии,  $r = 0,462800$ . Таким образом, положительные корреляции были наиболее выражены в группе психосоматических показателей. Отрицательные корреляции зафиксированы между вступлением в повторный брак и самочувствием по методике САН,  $r = -0,454366$ ; между наличием братьев и сестер и уровнем депрессии по шкале Бека,  $r = -0,463981$ ; между наличием сердечнососудистых заболеваний и уровнем активности по методике САН,  $r = -0,446412$ ; между наличием инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы и показателем самочувствия методики САН,  $r = -0,478301$ ; между наличием мужского фактора как причины бесплодия и уровнем алекситимии,  $r = -0,553199$ ; между совместимостью характеров с мужем и уровнем нейротизма,  $r = -0,533435$ , а также уровнем депрессии по шкале Бека,  $r = -0,560731$ ; между ранним началом половой жизни и уровнем алекситимии,  $r = -0,611103$ .

Эти данные свидетельствуют, что отрицательные связи высоки как для психолого-социальных, так и психосоматических взаимосвязей. Полученные данные свидетельствуют о наличии высокой значимости как социальных, так и соматических факторов в формировании психологи-

ческих особенностей у женщин, страдающих бесплодием. В этой связи комплексные психосоматические модели являются необходимым этапом анализа причин бесплодия и оценки прогноза эффективности лечения данных пациенток. Эти результаты могут использоваться в дальнейшем для построения индивидуальных сестринско-психологических и врачебных планов подготовки пациенток к процедуре ЭКО.

*Кувалдина М.Б.*

*Бахтина Е.А.*

### **Мультисенсорная интеграция в рамках иллюзии «резиновой руки»**

Мультисенсорная интеграция — сопоставление сенсорной информации, возникающее в процессе построения схемы тела и управления движениями (Kaji R., 2001). Ее нарушения могут быть зафиксированы как в клинических случаях — в виде фантомных болей (Ramachandran, Hirtsein, 1998), так и в экспериментальных условиях — в виде иллюзии «резиновой руки» (Botvinick, Cohen, 1998). При исследовании схемы тела в рамках иллюзии стоит отметить свойство схемы «увеличиваться», т. е. распространяться на предмет, которым субъект совершает действие (Аракелян, Бегоян, 2012). Это свойство порождает вопрос о том, каким образом происходит нарушение принципов работы мультисенсорной интеграции и насколько устойчивым может быть это нарушение. Для исследования этого вопроса мы повторили классический эксперимент с иллюзией «резиновой руки» М. Ботвинника, 1998 г.

Метод. Стол перед испытуемым был разделен ширмой таким образом, что он не видел свою левую руку. На ее месте лежала резиновая рука в натуральную величину. Экспериментатор синхронно проводил двумя кистями по резиновой и настоящей руке испытуемого. Спустя 10 минут воздействий испытуемому предъявлялось 2 части опросника: открытый вопрос об испытываемых ощущениях, а также 9 эффектов восприятия, которые нужно было либо подтвердить, либо опровергнуть (Botvinick, Cohen, 1998). Наше исследование дополнено предложением с закрытыми глазами провести своей правой рукой до левой, не касаясь ее. Эту процедуру испытуемый повторял дважды, до и после эксперимента. Зависимая переменная — ошибка оценки расстояния от правой до левой руки.



Независимая переменная — тип инструкции испытуемого. Экспериментальной группе после проведения иллюзии было предложено: «Провести с закрытыми глазами правой рукой до левой руки», контрольной: «Провести с закрытыми глазами правой рукой до своей левой руки, принадлежащей Вам». Мы предполагали демонстрацию иллюзии «резиновой руки» в обеих группах, которая проявится в ошибке оценки расстояния до и после воздействия, а также в субъективных оценках испытуемых. Также мы предполагали, что в контрольной группе ошибка оценки расстояния будет меньше, так как вопрос адресован к реальной руке испытуемого, актуализируя существующую схему тела.

Выборка. В эксперименте приняли добровольное участие студенты СПбГУ (мужчин — 12, женщин — 25, средний возраст — 21), всего 37 человек.

Результаты. Была обнаружена значимая ошибка в оценке расстояния испытуемыми до и после воздействия (ANOVA с повторными измерениями,  $F = 81,475 (1,39)$ ;  $p\text{-level} = 0,0001$ ). Это свидетельствует о том, что эффект иллюзии «резиновой руки» был подтвержден. Межгрупповой фактор (тип инструкции) оказал влияние на статистически не значимом уровне. После просмотра анкет было выявлено четверо испытуемых с высоким контролем над схемой собственного тела (бывшие танцоры). После исключения этих данных между группами было обнаружено различие в 3,03 см ( $T\text{-Student} = 2,7$ ;  $df = 35$ ;  $p\text{-level} = 0,01$ ). Величина ошибки внутри экспериментальной группы — 8,47 см (стд. отклонение 3,65), внутри контрольной — 5,44 см (стд. отклонение — 3,03). Предположительно смысловая нагрузка вопроса увеличивает осознанность и задает точку для перепроверки гипотезы о принадлежности руки. По результатам опросника было обнаружено различие между группами в ответах на вопросы, содержащие пространственные характеристики ( $U\text{ Mann-Whitney}$ ;  $p = 0,001$ ), что может быть результатом неосознаваемой фиксации ошибки. Появление тактильных ощущений в чужеродной конечности может стать предпосылкой к пониманию восприятия образа тела субъектом. Будущие исследования данной иллюзии могут дать важную информацию о роли трехстороннего взаимодействия между зрением, осязанием и проприоцепцией, а также предоставить доказательства относительно основы самоидентификации телесных повреждений.

Исследование поддержано грантом ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры», договор № 8363.

*Куликов Л.В.  
Соколова А.В.*

## **Самовосприятие людей, больных псориазом**

Положительное представление о своем теле подкрепляет чувство собственного достоинства и уверенность в себе, что обычно отражается в межличностном общении и в успешности. Целью исследования выступило изучение коммуникативных установок у людей с заболеваниями кожи. Были обследованы: пациенты с клиническим диагнозом псориаз (56 человек, из них 29 мужчин и 27 женщин) и здоровые люди (контрольная группа), не имеющие кожных и других хронических заболеваний (43 человека, из них 23 мужчины и 20 женщин).

Использовались методики: «Диагностика межличностных отношений», «Методика Леонгарда–Шмишека», Методика «Профиль полагаемых чувств в отношениях» Л.В. Куликова, «Методика исследования самоотношения» (МИС). В результате проведенного исследования были получены следующие результаты. В коммуникативных установках женщин с кожными заболеваниями преобладают независимость, доминантность и агрессивность. В коммуникативных установках больных мужчин преобладает стеничность, сочетающаяся с высокой спонтанностью, упорством в достижении цели, убежденностью в собственной правоте, легко загорающимся чувством враждебности при противодействии и критике в свой адрес, непосредственность и прямолинейность в высказываниях и поступках. Самоотношение больных женщин характеризуется тем, что они склонны избегать открытых отношений с собой. Вероятной причиной этого мы считаем недостаточность навыков рефлексии или осознанное нежелание раскрывать себя, признавать существование личных проблем. При неожиданном появлении трудностей уверенность в себе у таких больных снижается, нарастают тревога и беспокойство. В привычных для себя условиях существования, в которых все возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, они могут проявлять достаточно выраженную способность к личному контролю. Обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева и досады в адрес окружающих. Самоотношение больных мужчин характеризуется противоречивостью в оценке ряда своих личностных качеств. Мы предполагаем, что это свидетельствует о наличии внутренних конфликтов у больных мужчин, сомнениях в собственной ценности, сниженном интересе к своему внутреннему миру. У мужчин и женщин, страдающих псориазом, отношение к себе зависит от степени адаптиро-

ванности к ситуации. В привычных для себя условиях, особенности которых хорошо знакомы и прогнозируемы, наблюдаются положительный тон отношения к себе, признание своих достоинств и высокая оценка своих достижений. Однако неожиданные трудности вызывают более выраженное, чем у здоровых, снижение оценки собственных сил и возможностей. При исследовании профиля полагаемых (по отношению к пациенту) чувств в межличностных отношениях выявлено, что у больных мужчин и женщин по сравнению со здоровыми женщинами достоверно более высокие показатели по следующим группам чувств: меланхолическим, астеническим, удаляющим, в то же время ниже по сближающим чувствам и гедоническим чувствам. То есть, по предположению больных женщин, человек в ситуациях общения с ними с повышенной силой переживает такие чувства, как растерянность, скованность, разочарование, раздражение, напряжение, отвращение или неприязнь. В обследованной нами группе больных женщин у большинства выражен педантичный тип акцентуации личности. В меньшей степени, но достаточно четко выделяются также застревающий и тревожный тип акцентуации личности. Выявлено, что больные мужчины, в сравнении со здоровыми, имеют более высокие показатели по шкалам тревожности и циклотимности. У большинства больных мужчин выражены черты циклотимического и тревожного типа акцентуации личности. На основании анализа взаимосвязей в группах людей, страдающих псориазом, можно сделать вывод, что женщины и мужчины, страдающие псориазом, стремятся утвердить свое превосходство и использовать окружающих для своих целей, будучи убежденными, что эти цели имеют ценность не только лично для них. Они склонны к подозрительности, недоверчивости, настороженно обдумывают действия других. Как правило, их поведение является ответом на действия окружающих, воспринимаемые как ущемляющие их личность. Причину своих трудностей они часто относят к недостаткам других, к недоброжелательному отношению по отношению к ним. Они испытывают ощущения несправедливости или даже враждебности со стороны окружающих и не всегда подавляют свою подозрительность и агрессивность в социальных, межличностных контактах. Иногда для давления на окружающих ими используются жалобы на соматические расстройства, наличие кожных проблем.

*Левченкова К.Р.  
Зиновьева Е.В.*

## **Отношение к телу в аспекте гендерной самоидентичности девушек**

Отношение женщины к себе в аспекте телесности опосредовано, формируется и осуществляется процессами гендерной идентификации. Телесная сфера играет ключевую роль в реализации современной феминности. Гендерная идентичность выступает одной из основных областей проблемы самоотношения в аспекте «тела», сферой, в которой рождаются и разрешаются множественные противоречия. Таким образом, отношение женщины к себе в аспекте телесности, вся сфера ее телесного бытия тесно связаны с реализуемым ею вариантом феминной идентификации.

Цель исследования: изучение типов отношения к телу в связи с гендерной самоидентичностью. Объект исследования: типы отношения к телу в аспекте женской самоидентичности. Предмет исследования: отношение к телу и самоидентичность девушек. Гипотеза исследования: показатели сформированности гендерной идентичности девушек определяют более высокие показатели по шкалам бережливого и развивающего отношения к телу. Задачи исследования: 1) Определить особенности гендерной идентичности девушек. 2) Изучить типы отношения к телу, измерить степень их выраженности. 3) Сопоставить данные по показателям гендерной самоидентичности с типами отношения к телу.

Характеристика выборки. Выборку исследования составили 38 девушек — студентки СПбГУ биологического факультета 2 курса, не имеющие выраженной соматической или психической патологии, в возрасте от 18 до 23 лет. Средний возраст — 20,5 лет.

В данном исследовании было использовано 2 методики: 1) Методика свободного самоописания «Кто Я» М. Куна, Т. Макпартленда; 2) методика «Мое отношение к своему телу» Е.Б. Станковской. Методика свободного самоописания «Кто Я» М. Куна, Т. Макпартленда позволяет проследить проявление половой идентичности. Половая идентичность диагностируется по наличию прямого и/или косвенного обозначения пола. Методика «Мое отношение к своему телу» Е.Б. Станковской позволяет определить полноту представленности в сознании женщины ее отношения к собственному телу. При обработке данных использовались следующие статистические методы: коэффициент корреляции Пирсона, U Манна-Уитни, дисперсионный анализ.

Результаты исследования. Выделены 4 группы респондентов по уровню представленности гендерной идентичности: 1) выражены и прямое, и косвенное обозначение пола; 2) пол не обозначен вообще; 3) выражено только прямое обозначение пола; 4) только косвенное обозначение пола (через окончание и/или через социальную роль).

Выводы:

1. Те испытуемые, которые либо вообще не указали ни косвенного, ни прямого обозначения пола, либо указали лишь косвенное обозначение (т. е. 2-я и 4-я группы респондентов), имеют более низкие показатели по шкале развивающего отношения к телу по сравнению с теми, кто смог обозначить пол прямо на уровне статистически значимой тенденции ( $Z = -1,776$ ,  $p < 0,1$ , U критерий Манна–Уитни).
2. Те испытуемые, кто указал хотя бы одно значение прямого описания пола, характеризуются более высокими показателями по шкале бережного отношения к телу, чем те, кто вообще не указал ни одного прямого обозначения пола ( $Z = -2,344$ ,  $p < 0,05$ , U критерий Манна–Уитни).
3. На статистически значимом уровне испытуемые из группы 1 (выражены и прямое, и косвенное обозначения пола) обладают более высокими показателями по шкале бережного отношения к телу, чем испытуемые из группы 4 ( $p = 0,11$ ).
4. На уровне статистической тенденции испытуемые из группы 3 (только прямое обозначение пола) обладают более высокими показателями по шкале бережного отношения к телу, чем испытуемые из группы 4 (только косвенное обозначение пола) ( $p = 0,75$ ). Различия между остальными группами не являются значимыми.

Вывод: Телесное самоощущение является основой идентичности личности и играет важную роль в процессах гендерной самоидентификации. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что показатели сформированности гендерной идентичности девушек (наличие прямых и/или косвенных обозначений пола) определяют более высокие показатели по шкалам бережливого и развивающего отношения к телу.

## **Стратегии совладающего поведения у больных атопическим дерматитом**

В настоящее время накоплено большое количество экспериментальных фактов, свидетельствующих о роли психологических механизмов в обострении и течении атопического дерматита. Психоэмоциональный стресс является фактором, индуцирующим и поддерживающим патологический процесс при АД. Поэтому крайне важным представляется изучение проблемы адаптации человека в стрессовой ситуации. В случае заболеваний кожи могут быть рассмотрены и само заболевание с тяжелыми симптомами (зуд, расчесы, раны, поражения видимых окружающих участков тела), и общие особенности поведения человека в стрессовой ситуации, как механизм, играющий особую роль в формировании полноценной психологической адаптации и психического здоровья. Под копингом понимается деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям. Фокусированный на проблеме копинг имеет своей целью изменение ситуации, в то время как эмоционально ориентированный копинг направлен на регуляцию эмоционального состояния, индуцированного проблемной ситуацией. Копинг рассматривается как патогенетически значимая переменная и потенциальная «мишень» для психопрофилактических и психокоррекционных вмешательств в клинике психосоматических и соматопсихических расстройств. Исследование проводилось на базе городского кожно-венерологического диспансера. В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 18 до 80 лет. В первую группу вошли 30 больных, имеющих диагноз «атопический дерматит». Группу сравнения составили 30 человек условно здоровых, не имеющих заболеваний кожи. Для проведения исследования применялся опросник «Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях» (WCQ), адаптированный в лаборатории психоневрологического диспансера имени В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана. Пункты методики объединены в 8 шкал, соответствующих копинг-стратегиям: «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка».

Анализ результатов применения методики ССП показал, что наиболее применимыми стратегиями поведения в стрессовых ситуациях среди

больных с заболеваниями кожи являются «самоконтроль» (52,83 — экспериментальная группа, 46,23 — группа сравнения); «принятие ответственности» (50,57 — экспериментальная группа, 44,63 — группа сравнения); «бегство-избегание» (56,67 — экспериментальная группа, 46,67 — группа сравнения). Выбор стратегии самоконтроля предполагает попытки преодоления переживаний посредством целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, уменьшения их влияния на восприятие ситуации. При этом характерен высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. Негативным моментом при выборке данной стратегии является тенденция к сдерживанию личных чувств, переживаний. Такое поведение часто является свидетельством высокой тревоги личности, сложности самораскрытия, формирования доверительных отношений. Впоследствии человек может предъявлять к себе завышенные требования и стремиться чрезмерно контролировать свое поведение. В сочетании со стратегией «принятие ответственности», также часто используемой пациентами с болезнями кожи в сравнении с экспериментальной группой, может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой. Чрезмерная тенденция к контролю и анализу может привести к формированию тревожных и депрессивных состояний, которые являются крайне негативными факторами, особенно при возникновении или обострении течения атопического дерматита. Ведущим показателем для экспериментальной группы является также шкала «бегство-избегание». Пациенты склонны не признавать наличие проблемы, уклоняться от решения. Это проявляется и в отношении к своему заболеванию. К врачу обращаются только тогда, когда состояние кожи тяжелое и мешает нормально функционировать. Выбор дезадаптивных стратегий поведения свидетельствует о недостаточном развитии или неумении правильно использовать свои личностные ресурсы, неумении налаживать межличностные отношения, отсутствии контроля своего эмоционального состояния и неумении правильно, рационально оценивать ситуацию. Знание этих особенностей может сделать более эффективной работу специалистов с такими пациентами, может помочь в создании определенных программ лечения и образовательных программ для пациентов и родственников.

*Русина Н.А.  
Моисеева К.С.*

## **Психосоматические взаимодействия пациентов с раком гортани при витальной угрозе**

Многие авторы относят онкологические заболевания к психосоматическим. Адаптационные ресурсы онкологических больных обеднены и обеспечиваются высокой степенью сдерживания отрицательных эмоций и самоконтроля (Русина Н.А., 2004). Как следствие, запускаются физиологические процессы, подавляющие естественные защитные механизмы организма и создающие условия для дальнейшего развития опухолей. У хирургических больных в предоперационном периоде проявляется стрессовая ситуация различной интенсивности и продолжительности, определяющаяся тяжестью заболевания, его длительностью, выраженностью дискомфорта. В послеоперационном периоде отмечается подавленность настроения на почве дефектности, ущемленности соматическим неблагополучием. Существует термин «операционная болезнь» (Фомин А.В., 2006). Даже накануне выписки из стационара у 80–90% больных сохраняются депрессивные тенденции, напряжение психологической адаптации, астенические жалобы. Радикальная операция наносит тяжелую психологическую травму, что заставляет многих больных отказываться от операции даже в ситуации витальной угрозы. У онкологических больных наблюдается тройное усиление стрессового фактора: психотравматизация вследствие болезни, страх хирургической операции и возможного летального исхода, дефекты после операции, что отрицательно сказывается на их телесности.

Целью явилось изучение психологических особенностей пациентов онкологического профиля, отказавшихся и согласившихся на операцию, когда отказ от нее обрекает больных на умирание, сокращение продолжительности жизни, ухудшение качества жизни. Исследование проводилось на базе ЯОКОБ. Обследовано 109 человек, 3 женщины и 106 мужчин в возрасте от 40 до 89 лет, 21 человек, отказавшихся от операции, и 87 прооперированных (35 с резекцией гортани, 40 с ларингэктомией и 13 с трахеопищеводным шунтированием ТПШ). Всем был выставлен диагноз «рак гортани», от 1 до 4 клинической стадии, по классификации TNM (от T1N0M0 до T4N1M0). Анализировались клинические данные, использовались: характерологический опросник «Мини-мульти», методика «Индекс жизненного стиля», копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкмана, опросник выраженности психопатологической симптоматики. Боль-



ные, отказавшиеся от операции, и прооперированные больные (без ТПШ) — это личности, склонные к сверхконтролю, с присущей им мотивационной направленностью на соответствие нормативным критериям, сдерживающие отрицательные эмоции. Они более склонны к соматизации через уход в болезнь как к средству избегания ответственности в сравнении с больными, получившими ТПШ. В качестве механизмов адаптации пациенты, отказавшиеся от операции, и прооперированные больные (без ТПШ) используют механизмы психологической защиты «отрицание», «интеллектуализацию» и «реактивные образования». Эти пациенты стремятся скрыть свои внутренние истинные чувства, используют «умственный» способ преодоления фрустрирующей ситуации. В ситуации витальной угрозы больные, отказавшиеся от операционного вмешательства, и прооперированные пациенты (без ТПШ) прибегают в большей степени к защитным механизмам, но не к совладающим стратегиям. Больные с ТПШ менее импульсивны, отличаются большим самоконтролем, в меньшей степени стремятся соответствовать нормативным критериям, способны выражать свои эмоции открыто. Для них характерно повышение представленности всех копинг-стратегий, причем стратегии конфронтации, дистанцирования, принятия ответственности выше нормативных значений. Эти пациенты в большей степени признают свою роль в возникновении проблемы и принимают ответственность за ее решение. Они готовы разрешать проблему за счет конкретных действий, направленных на изменение ситуации, отреагирования негативных эмоций; анализировать причины трудностей, нередко используя интеллектуальные приемы, юмор. Статистические различия по механизму «проекция» с уверенностью маркируют пациентов, отказывающихся от операции, как личностей нерешительных, испытывающих страх перед сложившейся ситуацией, скрывающих свои эмоции, агрессивность и недоброжелательность, приписывающих их окружающим. Показатель фобической тревожности подчеркивает их базовую реакцию страха, избегания оперативного вмешательства как иррациональную и неадекватную реакцию. Все пациенты с онкологической симптоматикой имеют симптоматический дистресс. Необходимо создание специальных программ психологической подготовки больных к операции, направленной на снятие страхов и беспокойств, обучение методам саморегуляции, работу с депрессией и тревогой.

## **Проблема отношения к смерти в молодом и в пожилом возрасте**

Тема смерти остается нераскрытой, табуированной в нашей стране, в отличие от стран, где исповедуют не христианство, а другую религию — буддизм, индуизм, например. В нашей российской ментальности смерть представляется как что-то ужасное, страшное, о чем нужно плакать или молчать вовсе. В этом страхе смерти воспитывают детей, и он передается из поколения в поколение. Проведя литературный обзор, можно сделать вывод о том, что душа человека не умирает вместе с телом, о чем ясно свидетельствуют многие проведенные эксперименты не только с использованием человеческого ресурса (медиумизм), но и с использованием компьютерной техники (транс коммуникации). Также это подтверждается опытом предсказания своего будущего рождения буддистскими ламами. Также было выявлено, что с этим страхом успешно помогает справиться техника умирания — танатотерапия. Танатотерапия — один из видов и методов телесно-ориентированной психотерапии через установление утраченного контакта с процессами смерти и умирания. В целом, в процессе исследования наблюдалась картина информационной изоляции, то есть либо респонденты вообще о смерти никогда не думали, либо они не хотели о ней думать, либо они имели весьма скудные и стандартные представления.

Результаты проективной методики «Образ тела». Все изображения оказались очень индивидуальными, за исключением часто повторяющихся, стереотипных образов смерти в виде фигуры в темном плаще с косой в руках, гроба, креста, костей. Женщины более подвержены страху смерти, чем мужчины. Страх смерти, как показало исследование, не зависит от веры в бессмертие или перерождение души в другом теле. Было выделено 6 типов соотношения веры/неверия в бессмертие души и перерождение в другом теле и страха/отсутствия страха перед смертью. Страх смерти вызывает в людях незнание, неопределенность самой смерти, что будет после нее. По ответам на вопрос о наличии страха смерти в молодежной среде можно сказать, что он обусловлен сильным желанием жить, сделать все, что задумал человек. У пожилого возраста страх связан с болью самого процесса умирания и переживаниями о близких, нежеланием расстаться с ними. Видно, что ответы респондентов пенсионного возраста говорят о большей привязанности к близким, нежеланием им причинить боль. Среди женской выборки предлагалось очень много вариантов того, как мы могли бы справиться со страхом смерти, в отличие от мужской. Большинство людей,

выбирающих кремирование, не хотят, чтобы с их телами происходило что-то нехорошее даже после смерти — ели черви или выкинули останки, и также не хотят обременять близких покупкой места на кладбище, уходом за могилой. А респонденты, выбирающие погребение, делают это в силу традиции, которая принята в нашей стране и в христианстве. Подавляющее большинство мужской выборки избирало для себя кремирование. А вот в женской выборке распределение поровну между кремированием и погребением. Проанализировав материал видеointerview, можно говорить о несогласованности представлений о смерти у разных людей, разного пола и возраста. Нет единого мнения о том, существует ли загробная жизнь, реинкарнация, рай или ад, у каждого свое мнение, что подтверждает первую гипотезу исследования о существовании половых и возрастных особенностей в современных представлениях о смерти. Однако стоит отметить, что большинство людей все-таки склонны верить в бессмертие и перерождение души в другом теле. Но, как оказалось, на наличие или отсутствие страха это не влияет. Также было выявлено, что компенсаторные механизмы борьбы со страхом смерти тоже у каждого индивидуальные, есть только общие черты. Ясно, что тема является не раскрытой, что очень много незнания и непонимания процессов умирания, ведь ученые из разных областей уже доказали, что душа наша не умирает с телом, а отправляется в другой план существования. Однако знание об этом не так широко распространено. Поэтому знают об этом единицы людей. Как было выявлено, страх смерти порождается незнанием того, что будет после смерти, следовательно, актуальной задачей является привнесение знания, просветление сознания людей на тему смерти.

*Степанчук Е.В.*

*Жирков А.М.*

## **Качество жизни и эмоциональные нарушения онкогематологических больных**

Исследование психологических компонентов онкологического заболевания представляет главную задачу психоонкологии. В практическом смысле основной целью научных проектов, выполняемых в рамках психоонкологии, является повышение качества жизни онкологических больных, что включает в себя снижение уровня стресса, вызванного заболеванием, несущим витальную угрозу, успешную психосоциальную адаптацию боль-

ных к процессу лечения. Однако результаты исследований, направленных на изучение влияния психологических характеристик ракового больного на его качество жизни, оказываются противоречивыми (Hulbert-Williams N.J. et al, 2007). Причиной такого явления может быть отсутствие методологической основы исследований качества жизни в психонкологии (Ross L., 2002). Применение теоретической транзактной модели стресса Р. Лазаруса к изучению качества жизни онкологических пациентов позволяет шире взглянуть на процесс психосоциальной адаптации к болезни и лечению. В транзактной модели Р. Лазаруса (Lazarus R.S., 1993) стресс понимается как процесс взаимодействия человека с окружающим миром. Транзактный процесс начинается со специфической оценки события и собственных ресурсов совладания, в результате чего могут возникать стрессовые эмоции. За этой фазой следуют адаптивные реакции (копинг-стратегии). Стресс не является статичным состоянием, но представляет собой динамичное событие, которое протекает в постоянном и реципрокном взаимодействии между индивидом и окружающим миром. Нами было проведено исследование, методологической основой которого выступила транзактная модель стресса Р. Лазаруса. В исследовании приняли участие 45 больных с лимфомными и лейкозными формами онкогематологических заболеваний (средний возраст 36 лет), из них 27 пациентов с лимфомами, 18 — с лейкозными заболеваниями. Работа выполнялась в несколько этапов: клиническое интервью с каждым пациентом (сбор социально-демографических данных, субъективная оценка симптомов тяжести заболевания и побочных эффектов лечения), работа с медицинскими картами пациентов (сбор клинических данных болезни), психологическое тестирование (определение уровня субъективного контроля в ситуации болезни, репертуара и напряженности копинг-стратегий, уровня дистресса и качества жизни пациентов). Результаты исследования показали, что в эмоциональном состоянии больных ведущим является тревожный компонент, при этом средний уровень депрессии пациентов значительно выше, чем в генеральной совокупности, и соответствует субдепрессивному уровню. Наиболее существенная депрессивная симптоматика, выявленная у пациентов, относится к субшкале соматических проявлений депрессии, причиной которых могут быть как само заболевание, так и химиотерапевтическое лечение. Корреляционный анализ выявил положительные взаимосвязи между субъективной выраженностью симптомов болезни и уровнем депрессии, компонентами ситуативной тревоги пациентов, неэффективным совладающим поведением, а также отрицательные — с уровнем субъективного контроля в отношении здоровья. Отрицательные взаимосвязи обнаружены между уровнем депрессии и компонентами качества жизни пациентов

«Физическое функционирование» и «Общее состояние здоровья», уровнем субъективного контроля в отношении здоровья, положительные — между уровнем депрессии и выраженностью ситуативной тревоги и тревожностью. Несмотря на выявленную взаимосвязь между когнитивной оценкой контроля пациентами в ситуации болезни и уровнем тревоги и депрессии, прогностической роли уровня субъективного контроля в отношении здоровья и качества жизни больных в нашем исследовании выявлено не было. Регрессионный анализ показал, что наиболее значимыми предикторами уровня компонента «Физическое функционирование» качества жизни пациентов является субъективная тяжесть симптомов, уровень депрессии и личностной тревоги, а также астенического компонента личностной и ситуативной тревоги (соответственно, стандартные коэффициенты  $\beta$ :  $-0,704$ ;  $-0,675$ ;  $-0,679$ ;  $-0,423$ ;  $-0,455$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, наиболее значимыми компонентами, участвующими в формировании качества жизни пациентов с онкогематологической патологией, являются уровень эмоционального дистресса, тяжесть заболевания и побочных эффектов лечения, а также выраженность астенизации больных.

*Хайкин А.В.*

## **К психосоматическому взаимодействию: две гипотезы**

Большинство моделей психосоматогенеза описывает его или как следствие внутриспихического конфликта, или прописывает болезни полезную функцию, реализуемую весьма неполезным способом. Автор полагает также полезными модели, описывающие с единых позиций смысл психологического и биологического контекста и механизма генеза телесных заболеваний. В этих рамках автор полагает уместным привести свою гипотезу о психо-биологическом механизме порождения онкозаболеваний. Как известно, одноклеточные не подвержены механизму старения — апоптозу, как клетки организма многоклеточного. (По-видимому, апоптоз — «компенсация» за высокую адаптивность и выживаемость под воздействием внешних факторов, которую приобретают многоклеточные и которой нет у одноклеточных, природа таким образом блокирует возможность перенаселения и остановки эволюционного развития). Атипичные клетки раковой опухоли так же не подвержены апоптозу. А бурный рост количества атипичных клеток и «подыгрывающий» этому процессу недостаточно активный иммунитет могут быть выражением протеста,

«бунта» на глубинно-психологическом, психобиологическом уровне против необходимости стареть и умирать от старости. Попыткой заменить «смертные» клетки «бессмертными». Однако по известным причинам эта попытка достичь бессмертия приводит к противоположному — еще более ранней смерти организма. Видимо, часть психики и организма в целом, которая «ответственна» за этот процесс, «не знает», к чему он приведет. Исходя из этой гипотезы, можно строить стратегию психотерапевтической (психологической) работы. Например, в гипнотерапевтическом подходе использовать метафоры, метафорические истории, описывающие выше-изложенный сюжет. (Конечно, автор не имеет в виду отсутствие других возможных психологических причин в генезе онкозаболевания.) Также автор рискует выдвинуть предположение, что развитие такого взгляда на природу онкологии в будущем может привести и к использованию самого этого мощного онкологического механизма или познанных его закономерностей в целях омоложения организма. Возвращаясь к вопросу о том, почему процесс, который призван продлевать жизнь — ее укорачивает, можно предположить, что он использует механизм, который на этапе перехода от одноклеточных к многоклеточным мог быть средством регенерации тканей примитивных многоклеточных. Теперь этот механизм регенерации, в силу уже огромных различий в функционировании современных многоклеточных организмов от механизма функционирования переходных форм, не может работать корректно, являясь в современных условиях весьма не полезным атавизмом. И более того, в силу развития психического в эволюции организмов и понимая взаимосвязь психического и физиологического в организме как единство, можно даже предположить, что этот механизм может запускаться необходимостью «регенерации тканей души». Последнее, очевидно, может быть и отдельной гипотезой природы онкогенеза. Также автор полагает полезным привести здесь свою гипотезу, возможно, «проливающую свет» на сущность механизма плацебо-эффекта. Один из вопросов, связанных с исследованием этой темы и представляющих, по мнению автора, серьезный интерес, — вопрос: «Зачем, будучи полностью уверенным в совершенно исцеляющем воздействии внешнего средства (плацебо), человек непроизвольно запускает исцеляющие силы организма и психики?». Возможный ответ таков. Исцеляющие механизмы можно разделить на «статические» и «динамические». «Статические» более ориентированы на остановку болезненного процесса («чтобы не стало хуже»), например, воспаление. При чем «статические» механизмы при своей работе блокируют не только распространение и развитие болезненного процесса. Глобальный запуск останавливающего «статического» процесса блокирует и работу «динамического». «Динамические» механизмы

(а «сверхэффективные» относятся именно к ним) направлены на то, чтобы «стало лучше», они как бы не борются с болезнью, а, скорее, именно генерируют здоровье. Еще одно их отличие — это то, что они работают безотказно в различных условиях. «Статический» же механизм, получив информацию о том, что есть средство, которое приведет к гарантированному исцелению, затормаживается, растормаживая тем самым «динамический», что и приводит к эффекту спонтанной ремиссии. (Конечно, автор отдает себе отчет, что приведенная выше гипотеза скорее является поводом для дальнейших исследований, чем законченной схемой.)

*Яковлева М.В.*

*Щелкова О.Ю.*

## **Личностно-мотивационные факторы приверженности лечению больных ИБС**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) включает в себя многообразные клинические формы. Клинический прогноз при ИБС условно неблагоприятный, заболевание является хроническим и неуклонно прогрессирующим, кроме того, ИБС опасна своими осложнениями. Именно поэтому медицинское сообщество заинтересовано в максимальном повышении приверженности лечению среди больных, страдающих этим недугом. Вообще проблема комплаенса в соматической клинике является сегодня актуальной из-за несоблюдения пациентами предписанного режима, которое может иметь для них самые серьезные последствия. В частности, велик процент отказа от послеоперационных терапевтических мер среди больных ишемической болезнью сердца, получивших высокотехнологичное хирургическое лечение. Зачастую это связано с субъективным переживанием полного выздоровления, вызванным значительным улучшением самочувствия после операции. Актуальность данной проблемы определила выбор направления нашего исследования, которое имеет целью сравнительный анализ личностных особенностей и мотивационной направленности личности у больных ИБС с различной приверженностью лечению после прямой реваскуляризации миокарда. Для реализации поставленной цели клинико-психологическими и психодиагностическими методами была обследована группа из 36 пациентов в возрасте от 47 до 83 лет на базе Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (Санкт-Петербург). У всех пациентов в анамнезе имеется подтвержден-

ный диагноз «ишемическая болезнь сердца» и операция коронарного шунтирования. Психодиагностический этап исследования осуществлялся при помощи следующих методик: тест смысловых ориентаций (СЖО) и личностная методика «Большая пятерка». В результате проведения предварительного этапа исследования были выявлены следующие тенденции. Исследование мотивационной направленности личности комплаентных (приверженных лечению) пациентов по тесту смысловых ориентаций (СЖО) показало средние значения по большинству шкал. По шкалам «Цели в жизни» и «Результативность жизни» средние значения данной группы пациентов оказались повышенными, что говорит о наличии в жизни испытуемых целей в будущем, придающих ей осмысленность, направленность и временную перспективу, а также ощущение продуктивности и осмысленности прожитой ее части. Исследование мотивационной направленности личности некомплаентных (неприверженных лечению) пациентов выявило средние значения по некоторым шкалам, а также пониженные показатели по шкалам «Цели в жизни», «Процесс жизни» и общему показателю «ОЖ». Такие результаты свидетельствуют об отсутствии в жизни испытуемых осмысленных целей в будущем, о восприятии процесса жизни как неинтересного, эмоционально не насыщенного и не наполненного смыслом, о неудовлетворенности жизнью в настоящем. Проведение с пациентами личностной методики «Большая пятерка» дало следующие результаты по группам испытуемых. У пациентов, отнесенных к группе приверженных лечению, были выявлены пониженные показатели по шкалам «Экстраверсия» и «Эмоциональная стабильность» (т. е. неширокий круг общения, неинтенсивность межличностных контактов, достаточно высокая степень эмоциональной возбудимости, неустойчивости и тревожности). У пациентов, отнесенных к группе неприверженных лечению, были выявлены пониженные показатели по шкалам «Экстраверсия», «Самосознание», «Сотрудничество» и «Личностные ресурсы», что говорит о нешироком круге общения, невысокой степени организованности и целеустремленности, о замкнутости и неготовности к сотрудничеству, недоверии к окружающим, а также об отсутствии стремления к самосовершенствованию, поиску нового опыта. Полученные данные соответствуют субъективно отмеченным врачами характеристикам неприверженных лечению пациентов и объективно подтверждают сложности, возникающие при работе с данным контингентом. В то же время полученные результаты позволяют увидеть особенности больных, затрудняющие формирование у них комплаентного поведения, тем самым указывая соответствующие направления профилактической психологической работы с пациентами кардиологического профиля, неприверженными лечению.



# ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

*Аббков В.А.*

## **Критерии персонифицированной психотерапии**

Одной из важнейших и нерешенных в полной мере проблем современной психотерапии является повышение ее эффективности более экономичными и этически оправданными способами. Остается актуальным вопрос Д. Паула: «Какая терапия, кем выполненная, является наиболее эффективной для специфической проблемы и при каких условиях?». Исследования (Ламберт М. и др.) показывают, например, что у взрослых ухудшение при психотерапии составляет от 5 до 10% , а у детей и подростков — от 12 до 24% в зависимости от популяции. Предсказание неудачи психотерапии у взрослых — около 0,80, у детей — около 0,3–0,4. Пациент проводит лишь 1% времени на психотерапевтических занятиях, тогда как 40% исхода терапии зависит от внетерапевтических факторов. Улучшение пациента нужно учитывать и в его влиянии на близких, которым также должно становиться лучше, а это обычно не учитывается при оценке результата и затрат на психотерапию и т. п. На этом пути предпринимались попытки применения следующих трех основных подходов в психотерапии: 1) универсальных (например психоанализ); 2) индивидуальных для определенной патологии (например когнитивная терапия А. Бека); 3) так называемых интегративных (например попытка объединения психоанализа с методами других направлений). Следует также указать на успешную разработку транстеоретической модели психотерапии Д. Прохазкой и соавт. В общем, более успешными (с позиций научной оценки эффективности психотерапии) проявили себя методы второго подхода. Однако их эффективность редко достигает 70–80%, и только при определенных расстройствах, преимущественно с психогенными механизмами этиопатогенеза, при которых психотерапия является методом выбора. Еще одним подходом к решению возникающих проблем может быть разработка персонифицированной или индивидуально подобранной психотерапии (*tailoring the therapy to the individual patient*),

над которой работает ряд ведущих психотерапевтов мира (Норкросс Д. и др.). Она основывается на мета-анализе факторов, оказывающих важное влияние на исход и эффективность психотерапии. К таким факторам относятся: характер связи (союза) пациента и психотерапевта; эмпатия; согласование цели и сотрудничества; позитивное отношение и подтверждение; конгруэнтность/искренность (подлинность); получение обратной связи от пациента; восстановление разрывов союза; управление контрпереносом; возрастные особенности психотерапевтических отношений. Для оценки указанных факторов разработаны специальные опросники. Подбор психотерапевтических отношений для индивидуального пациента предполагает, что в особенности оказывает необходимый эффект: уровень (реактивного) сопротивления; стадии изменений; предпочтения (ролей, психотерапевтов и лечения); культура; копинг-стиль (тип копинга); ожидания; стиль присоединения; религия и духовность; социальная поддержка. Большое значение также имеет избежание психотерапевтом ошибок мышления, восприятие психотерапии не как конкретной техники, а как сложной системы взаимоотношений не только психотерапевта с пациентом, но и с обществом. В персонифицированной психотерапии должны учитываться не только те факторы, которые улучшают ее результативность, но также негативные влияния. К последним относятся: конфронтация; негативные процессы (критичность и др); неверные предположения о пациенте; центрированность психотерапевта на результате, а не на пациенте; ригидность; идентичные психотерапевтические отношения для любых пациентов, и ряд других. Общими показателями персонифицированной психотерапии служат: точно измеренные и проявленные в конкретном случае признаки улучшения у пациента; адаптация психотерапии к особенностям пациента, но в соответствии с общими научными положениями; ее опора на взаимоотношения и современные научные исследования. В результате комплексного учета приведенных факторов возникает возможность как выбора персонифицированной психотерапии, так и коррекции негативных эффектов ранее начатой психотерапии. Однако вероятность применения персонифицированной психотерапии в нашей стране может натолкнуться на проблему недостатка квалифицированных психотерапевтов-психологов, которые имеют современные научные знания как в области психотерапии, так и психологии (прежде всего — клинической психологии), а также достаточный клинический опыт.

## **Психологические механизмы изменений в психотерапии и консультировании**

Результатом психологической помощи является достижение необходимых и желаемых изменений у субъекта воздействия. Для оказания эффективной и результативной помощи необходимо точно понимать сущность и различия таких понятий, как условия, факторы, методы и технологии психологической помощи, а также психологические механизмы изменений у субъекта в процессе психотерапии. Психотерапевтические условия — это широкое понятие, включающее в себя весь спектр организации процесса психологической помощи, от сеттинга — организации пространства и времени — до психологической атмосферы принятия, безоценочности, поддержки, эмпатии и т. п., которые создают наиболее благоприятные для позитивных изменений у субъекта обстоятельства. Психотерапевтические факторы — это более узкое понятие, в котором выделяются отдельные, наиболее значимые (действенные) условия, инициирующие необходимые и желательные изменения у субъекта. Например, «психотерапевтический контакт» (альянс), а также «контракт» являются одновременно и условием, и фактором для психологических изменений у субъекта. Методы и технологии — это специально организованная система воздействий на субъекта психотерапии для достижения у него планируемых изменений. В практике и теории психологической помощи такие понятия, как «механизмы психологической защиты личности» и «механизмы совладания (копинг-механизмы)» являются общеупотребимыми и рассматриваются как универсальные вне зависимости от концептов отдельных психотерапевтических школ. Понятие «психологические механизмы изменений» тоже универсально, оно принципиально отличается от условий, факторов и методов тем, что оно является исключительно интрапсихическим, т. е. целиком происходит внутри субъекта. Психологическим механизмом изменений в психотерапии является особым образом выстроенный внутренний (интрапсихический) процесс, который позволяет преобразовать устойчивые эмоциональные состояния субъекта, его систему отношений к себе и окружающему миру, его поведения и реакций на происходящие события, его систему ценностей и смыслов в сторону повышения уровня психологического благополучия и жизнестойкости личности. Процесс изменений является цикличным и состоит из трех фаз:

1. Временное «изменение-сдвиг» — выполняет функцию нарушения стабильности системы. Сдвиг предшествует устойчивому измене-

нию, он расшатывает привычную картину мира и ощущения себя в нем субъекта.

2. Устойчивое «изменение-переструктурирование» — системное новообразование в структуре личности, стабильное и структурированное. Основа изменения-переструктурирования — смена смыслов, значений или появление новых. В данной фазе обязательно происходит изменение эмоциональной оценки-отношения — к миру, событиям и к самому себе.

3. Стабильное «изменение-действие» (закрепление и стабилизация новой системы) — новые устойчивые виды поведения, реакций, эмоциональных состояний. Результатом изменения-действия является изменение поведения — реакций, наличие устойчивых эмоциональных состояний, эффективных механизмов саморегуляции и работа копинг-механизмов личности. Анализ концептуальных моделей различных психотерапевтических школ и направлений позволил выделить среди описываемых феноменов те, которые отвечают определению психологических механизмов изменений в психотерапии: «осознание» (в том числе его высшая форма — инсайт); «катарсис» (или эмоциональное отреагирование); «научение» (в том числе подражание, имитация и т. п.); переоценка значений и смыслов (переформулирование, масштабирование и т. п.), а также их интериоризация — механизмы, изученные в рамках когнитивной и экзистенциальной психологии. Ощущение присоединения, принадлежности с идентификацией, включенности и общности (в противоположность изоляции) — механизм, выделенный в рамках гуманистической психологии, — позволяет почувствовать себя частью мира и человечества; Эмоциональное заражение — механизм, выделенный в психологии влияния и психиатрии, как способность человека воспринимать эмоции других людей, «заражаться» ими. Обеспечивает работу фактора «внутренняя надежда», помогает изменять эмоциональное состояние субъекта, способствует укреплению веры в возможность позитивных изменений, в собственные возможности. Экстатическое переживание (пик-переживание, трансцендентальное переживание, творческое и т. п.) — механизм, описанный в трансперсональной и экзистенциальной психологии. Дает ощущение полноты и осмысленности жизни, чувство включенности и единения с миром, внутренней гармонии.

## **Родственная опека при лишении родительских прав вследствие наркозависимости**

Проблема социальной адаптации детей-сирот является одной из самых актуальных социальных проблем в России в настоящее время. Особое место в структуре жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, занимает родственная опека. Согласно статистическим данным за 2012 год, в России более половины детей, оставшихся без попечения родителей, проживают с ближайшими родственниками, которые являются их опекунами. Основной причиной установления родственной опеки, по опыту работы отделения психолого-педагогической помощи семьям с приемными и опекаемыми детьми, — лишение родительских прав (далее — ЛРП) вследствие наркозависимости родителей (это 80 % состоящих на обслуживании отделения семей). Вопрос о целесообразности назначения родственной опеки при ЛРП вследствие наркозависимости до сих пор остается дискуссионным. С одной стороны, эти семьи можно охарактеризовать как дисфункциональные и, соответственно, неблагоприятные для развития ребенка. С другой стороны, для детей утрата связей со своей семьей — тяжелая травма. Кроме того, исследования показывают, что дети, воспитывающиеся даже в таких сложных семьях, более социально адаптированы, чем выпускники детских домов (Олейник В.В., 2007). Поэтому, учитывая интересы ребенка, органы опеки и попечительства стремятся, при малейшей возможности, найти ребенку опекуна из его ближайших родственников. По родственным отношениям с опекаемым ребенком опекунские семьи делятся на семьи, где опекунами являются прародители ребенка, (около 60 % опекунских семей, из которых 88 % — бабушки детей, 12 % дедушки); семьи, где опекунами являются другие родственники ребенка (около 30 %), и всего 10 % — опекунские и приемные семьи с неродными детьми (Усыновление в России/ Информационно-консультационный портал Министерства образования и науки РФ). Данное разделение на категории имеет значение при предварительной оценке круга проблем опекунской семьи. Очевидно, что все опекунские семьи имеют трудности в семейных отношениях, связанные с отсутствием родительского звена, но актуальная проблематика конкретной семьи зависит от характера отношений ее членов с родителями опекаемого ребенка и осложняется в случае их наркозависимости. В работе с опекунскими семьями с родственной опекой, установленной вследствие наркозависимости родителей, была поставлена задача выяв-

ления ресурса для воспитания и развития опекаемого ребенка. Для этого проводилась диагностика семейных отношений и личностных особенностей членов семьи. Было обследовано 150 семей с родственной опекой, установленной вследствие наркозависимости родителей опекаемого ребенка. Результаты исследования показали, что основным ресурсом может являться сильная эмоциональная привязанность бабушек-опекунов к опекаемым внукам, а также высокая педагогическая мотивация опекунов, стремление исправить ошибки, допущенные в процессе воспитания собственных детей. У детей проявляются двойственные чувства, как в отношении опекунов, так и в отношении родителей, повышена тревожность, снижена мотивация достижений. При обсуждении причины агрессивных проявлений в адрес ребенка большинство опекунов говорят о страхе, что у ребенка проявятся «гены», и внуки повторят путь детей; второй причиной называют усталость, желание отдохнуть (бабушки и дедушки-опекуны в большинстве являются пенсионерами). По результатам исследования были выбраны три направления и три основные цели для психологической работы с данной категорией семей: 1) работа с ребенком (преодоление последствий эмоциональной депривации), 2) работа с опекуном (переживание опекуном конфликта с родителями ребенка, ЛРП), 3) совместная работа с членами семьи (улучшение коммуникации). Обозначенные направления отражают основные проблемные зоны опекунской семьи с родственной опекой, и, в процессе социального сопровождения семьи, в центре внимания психолога оказывается та или иная из указанных целей. Семьи, прошедшие тестирование, чаще обращаются за консультацией, испытывают большую уверенность в возможности улучшить отношения в своей семье. Перспективным направлением для данной работы представляется более дифференцированная диагностика семейных отношений в опекунских семьях с целью расширения профилактической части работы по предотвращению вторичных отказов от ребенка. Наиболее сложными в этом вопросе семьями являются такие, где опекунство взяли на себя сиблинги наркозависимых или опекаемых.

**Богомяжкова О.Н.**

## **Сепарация в техниках психодрамы**

Проблемы сепарации в России — это чаще всего проблемы сепарации от матери. Появление ребенка на свет знаменует первый значительный

акт разделения, сепарации с матерью. Далее можно отметить еще несколько этапов сепарации: самостоятельные передвижения ребенка, посещения детских учреждений (первые выходы из семьи в социум), подростковый кризис, самостоятельная взрослая жизнь. Сепарационные процессы протекают непросто, этапы сепарации могут сопровождаться семейными кризисами, незавершенность сепарационных процессов значительно снижает уровень жизненного функционирования человека. Если этапы сепарации не пройдены, построение зрелых отношений невозможно. Цель психотерапии в решении проблем сепарации — это идентификация, признание и принятие себя как автономной личности. Наиболее эффективными формами индивидуального воздействия являются: совместное обсуждение с клиентом хода и результатов коррекционной работы; анализ динамики психической деятельности и выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии; индивидуальные практикумы по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми; помощь родителям в решении их собственных проблем и в определении перспектив личностного саморазвития. Психодрама — метод групповой психотерапии, основанный на действии (Дж.Л. Морено). Через сценическое разыгрывание эпизодов из своей жизни (прошлого, настоящего и будущего) человек получает возможность, используя свою спонтанность и креативность, войти в контакт с собственным прошлым и приобрести навыки, которые станут ему необходимы в будущем. Каждому клиенту в терапии свойственна характерная манера поведения. Питер Питцэле говорит о том, что «они как бы носят маски». С одной стороны, маска предохраняет человека, а с другой — является доступом к сложному, изобилующему настроениями и разными историями внутреннему миру ребенка/подростка. Ведь стагнация процессов сепарации деструктивно влияет на психологический возраст, тормозя его в сравнении с хронологическими годами. Миссия психодраматерапевта — помочь клиенту встретиться с маской, ощутить в себе спонтанность, и тогда появится возможность проникнуть вглубь. Преследуя задачи консультирования, психотерапии, специалист обращается к дисфункциональной роли клиента и стремится понять ее назначение. Методически в техниках психодрамы это можно делать с помощью двух стульев, которые стоят друг за другом. Первый стул — для маски (дисфункциональной роли), второй — для того, что за ней скрывается. С помощью техники «Матрешка», где за одной интрапсихической ролью скрывается другая. С помощью техники «Морской мир», где в детском восприятии своего внутреннего пространства есть акулы, дельфины и жемчужины. Все это позволяет обратить «внутренний мир клиента наружу» (Дж.Л. Морено),

показать субъективную и объективную реальность, интрапсихический мир, который можно исследовать с помощью психодрамы. Классические техники психодрамы: обмен ролями, дублирование, зеркало позволяют в процессе психотерапии почувствовать границу между собственной личностью и личностью ребенка/родителя. Практика психотерапии Пермского центра психодрамы в русле решения проблем сепарации констатирует множественные отношения симбиоза, «взаимопроникновения» между родителем и ребенком. За всем этим стоит, безусловно, страх, а за ним — недоверие, тревожность, неуверенность в себе, чувство неполноценности. Из-за многолетнего симбиоза «крылышки» детей отмирают, у них не остается ни инициативы, ни навыков, ни желания. Концепция консультативной и терапевтической помощи в Пермском центре психодрамы структурируется поэтапно. Предварительный этап — совместная консультативная встреча с родителями и ребенком с целью мотивировать ребенка и оговорить психотерапевтический контракт. 1 этап — 5 встреч с ребенком, направленных на прояснение ответов на вопросы серии «Почему?». 2 этап — обратная связь родителям в форме консультирования с включением техник контактного воспитания (Н. Горовец, Л. Могунова). 3 этап — второй цикл детской терапии, направленный на моделирование поведенческих стратегий в ситуации сепарации. 4 этап — обратная связь родителям с констатацией динамических изменений и обозначением условно-вариативного прогноза. 5 этап — апробация жизненных стратегий в условиях семьи и широкого социума. Заявленная система работы гарантирует клиенту альтернативное видение ситуации сепарации и возможность освоить новые интер- и интрапсихические роли.

***Бочкарёв Л.Л.***

### **Майевтика и экзистенциализм в психологическом консультировании**

Майевтика — направление в психологии, использующее в исследовании и коррекции личности диалогический подход с направленно организованным когнитивным конфликтом. В Институте майевтики им. Дж. Мastroпаоло (Швейцария), в качестве стимульного материала используются художественные тексты, изображения, музыка. В качестве проективной майевтической техники мы использовали фабулу (видео-вариант) романа Симоны де Бовуар «Прелестные картинки». В романе



супруги одного из основоположников экзистенциализма Сартра отражены базовые экзистенциальные конфликты. Амбивалентность, двойственность отношений — одно из распространенных внутренних противоречий, дезорганизующих жизненный путь личности — компульсивной, иррациональной, бессильной перед своей судьбой, утратившей жизненные цели, смысл жизни (Головей Л.А., Карпинский К.В., Логинова Н.А., 2012). Испытуемыми были студенты психологических факультетов вузов Москвы, Ульяновска, Астрахани (всего 1560 чел.). В I серии эксперимента предлагалась развернутая инструкция о стилистике романа, был организован майевтический диалог для создания установки на восприятие индивидуальности героев. Во II серии после просмотра видеосюжета испытуемые в ходе майевтической дискуссии описывали свои эмоции, впечатления. В III серии была создана установка на анализ причин возникновения кризисных состояний героев романа. В IV серии майевтический диалог был направлен на обсуждение выбора техник психологического консультирования героев романа. Большинство студентов были ориентированы на гуманистический, экзистенциальный подходы, считая, что психология призвана раскрыть смысловое содержание душевной жизни человека, его ценностей, принцип изначальной сознательности в выборе. 20% студентов выбрало психоанализ, 10% — бихевиоризм. 10% студентов обратило внимание на наследственную предрасположенность героев романа к аффективным состояниям, невротическим срывам. Пути разрешения кризисов героев романа студенты связали с задачами формирования новых ценностных ориентаций. Студенты предложили и проиграли активные корригирующие технологии: обмена ролями, интерпретации действием, переформирования, смоделированные по инсценировке романа, разработали формирующие «скрипт-программы». 80% студентов выбрали отечественные техники, в том числе академической психологии, с использованием деятельностного и личностно-ориентированного подходов. В майевтической технологии кроме известных механизмов «вдоха»-«выдоха» в диалоге специфически проявляются ретрофлексия — направление энергии на себя вместо преодоления внешних трудностей и препятствий, конфлюэнция — размывание границ своего Я и слияния с Я другого, дифлексия — уклонение от реальных действий по преодолению препятствий, от решения проблем. Названные выше направления (майевтика и экзистенциализм) связаны с ответами человека на запросы современной ситуации, учитывая онтопсихологическую и экзистенциальную направленность современного человекознания (Ананьев Б.Г., 1972; Бодалёв А.А., 2012; Гришина Н.В., 2012).

*Бурганова Е.П.*

## **Опыт преодоления затруднений вербализации переживаний**

Кризисное состояние, в той или иной мере, сопровождается дезорганизацией на психическом уровне. Нервно-психическое напряжение, провоцируемое психотравмирующим событием, приводит к затруднению вербализации своих переживаний. Эмоциональные «трудности» замедляют ожидаемые изменения как в когнитивной, так и поведенческой плоскостях. Время госпитализации пациентов отделения кризисных состояний ограничено стандартами. Опыт психотерапевтической работы в отделении кризисных состояний «подтолкнул» (в целях интенсификации лечебного процесса) к внедрению музыкотерапии для формирования или восстановления навыков вербализации переживаний. Затруднение вербализации своих переживаний — когда нет слов для названия чувств. А выражение «нет слов для названия чувств» — это распространенный перевод термина «алекситимия». Алекситимия подразумевает затруднения: в индентификации и описании собственных чувств; в различии чувств и ощущений; символизации; при необходимости фокусирования на внутренних переживаниях (а не только на внешних событиях). Взяв за измерение вербализации уровень алекситимии, в отделении кризисных состояний города Первоуральска было проведено исследование эффективности данного вида музыкотерапии при работе с пациентами кризисного отделения. Уровень алекситимии измерялся Торонтской Алекситимической Шкалой, адаптированной в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. В исследовании участвовали 60 человек (30 — исследуемая группа, 30 — контрольная). Все — пациенты отделения кризисных состояний. Исследование проходило в течение 2,5 лет. Уровень алекситимии, выявленный в ходе данного исследования, у пациентов отделения кризисных состояний, в среднем,  $72,5 \pm 0,75$  балла. Что несколько выше, чем у больных неврозами ( $70,1 \pm 1,3$ ) и сопоставимо со средними значениями показателей у больных с психосоматическими расстройствами (72,09) — по данным СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. У пациентов из исследуемой группы (которые посещали музыкотерапию) уровень алекситимии понизился, в среднем, с 77 до 66,5 балла, т. е. с уровня «алекситимического» типа личности, но не достиг уровня «неалекситимического» типа (62 балла и ниже). У пациентов из контрольной группы (которые не посещали музыкотерапию) уровень алекситимии снизился с 73 баллов до 70 баллов — меньше, чем в исследуемой группе. Исходя из полученных данных,

можно сделать предположение, что предложенная для работы форма музыкотерапии в отделении кризисных состояний города Первоуральска эффективна для снижения уровня алекситимии пациентов отделения. Программа предложенной для работы в отделении формы музыкотерапии предполагает: пассивную форму музыкотерапии, которая длится в течение 2-х недель (каждый день, от 45 минут до 1 часа). Прослушиваются 3 произведения (по предлагаемым в литературе стандартам). После прослушивания каждого музыкального произведения — обратная связь. Ведущим поддерживаются все проявления успешной вербализации и обсуждаются обнаруженные в ходе каждого занятия трудности (приписывание чувств музыке, неприятие тех или иных чувств, оценивание своих переживаний, отсутствие каких-либо чувств и т. д.). Пока нет подтверждения, что сформированный в ходе занятий навык вербализации своих переживаний сохраняется надолго. Но психотерапевтическая работа в отделении кризисных состояний, как групповая, так и индивидуальная, поддерживается изменениями в эмоциональной плоскости.

*Бурлакова Н.С.*

*Макеева Е.М.*

### **Применение «совместного САТ» в исследовании механизмов сиблинговой конкуренции**

За длительную историю своего существования проективные методы доказали свою незаменимость в отношении диагностики внутреннего мира и тонких проявлений индивидуальности. Относительно новой сферой их приложения стала возможность изучения процесса развития самосознания ребенка в разные возрастные периоды дошкольного детства (Бурлакова, Олешкевич, 2001; Бурлакова 2008, 2012). Ранее нами было показано, что на основе анализа детских рассказов возможна точная диагностика индивидуального самосознания, механизмов, приводящих к тем или иным нарушениям в развитии личности и поведения ребенка. Способность ребенка рассказывать истории возникает не просто как закономерное развитие его речи, но прежде всего на основе и внутри различных диалогов «ребенок — взрослый (родитель)». Таким образом, внутренней основой развития самосознания являются специфические диалогические отношения, которые видоизменяются в зависимости от стоящих перед ребенком задач развития в каждый возрастной период. А практика рассказывания исто-

рий позволяет ребенку проработать свой опыт, поэтому исследование детских историй, прежде всего с точки зрения значимых позиций идентификаций самосознания, является актуальной предметной областью в детской клинической психологии. В этой связи было предпринято обращение к изучению процесса актуальных отношений в диаде «ребенок — мать» в условиях придумывания «совместного проективного рассказа» по специально отобраным таблицам CAT (С. и Л. Беллак). В отличие от процедуры «совместного ТАТ» и «совместного Поршаха» (Loveland 1967; Winter, Ferreira 1968, Соколова 1985) в изучении коммуникации в супружеских диадах и диадах «родитель — подросток», здесь условия экспериментального моделирования касались имеющихся в естественном репертуаре жизни ребенка-дошкольника ситуаций с целью уяснения особенностей диалога «мать — проблемный ребенок». Процесс создания совместного рассказа фиксировался на видео, а впоследствии тщательно анализировался. В исследовании принимали участие дети 4–6 лет, чьи матери (от 27 до 40 лет) обратились за помощью к клиническому психологу-консультанту в связи с крайне выраженным конфликтом сиблинговой конкуренции. У детей также отмечались поведенческие проблемы (агрессивность, драчливость), страхи, симптомы энуреза. Все дети из полных семей. Учитывался социальный статус семьи. Обследовано 8 диад «мать — наиболее проблемный, по мнению матери, ребенок» в естественной домашней ситуации после предварительной договоренности. В рамках проведенного исследования выявились следующие варианты коммуникативных паттернов в процессе придумывания совместных историй: 1) выраженное нарушение иерархии ролей: агрессивно самоутверждающийся ребенок, с сильным зарядом враждебности — беспомощная, конвенциональная мать, изо всех сил старающаяся удержать видимость благопристойности; 2) выраженная конкурентность: под маской демонстрируемой неискренней радости взаимодействия, в которую «эхом» включается ребенок, разворачивается сильная конкуренция с ребенком, в которую мать включена практически «на равных»; 3) отказывающийся от взаимодействия ребенок — отчужденно-депрессивная мать. В рассказах, создаваемых ребенком и матерью совместно, нередко напрямую проецировались, а иногда и разыгрывались в действии семейные конфликты, смещаясь из плоскости супружеских отношений в плоскость отношений «родитель — ребенок, находящийся в коалиции с другим родителем». Это особенно заметно в тех случаях, когда ребенок по своим характерологическим проявлениям сближался с отцом, а мать в семейной структуре объединялась с другим сиблингом. Отношения дисгармоничности в отношениях «мать — ребенок», равно как и общая конфликтность создаваемого рассказа, тем сильнее, чем заостреннее

дисфункциональность семьи, осложненная вызывающей дискомфорт членов семьи культурной маргинальностью, принадлежностью к социальному меньшинству. Полученные результаты представляют особую ценность для коррекционной работы психолога. На их основе возможна организация обсуждения непродуктивных стратегий взаимодействия матери с ребенком с пошаговым разбором складывающейся в общении ситуации. Для матерей, испытывающих сопротивление, подобный анализ позволяет с большей легкостью увидеть свой вклад в разворачивающееся негармоничное взаимодействие как с ребенком, выделяемым ими как наиболее проблемный, так и собственно в конфликтные отношения между детьми.

*Вагайцева М.В.*

## **Особенности консультирования онкологических больных на разных стадиях заболевания**

Современные практические подходы в области психотерапевтического консультирования на разных этапах онкологического заболевания начали формироваться с середины прошлого века. Для онкологов таких стран, как Великобритания, США и др., в которых продолжительность жизни онкологических больных увеличилась, встал вопрос, нужно ли сообщать онкологическим больным правду о диагнозе. Для исследования этого вопроса были привлечены психиатры. В ходе исследований актуальность оказания психотерапевтической помощи онкологическим больным и их ближайшему окружению стала очевидна. Это положило начало развитию психосоциальных служб в Англии, Германии, Японии, Польше, основными направлениями которых стали духовные и экзистенциальные потребности пациентов на разных этапах — от профилактики онкологических заболеваний до смерти. Результаты психологических исследований показывают, что у онкологических пациентов чаще всего встречаются такие коморбидные расстройства, как тревога, нарушения адаптации с беспокойством, фобическое и паническое расстройства, депрессия. В процессе исследований возник и утвердился термин «дистресс». На сегодня выявлено, что уровень дистресса не зависит от пола и стадии заболевания. Наивысший уровень дистресса отмечается при раке поджелудочной железы, очень высокий — у пациентов с раком легких и мозга. При гинекологической форме, а также раке предстательной железы и толстого кишечника, уровень дистресса значительно ниже. Семейный статус, уровень совокупного

дохода и пожилой возраст оказались компенсирующими дистресс факторами. Дистресс признан шестым показателем жизненно важных функций в онкологии, оказывающих влияние на выживаемость. Эффективность психотерапевтического консультирования онкологических пациентов, доказанная в мировой практике, получает подтверждение в практической работе российских психологов, работающих с онкологическими больными. По медицинским прогнозам распространения онкологических заболеваний, запрос к специалистам в этой области продолжит расти. В связи с этим становится актуальной создание программы переподготовки клинических психологов, выделение специализации «онкопсихолог». Психологическое консультирование в онкологии имеет свои особенности. По мнению зарубежных исследователей, этот вид психотерапии не обладает структурой, характерной для прочих видов психотерапии. Основой становится поддерживающая психотерапия, ее дополняют экзистенциальный, межличностный и когнитивный подходы. Целью психотерапевтического воздействия является коррекция эмоционального и физического состояния пациента. В докладе рассматриваются особенности консультирования онкологических пациентов и их окружения, основные отличия от других видов консультирования, различия оказания психологической помощи на разных этапах заболевания.

*Григальюнайте-Плерпене В.В.*

### **Арт-терапия — психотерапевтический инструмент для психиатрических пациентов**

Задача арт-терапии для поступающих в психиатрическую больницу пациентов состоит в следующем: в устранении или ослаблении астенических, депрессивных, тревожных, ипохондрических, соматовегетативных проявлений, охватывающих эмоциональную, когнитивную, поведенческую, соматическую сферу пациента. Для решения этих задач нужны условия и процесс, формирующий более адекватную, положительную самооценку, осознание своих возможностей и жизненных целей, развитие коммуникативных навыков, ощущение и формирование своей индивидуальности, которая и есть наше глубинное сокровенное развитие, внутренний рост, личностное открытие, наши родники психических сил, выздоровление. Предоставлю описание клинического случая пациента из отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-

исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Групповая арт-терапия проводилась три раза в неделю по 2,5 часа. Пациент посетил 10 занятий. С пациентом два месяца продолжали работать индивидуально, пользуясь интернетом. Через лечащего врача мы менялись рисунками и письмами. На месте в отделении с ним еще работал психотерапевт.

Артур (23). Шизотипическое расстройство, обсессивно-компульсивный синдром. Болеет 11 лет, госпитализирован 8 раз. Поступил в больницу с чувством одиночества, вины, большим напряжением, беспокойством и страхами (загрязнения и людей), приступами жара и озноба, бессилием, болью в пояснице и сильным сердцебиением, мыслями о смерти. На первой встрече Артур сказал, что хочет избавиться от всех страхов. Видно было, что он очень напряжен, но мотивирован. Мысли о том, что о нем подумают люди, как его воспримут, влияли на него так, что он задыхался. На занятиях рисунки выполнял линиями с большим напряжением и тревогой. Легче работал с готовыми видами, фотографиями. Через произведения Артур выражал свои потребности и характер, установки. Он выбрал образ женщины, как метафору своей мечты и разрешение внутреннего противоречия. Получая отреагирование и поддержку от участников группы, терапевта, он постепенно набирал уверенность в себе. После трех занятий он сказал, что впервые в жизни он подумал, что ошибался, думая, что все люди враждебны. На занятии танцевдвигательной терапии Артур вышел в круг, чтобы первый раз в жизни показать другим, как он будет танцевать, двигаться под им выбранную песню. После представления остался собой недоволен, «не сделал, что было нужно», «не осмелился», но шаг был сделан. На последнем занятии каждый пациент готовил ритуал, перформанс или танец, в содержании которого могло быть переживание, состояние или то, что он хотел бы призвать в свою жизнь, пережить давно наболевшее. Артур помог одной участнице проиграть потерю, за что получил благодарность молодой женщины. Когда выступал сам, он долго и напряженно ходил по кругу. Потом сел на пол и попросил каждого сказать о нем свое мнение. Я предложила ему самому настроиться и угадать, что посылает по очереди ему каждый из группы. Он согласился. Ему нужно было прочувствовать возмущение творчества взаимоотношений... В фотоколлаже на тему «В далеком будущем» Артур себя представил счастливым, улыбающимся, загорелым, на природе, с тигренком. В письме мне он написал: «Я безумно рад тому, что оказался именно здесь и сейчас. Не хотелось бы выдавать желаемое за действительное, но, кажется, в эти дни в моей жизни наступило

особое время, когда я начал наконец-то пересматривать свои взгляды и убеждения, совершать то, что раньше считал немислимым, непреодолимым!» Артур больше начал проявлять чувства, особенно в отношениях с другими больными, стал переключаться с себя на окружающих, уменьшились навязчивые действия. Поведение и состояние Артура связано с укреплением личных границ и механизмов саморегуляции, повышением самооценки и автономности, а также развитием коммуникативных навыков и пониманием пациентом своих чувств и потребностей. Арт-терапия может быть эффективна при командной психотерапевтической помощи, не только выводя внутренний потенциал наружу, трансформируя и активизируя глубинные творческие процессы, но и осознавая эти силы и отслеживая ложную волю в своей жизни.

*Гусева О.В.*

*Коцюбинский А.П.*

### **Актуальные вопросы психотерапии больных эндогенными психозами**

Представления о задачах, объеме, длительности, ожидаемых результатах психотерапии при эндогенных психозах носят неоднозначный характер, что определяется отсутствием единой всеобъемлющей теории, которая могла бы стать основой психотерапевтической практики. В работах сотрудников Института им. В.М. Бехтерева интенсивное развитие получила биопсихосоциальная концепция психических расстройств, что позволило прийти к выводам о ее базировании на следующих двух взаимосвязанных положениях: 1) уязвимости диатез-стрессовой модели возникновения и течения психических заболеваний; 2) системной адаптационной парадигме развития психической патологии. Признание указанных положений позволило переосмыслить и расширить цели и задачи психотерапии при эндогенной психической патологии: снижение уровня рецидивирования заболевания, решение проблемы комплаенса, потенцирование эффектов психофармакотерапии, повышение социальной компетентности и улучшение качества жизни больных (Вид В.Д., 1993, 2008; Гусева О.В., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., 2001; Мучник М.М. с соавт., 2001). Очень важным является сохранение и развитие формата стационарной групповой психотерапии: (Вид В.Д., 1993, 2008; Мучник М.М. с соавт., 2001; Гусева О.В., 2010), что связано с существенной трансфор-



мацией характера помощи, оказываемой в условиях повсеместно сокращающегося круглосуточного пребывания пациентов. Данный формат, во-первых, предоставляет возможность активного и гибкого формирования групп, определяемых преобладающим контингентом больных, тематикой или терапевтическим фокусом. Во-вторых, он делает возможный учет не только модальности психотерапии и конкретных ее мишеней, но и учет этапа болезни, степени сохранности личностных ресурсов и уровня мотивации больного, позволяя в целом проводить работу в рамках интегративной модели, которая в наибольшей мере отвечает запросам стационарного контингента больных. При этом важно подчеркнуть, что стационар как структура характеризуется наличием особой среды отделения, облегчающей одновременное осуществление нескольких важных функций: диагностической, терапевтической, мобилизующей, интерактивно обучающей. Среда отделения включает разнообразные формы интенсивного межличностного взаимодействия в рамках социо-терапевтических активирующих мероприятий: милье-терапия, театр-терапия, танц-терапия и др., а также в рамках самоорганизованных неформальных групп больных, что в совокупности оказывает значительное влияние на конечный результат терапии. Группа как таковая является системообразующей основой проведения стационарного лечения. С учетом этого обстоятельства в стационаре необходимо проведение групповой работы эдукативной направленности, что обусловлено требованиями этического и правового обеспечения процесса лечения, а также необходимостью коррекции искажений и архаических взглядов по поводу болезни. Только 48% больных шизофренией считают психиатрический диагноз достоверным, а 69% считают применение лекарств неэффективным (Кекелидзе З. И. с соавт., 2009). Больные не имеют достаточных знаний о шизофрении как болезни и допускают иррациональное толкование, выходящее за рамки медицинской модели. Сказанное убедительно доказывает необходимость широкой образовательной работы среди больных. Психотерапевтические методы широко используются и на постгоспитальном этапе. Как правило, это когнитивно-поведенческие методы, используемые в качестве определенных программ на амбулаторном этапе (тренинг социальной компетентности, коммуникативный тренинг, тренинг проблемно-решающего поведения, тренинг нейро-когнитивного дефицита), а также семейная психотерапия. Психотерапевтические интервенции продолжаются и на отдаленном этапе лечения, рассматриваясь в таком случае в рамках психосоциальной реабилитации (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002). Основная задача этого этапа — реинтеграция в общество лиц с долговременными психиатрическими ограничениями. Следует отметить

наиболее важные зарубежные тенденции и существующие методы в этом русле: ассертивная внебольничная терапия, модель ведения случая (case management), социально-психологическая помощь путем организации проживания больных в общине. Таким образом, на современном этапе на первый план выступает задача разработки дифференцированных психотерапевтических программ для пациентов с конкретными формами заболеваний шизофренического спектра, на разных стадиях течения заболевания и различных этапах оказания лечебной помощи.

*Дмитриева Э.А.  
Бобарыкина Л.С.*

### **Исследование проблемной ситуации с помощью метода юнгианской песочной терапии**

По Юнгу, сознание ориентируется в окружающем следующими четырьмя функциональными способами: через ощущение, указывающее на наличие чего-то; размышление, поясняющее нам, что это; чувство, говорящее нам, приятно это или нет, и интуицию, подсказывающую, откуда и куда оно идет. Проведенный опыт исследования проблемной ситуации, в которой оказалась клиентка (К.), с применением юнгианской песочницы позволяет проследить во времени, как разворачивается процесс принятия индивидуального решения. Проблема К. имеет давнюю историю: около 15 лет назад ей была завещана квартира, которую мама убедила «переписать» на бабушку. На логическом уровне этот шаг выглядел обоснованным, т. к. ей объяснили, что практически ничего не изменится и квартира будет по-прежнему принадлежать ей. Однако прошло время, и реальность оказалась другой — теперь уже «ее» квартиру делят между другими наследниками. Ситуация вызывает у К. ощущение беспокойства. Для размышления над создавшейся ситуацией К. предлагает воспользоваться методом песочной терапии. Она проводит свое исследование самостоятельно, роль психолога заключается в создании условий для исследования, выполнении поддерживающей функции. Первой поставлена фигура, обозначающая причину конфликта — квартиру, — К. берет большой белый шар-копилку. Затем появляются фигуры мамы, бабушки, дяди и брата. К. ставит в композиции фигурку девушки-подростка и говорит, что эта «девочка — она сама». Это наводит на мысли, что образ ситуации, с которой работает К., переключается с ее детским или подрост-

тковым опытом. Вряд ли мы когда-нибудь до конца поймем суть раскрывающихся в песочнице картин, но явные несоответствия всегда задевают внимание, т. к. неслучайно связывают тему, о которой говорит клиент, с каким-то его опытом, ассоциирующимся с появившимся образом. Последней в композиции появляется фигура «смерти», и с этого момента К. становится напряженной, сдержанной, как бы скованной, углубленной в свои внутренние переживания. Фигура «смерти» похожа на фигуры брата и дяди — это мужские фигуры в черном, и расположена ближе всего к ним. Внешняя скованность человека может указывать на его глубинные переживания, прикосновение к неосознаваемым комплексам, чувствам. После появления в композиции фигуры «страха» К. становится более активной, как будто получив прилив энергии, обходит стол и рассматривает поднос с противоположной стороны. Кажется, что К. увидела новые грани своей ситуации. Интересно, что она обходит поднос, то есть области сознательного и бессознательного в подносе меняются местами, и это еще раз подтверждает, что в процессе построения происходит контакт бессознательных слоев психики с сознанием — именно в этот момент появляется возможность принятия сущностнодетерминированного решения в жизненной ситуации. Дальнейшая работа помогает К. привести в согласованное состояние свои внутренние образы. Она убирает из композиции фигуру «страха», затем еще несколько фигур. Оставляет фигуры мамы и бабушки, рассматривает их. О чем этот внутренний диалог? Почему убраны остальные фигуры? Много остается вопросов, но К. завершает исследование. О том, как построение в песочнице меняло образ ситуации в представлении К., она говорит следующее: «Квартира — то, что стоит между девочкой и смертью: квартира является сцепкой для всей ситуации. Ближе всего она стоит к смерти. Мамин страх — то, что направлено между мамой и братом. Изначально мама боится за брата — боится, что он переедет жить к отцу, боится за его здоровье. Брат в какой-то степени чувствует себя жертвой (он — самая маленькая фигурка). Девочка — фигурка, находящаяся в стороне. Особенно ярко это заметно после замены квартиры маминым страхом. На определенной точке зрения фигуры мамы и бабушки 1) сливаются; 2) стоят на сфере. Смерть притягивает квартиру, тянет руки к страху — но ей удается только «подтянуть» страх к себе. Страх в конечном варианте подплывает к маме, замирая у ее ног. В этот момент брат видится почти занесенным песком». В данном опыте процесс построения и анализа проблемы с помощью метода юнгианской песочной терапии позволил клиентке соприкоснуться со своими глубинными переживаниями, более глубоко исследовать трудную для нее ситуацию и, следовательно, принять более осознанное решение.

## **Психологическое консультирование в реабилитации алкогольной зависимости**

Тезисы доклада на секции «Психологическое консультирование» Г.Л. Исуриной «Психологическое консультирование как метод реабилитации и профилактики алкогольной зависимости».

- I. Актуальность темы. Не рассматривая психологическое консультирование как инструмент лечения «алкогольной зависимости», стоит рассмотреть его как одно из возможных средств реабилитации людей, страдающим этим заболеванием, а также как один из способов его профилактики.
- II. Запросы больных алкоголизмом можно условно разделить на три группы:
  1. Проблемы, возникшие в результате заболевания и являющиеся прямым или косвенным следствием его. В большинстве случаев это были проблемы социальной дезадаптации разной степени выраженности. Следствием болезни являлись потеря профессионального статуса, места работы, потеря прежнего круга общения, сужение круга знакомых до членов групп взаимопомощи алкоголиков, затруднения в общении с людьми, не являющимися членами групп АА, эмоциональная неуравновешенность, страхи. Такого рода запросы были характерны, в большинстве своем, для людей, прошедших курс лечения от алкоголизма и имеющих длительную (от 2 до 7 лет) ремиссию. Вышеуказанные запросы были частью более масштабных запросов, включавших запросы из второй группы.
  2. Психологические проблемы, существовавшие до начала заболевания, косвенно связанные с развитием заболевания, и в большинстве случаев им усугубленные. В большинстве случаев это достаточно тяжелые, комплексные проблемы, затрудняющие нормальную социальную адаптацию. В частности, это проблемы, связанные с крайне низкой неадекватной самооценкой, патологическим иррациональным чувством стыда, коммуникативными нарушениями, повышенной агрессивностью, ощущением социальной и экзистенциальной растерянности, в некоторых случаях, трудности в установлении отношений с противоположным полом...
  3. Психологические проблемы, приводившие к стойкому ощущению внутреннего неблагополучия и являющиеся причиной употреб-

ления алкоголя в целях временного облегчения состояния, что, в свою очередь, привело к развитию заболевания. Во всех вышеуказанных случаях в семейном анамнезе не было случаев злоупотребления алкоголем по прямой линии (хотя больные могли не иметь достоверной информации о родственниках).

- а) крайне низкая или крайне неустойчивая самооценка;
- б) сильное патологическое иррациональное чувство вины и стыда за себя;
- г) страх перед общением;
- д) неумение отстаивать собственные интересы;
- е) субъективно не переносимые душевные страдания;
- ж) общее ощущение несправедливости жизни по отношению к ним (чаще всего надуманное).

В случаях предположительной наследственной предрасположенности к алкоголизму (в анамнезе содержатся сведения об алкоголизации в двух-трех предшествующих поколениях), несмотря на совпадение жалоб и особенностей личности, причины заболевания коренились скорее в предрасположенности к нему, а психологические факторы же были усугубляющими моментами, а не основной причиной начала болезни. Картина заболевания во всех случаях выглядела иначе: болезнь развивалась без видимой психологической причины, быстро принимала злокачественный характер (стремительное прогрессирование на фоне условного социального благополучия и быстрое наступление стадии длительных запоев, алкогольного делирия и т. д.).

### III. Общие черты семейных анамнезов:

- Нарушения в отношениях с матерью было выявлено в 100 % случаев. Абсолютно всеми клиентами матери описывались как равнодушные, отвергающие или агрессивные, не чувствительные по отношению к подлинным потребностям детей, а также как мало развитые (хотя у некоторых из них было высшее образование).
- Агрессия со стороны родителей по отношению друг к другу, пациенту или другим членам семьи.
- У 50 % алкоголизм родителей.

IV. Терапевтические стратегии. Т. к. алкоголизм не являлся прямой терапевтической мишенью, то задачей консультанта являлось выявление основного актуального внутриличностного конфликта и работы с ним.

- V. Выводы. Хорошие результаты лечения и реабилитации показывали клиенты, четко осознающие хотя бы одну реальную жизненную цель. Поэтому задачи поиска смысла и определения целей являются задачами приоритетными.

*Карпова Э.Б.*

*Чулкова В.А.*

## **Эмпатия или сверхидентификация?**

### **Сопереживание в практике клинического психолога**

Практическая работа психолога с людьми, находящимися в экстремальных и кризисных ситуациях, как известно, имеет ряд специфических особенностей. Эти особенности обусловлены как содержанием проблем, с которыми обратился за помощью человек, так и его актуальным состоянием — зависимостью, беспомощностью, внушаемостью, уязвимостью, которые естественны и почти всегда наблюдаются в этих ситуациях, и сопровождаются интенсивными переживаниями и проявляемыми чувствами. Безусловно, содержание проблем в кризисных и экстремальных ситуациях не оставляет психолога интактным по отношению к ним, поскольку нередко это — общечеловеческие проблемы, потрясения, такие как смерть близких людей, угроза жизни или безопасности, физическое и психологическое насилие и др., которые не могут оставить безучастным любого человека. Интенсивность эмоционального состояния клиента бывает настолько ярко выражена, что воздействует, вовлекает, «заражает» психолога. Как известно, существуют две крайние позиции психолога в работе с клиентом — сверхидентификация и отстранение (избегание). На первый взгляд они кажутся противоположными. Собственно говоря, они и являются противоположными по проявлениям, но в основе этих двух позиций лежат общие причины. Одна из них — страх перед выражаемыми клиентом эмоциями, другая — страх перед собственными, чаще всего неосознанными, ответными чувствами. Ожидание клиентом действенной помощи может провоцировать психолога (при страхе быть неуспешным) к сверхответственности, оборотной стороной которой является взятие ответственности за другого. Если в экстремальной ситуации, т. е. в тех случаях, когда человек действительно в определенной степени оказывается беспомощным, взятие ответственности за него может быть оправданным, то с людьми, переживающими кризис, такая позиция

психолога является опасной. Сверхответственность психолога приводит к навязыванию клиенту собственных ценностей, жизненных позиций и, в конечном итоге, лишает человека шанса самому разрешить ситуацию, приобретя важный жизненный опыт. Еще одна причина, приводящая к позиции «сверхидентификации», — следование стереотипам понимания роли психолога. В этой связи хотелось бы обратить внимание на неоднозначность понятия эмпатии в процессе психологической помощи. Еще со студенческой скамьи каждый психолог знает, что такое эмпатия и какова ее роль во взаимодействии с клиентом. Но практика показывает, что эти знания часто мешают специалисту определить свои профессиональные границы. Профессиональное взаимодействие предполагает идентификацию с клиентом (в основе которой и лежит распознавание чувств и сопереживание), но, в тот же момент, и «отграничение» от него, позволяющее оставаться в профессиональных границах в широком смысле слова. Этот процесс повторяется на протяжении всей психотерапевтической сессии. Психолог обязан распознавать чувства клиента, но также он обязан осознавать собственные чувства, чтобы управлять ими. Зачастую психолог идентифицирует себя с клиентом и, подменяя эмпатию сверхидентификацией, позиционирует себя как сверхчувствительного человека, соответствующего, по его мнению, образу «настоящего» психолога. Таким образом, в процессе подготовки студенты оказываются информированными о необходимых человеческих качествах психолога, но остаются не готовыми к реальному взаимодействию с людьми, остро переживающими критическую жизненную ситуацию. В этой связи следует обратить особое внимание на подготовку студентов к будущей практической работе, основанной на профессиональном психологическом взаимодействии с клиентом.

*Корчинов А.Д.*

## **К вопросу об интегративной психологической модели психотерапии**

Практика работы с больными шизофренией нуждается в системной (с точки зрения цели, средства и результата) психотерапевтической модели, реализующей идею целостности в работе с больными шизофренией. И эта модель, представляется, должна быть психологически ориентированной. Потому, что клиническая модель психотерапии неспособна

обеспечить достаточный системный уровень в силу того, что клинический язык это аналитический язык, и клинический подход это фрагментарный подход, что в контексте цели выражено наиболее явно. Подтверждением является факт, что высшей системной категорией в клинической модели является клинический диагноз. Категория же «человек», «личность», «индивидуальность» гораздо шире клинического диагноза, и все это во всем своем феноменологическом богатстве с его терапевтическим потенциалом в контексте клинической психотерапии остается за бортом восстановительного процесса, хотя его присутствие и подразумевается. Кроме того, за бортом восстановительного процесса остается категория «здоровье», а значит и само здоровье пациента, поскольку клиническая модель это нозоцентрическая модель. С точки зрения системного подхода представляется возможным и необходимым рассматривать предметом работы человека в целом, его личность и индивидуальность, а также дифференцировать понятия «болезнь» и «здоровье» и то, что за ними стоит, в том числе причины, цели, методы и результаты. И не только дифференцировать эти понятия, но и осуществлять реальную работу в этих разных контекстах. Может встать вопрос, что клинический язык и симптом (синдром, диагноз) как его операнды не мешают реализации системного подхода, и автор тезисов просто драматизирует ситуацию, и нет ли у него более серьезных аргументов? Есть, — ответит автор, — и они следующие. Никакие цели, мишени, симптомы и диагнозы, какой бы глубины и объема они ни были и как бы качественно теоретически ни рассматривались и практически ни прорабатывались, не способны быть системой сами по себе. Никакие техники и методики, какие бы они ни были всеобъемлющие и глубокие, связанные и интегрированные, не способны быть системой сами по себе в контексте психотерапии. Кроме одного случая, когда целью работы является человек как система, а методом работы является тоже человек как система. Человек есть главный факт и главный аргумент, о котором мы постоянно забываем. И этот человек и в качестве цели (пациента) и в качестве метода (помогающего специалиста) как система может быть лишь в статусе индивидуальности. А это категория психологическая. Именно поэтому системная психотерапия возможна в психологическом контексте. Еще человек как система (как цель и средство) может рассматриваться (быть) в статусе «Я», что также является категорией психологической, и уж точно не клинической. Попытка рассматривать «Я» как категорию системную, психологическую, выглядит естественной в поле психологическом (Кант, И.С. Кон, Джемс, Маслоу, Роджерс, М. Розенберг, Ш. Самюэль, Т. Шибутани, Р. Бернс, Келли, В.А. Петровский), но никак не в поле клиническом. Интегративный ме-



тод психотерапии мы не можем создать вне индивидуальности пациента как основного потребителя этого метода и вне индивидуальности помогающего специалиста как реализатора его. Вне «Я» пациента и вне «Я» терапевта. Именно эти категории должны являться и являются основными, главными категориями, знаменателями и рычагами и в контексте получения помощи, и в контексте оказания помощи, и в психологическом поле, и в психотерапевтическом поле. Вообще, понятие «интегративная психотерапия» будет иметь смысл лишь при условии, если мы объединим все, что имеет пациент, в одну «вещь». И объединим все, что имеем мы (помогающие специалисты) тоже в одну «вещь». И эта «вещь» — это индивидуальность пациента и индивидуальность терапевта, «Я» пациента и «Я» терапевта. Конкретно для создания системной психологической модели психотерапии представляется необходимым решить вопрос о разведении категорий «личности» и «индивидуальности» и выделения категории «индивидуальности» в самостоятельную дефиницию (Беломестнова Н.В., 2003; Корчинов А.Д., 2010, 2012). Решить еще ряд вопросов, в частности вопрос о наиболее информативных интегративных характеристиках, отражающих системность опыта на разных его уровнях и в разных его аспектах, и прежде всего на уровне целостного человека, и т. д. И автор тезисов хочет сообщить, что он сформулировал такую модель, о чем кратко писал (2005, 2007, 2009, 2010, 2012, 2013) и практикует ее в своей работе.

*Корчинов А.Д.*

*Шмель А.Д.*

## **Об интеграции целей и интеграции средств в нормоцентрическом процессе**

Лечение шизофренического расстройства у нас до сих пор остается, по сути, биологическим лечением. Попытки преобразовать процесс лечения в био-психо-социо-духовный контекст восстановления остается пока по существу лишь благим намерением и ограничивается количественным насыщением биологически ориентированного процесса «реабилитационными» добавками. Помогающие специалисты ориентированы преимущественно на разрозненную клиническую симптоматику и меньше на разрозненную личностную и социальную проблематику. Психотерапия в комплексе мер имеет нозоцентрическую ориентацию, она у

нас так и называется — «клиническая психотерапия». Все это полумера, ограниченная в целях, средствах и результатах. Практика же требует качественных принципиальных преобразований. Для реального перехода в био-психо-социо-духовную парадигму дополнительно к нооцентрическому варианту работы представляется необходимым добавить нормоцентрический вариант. При этом решать эту необходимую и интересную задачу мы можем в системном контексте восстановления, который позволяет не только «отдельно лечить болезнь», но и «отдельно формировать здоровье», рассматривая эти два процесса как принципиально разные в одном непрерывном процессе. И не только рассматривать, но и практически делать это. Специально выпочковать из старорежимного лечебного процесса отдельный «процесс формирования здоровья», в том числе его теорию, методологию и практику, ставя эту теорию, методологию и практику по значимости в один ряд с теорией, методологией и практикой лечебного процесса. Подчеркивая и обосновывая принципиальную разность этих процессов и одновременно их единство в восстановленном процессе психического здоровья. Нет спору, усилия здесь делаются, тысячи специалистов (психотерапевтов, психологов, социальных работников, арт-терапевтов и т. д.) включены в этот процесс, который так и определяется — нормоцентрический, а еще имеет название саноцентрический, а еще гуманистический. Совершаются тысячи манипуляций и интервенций, направленные на укрепление психического здоровья, применяются сотни техник и методик. Минус этих (нормоцентрических) усилий в страшной раздробленности целей и в страшной раздробленности методов. Подтверждением этому является то, что категории «человек», «Я» в теоретических построениях являются лишь общим, ни к чему не обязывающим «отправным пунктом», от которого на практике мы с удивительным постоянством уходим. Этот самый «человек» со своим «Я» оказывается не просто на обочине лечебного процесса, мы о нем забываем. Нужна интеграция целей до целостного человека (пациента) и нужна интеграция методов до целостного человека (специалиста). И этой интегративной цели, и этому интегративному методу нужны теоретическое, методологическое и методическое обеспечение. Основной интегративной рабочей категорией в контексте цели и основной интегративной рабочей категорией в контексте метода может быть категория «индивидуальность». Она включает эмоциональный компонент, когнитивный и мотивационно-поведенческий, защиты и копинги, и Я-концепцию, и еще много других составляющих. При этом главное здесь не то, сколько мы выявим и обозначим фрагментов, понятий и аспектов и «вылечим» их или включим в процесс оказания помощи, а то, что они могут и должны

быть систематизированы. Лишь в системе эта феноменологическая «братия» есть «индивидуальность» (Корчинов А.Д., 2012). При реализации индивидуальности терапевта мы получаем эффективный инструмент психотерапевтической работы, при реализации индивидуальности пациента мы получаем качественное преобразование его психического здоровья. Причем не за счет лечения биологического аспекта, или укрепления психологического аспекта, или решения социальных проблем, хотя это важно. Не за счет формирования копингов, работы с психологическими защитами, Я-концепцией, когнитивными навыками, оптимизацией эмоциональных и поведенческих проявлений и т. д., хотя и это очень важно, а за счет работы с пациентом как системой. В условиях системности биологический аспект, психологический и социальный, копинги, когнитивные навыки и т. д. объективно приобретают новое, более эффективное качество. Автор тезисов сформировал примерный «нормоцентрический» психотерапевтический контекст для работы с больными шизофренией с теоретическим, методическим и методологическим обеспечением, о чем кратко уже писал (2005, 2007, 2009, 2010, 2012, 2013) и практикует его в своей работе в психиатрической клинике.

*Лобанова М.Ю.*

### **Особенности применения телесной терапии в консультировании замещающей семьи**

Замещающая семья, по В.Н. Ослон, рассматривается как особый тип семейной системы, результат объединения базисной семьи и ребенка, оставшегося без попечения родителей, в единое целое. По мнению В.Н. Ослон, семья берет ребенка в кризисе, и в таких семьях происходит капсулирование инфантилизма ребенка и решение замещающими родителями проблем собственной зависимости. Диагностика потенциальных приемных родителей на базе центра содействия семье и детям «Журавушка» г. Нижнего Новгорода, где было обследовано 137 замещающих родителей, выявила тенденцию реализации замещающими родителями своих потребностей посредством воспитания приемных детей. Ведущими мотивами замещающих родителей являлись: поддержка в старости — 21 %, новый смысл в жизни — 19 %, страх женщины остаться одной в старости — 19 %. Адекватные мотивы представлены мотивом потребности воспитывать детей и передавать свой опыт — 29 %, моти-

вом помощи ребенку-сироте, как акт служения — 3%. Нами были выявлены отличия особенностей ожиданий от детей в замещающей семье от ожиданий биологических родителей в период беременности. Замещающие родители достоверно чаще ожидают от приемного ребенка: зависимость и управляемое поведение; предметной успешности ребенка; прогнозируют негативную динамику развития ребенка и в целом своей семьи. Эта тенденция сохраняется на протяжении достаточно долгого времени приема. Замещающие родители чаще биологических родителей испытывают чувства безысходности — 87% (по сравнению с 17% у биологических родителей) и страх сепарации ребенка — 76% (по сравнению с 15% у биологических родителей). Замещающие родители реже (6%) по сравнению с биологическими родителями (87%) ожидают социально адекватного поведения от ребенка (в анкете замещающие родители отмечали, что на приемного ребенка нельзя положиться). При диагностике ожидания изменений в жизни семьи в связи с появлением ребенка у замещающих матерей актуализируются чувства эйфории (93%) и ожидания идеального ребенка (76%), а у биологических матерей диагностируются ожидания в изменении образа жизни (87%) и актуализируются чувства тревоги (82%), заботы (93%), потребности быть нужной ребенку (76%). Выявлены различия формирования привязанности между матерью и ребенком в биологической и замещающей семье. Так, замещающие матери чаще используют экспрессивно-мимический канал (89% говорят о выражении лица ребенка, о его мимике, крике) и чаще фиксируются на сигналах негативного характера, идущих от ребенка, сигналах, свидетельствующих о его беспомощности (выражение беспомощности на лице отмечают 73%) и потребности в зависимости от матери (87% уверены, что ребенок погибнет без ее участия), реже испытывают положительные эмоции от заботы и ухода за ребенком, от его двигательной активности (13%). Замещающие матери в большей степени ориентированы на получение удовольствия от собственной активности (84%) во взаимодействии с ребенком, для них особую значимость составляет сам материнский статус (76%). Для биологических матерей характерно более частое использование сенсорно-тактильного канала, испытывание положительных эмоций от ощущения запаха малыша (93%), ощущений от грудного вскармливания (87%), от контакта тела матери с телом ребенка (93%). Биологические матери более ориентированы на формирование макропривязанностей, т. е. способствуют развитию у ребенка привязанности к отцу и другим членам семьи. Приемный ребенок имеет свои нерешенные проблемы, выступающие препятствиями для принятия в замещающую семью. В.Н. Ослон выделяет следующие препятствия идентификации:

истощение ресурса привязанности; ожидание идеального родителя; смерть биологических родителей. И как следствие отсутствия идентификации мы наблюдаем нарушения в поведении приемного ребенка, отторжение его семьей. Методы телесной терапии особенно эффективны для лечения психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм (травмы развития, шоковые травмы) и посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных состояний. Психология телесности является также инструментом личностного роста, позволяющим добиться более полного раскрытия личностного потенциала, увеличения числа доступных человеку способов самовыражения, расширения самоосознания, коммуникации, улучшения физического самочувствия как замещающих родителей, так и приемного ребенка

*Локтионова А.В.*

## **Регресс и фиксация с точки зрения феноменологии**

«Регресс» и «фиксация» с точки зрения феноменологии: появление и исцеление в невербальном (телесном) и символическом (ролевом) пространстве самости. В своем докладе мы исходим из того, что развитие самости ребенка и структур Я происходит в непрерывной межперсональной соотнесенности и межперсональном взаимодействии, в котором все, что делает ребенок, является активным проявлением его ощущения самости (Stern D., 1995). Поскольку ребенок не умеет говорить, различные авторы исходят из того, что процесс развития личности ребенка наблюдаем, но не доступен и не может быть изучен (Piaget J., Freud S., Erikson E., Klein M.) В психоаналитической практике рассматривается «клинический» ребенок: т. е. тот, которого воссоздавали взрослые люди: терапевт и пациент. «История младенца» в психоанализе, как указывает Д. Стерн, состоит из воспоминаний, их интерпретаций и соответствующей интерпретациям реконструкции истории. Историческая правда в этом случае устанавливается исходя из той или иной теории, а не из того, что представляет ребенок в действительности. Представления о том, что переживает младенец, начинают формировать наше мнение о его развитии. Если мы представим себе, как разные специалисты отнесутся к материалу одного случая, то, скорее всего, их мнения в своей центральной идее будут отличаться одно от другого. Исследователи младенцев и детей все больше опираются на феноменологический метод понимания. Мы хотим

рассказать о нашем феноменологическом понимании Дины, которой на момент встречи с ней было 1 год 2 месяца, и о психотерапии этого случая, в котором психоаналитик обнаружил бы регресс, а представитель теории привязанности — «реакцию на разлуку/утрату», и о Вове 5,5 лет, в истории которого, с аналитической точки зрения, может быть усмотрена фиксация. Феноменологический взгляд на ребенка Д. Стерна кардинально изменил наше мышление и взаимодействие с ребенком. Вслед за ним, больше всего мы учимся наблюдать за ребенком, вчувствоваться в наблюдаемое, давать место собственному резонансу, его осознанию и стремимся «прочувствовать» субъективный опыт ребенка. Два представленных случая позволяют акцентировать роль межперсонального опыта в развитии нарушений развития и их терапии, релевантность четырех фундаментальных мотиваций в практике работы детского психотерапевта, осветить некоторые эпизоды в развитии самости и структур Я в межперсональном взаимодействии. Мы укажем характерные черты «диалога» с ребенком, ведущего к развитию и наполнению самости.

*Мазур Е.С.*

*Гайда Е.Я.*

## **Соматическая терапия психической травмы в реабилитации пациентов с ППР**

В последние десятилетия значительно выросли проявления пограничных психических расстройств (ППР), включающих в себя широкий спектр невротических и личностных нарушений. Существенной характеристикой ППР является ведущая роль психотравмирующего фактора в возникновении и декомпенсации болезненных проявлений (Александровский). Чрезвычайная распространенность в наши дни психотравмирующих событий делает особенно актуальным поиск новых методов психологической реабилитации и психотерапии для пациентов с ППР, подверженных воздействию психических травм. Одним из таких методов является соматическая терапия психической травмы. Он является новым для отечественной психотерапии, продуктивно используется в практике и представлен в ряде публикаций (Мазур, 2003; Дозорцева, 2003). Этот метод использовался в специально разработанной психотерапевтической программе в реабилитации пациентов с пограничными психическими расстройствами, переживающими психические травмы в

ГНЦССП им В.П. Сербского (Мазур, Гайда, 2010; Мазур, Хруленко-Варницкий, 2011). Остановимся на некоторых положениях данного подхода. Основы соматического подхода в терапии травмы были заложены работами П. Левина (Левин, 2007). Этот подход опирается на знания в области соматической психологии, психофизиологии и методы телесной и процессуально-ориентированной психотерапии. Ценность соматической терапии заключается в том, что этот вид терапии специально был создан для работы именно с психической травмой. По мнению автора, травматические симптомы возникают в результате прерывания защитных реакций бегства, борьбы или оцепенения, которые являются естественным ответом живого организма на травматическое событие, а также накопления возбуждения нервной системы (или остаточной энергии), которая была мобилизована при встрече с травмой и не нашла выхода (или разрядки). Исходя из данного понимания, соматическая терапия травмы предполагает завершение незавершенных реакций, разрядку повышенного возбуждения (или остановленной энергии) и, благодаря этому, освобождение от травматических симптомов, превращение травматических дезадаптивных реакций в адаптивные защитные реакции. Согласно подходу П. Левина, психотерапевтическая работа с травмой происходит благодаря пробуждению естественной способности к саморегуляции, которая понимается как психологическая и биологическая способность человека к целенаправленной самоорганизации. Саморегуляция толкуется также как естественная природная способность человека к самоисцелению, основанная на внутренних ресурсах организма, активация и телесное осознание которых помогает преодолеть психическую травму. В практике соматической терапии травмы используются директивные и недирективные методы работы; в качестве ведущего применяется метод, получивший название «соматическое переживание» (СП). В ходе «соматического переживания» пациенту предлагается непрерывно чувствовать телесные ощущения и наблюдать за процессом их изменений. В процессе чувствования и осознания телесных ощущений пробуждаются целительные процессы завершения травматических реакций, происходит разрядка повышенного возбуждения (остановленной энергии), преобразование адаптивных реакций в дезадаптивные, а также трансформация травматических образов, эмоциональных переживаний и смыслов травмы. В ходе соматического процесса удается замедлять и осознать все элементы травматического опыта, что позволяет им разрешаться и преобразовываться. Процесс соматического переживания представляет собой индивидуальный ресурс или потенциал скрытых возможностей организма к саморегуляции, который позволяет трав-

матическому переживанию самому завершаться в ходе психотерапии. Терапия травмы предполагает реализацию определенной последовательности этапов работы, основными из которых являются: 1) создание безопасности, 2) построение ресурсов, направленных на восстановление и расширение средств саморегуляции; 3) последующая работа с травматическим опытом, нацеленная на разрешение симптомов и завершение травматических переживаний. Этот метод может быть использован как в индивидуальной, так и групповой форме. В исследовании Е.С. Мазур показана эффективность соматической терапии психической травмы в форме групповой работы в реабилитации с ППР (Мазур, 2011).

*Мазурова Н.В.*

### **Социально-психологическая адаптация родителей к болезни ребенка**

Болезнь ребенка вызывает сильное эмоциональное напряжение, осознаваемую и неосознаваемую тревогу, дистресс. Следующей фазой общего адаптационного синдрома является фаза приспособления. Для выяснения суммы факторов, влияющих на процесс адаптации родителей к болезни ребенка, а также выделения «мишеней» психологической и психотерапевтической помощи родителям было проведено исследование уровня социально-психологической адаптации родителей больных детей. Обследовано 768 родителей, которых мы условно разделили на две группы, исходя из фактора тяжести заболевания ребенка. В первую группу вошли 368 родителей, имеющих детей с тяжелыми, жизнеугрожающими заболеваниями. Во вторую группу вошли 400 родителей, воспитывающих детей с умеренно тяжелыми заболеваниями. Группа сравнения: 200 родителей здоровых детей.

Методы и методики исследования: анализ медицинских карт детей, наблюдение, беседа, анкетирование, методика «Социальная сеть» (Glenys Parry, 1990), методика диагностики социально психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда, «Пятифакторный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста), методика самооценки психических состояний Г. Айзенка, опросник уровня субъективного контроля (Е.Ф. Бажина, Е.А. Гольнкина, Л.М. Эткинд), копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкмана, опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко), тест супружеского общения (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Ду-



бовская), анкета «Семейные роли» (А. Черников), тест ценностных ориентаций М. Рокича. По результатам исследования было установлено следующее. Тяжесть состояния ребенка является наиболее значимым, но не единственным показателем адаптации родителей к его болезни и процессу лечения. С ухудшением физического состояния ребенка показатели адаптации родителей снижались, с улучшением состояния показатели адаптации повышались. Однако такая зависимость имеет значение только при первых ремиссиях. Пол ребенка не влияет на адаптацию родителей. Такие личностные особенности родителей, как низкие активность, общительность, доверие к окружающим, настойчивость, ответственность, любознательность и пластичность, а также низкий уровень субъективного контроля являются предикторами низкой адаптации родителей. Факторами, способствующими высокой адаптации, являются: стремление к сотрудничеству, уважение других, настойчивость, высокая активность, пластичность, стремление к развитию, любознательность, высокий уровень субъективного контроля. Такие семейные особенности, как открытость, искренность в общении, взаимопонимание, отсутствие конфликтов, сплоченность, стабильность, высокая психотерапевтичность общения служат показателями лучшей возможности адаптироваться к болезни ребенка. Отмечается взаимосвязь стажа брака и его устойчивости к проблемам. Чем больше стаж брачно-семейных отношений, тем в меньшем проценте случаев распадается семья. Значимым критерием для устойчивости брака стало наличие постоянной помощи по уходу за ребенком со стороны бабушек-дедушек, других родственников. Чем выше соответствие потребности и получения той или иной помощи, тем устойчивее брачно-семейный союз. У родителей с низкой социально-психологической адаптацией, как правило, низкое субъективное ощущение удовлетворенности браком. Более устойчивыми к действию стрессоров являются те семьи, в которых есть понятное и объяснимое распределение ролей, но нет их жесткого закрепления за конкретным человеком. Значимым макросоциальным фактором адаптации родителей являются их религиозные убеждения. Такие макросоциальные факторы, как запрет на выражение эмоций, критика со стороны родных, перфекционизм и недоверие к людям ухудшают адаптацию родителей. Установка на безусловное принятие ребенка улучшает адаптацию. Полорольевые стереотипы эмоционального поведения, поддерживаемые обществом, ведут к высокому уровню запрета на выражение чувств, что затрудняет их переработку. Высокий уровень запрета на выражение астенических эмоций печали и страха у мужчин может приводить к трудностям обращения за помощью и получения эмоциональной поддержки, что затруд-

няет переработку психологического стресса, ухудшает процесс адаптации. Высокий уровень запрета на выражение гнева, как у женщин, так и у мужчин, может способствовать вытеснению этой эмоции и росту скрытой враждебности, что также не может способствовать благоприятной социально-психологической адаптации родителей.

*Марковская Г.Г.*

## **Метод смехотерапии в психокоррекции подростков с бронхиальной астмой**

Подростки с бронхиальной астмой испытывают двойной стресс. Им необходимо справиться с фрустрацией переходного возраста, а также нужно совладать с приступами астмы, которые негативно сказываются на эмоциональном состоянии и качестве жизни. Ставшие особенно популярными в последние годы исследования в области гелотологии показали, что оптимистический взгляд на мир и чувство юмора являются универсальным средством совладания с трудностями. Для проверки позитивного влияния смеха на настроение нами была поставлена цель: проследить динамику психического состояния подростков с бронхиальной астмой в процессе смехотерапии. Программа смехотерапии, примененная в исследовании, была разработана Анной Александровной Аблязизовой, выпускницей СПбГИПСР, совместно с научным руководителем Г.Г. Марковской в 2012 году. Целью программы явилось применение метода смехотерапии для нормализации эмоционального состояния подростков. Основной программы является подборка смешных роликов, выбранных из большого количества такой продукции, размещенной в Интернете. Видеосценарий предварительно был трижды апробирован на студентах Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. На основе оценок студентов, мнений экспертов-психологов и специалистов в области организации праздников видеосценарий дважды менялся и совершенствовался. Исследование проводилось на базе Государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга детского санатория «Березка». В исследовании приняли участие 30 школьников 7–9 классов 14–15 лет с диагнозом «бронхиальная астма», получающие лечение в этом санатории. Для изучения психических состояний подростков использовались следующие методы:

авторская анкета, методика САН, методика самооценки реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, методика оценки оптимизма и активности личности, шкала радости/депрессии М. Аргайла, методика самооценки эмоциональных состояний А. Уэссмана и Д. Рикса. Для оценки отношения подростков к процедуре смехотерапии была разработана анкета из пяти вопросов. В целом исследование показало, что самочувствие, активность и настроение большинства подростков с диагнозом «бронхиальная астма» оцениваются как средне-низкие. У большинства обследованных подростков высокий уровень ситуативной тревожности. Сравнивая результаты тестирования до и после сеанса смехотерапии, который длился 1,5 часа, были выявлены следующие закономерности. Самочувствие, активность и настроение испытуемых достоверно увеличились в процессе смехотерапии. Ситуативная тревожность у подростков существенно снизилась (значения по шкале Спилбергера в среднем уменьшились с 47,67 до 40,63). Субъективное ощущение радости значимо выросло (в среднем выросло с 5,17 до 6,43 по шкале радости/депрессии Аргайла). Спокойствие, энергичность, уверенность в себе, приподнятость настроения школьников значимо выросли (самооценка по шкале «Спокойствие — тревожность» в среднем по выборке увеличился с 5,50 до 7,37; по шкале «Энергичность — усталость» увеличился с 5,63 до 6,77; по шкале «Приподнятость — подавленность» увеличился с 5,97 до 7,47; по шкале «Уверенность в себе — беспомощность» в среднем по выборке увеличился с 5,87 до 7,83). Таким образом, сеанс смехотерапии позитивно сказался на настроении и уверенности школьников в себе. Всем без исключения подросткам занятие по смехотерапии понравилось. Все участники ответили, что хотели бы, чтобы подобные занятия проводились в дальнейшем более или менее часто. На предложение описать свои впечатления о занятии в свободной форме школьники ответили следующим образом: «Класс! Побольше смешных видео»; «Чаще бы, и по 3 часа»; «Посмеялась от души»; «Было весело и смешно»; «От рассказа вообще смешно!»; «Эх, были бы такие занятия всегда!». Динамика психического состояния не связана с такими индивидуальными чертами, как оптимизм и активность, а также не связана с полом респондентов. В данном исследовании метод смехотерапии показал себя как результативный, относительно безопасный, недорогой и простой, т. е. не требующий высокой квалификации ведущего, способ снятия напряжения и повышения настроения у подростков с бронхиальной астмой.

*Оганесян Н.Ю.*

## **К вопросу объективизации динамики психомоторики в танцевальной психотерапии**

Танцевальная терапия это, прежде всего, моторика, затем невербальные коммуникации и эмоции. Исключительно важным вопросом является разработка именно моторных тестов для исследования динамики танцевальной терапии больных шизофренией. Методика оценки динамики развития психомоторной активности больных шизофренией «Телесный анализ» разработана автором в 2007 г. (Оганесян, 2007). Результаты методики были апробированы на исследовании 300 больных шизофренией с дефицитарными нарушениями (Оганесян, 2010), 120 больных малопрогредиентной формой шизофрении (Краузе, 2011; Борисова, 2012) и 100 больных невротическими расстройствами (Оганесян, 2012).

Представляем данную методику: Бланки групповой и индивидуальной динамики психомоторного состояния заполняются танцевальным терапевтом в начале прохождения танцевальной терапии и в конце, причем индивидуальная динамика оценивается в процессе индивидуальной и групповой танцевальных импровизаций. Для оценки динамики танцевальной терапии используется видеоматериал танцевально-терапевтических сессий. Видеосъемка проводится с согласия пациентов. Некоторые параметры методики можно предъявлять пациентам также для самооценки. Бланки телесного анализа предъявляются пациентам, и танцевальный терапевт говорит: «Прочтите внимательно и поставьте крестик в графах от 0–5 относительно себя — ваших движений и танцевальных коммуникаций». То же самое говорится перед просмотром видеоматериалов независимыми экспертами, которые оценивают танцевальные коммуникации пациентов. Пациенты могут оценивать себя после 3-й и 10-й сессий, а независимые эксперты (психологи, врачи стационара) при просмотре видеоматериала. То, что пациенты оценивают себя дважды, на 3-й и 10-й сессиях, позволяет с помощью видеоматериала наглядно показать, какие успехи они сделали в процессе танцевальной терапии. Это, по нашему мнению, способствует как повышению, так и более адекватной самооценке. Бланки методики включают: Анализ индивидуальной динамики психомоторного состояния в процессе танцевальной терапии, включающий 9 параметров: 1) двигательные функции; 2) телесный якорь; 3) сила и динамика движений; 4) двигательный репертуар; 5) части тела; 6) отношение к пространству; 7) направление движений; 8) уровни движений; 9) использование музыки и ритма, — состоящих из 38 признаков.

Анализ групповой динамики в процессе танцевальной терапии включает 6 параметров: 1) контактность в танце-импровизации; 2) коммуникативность в группе; 3) поведение пациента в группе; 4) моторно коммуникативное состояние группы; 5) использование музыки и ритма; 6) отношение к танцу, — состоящих из 31 признака. Все признаки имеют градацию от 0–5 баллов, что позволяет использовать математическую обработку материалов исследования. Исследования, полученные нами с помощью разработанной методики «Телесный анализ», показали, что в процессе танцевальной терапии движения становятся более сильными, в разных плоскостях: сагитальных и латеральных — 94 %, фронтальных — 76 %, трансференсных — 64 %. Расширяется диапазон движений, и пациенты начинают импровизировать образный танец, а затем рассказывать, что они изображали. Особенно следует отметить, что у 92 % пациентов оценка моторно-эмоциональной и коммуникативной выразительности в процессе танца была адекватной, несмотря на то, что в большей части это были дефицитарные, инвалидизированные больные. Это достигается, по нашему мнению, использованием наиболее понятного таким больным стимульного материала (танец и движение). В 83 % случаях самооценка танцевальных импровизаций пациентов и их оценка врачами, психологами и танцевальным терапевтом совпала. Апробация методики была проведена танцевальными терапевтами, прошедшими обучение на курсе «Танцевальная терапия» в ИДО РГПУ им. А.И. Герцена и ИПП «ИМАТОН», на более 1300 здоровых испытуемых. Резюмируя, отмечаем, что разработанная автором экспериментально-психологическая методика «Телесный анализ» представляет собой продолжение и дополнение клинического анализа психического статуса больных шизофренией, позволяя получать дополнительную диагностически значимую информацию, лежащую вне рамок обычной психологической диагностики (Oganessian, 2013).

*Правдина Л.Р.  
Верхушкина У.Б.*

## **Влияние телесно-ориентированного тренинга на личность и состояние его участников**

Методы телесно-ориентированной психотерапии (в дальнейшем — ТОП) ориентированы на изучение тела, обретение телесности как способности к осознанию телесных ощущений, на исследование проявле-

ний потребностей, желаний и чувств в различных телесных состояниях. Эти методы работают с психикой через тело, открывая путь к соматическому бессознательному и преодолению выявленных в нем блоков. Они опираются на предположение о том, что тело человека является материальным отражением пережитых им эмоциональных состояний. Человек, подавляя свои желания и эмоции, создает блоки и зажимы в своем теле, препятствующие свободному протеканию энергии. Современная психология все больше ориентируется на холистические концепции здоровья человека, поэтому телесные аспекты в психотерапии приобретают все большее значение. В последние годы в российской психологии резко возрос интерес к знакомству и освоению телесно-ориентированной психологии. Однако при всей ее популярности в настоящий момент очень мало психодиагностических исследований влияния ТОП-практик на личность. Так, в Интернете по соответствующему запросу нашлось единственное дипломное исследование, в котором изучалось влияние телесно-ориентированной терапии на психологическое здоровье человека и было показано, что при применении методов ТОП происходит значительное снижение депрессивных состояний у пациентов. В то же время действительно интересно количественно подтвердить потенциал популярных ТОП-практик. Что меняется в психике, что может быть зафиксировано стандартными психодиагностическими инструментами? Или эффекты выполнения упражнений в телесном тренинге исчерпываются улучшением настроения благодаря необычным, позитивно окрашенным действиям, вниманию к себе, телесным контактам, которых большинству взрослых так не хватает? Целью проводимого нами исследования стало изучения влияния тренинга ТОП на самооценку, самоотношение, актуальное состояние, реакции тревожности, страха, агрессивности и самоидентификацию участников. В исследовании приняли участие 40 человек в возрасте от 20 до 45 лет. В 24-часовой программе тренинга использовались классические упражнения вегетотерапии В. Райха, танатотерапии, а также упражнения, направленные на работу с базовыми проблемами личности: сверхконтроля, контактов, сексуальной сферы и опор. Тестирование проводилось перед началом телесно-ориентированного тренинга и непосредственно по окончании тренинговых занятий. Использовались следующие методы: проективный рисуночный тест «Автопортрет» — для диагностики бессознательных эмоциональных компонентов личности (самооценка, актуальное состояние, невротические реакции тревожности, страха, агрессивности); тест Люшера — для выявления склонности к стрессам, внутренним конфликтам и определения энергетического состояния человека по вегетативному коэффициенту.

Методика графического шкалирования Дембо–Рубинштейна использовалась для исследования самооценки самочувствия в области физического, психического, социального и духовного здоровья; а диагностическое упражнение «Кто я?» — для изучения самоидентификации. В соответствии с предварительными результатами исследования, после проведения тренинга у участников наблюдается повышение жизненного тонуса, самооценки и самовосприятости, усиливается позитивное отношение к себе, происходит снижение агрессии, тревожности и депрессии. Мы предполагаем, что при дальнейшей обработке результатов эти тенденции будут значимо подтверждены и тем самым будет показано адаптивное влияние телесно-ориентированного тренинга на психологическое состояние участников.

*Риковская В.Б.*

*Оганесян Н.Ю.*

## **Танцевальная терапия как метод невербальной психотерапии**

Танцевальная терапия — это самостоятельный вид невербальной психотерапии, где выразительное движение и танец используются как средства, с помощью которых индивид вовлекается в процесс личностной интеграции и роста. Подобно терапевтам других направлений, танцевальный терапевт создает с клиентом контакт, который определяет рамки и границы терапии (Грэнлунд, Оганесян, 2004; Оганесян, 2008). Танцевальная терапия включает разные теоретические фундаменты и подходы: психоаналитическую и нейропсихологическую теорию, психодинамическую и поведенческую терапию, телесноориентированную и гештальт-терапию, психодраму и т. д. Через движение и танец внутренний мир каждого человека становится осязаемым и видимым. В теле есть мышечная память, которая тесным образом связана с пережитыми когда-либо чувствами. Танец естественным образом вызывает воспоминания о ситуациях, снах, образах и связанные с ними эмоции. В процессе занятия создается безопасная среда, в которой любые чувства могут быть безопасно выражены, признаны и коммуницированы. Выделяют несколько основных целей занятий по танцевальной терапии (Рудестам, 1993): 1) расширение сферы осознания собственного тела, его использования и возможностей, что повышает физическое и эмоциональное

здоровье; 2) повышение самооценки путем развития безопасного, более положительного или привлекательного образа тела; 3) совершенствование социальных умений тех пациентов/клиентов, которые нуждаются в тренинге элементарных социальных навыков; 4) приведение человека в контакт с его чувствами путем установления связи чувств с движениями; 5) следствие групповой сессии — глубокий групповой опыт. Основная цель танцевально-двигательной терапии в работе с пациентами психиатрического стационара — это минимизация патологической симптоматики за счет коррекции двигательной, эмоциональной, поведенческой и межличностной сферы в результате психотерапевтического использования танца и движения (Оганесян, Толошинова, Риковская, 2010). Танцевальные терапевты на этапе реабилитации строят свою работу с пациентами на проигрывании настоящего и будущего и очень осторожно работают с прошлым. С позиции био-психо-социального подхода можно выделить следующие терапевтические мишени: а) биологические — коррекция координации движения, проработка телесного панциря, улучшение кровотока и обмена веществ, активизация мышечного тонуса, снижение побочного эффекта препаратов; б) психологические — гармонизация психических процессов, снижение тревоги, повышение настроения, стимулирование волевых процессов и повышение мотивации к деятельности, общению; в) социальные — формирование умения выражать эмоции, развитие коммуникационных навыков, повышение самооценки через осознание своего тела, своих возможностей. В зависимости от нозологических особенностей группы занятия по танцевальной терапии могут приобретать ту или иную специфическую направленность. Например, при шизофрении одной из целей ТДТ является стимуляция эмоционально-волевой активности пациентов. Помимо этого, через движение танцевальный терапевт способствует гармонизации ассоциаций с жизнью, невербально обучает жить «здесь и сейчас», восстанавливает коммуникативные навыки, формирует активную жизненную позицию вне зависимости от болезни. При ОЗГМ основными задачами являются гармонизация психоэмоционального состояния пациентов, коррекция координации движений, развитие осознания собственного тела и возможностей его использования, высвобождение подавляемых чувств, развитие социальных навыков общения и адекватного выражения своих эмоций (Фаддеев, Агишев, Леонтьева, Риковская, 2011). Для больных с невротическими расстройствами танцевальная терапия является раскрывающей психотерапией, позволяющей отреагировать нарушенные взаимоотношения в социуме в безопасной обстановке (Оганесян, Лиманкин, 2012). В настоящее время танцевальная терапия активно разви-



вается и применяется в одном психиатрическом стационаре в Самаре и в пяти в Санкт-Петербурге, где работают выпускники программы переподготовки по курсу «Танцевальная терапия» в РГПУ им. А.И. Герцена и ИПП «ИМАТОН» (Milena Adamkova Segard, Bela Hatlova (eds) 2013). Представители Санкт-Петербургской школы танцевальной терапии с успехом выступили с докладом и мастер-классами на The 4th International Workshop of Psychomotricity «Psychomotor Therapy in Schizophrenia Treatment» 9th — 11th April 2013, проводимой Department of Psychology at the Faculty of Education, Jan Evangelista Purkyně University in Usti nad Labem CZ ([www.spbadmt.ru](http://www.spbadmt.ru)).

*Русина Н.А.*

## **Экзистенциальная психотерапия пациента психосоматического профиля**

В работе с пациентом психосоматического профиля обнаруживаются высокая степень самоконтроля, сдерживание эмоций. Для него актуальны вопросы смысла жизни, вины, тревоги. В категориях экзистенциального анализа (ЭА) «экзистенция» — наполненность жизни. Задача человека — иметь внутреннее согласие, формировать свою жизнь, быть автором своей жизни. Согласно теории ЭА, человеческая экзистенция проявляется в 4-х реальностях: «мир» — то, что окружает человека; «жизнь» предполагает понимание, как человек «вносит себя в нее», взаимодействует с этой жизнью; «бытие самим собой» требует от Person аутентичности, задает вопрос «что делает меня ценным?»; «будущее» предполагает нахождение себя в более широком контексте: семья, общество, смысл жизни. При внутреннем согласии в каждой из реальностей возникает ощущение внутренней свободы (А. Лэнгле, 2009). Нарушения экзистенции приводят к стрессам, к клиническим расстройствам, к заболеваниям. Главная категория на уровне взаимодействия с «миром» — «я могу быть». Нарушения взаимодействия с «миром» порождают страх, тревогу, у человека нет защиты от опасности, нет опоры в мире. Нарушения на уровне «жизнь» формируют депрессии. Человек не способен адекватно воспринимать и выражать положительные эмоции, у него нарушен баланс категории «мне нравится». Нарушение на уровне «быть самим собой» приводит к тому, что человек не может справиться и быть в мире с самим собой. Нарушается баланс категории «я имею право». Утрата «горизонта», напря-

жение в сфере смысла жизни вызывают нарушение баланса категории «я должен», приводят к риску суицида, зависимого поведения. Все вместе формирует экзистенциальный страх. Для анализа жизни пациента как целостности его отношения с миром применяем ЭА. Анализируем все измерения: физическое, социальное, психологическое и духовное. Физическое измерение отражает степень приспособления к физической среде. Фиксируем физическое состояние, мышечный панцирь. Предлагаем упражнения на релаксацию, глубокое дыхание, технику парадоксальной интенции. Социальное измерение означает, что мир отношений с другими людьми является одним из факторов создания собственного мира. Выявляем отношения с семьей, ближайшим окружением, диагностируем жизненными ситуациями, находим напряжения. Личное измерение охватывает отношения с самим собой и близкие отношения с другими, чувство «я есть». Анализируем, как пациент понимает окружающий мир, то есть самость, сердцевину личного мира, отношение к себе. Духовное измерение — мир отношений с ценностями, смыслами жизни. Раскрытие и формулирование ценностей, согласно которым строится жизнь, является первым шагом в преодолении проблем на первых 3-х уровнях. Пациент не задумывается над тем, чего хочет в жизни. Заключение пациента после сеансов бывает следующим: «мне не надо пытаться вернуться в то, прошлое состояние, я должен стать другим и жить по-другому. Того состояния уже не вернуть, но и жалеть о нем не надо». На уровне психосоматики имеем внутриличностный конфликт. Выявляем его. ЭА позволяет показать, что у страха есть смысл, но человек его неправильно понимает. Страх — сигнал того, что с экзистенцией что-то не в порядке: «Я ищу не в том месте!». Если пациент примет решение, что ему не надо быть таким, как прежде, но стать другим, и ему будет жить не так плохо, но по-другому, средство, с помощью которого он хочет удержаться в прежней роли и которое приводит к болезненным симптомам, перестанет иметь смысл. Симптом исчезнет. У психосоматических больных на всех (или нескольких) уровнях экзистенции нет внутреннего согласия. Страх и тревога не дают возможности пациенту иметь внутреннюю опору, «я не могу быть таким, как раньше», что формирует патологический симптом. Необходимо показать пациенту, как его эмоции уходят в тело, показать связь эмоций и телесных проявлений. Отрицательные эмоции подавлены, что создает депрессивный фон. Зачастую нет и экзистенциального смысла: во имя чего жить, поскольку психосоматические больные инфантильны и привязаны к одному объекту. Потеря объекта, ограничение взаимодействия с ним, развитие отношений, отличных от плана пациента, способствуют аггравации симптома. Внутренняя рабо-

та пациента должна привести к мысли, что его субъективные ощущения нарушения нездоровья могут иметь место, ибо это даст ему возможность Быть. Итогом работы должно стать обретение пациентом нового смысла через особого рода обращение с ситуацией и ее преобразование, заключение нового контракта с жизнью, обретение аутентичности.

*Соколовская Т.В.*

*Варшаловская Е.Б.*

### **Актуальные тенденции в психологическом консультировании**

С начала 90-х годов XX века в отечественной психологии получили развитие различные тенденции и направления, что явилось следствием кризисной ситуации в стране. Слом привычных социальных стереотипов общественной жизни, стандартов социального поведения, системы ценностей, ориентированных на коллективное сознание, определили общественный запрос на расширение сферы профессиональной деятельности специалистов в области практической психологии. Акцент в профессиональной деятельности психологов, направленной на улучшение социальной адаптации человека, сместился с развития коллективного сознания на формирование индивидуалистического менталитета, в первую очередь таких психологических качеств, как ответственность за свои решения и собственную жизнь, гибкость, способность формулировать цели и добиваться результата. Конфликт между требованиями общества и неспособностью многих людей соответствовать новым жестким реалиям сформировал повышенный запрос на индивидуальную психотерапию и психологическое консультирование и определил бурное развитие в России различных психотерапевтических течений и направлений (психоанализ, бихевиоральная терапия, психодрама, психосинтез и т. д.). Данные методы, безусловно, способствуют расширению позитивных личностных ресурсов, помогают удовлетворить потребность людей в понимании, сочувствии, сопереживании, осмыслении своих проблем, формировании мотивации к изменениям. Следствием явилось развитие системы услуг в рамках психологического консультирования. Однако опыт работы в этой сфере в настоящее время показывает изменение вектора социального запроса с удовлетворения индивидуалистических потребностей клиента или пациента в сферу межличностных отношений, где приори-

тетом является область семейно-супружеских отношений. Исследования последних лет показывают, что актуальными проблемами, с которыми обращаются к психологам, являются следующие: установление контакта с противоположным полом, знакомство, сохранение отношений, сложности в выражении собственных чувств и понимании чувств партнера. Влияние средств массовой информации, интернет-сообщества, навязывающих штампы «современных отношений», подмена понятий «любовь» и «сексуальные отношения», гендерная «война» (однополые браки, усыновление детей однополыми родителями и т. д.) сместили нравственные ориентиры: изменились представления о семье, роли мужчины и женщины в семье и обществе, значимость брака. Влияние социально-психологических манипуляций на общественное сознание привело к утрате основополагающих ценностных установок в семейно-брачных отношениях. Однако, с другой стороны, отмечается позитивный запрос, особенно у молодежи, на создание семьи, восстановление семейно-брачных отношений, сохранение семейных отношений как оплота, поддержки, устойчивости, защиты. Актуальной в настоящее время является проблема подготовки специалистов высокого профессионального уровня в рамках интегративной модели психологического консультирования. Система обучения должна быть комплексной, включать в себя получение знаний и навыков по таким направлениям, как медицинская психология, детская и подростковая психология, семейная психотерапия, психологическое консультирование супружеских пар. В системе подготовки, переподготовки, повышения квалификации психологов необходимо делать акцент не только на повышение уровня знаний и навыков, но и на развитие нравственных, моральных и этических составляющих личности специалистов. Решению этих задач в значительной степени способствует включение в программы обучения систематической супервизии, тренинга профессиональных коммуникативных навыков, балинтовских групп.

*Трошихина Е.Г.*

## **Невербальные методы терапии в исцелении травмы**

Посттравматическое стрессовое расстройство можно назвать болезнью воспоминаний пережитого страха и ужаса, вины и беспомощности. Наиболее общим признаком ПТСР является повторное переживание человеком травмирующего события, в виде флэшбэков. Еще Пьер Жанэ от-

мечал, что травматические воспоминания не могут быть преобразованы в нейтральный рассказ, ввиду диссоциативного процесса. Интенсивные эмоции, вызванные травмой, подавляют функционирование мозговых структур, отвечающих за вербальную обработку информации и автобиографическую память (Van der Kolk, D. Siegel, M. Solomon). В случае «эмоционального налета» (Д. Големан), миндалина, более древняя структура, связанная с эмоциональным правым мозгом, сокрушает функционирование гиппокампа, более поздней структуры мозга, с его связями с зоной Брока. Поскольку эти структуры наиболее возлечены в перевод субъективного опыта в речевую форму, то таким образом блокируется способность придать контекст событиям. Не обработанные словесно, эмоциональные и сенсорные элементы, связанные с травмой, разобщены от других образов памяти и как бы находятся в «психическом кармане». В силу того что травматические воспоминания остаются не интегрированными в когнитивную схему индивида, человек оказывается «застывшим» в травме как в актуальном переживании. Поскольку люди не могут рассказать о событии и чувствах, особую роль при работе с травмой играют невербальные методы, например, рисунок или создание композиции в подносе с песком. Они позволяют выразить травму без разговора, невидимое внутри становится зримым вовне, в созданном образе. В безопасных условиях, постепенно, травма находит свой путь к символическому выражению. Рано или поздно флэшбэк встает перед глазами и клиента, и терапевта. Чудовищное и жуткое, выплеснутое на бумагу или в композиции, затрагивает до глубины души обоих. Это молчаливый вызов тому, чему нет слов. Тренирующее изнутри, выраженное в ограниченном пространстве листа бумаги или контейнера подноса, приобретает внешнюю форму и символическое содержание, что позволяет сознанию иметь дело с травматическим опытом. И тогда открывается доступ к чувствам и возможность говорить. Как только появляется путь для перевода сенсорных и эмоциональных отпечатков в личное повествование, они становятся элементами эксплицитной памяти и организуются по ее законам: подвергаются различной степени искажениям: уплотнению, заглушению. Для иллюстрации приведу случай терапии клиента с ПТСР, ветерана, участвовавшего в боевых действиях. Ценность песочной терапии (Sandplay) в том, что она обеспечивает пространство для молчаливой работы. Клиент создает композицию в подносе с песком. Он может брать любые фигурки с полок, наливать или нет воду, передвигать или нет песок. В начале терапии Николай создавал хаотичные композиции, размещая перевернутые фигурки друг на друга: дома, животных, людей, солдат, и говорил, что все здесь мертвое. Слой за слоем

они покрывали все пространство подноса. Аналогично одно за другим раскрывались его чувства при рассказе о картине: гнев, вина, страх, беспомощность. Терапевт следует за клиентом в его темпе самораскрытия, что позволяет ассимилировать травматический опыт. Выражение сильных чувств в нескольких композициях сменялось поиском устойчивого состояния в одной последующей. Например, крепкий дом. Затем снова появлялись хаотичные сюжеты. Через несколько сессий флэшбэк, который мучил Николая, оказался выраженным в композиции. Так шаг за шагом травма нашла путь к символическому выражению, что принесло освобождение. Появилась возможность переживать и говорить о том, о чем так долго хранилось молчание. Когда клиент рассказывает историю травмы, терапевт помогает разворачивать ее в подробностях, а затем собирать элементы травмы воедино. В присутствии терапевта, свидетеля и союзника, клиент может говорить искренне и глубоко об ужасном и отвратительном. Постепенно разрозненные образы и ощущения собираются в целостный рассказ, ориентированный во времени и контексте случившегося. Работа по реконструкции событий фактически трансформирует травматическую память в нарративную, и тогда она уже может быть интегрирована в жизнь клиента. Еще в 400 году до н. э. Сунь Цзы в трактате «Искусство войны» сказал: «Если вы знаете врага и знаете себя, вы не должны бояться результатов сотни сражений. Если вы не знаете ни врага, ни себя, вы уступите в каждом сражении». Это особенно применимо, чтобы иметь дело с ужасами, застрявшими из прошлого.

*Трусова А.В.*

## **Опыт применения краткосрочных вмешательств при алкогольной зависимости**

Актуальность и цели исследования. На острие проблем современного здравоохранения России — проблема раннего выявления и профилактики алкогольной зависимости, а также совершенствование доступных для населения форм профессиональной наркологической помощи. В условиях крайне низкой обращаемости в кабинеты амбулаторной наркологической помощи и сокращения сроков госпитализаций по поводу алкогольной зависимости очевидна необходимость внедрения психокоррекционных воздействий, мотивирующих к уменьшению или прекращению употребления алкоголя, в систему первичной медицинской

помощи. В рутинную практику амбулаторных и стационарных учреждений здравоохранения многих Европейских стран и США за последние 15 лет были введены краткосрочные психокоррекционные вмешательства (Brief Intervention) для поощрения людей к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя. Обычная цель их применения — вмешательство в употребление алкоголя на раннем этапе, до формирования зависимости. До недавнего времени применение краткосрочных вмешательств у выявленных в общесоматической сети больных алкоголизмом было скорее исключением. Однако в настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к расширению области применения краткосрочных мотивационных вмешательств. В последнее время были опубликованы данные ряда зарубежных исследований, подтверждающих эффективность и целесообразность их применения у пациентов с зависимостью от алкоголя. Целью исследования являлась оценка влияния краткосрочных мотивационных вмешательств на мотивацию к лечению, представления о своем заболевании и готовность к изменениям у госпитализированных больных с алкогольной зависимостью.

Методы. В исследование были включены 105 госпитализированных больных с синдромом зависимости от алкоголя (F10.25, F10.26). Участники исследования методом слепой блочной рандомизации были рандомизированы в 2 группы — группу мотивационного вмешательства (ГМВ) (n = 55 человек) и группу сравнения (ГС) (n = 50 человек). Для оценки готовности к изменению в употреблении алкоголя использовались методика SOCRATES и визуальная шкала Readiness Ruler. Динамика употребления алкоголя оценивалась с помощью методики Timeline Follow Back (TLFB). Оценка проблем, связанных с употреблением алкоголя, проводилась с помощью опросника Short Inventory of Problems (SIP-2L). Также использовалась Шкала алкогольной анозогнозии (ШААНГ). Процедура оценки включала 4 этапа на протяжении 6 месяцев — первые два этапа оценки проводились очно, во время нахождения пациента в стационаре. На третьем и четвертом этапах оценки участники исследования получали приглашение для визита в стационар, при отказе/невозможности этого визита оценка проводилась по телефону. Мотивационные вмешательства были сфокусированы на доступном и объективном информировании пациентов об алкогольной зависимости с целью усиления мотивации к лечению и последующему сохранению трезвости. Использовались техники мотивационного интервьюирования — избегание конфронтации, снижение сопротивления, дестигматизация, работа с амбивалентностью, оценка текущих потребностей и перспектив. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Результаты. В целом, пациенты ГМВ продемонстрировали более высокий уровень мотивации к изменению употребления алкоголя, большую удовлетворенность лечением в стационаре и более адекватное представление о своем заболевании по сравнению с пациентами ГС. В течение 6 месяцев после прохождения лечения в стационаре у 33 пациентов ГМВ (60 %) (по сравнению с 18 пациентами ГС, 36 %) наблюдалось значительное снижение частоты возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя. По данным телефонных интервью, 40 человек (73 %) ГМВ воздерживались от приема алкоголя через 6 месяцев после выписки из стационара. У этих пациентов обнаружены более высокие показатели по шкале «Амбивалентность» методики SOCRATES ( $p < 0,01$ ) и более низкие показатели оценки готовности к изменениям по шкале RR до проведения КМГИ на момент тестирования ( $p < 0,05$ ) по сравнению с пациентами, которые возобновили употребление алкоголя.

Заключение. Краткосрочные мотивационные вмешательства являются доступным и эффективным методом психокоррекции, который могут в своей работе использовать как специалисты в области наркологии (врачи психиатры-наркологи, клинические психологи), так врачи и средний медперсонал первичной медицинской сети.

*Тухтияева Н.Х.*

## **Влияние иррелевантной информации на осознание способов действий**

В психологическом консультировании и психотерапии большое внимание уделяется проблеме осознанности жизнедеятельности человека, на повышение которой направлены многочисленные практические методики. В теории психологии данная проблема может конкретизироваться как проблема взаимоотношения автоматических и контролируемых сознательной деятельностью процессов, экспериментальное исследование которой может происходить на примере эффекта установки. Одним из наиболее ярких примеров эффекта установки может послужить изучавшийся в школе Д.Н. Узнадзе (2001) феномен иллюзий установки, или «эффект Узнадзе». В опытах Узнадзе испытуемым многократно предъявлялись пары объектов (например круги или шары) для сравнения по какому-либо признаку (например по величине). На первой стадии (уста-



новочной) предъявлялись два различающихся по величине объекта. На второй стадии (критической) испытуемым предъявлялась пара равных объектов. Исследования показали, что под влиянием выработанной установки при оценке критических объектов возникает иллюзия их неравенства. Такую оценку можно объяснить нежелательным эффектом автоматизации многократно выполняющегося действия. В таком случае, проявление эффекта установки будет связано с активизацией сознательного контроля процесса оценки критических стимулов. В ряде исследований показано, что усиление сознательного контроля может происходить в условиях изменения иррелевантных компонентов задачи. В частности, в качестве такого условия может выступать внесение закономерности в их изменение (Аллахвердов, 2009). В связи с этим мы предположили, что регулярные изменения иррелевантных параметров объектов приведут к снижению, а хаотичные — к усилению эффекта Узнадзе. В эксперименте приняло добровольное участие 100 человек: 21 мужчина и 79 женщин, от 18 до 40 лет (средний возраст испытуемых — 26 лет). Испытуемые случайным образом были разделены на три группы: 35 испытуемых контрольной группы (КГ), 34 испытуемых экспериментальной группы 1 (ЭГ1), 31 — экспериментальной группы 2 (ЭГ2). В качестве стимулов использовались 2 круга, предъявляемых симультанно на экране монитора. На установочной стадии слева предъявлялся круг большего размера (15 см), справа — меньшего (6,5 см). На критической стадии 2 круга были тождественны по величине (6,5 см). В КГ все круги на установочной и критической стадии были черного цвета; в ЭГ1 происходило хаотичное изменение установочных и критических кругов: для каждой пары кругов использовался новый цвет, способ окрашивания, дополнительные элементы (латинские буквы и цифры разного цвета); в ЭГ2 происходило регулярное изменение установочных и критических кругов: чередование двух пар кругов черного цвета и двух пар кругов красного цвета. На всех черных кругах белым цветом были обозначены цифра «6» и латинская буква «h» — в правой верхней части круга. На всех красных кругах черным цветом — цифра «8» и латинская буква «z». На установочной стадии предъявлялось 16 пар кругов, на критической — 20. Было обнаружено, что в условиях регулярного изменения иррелевантных параметров испытуемые реже оценивали соотношение величин первой пары критических объектов установочным способом ( $\chi^2 = 37,841$ ,  $p = 0,000$ ). По всем критическим экспозициям происходило достоверное снижение иллюзий установки в условиях регулярных изменений (критерий Стьюдента,  $p = 0,000$ ) и достоверное увеличение иллюзий в условиях хаотичных изменений иррелевантных параметров задач (критерий Стьюдента,  $p = 0,000$ ).

Таким образом, регулярность изменения иррелевантной информации обусловила повышение осознанности процесса решения, а хаотичное — привело к ее снижению. Последнее мы объясняем перефокусированием сознательного контроля на дополнительную работу с хаотично меняющейся информацией, что привело к усилению автоматизма выполнения основной задачи. Выявленное влияние иррелевантной информации на изменение установки, на наш взгляд, является важным с точки зрения теоретического обоснования и экспериментального подтверждения использующихся в психологическом консультировании и тренинге приемов, связанных с изменением ситуации, для формирования нового взгляда на имеющуюся проблему (например, в игровых методах). Исследование выполнено при поддержке гранта СПбГУ № 8.23.798.2013

*Ушакова О.В.*

### **Когнитивно-поведенческая терапия при онкологических заболеваниях**

Когнитивно-поведенческая терапия основана на принципах теории обучения, предполагающей, что различные типы поведения и сопутствующие им признаки развиваются в результате привычной реакции человека на внешние условия. Другими словами, определенным образом реагируя на внешний стимул, мы вырабатываем в себе определенную модель поведения — привычную реакцию, не всегда правильную. Но привычку можно не только выработать — от нее можно и избавиться, научившись новому поведению, более правильному и полезному, такому, которое поможет справиться с трудностями, не привлекая боль и новые стрессы. Известно, что каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на сферу общения.

6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевание, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее проявление, течение, успешность лечения и исход. При этом типичность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека. При современных источниках информации в начале болезни пациенты довольно быстро узнают, что острые лейкозы без лечения приводят к смертельному исходу в течение недель или месяцев. Но если проводить лечение, прогноз, особенно для детей, часто благоприятен. А при хронических лейкозах больные живут без лечения в течение нескольких месяцев и лет (до 5 и более). Химиотерапия — основной метод лечения острых лейкозов. Больные, получающие химиотерапию, имеют повышенный риск развития инфекции (из-за низкого количества лейкоцитов), кровотечений (низкое количество тромбоцитов) и повышенную утомляемость (низкое количество эритроцитов). К другим наиболее часто встречающимся побочным эффектам химиотерапии относятся: временное облысение, тошнота, рвота и потеря аппетита. Жалобы больных: слабость, головокружение, боли в области сердца, одышка, различные кровотечения. Основные причины смерти данных больных: инфекционные осложнения, выраженный геморрагический синдром, почечная недостаточность, нейрорлейкоз. При постановке диагноза «лейкоз» или «лимфома» пациенту, как правило, сообщают о высоком риске летального исхода, а интернет-источники еще больше пугают пациента. В такой ситуации у больного создается ощущение, что никакое лечение не поможет и через несколько дней он умрет. Когда проходит первый курс химиотерапии и пациент начинает восстанавливаться, страх неминуемости смерти постепенно отступает. Если пациентом является врач, то в этот период от него можно услышать: «Но ведь это ненадолго». Попытка убедить в обратном не увенчается успехом, поиски смысла часто идут рука об руку с депрессией. Известно, что какой бы ни была причина депрессии, необходимо ее диагностировать и лечить до проведения курса химиотерапии, в противном случае велика вероятность летального исхо-

да. Поэтому наиболее эффективной на фоне химиотерапии может быть стратегия отвлечения, особенно в том случае, если пациент не может принимать антидепрессанты, часто несовместимые с проводимым лечением основного заболевания. Отвлечение может быть директивным, как совет, а может быть сформулировано как открытый вопрос. Это нужно, чтобы перевести фокус внимания с собственных переживаний вовне, или для того, чтобы что-то поменять в своем поведении. Отвлечение помогает отойти от тяжелой, непосильной внутренней работы со своими переживаниями и сэкономить силы для прохождения тяжелого лечения. Было бы неправильным сказать, что стратегия отвлечения поможет целиком захватить пациента и даст ему возможность не чувствовать негативных последствий химиотерапии. Это не так. Но вовлечение в творческий процесс поможет пережить непростой жизненный этап.

*Хозяинова Л.В.*

## **Канистерапия как метод психотерапии**

Со времен Древней Греции было известно, что домашние животные могут оказывать позитивное влияние на наше здоровье. В трудах Авиценны есть упоминания о целебных свойствах животных. Впервые зоотерапия как метод была использована в заведении для душевнобольных «Йорк Ретрит» в Англии в 1792 году. В 1969 году детский психиатр из США Борис Левинсон обратил внимание на то, что присутствие собаки в приемной во время сеансов благотворно влияет на его маленьких пациентов. Он первым сформулировал научную концепцию канистерапии (Levinson В.М., 1970). С этого момента метод канистерапии получил широкое распространение на Западе. Первое упоминание о практической канистерапии в нашей стране мне удалось обнаружить с 1995 года. Москвичка, кандидат филологических наук, Наталья Федоровна Орбелиани, будучи уже в преклонном возрасте, посещала интернаты, детские дома, приюты со своими помощниками — пуделями, проводила занятия с сиротами, в дальнейшем с аутичными и слабовидящими детьми. Ее методические разработки хранились в рукописном варианте в единственном экземпляре и были выложены в интернет спустя десять лет. В том же 1995 году на кафедре социальной психологии СПбГУ под руководством Е.В. Сидоренко мною была защищена дипломная работа «Взаимодействие человека с собакой как психотерапевтический фактор». Научный

подход к изучению проблемы отношений между собаками и людьми позволил значительно продвинуться в практической работе по установлению и коррекции этих отношений. В 1997 году на основе дипломной работы была выпущена книга, рассказывающая на доступном читателю языке о тонкостях взаимоотношений между собакой и ее хозяином, о механизме психологических защит, о социальных ролях, приписываемых животным, и псевдокомпенсациях, ведущих к нарушениям межвидовых отношений. Многолетний опыт дрессировщика служебных собак позволил снабдить монографию большим количеством примеров из частной практики. Один из таких случаев стал родоначальником идеи об использовании собственной хорошо обученной собаки (ризеншнауцера Разбоя) в работе с клиентом. Этот случай лег в основу моей дальнейшей канистерапевтической практики. Идея использовать в своей работе психолога хорошо подготовленную собаку оказалась плодотворной. Первая экспериментальная детская группа была набрана в 2001 году, и вот уже двенадцать лет на базе Колпинского Дома молодежи еженедельно проводятся коррекционные канистерапевтические занятия с детьми и подростками, нуждающимися в психологической помощи, а в течение последних пяти лет — занятия для лиц с особенностями в развитии (имеющими зачастую тяжелые сочетанные нарушения) на базе Центра социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов «Поддержка». И второй год на базе Центра подростковых клубов Василеостровского района — для подростков, состоящих на учете в ОДН. Использование отобранных и специально обученных собак для работы с детьми, подростками и лицами с особенностями в развитии дает поразительные результаты в развитии когнитивной, эмоционально-волевой и поведенческой сфер личности. Управляя собакой, человек учится управлять собой: своими эмоциями, чувствами, действиями, и конструктивно взаимодействовать с другими людьми. Практика доказала возможность широкого применения метода канистерапии в индивидуальной и семейной терапии, в коррекционных группах, группах личностного роста. На сегодняшний день мы работаем вдвоем, я и моя коллега — специальный психолог Мансурова Татьяна Владимировна. У нас пять хорошо подготовленных собак-терапевтов, четыре черных лабрадора: Гектор (отец), Габби (мать), Джоник (сын), Варя (дочь) и большая дворняга Рыжая. Они участвуют с нами в научно-практических конференциях, показывали мастер-класс в Москве, Санкт-Петербурге и Калевале (республика Карелия). За последние несколько лет интерес к канистерапии заметно возрос, количество увлеченных этой идеей увеличивается в геометрической прогрессии. К сожалению, поставить это направление на профессиональную основу все еще довольно

сложно, и оно принимает в основном волонтерские формы. Канистерапия — уникальное и перспективное направление в медицине, психотерапии, педагогике, нуждающееся в дополнительном развитии и научном обосновании.

*Холмогорова А.Б.*

*Пуговкина О.Д.*

## **Факторы эффективности интегративной психотерапии аффективных расстройств**

Необходимость проведения исследований эффективности психотерапии на основе осмысления и обсуждения имеющихся данных не вызывает сомнений, и вносит неопределимый вклад в ее официальное признание как важного ресурса помощи людям в медицине и в других сферах жизни современного общества. На примере лечения расстройств аффективного спектра была предложена интегративно ориентированная модель организации процесса психотерапии (Холмогорова, 2006, 2009). Эта модель синтезирует наиболее теоретически и эмпирически обоснованные данные о факторах расстройств аффективного спектра и задает последовательность задач психотерапии, вытекающую из этих данных, т. е. содержит примерный протокол или план работы психотерапевта с этими расстройствами, основанный на объективных научных данных. С другой стороны, модель опирается на принцип составления индивидуальных маршрутов лечения, которые строятся на основе конкретизации вышеупомянутого плана в зависимости от специфики проблем каждого пациента и хода терапии (Холмогорова, 2006, 2010). На основе разработанных теоретических и методических средств было проведено эмпирическое исследование эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Для исследования был отобран 91 пациент с расстройствами аффективного спектра. Врачом-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты были обследованы с помощью комплекса методик, тестирующих выраженность психопатологической симптоматики, личностные, семейные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра (всего 21 методика). Пациентам был предложен курс интегративной психотерапии, в основу которого положены ког-

нитивно-бихевиоральный и системный подходы, а также ряд идей отечественной клинической психологии и других школ психотерапии (см. Холмогорова, 2009). Для каждого пациента в ходе супервизии составлялся «индивидуальный маршрут» лечения, включавший наиболее важные задачи и последовательность их реализации. После 10–15 сессий пациенты прошли повторное обследование и заполнили шкалы самоотчета (всего 67 пациентов, т. к. 24 пациента составили группу «drop-out», т. е. по разным причинам оставили лечение до получения 10 сеансов интегративной психотерапии). Были также проведены интервью с психотерапевтами и психиатрами с целью получения экспертных оценок. В процессе исследования были выделены три группы пациентов: «drop-out», «краткосрочная терапия», «долгосрочная терапия» (средняя продолжительность курса лечения составила соответственно 5, 11,5 и 28,4 сессии). Врачом-психиатром была проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Во всех трех подгруппах пациентов приблизительно равным образом были представлены депрессивные и тревожные расстройства (по 46 % и 41 % пациентов соответственно), 13 % пациентов — с соматоформным расстройством. В группе долгосрочной терапии среди пациентов с тревожными расстройствами половина имела диагноз обсессивно-компульсивного расстройства. Значительная часть пациентов во всех группах имела коморбидные диагнозы личностных расстройств (от 53 % в группе «drop-out» до 70 % в группе долгосрочной терапии). Были выделены факторы-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность. К контртерапевтическим факторам относятся: первичное обращение за помощью, черты характера, свойственные шизоидным личностям, низкий уровень субъективного дистресса, высокий уровень враждебности, закрытый стиль коммуникаций в семье, низкий уровень социальной интеграции и устойчиво низкий терапевтический альянс. К прогностически благоприятным показателям относятся: сравнительно молодой возраст, наличие опыта заболевания, высокий уровень стресса и прежде всего внутренних конфликтов, т. е. способность к их интернализации, низкая враждебность и высокая толерантность по отношению к другим людям, открытость в описании проблем, в том числе семейных, хорошая способность к установлению и развитию рабочего альянса.

## Психотерапия в психологической подготовке спортсменов

В системе комплексной подготовки квалифицированных спортсменов большое значение имеет психотерапия. Установлено, что одно и то же психотерапевтическое средство может иметь разную направленность, содержание и широту применения. В практике спорта применяются различные методы психотерапии: чем шире их спектр, тем лучше. Обычно методы психотерапии делятся на патогенетические и симптоматические, успокаивающие и активирующие (Карвасарский Б.Д., Либих С.С.). К патогенетической относятся следующие этапы психотерапии: 1) поиск общих неблагоприятных особенностей у спортсменов, имевших аналогичную симптоматику, но сумевших выйти из неблагоприятного состояния, а также анонимное обсуждение («психотерапевтическое зеркало») психологических нарушений в спортивной деятельности. Второй этап патогенетической психотерапии включает в себя мотивированное внушение. Его можно проводить в бодрствующем и расслабленном состоянии. Различают два вида внушения в бодрствующем состоянии: императивное и мотивированное. В третий этап входит коррекция неблагоприятных качеств (неуравновешенность, тревожность и т. п.). Четвертым этапом считают реадaptацию спортсменов (восстановление и все виды активного отдыха). К симптоматической психотерапии относят седативную, отвлекающую, рациональную и активирующую психотерапии. Задачей первой является снизить и даже снять нервно-психическое напряжение, уменьшить вегетативно-эмоциональные колебания. Задача отвлекающей психотерапии переключить внимание с негативных факторов, ослабить фиксацию отрицательных состояний. Задачей рациональной терапии является разъяснение спортсменам и тренерам сущности проявления тревожности, беспокойства, страхов, причин их возникновения, физиологической основы, динамики проявления и благоприятных прогностических возможностей. К этой психотерапии относится аутогенная тренировка, которую следует проводить в естественной обстановке в сдержанной манере. Существует несколько этапов этой тренировки: 1. Фиксация внимания на позе. 2. Фиксация внимания на словах психотерапевта. 3. Формирование состояния расслабления мышц. 4. Внушение чувства тяжести. 5. Внушение чувства тепла. 6. Внушение дремотного чувства. 7. Позитивный вывод из расслабленного состояния. Адекватное использование психотерапевтических средств способствует оптимальной комплексной подготовке спортсменов с учетом их квалификационной, возрастной и гендерной дифференциации.



# ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ

*Агаркова В.В.*

## **Особенности поведения детей с ранним опытом институционализации**

Исследователи развития детей с опытом жизни в детском учреждении выделяют множество факторов, влияющих на дальнейшее развитие ребенка, — возраст на момент прибытия в детское учреждение, время, проведенное в детском учреждении (напр., Gunnar, 2001; MacLean, 2003), возраст на момент выхода из детского учреждения (напр., Merz, McCall, 2010), возраст на момент обследования (напр., Groza, Chenot, 2004), опыт ребенка до детского учреждения, условия детского учреждения (напр., Rutter, 2000) и особенности семьи, воспитывающей ребенка после жизни в детском учреждении (напр., Duyme, Dumaset, & Tomkiewicz, 1999). Одним из наименее изученных факторов среди них является семья, в которой воспитывается ребенок после жизни в детском учреждении. В Российской Федерации детей из детского учреждения можно усыновить, взять в приемную семью, взять под опеку/попечительство. Эти формы устройства доступны как родственникам, так и не родственникам ребенка. Особой формой устройства ребенка считается возвращение к биологическим родителям/родителю. В РФ формально существует приоритет близких родственников при установлении опеки над ребенком (ст. 10 ч. 5 ФЗ «Об опеке и попечительстве»), но никаких эффективных механизмов обеспечения этого приоритета в законе нет. Чаще всего решение о том, куда попадет ребенок, принимается непосредственно специалистами органов опеки. Все же исторически сложилось так, что негласный приоритет при устройстве ребенка в семью отдается биологическим родственникам ребенка. Считается, что для ребенка лучше, если он будет сохранять родственные связи и попадет на воспитание к уже знакомым людям или к собственным родителям. Однако никаких исследований, подтверждающих либо опровергающих это, на территории РФ проведено не было. В связи с вышеизложенным мы решили исследовать поведенческое раз-

витие детей с ранним опытом институционализации в зависимости от типа семьи, куда они были помещены после детского учреждения — в семьи родственников или семьи не родственников. В исследовании приняли участие дети в возрасте 5–8 лет с опытом институционализации (ОИ), часть из которых после учреждения были переведены в семьи биологических родителей или родственников (ОИ-БС), а часть — в семьи, не имеющие с ребенком родственной связи (ОИ-НБС). В качестве контрольной группы были взяты дети, не имеющие опыта жизни в детском учреждении (без ОИ). Для изучения эмоциональных и поведенческих проблем у детей в данном исследовании использовался опросник Томаса Ахенбаха — методика CBCL (Child Behavior Check List). Исследование проводилось в несколько этапов. Для понимания различий между детьми с опытом институционализации и без него мы изначально сравнили две группы ОИ и без ОИ. Результаты показали, что дети из детских учреждения чаще имеют клинические проявления агрессивного поведения, а дети, с рождения воспитывающиеся в кровных семьях, значимо чаще имеют клинические проявления замкнутого/депрессивного поведения и проблем интернализации. Эти данные дают нам основания предполагать наличие некоторых особенностей воспитания и взаимоотношений в семьях российских граждан, которые приводят к появлению особенностей детей из российских семей. Эти выводы подтверждаются наличием значимых отличий детей из группы без ОИ и нормативной выборки методики CBCL по шкале интернализации, где дети без ОИ значимо чаще имеют критические проявления проблем интернализации по сравнению с нормативной выборкой. Затем мы разделили группу ОИ на ОИ-НБС и ОИ-БС и провели межгрупповое сравнение, которое показало, что дети, попавшие после детского учреждения в семьи к биологическим родственникам, по сравнению с детьми из неродственных семей, имеют значимо хуже показатели лишь по одной шкале — «Нарушение правил поведения». Однако при сравнении с нормативной выборкой детей из США, не имевших опыта институционализации, в группе ОИ-НБС не было выявлено значимых отличий, но дети в группе ОИ-БС имели показатели по шкалам «Социальные проблемы», «Проблемы внимания», «Нарушение правил поведения», «Агрессивное поведение» и «Экстернализация» значимо хуже, чем дети из нормативной выборки. На основании этих результатов мы можем предположить, что дети, попадающие в семьи родственников и биологических родителей после пребывания в доме ребенка, находятся в зоне наибольшего риска возникновения поведенческих отклонений и нуждаются в особом сопровождении со стороны специалистов.

*Адеева Т.Н.*

## **Мотивационные установки родителей и проблема реабилитации детей с ОВЗ**

Организация эффективного реабилитационного процесса сопряжена с определенными проблемами. С одной стороны, необходимо наличие реабилитационных средовых возможностей. С другой стороны, в силу возраста, при реализации реабилитационных мероприятий для детей огромное значение имеет личность родителей. В процессе экспертной работы по определению наличия ОВЗ у детей нами были выделены основные виды мотивации родителей при определении инвалидности у детей, сделана попытка проследить влияние конкретного вида мотивации на процесс реабилитационной работы. Адекватная мотивация присутствует примерно у 35–40 % родителей. Адекватная мотивация не связана с отсутствием конфликтов с МСЭ, которые обусловлены плохой информированностью родителей о видах социальной помощи. В первую очередь это направленность на всестороннюю помощь ребенку, на стабилизацию состояния и на возможно более полную социальную адаптацию ребенка. При данном виде мотивации соответственно присутствует достаточно реальная оценка состояния ребенка, понимание особенностей его развития и учет этих особенностей в процессе воспитания и обучения. При динамическом наблюдении предоставляются данные о прохождении и результатах реабилитационной работы. Довольно часто ведущим мотивом является экономический мотив (около 25 %). Наличие данного мотива связано с низким уровнем доходов семей, особенно в районных центрах, высокими ценами на медикаменты и медицинское обслуживание, отсутствием психолого-педагогических мер реабилитации в рамках ОМС (занятия с логопедом, дефектологом, педагогом-психологом). Экономическая мотивация может становиться основной, когда пенсия по инвалидности ребенка является основным источником дохода и существования семьи. В таких случаях редко идет речь о мерах социально-психолого-педагогической реабилитации, соответствует воспитание по типу гипоопеки. Прimitивная мотивация связана с пониманием инвалидности как статического состояния, не требующего иного вмешательства и коррекции кроме мер медицинской реабилитации: «Есть болезнь — должна быть инвалидность». Такой вид мотивации встречается у родителей, чьи интересы ограничены бытовыми проблемами, так называемая «прimitивная личность». До них сложно донести информацию о необходимости своевременного и раннего начала реабилитационных мероприятий психолого-педагогического характера,

поскольку нельзя увидеть быстрых результатов. В семьях часто отсутствует цель наиболее полной социализации детей с проблемами в состоянии здоровья, раскрытия их потенциала, адаптации к социуму на более высоком уровне. Неустойчивая мотивация без четкого доминирующего мотива свойственна родителям с патопсихологическим уровнем реагирования на ситуацию болезни (возможны невротические, неврозоподобные, психопатоподобные расстройства). Мотивационные установки выглядят как поиск поддержки, что связано с неуверенностью родителей в себе, в собственных силах, отмечается желание перенести ответственность с себя или разделить ответственность за состояние здоровья ребенка со специалистами социальных и медицинских учреждений. Родители бывают настроены на поиск болезней у ребенка, сознательно или бессознательно не замечают прогресса в состоянии детей. В данном случае эффективность реабилитации зависит от стабильности состояния родителя, который сам нуждается в помощи, возможно, как медицинской, так и психологической. Ригидные мотивационные установки, связанные со сверхценным отношением к болезни, с идеями «справедливого отношения», характерны для родителей с развивающейся или наличествующей патологией личности. Патологический вид мотивации обуславливает неадекватную оценку событий, уверенность в наличии у ребенка тяжелой соматической патологии, поиск симптоматики других заболеваний, уверенность в предвзятом отношении к себе и к ребенку со стороны врачей, педагогов, различных социальных служб. В подобных случаях в проблему могут быть вовлечены различные учреждения, идет поток жалоб в различные инстанции, которые становятся заложниками ситуации, поскольку в основе вопроса особенности личности родителя. Об эффективности реабилитации речь не идет, т. к. в ней нет необходимости. Актуальным является вопрос в целом об особенностях развития личности ребенка в подобных условиях, о возможном развитии психосоматических расстройств.

*Андрущенко Н.В.*

### **Системный подход к диагностике детей раннего возраста с нарушениями развития**

Развитие детей раннего возраста определяется многочисленными социо-психо-биологическими факторами. Его оценка и коррекция, в случае формирования разнообразных нарушений развития, требует интердис-

циплинарных профессиональных знаний. Недостатки ранней диагностики, в частности отсутствие стандартизированных методов оценки развития и системы ранней интердисциплинарной помощи, ограничивают возможности эффективной нейрореабилитации. Проанализированы особенности развития 169 детей раннего возраста из группы риска, родители которых обратились за помощью по поводу жалоб на нарушения развития, приводящие к нарушению адаптации ребенка в семье или детских дошкольных учреждениях. При обследовании пациентов собирался психологический анамнез с изучением системных семейных факторов, влияющих на развитие ребенка. Проводилось изучение спонтанной игры ребенка и психологическое тестирование с целью изучения особенностей развития и выявления проблемных областей развития; изучалась специфика родительско-детского взаимодействия (в случае выявления регуляторных нарушений развития раннего детского возраста применялась интеракционная диагностика по методике Х. Папушек, М. Папушек). Также проводилось исследование структурно-функциональных взаимоотношений развивающегося мозга, которое было обеспечено применением методов: анамнестического, клиничко-неврологического, методов нейровизуализации (УС головного и спинного мозга всем пациентам, КТ и МРТ головного мозга по показаниям) при необходимости дополняемого методами дополнительной диагностики (ЭЭГ, мониторинг ночного сна, доплерографическое исследование сосудов шеи и головного мозга). По результатам полученных данных выделены группы детей с относительно нормативными показателями развития — 23 ребенка, с преимущественными нарушениями речевого развития — 25 детей, с преобладанием расстройств поведения (гиперактивность, возбудимость, агрессивное поведение и т. д.) — 28 детей, и с общими нарушениями развития — 93 ребенка. Используемая схема обследования предлагает возможность проведения научно обоснованного консультирования и разработки дифференцированных вариантов медико-психологической реабилитации.

*Бажукова О.А.*

### **Клиничко-психологическая характеристика дезадаптированных детей и подростков**

Несмотря на большое количество вариантов дезадаптивного поведения, наиболее болезненно социум реагирует на агрессивные проявления

подростков, т. к. этот вариант наиболее заметен и опасен для общества (Антонян Ю.М., Бородин С.В., 1967). Развитие патологической агрессии проходит стадии зарождения, формирования и кульминации в преступном акте. Важнейшими движущими силами этого процесса являются колебания эмоций и кризис самосознания личности. Параметры агрессии, эмоций и кризиса обнаруживают между собой тесную и закономерную связь (Можгинский Ю., 1999). Различные формы агрессии детей, в особенности немотивированные и иррациональные ее проявления, часто приводят в замешательство свидетелей этих действий, а также близких и знакомых самих преступников. Они признают свою неспособность объяснить ту степень жестокости и садизма, которая неожиданно проявилась в поступках подростка, бывшего до этого «обычным», «как и все другие» (Гутгенбуль А., 2000). Насилие в детской среде 10–14 лет имеет широкий характер, внешний мир воспринимается ребенком как некая агрессивная среда (Журавлев В.С., 2001). Среди видов насилия доминируют словесные оскорбления, с ними сталкиваются 73,8% опрошенных. На втором месте — физическое насилие, которому подвергался каждый третий ребенок (чаще в подростковом возрасте). На третьем и четвертом — ущемление гражданских прав и кража имущества (по 26,8%). Власть рассматривается как тип отношений между людьми, основанный на господстве и подчинении. Подростки напрямую связывают власть и насилие, считая насилие легитимным элементом механизма власти, который позволяет закрепить за собой определенный властный статус. Клинико-психологическое изучение данного вопроса показало, что дети (чаще в подростковом возрасте) изучаемой категории характеризуются эмоциональной неустойчивостью, выраженной чувствительностью и впечатлительностью, склонностью к раздражительности, что позволяет отнести их к чувствительно беспокойному, агрессивному, возбудимому типу в отличие от подростков с нормативным поведением, которые, чаще всего, характеризуются как «активно-оптимистические личности». Подростку с дезадаптивным поведением присущи негативная психическая напряженность, готовность к риску, психическая ригидность, ориентация на нормы подростковой группы, непредсказуемость поведения, являющиеся компонентами жесткой, напряженной, закрытой личности. В то же время подростки с нормативным поведением демонстрируют социальную лабильность, эмпатийность, общительность, ориентацию на социальные нормы и ценности, интеллектуальность, являющиеся компонентами гибкой, открытой личности. Параллельно у подростков отмечается негативное воздействие стигмации на формирование дезадаптивного поведения. Отрицательное влияние навязанного ребенку

ярлыка выражается в стремлении соответствовать ему, совершать поступки, которые способствуют подтверждению не всегда соответствующей подлинной характеристике личности стигме. Соответственно меняется и мотивация деятельности такого подростка. Клинико-психологический анализ информации и результаты собственного исследования позволили определить критерии эффективности профилактики и коррекции дезадаптивного поведения подростков (Змановская Е.В., 2004):

- когнитивный, связанный с информационной обеспеченностью профилактического процесса;
- мотивационный, выражающийся в готовности представителей различных институтов воспитания к профилактической работе со школьниками, направленной на формирование активной жизненной позиции детей, их способности оценивать свои и чужие действия и поступки, уметь противостоять негативному влиянию окружающих;
- эмоциональный критерий, связанный с преодолением психологических барьеров в ходе профилактики;
- критерий психологической комфортности взаимоотношений взрослых и детей;
- действенно-практический критерий (наличие систем подготовки специалистов к организации профилактики девиантного поведения, комплексный подход к ее проведению).

*Баз Л.Л.*

*Калинина М.А.*

### **Семейное воспитание у детей, страдающих вегето-сосудистой дистонией**

Важную роль в возникновении психосоматических расстройств в детском возрасте исследователи отводят влиянию неблагоприятных семейных факторов. В нашем исследовании мы попытались выявить специфику семейного воспитания у детей, страдающих нарушениями вегетативной нервной системы. На базах НЦПЗ РАМН психологом и психиатром проводилось обследование детей, первоначально направляемых на лечение в педиатрический стационар с подозрением на кардиологическую или дыхательную патологию. Дети жаловались на боли в разных частях тела: в сердце, голове, боку; на затрудненность дыхания;

нарушение походки и др. Они испытывали острый страх за свое здоровье и жизнь. На этом фоне часто повышалось артериальное давление. Дети обследовались стандартными педиатрическими методами. После исключения соматической патологии дети с согласия родителей направлялись на консультацию к психологу и психиатру. Родителям предлагалось информированное согласие принятого в Центре образца. Психическое состояние детей оценивалось качественно и количественно с учетом данных психопатологического, психологического и нейропсихологического обследования, ЭЭГ, ЭХОЭГ, а также оригинального «Протокола обследования детей». Впечатление о родителях и семье складывалось из анамнестических данных и сведений лечащих врачей в стационаре, а также с помощью разработанного полуструктурированного интервью. Клиническая картина психического состояния в 19,2% определялась невротическими расстройствами, в 42,3% отмечались неврозоподобные расстройства, в 15,3% случаях, у детей с шизотипальными стигмами, отмечались транзиторные эпизоды психотических расстройств. Психологическое исследование детей выявило разнообразную картину патопсихологических синдромов, соответствующих задержанному, дисгармоническому и искаженному психическому развитию. Следует отметить, что в целом дети имели общий невысокий уровень развития, практически у всех отмечались неразвитость мотивационной сферы, узкий круг интересов, некоторое уплощение эмоциональной сферы. Несмотря на разнообразные нарушения психического развития, в подавляющем большинстве случаев имелось общее — это особенности их воспитания в семье. Начиная с дошкольного возраста, дети находились в детских дошкольных учреждениях, в том числе и детских садах с пятидневным пребыванием. В школьном возрасте дети были либо загружены различными кружками, либо совсем не посещали каких-либо дополнительных занятий вне школы. В быту к детям предъявлялись высокие требования: хорошо учиться, посещать кружки, выполнять некий круг бытовых обязанностей, требования к выполнению которых были достаточно высокие. При этом родители мало помогали и обучали своих детей выполнять те или иные обязанности. Они объясняли это тем, что уровень их образования был недостаточен для помощи в учебе, или же тем, что были чрезвычайно загружены на работе. В реальности же родители часто не считали необходимым это делать. В семьях часто отсутствовала эмоциональная близость с ребенком, доверительные отношения. Со стороны родителей наблюдалось непонимание психологического состояния детей, не было внимания к его потребностям. Создавалось впечатление, что жалобы на соматическое недомогание — это единственное, что привлекало внимание взрослых



к проблемам ребенка. Ситуация болезни ребенка была понятна матерям, они знали, что необходимо срочно обратиться к врачу. Так, даже в раннем возрасте, при заболевании ребенка банальной респираторной инфекцией его помещали в больницу, хотя состояние детей часто не требовало госпитализации. Привыкнув с раннего детства к нахождению в различных детских учреждениях, дети обычно не тяготились пребыванием в больнице. Наблюдались случаи, когда детей, которых намеревались выписать из отделения кардиологии из-за отсутствия показаний к лечению, переводили в другие отделения для проведения обследования по новым жалобам. Оценивая в целом психическое состояние группы наблюдавшихся детей, можно заключить, что оно соответствует дизонтогенетическому, с преобладанием почти у половины из них шизотипальных стигм и, практически у всех, парциальным недоразвитием формирования сенсорной и эмоционально-волевой сфер. Во всех случаях сходной является картина детско-родительских отношений. Выявляется недостаток внимания и заботы со стороны родителей, нежелание заниматься психологическими проблемами детей и наличие высоких требований к результатам их деятельности.

*Боголюбова О.Н.*

*Плешкова Н.Л.*

### **Травматический опыт родоразрешения у матерей и качество привязанности их детей**

В последнее десятилетие в отечественной психологии был выполнен ряд исследований, посвященных системному изучению психологического здоровья детей младенческого и раннего возраста, которые включают в себя исследования социальных, биологических и психологических факторов, которые могут оказывать влияние на психологическое благополучие ребенка. Несмотря на то, что во многих работах изучается психологическое состояние матери или других близких взрослых, которые заботятся о ребенке, освещаются характеристики взаимодействия со стороны взрослых, работ, посвященных исследованию причин и функций того или иного, зачастую проблемного, поведения матери по отношению к ребенку, явно недостаточно. В то же время очевидно, что психологического здоровья ребенка не существует вне контекста психологического

здоровья матери. В частности, современные исследования механизмов трансляции психологической травмы из поколения в поколение указывают на то, что именно травматический опыт матери играет решающую роль в развитии уязвимости к посттравматическим состояниям у их детей (Yehuda, 2008). Биологи (Champagne et al., 2008) показывают, что существует трансляция материнского поведения по материнской линии (matrilineal transmission of maternal behavior). При этом в научной литературе предлагаются разные объяснительные модели механизмов трансляции травмы из одного поколения в другое. Так, например, называют усвоение паттернов поведения, характеристики отношений привязанности между ребенком и травмированной матерью, внутриутробные нейробиологические изменения плода, связанные со стрессом матери (например, изменения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси), эпигенетические факторы и т. д. В нашем исследовании вопрос о возможных механизмах трансляции травмы из поколения в поколение рассматривается через призму травматического опыта матери и его влияния на взаимодействие с ребенком раннего возраста. Основной целью научно-исследовательского проекта было изучение возможных взаимосвязей между предшествующим опытом виктимизации, травматическим опытом родоразрешения у матерей и качеством привязанности их детей раннего возраста. В качестве участников исследования выступили 10 женщин с детьми раннего возраста. Возраст матерей — от 22 до 33 лет, детей — от 11 до 16 месяцев. Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования: процедура «Незнакомая ситуация» для исследования привязанности детей (видеозапись), анализ нарративного интервью об опыте родов (аудиозапись), опросник для сбора демографической информации и акушерско-гинекологического анамнеза, опросник для оценки послеродового ПТСР, опросник для оценки травматического опыта. Женщины, принявшие участие в исследовании, сообщили о переживании различных типов травматических событий, при этом, на уровне наблюдения, может быть отмечена связь между опытом переживания той или иной формы сексуального насилия и выраженностью симптомов послеродового ПТСР. В том, что касается травматических реакций, связанных с родами, то клиническая выраженность послеродового ПТСР (по критериям Callahan, 2006) была выявлена у 40 % участниц исследования. Анализ нарративов о родоразрешении продемонстрировал высокую (в сравнении с другими исследованиями) выраженность признаков травматической дезорганизации. Интерес представляет также то, что о переживании диссоциативных явлений во время родов сообщили исключительно женщины, переживавшие сексу-

альное насилие. Настоящее исследование показало, что у детей, участвующих в исследовании, в 80 % случаях наблюдаются сложноорганизованные паттерны привязанности. Изучение паттернов привязанности в связи с травматическим опытом родов показало, что сложноорганизованные паттерны привязанности, сочетающие в себе 2 стратегии и/или депрессивное состояние, чаще встречаются у детей, матери которых имели травматический опыт родов, чем у детей, матери которых не имели такого опыта.

*Воликова С.В.*

*Хатунцева А.С.*

## **Связь детского и родительского перфекционизма**

В течение последних десятилетий наблюдается рост интереса к феномену перфекционизма. Есть данные о том, что с конца 80-х годов XX века количество публикаций, посвященных перфекционизму, выросло на 300 % (O'Connor R.C., 2007). Рост интереса к перфекционизму не случаен. Как показывают исследования, перфекционизм тесно связан с депрессивными и тревожными расстройствами (Гаранян Н.Г., 2010, Юдеева Т.Ю., 2007, Парамонова В.В., 2011, Blatt S., 1995, Hewitt P., Flett G., Ediger E., 1996). Выявлены связи перфекционизма с расстройствами пищевого поведения (Hewitt P., Flett G., Ediger E., 1995, McVey G., Pepler D., Davis R., Flett G., Abdolell M., 2002). Выявлены связи перфекционизма с самокритицизмом, чувством безнадежности и суицидальными мыслями и поведением. Анализ литературы показывает, что основная масса исследований перфекционизма проведена на взрослой выборке. Исследований, посвященных перфекционизму у детей, мало. Отечественных исследований детского перфекционизма также очень мало. Они, в основном, носят неклинический характер. Первые отечественные систематические исследования перфекционизма были начаты в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева). Представляем результаты пилотажного исследования связи детского и родительского перфекционизма с эмоциональным неблагополучием у детей. В данном пилотажном исследовании приняли участие 40 учеников 8-х классов общеобразовательной школы и гимназии г. Москвы, а также 40 родителей этих детей. Цели исследования — изучить связь между патологическим

перфекционизмом и симптомами тревоги и депрессии у детей, выявить связь детского и родительского перфекционизма. Методики для обследования детей: 1) Шкала личностной тревожности (А.М. Прихожан), 2) Опросник детской депрессии (CDI M. Kovacs), 3) опросник детского и подросткового перфекционизма (The Child-Adolescent Perfectionism (Flett et al., 2001); 4) Опросник детского перфекционизма (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова), 5) опросник «Стили эмоциональных коммуникаций» (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова). Методики для обследования родителей: 1) Опросник перфекционизма (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева), 2) опросник «Стили эмоциональных коммуникаций» (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова).

Результаты пилотажного исследования. По результатам корреляционного анализа можно говорить о том, что у детей рост уровня патологического перфекционизма связан с ростом уровня тревоги ( $p = 0,853^{**}$ ) и депрессии ( $p = 0,744^{**}$ ). Особенно сильно с тревожной и депрессивной симптоматикой связан «социально предписываемый перфекционизм». Также были выявлены статистически надежные связи между отдельными параметрами детского и родительского перфекционизма. У детей с высокими стандартами деятельности родители также часто обладают высокими стандартами и требованиями к деятельности ( $p = 0,500^{**}$ ). Родители школьников с учебной перегруженностью обладают высоким уровнем деструктивного перфекционизма ( $p = 0,424^{**}$ ). По мнению детей с высоким уровнем перфекционизма, для их семей важно демонстрировать окружающим благополучный фасад, успешность (например, существует корреляционная связь между нацеленностью семьи на демонстрацию внешнего благополучия (опросник СЭК) и высокими стандартами деятельности ( $p = 0,339^*$ ), нетерпимым отношением к ошибке ( $p = 0,361^*$ ), перегруженностью ( $p = 0,326^*$ ) у ребенка). Обследование родителей детей с высоким уровнем перфекционизма также подтверждает связь детского перфекционизма с семейными дисфункциями (существует корреляционная связь между общим показателем дисфункций в семейных коммуникациях (опросник СЭК) и параметрами «высокие стандарты деятельности» ( $p = 0,474^*$ ), «нетерпимое отношение к ошибке, неуспеху» ( $p = 0,340^*$ ), «успех как основной мотив деятельности» ( $p = 0,371^*$ ) опросника «Детский перфекционизм»). Эти данные могут быть важны в консультативной и психотерапевтической работе с семьей ребенка с высоким уровнем тревоги, а также со школьными проблемами. Также эти данные можно учитывать в построении программ для профилактики эмоциональных нарушений у детей и подростков.

*Гасанова З.З.*

*Гасанова Х.К.*

## **Психологическое консультирование родителей детей с нарушениями зрения**

В процессе сохранения и возможного повышения зрительных функций у детей с нарушениями зрения, а также в становлении личности в целом немалую роль играет социальная ситуация развития такого ребенка. Важным компонентом в комплексе мер преодоления дефицитарной социальной ситуации развития является социально-психологическое сопровождение семьи незрячего ребенка, которое способствует созданию оптимальных условий развития. В наш эксперимент были вовлечены семьи слепых и слабовидящих детей, при этом сами родители не имели нарушений зрения. Нам удалось составить независимое от установок взрослых описание социальной ситуации развития и мотивационный анализ поступков родителей. Значительная часть испытуемых родителей (первая группа) сообщает об отсутствии или дефиците социально-психологических и дефектологических знаний родителей. Вторая группа родителей приобретенные знания на практике не использует. Третья группа родителей утверждает, что своего ребенка они знают достаточно хорошо, и все, что они делают для него — это только во благо самого ребенка. Для анализа субъективной оценки родительских установок детей с нарушениями зрения был предложен метод интервью для детей с нарушенным зрением. Интервью предполагало открытые эмоционально насыщенные ответы. Обнаружилось, что дети во многом в быту потакают родителям, считающим их немощными. Реально дети с нарушениями зрения вполне способны к решению и практическому осуществлению большинства бытовых задач, но их выполнение во времени растянуто, а родители делают все быстро, поэтому все действия родителей воспринимаются как неотложная помощь. Действительно, намного легче для родителей выполнить все необходимые бытовые действия, чем дожидаться, пока ребенок с нарушенным зрением справится с трудностями. Немощность ребенка постоянно муссируется в речи окружающих, что приводит в дальнейшем к тому, что такой ребенок, вырастая, оправдывает этим сложности в своей жизни. Изучение экспериментального материала позволило прийти к выводу, что в силу зрительного дефекта происходит эмоциональное обеднение социальной ситуации развития, как правило, это сопутствующая незрячему ребенку эмоциональная и зрительная депривация. Несмотря на высокую готовность преодоления жизненных трудностей, де-

тей сопровождается эмоциональный и соматический дискомфорт, высокий уровень невротизма. Этому способствует отсутствие доступного пояснения уникальности и особенности ребенка, а также установка взрослых на непререкаемое превосходство зрячих детей, что гасит стремление детей с нарушенным зрением к эффективной адаптации к существующей социальной ситуации развития. Невозможность своевременного восприятия, осмысления и реагирования на эмоциональные реакции партнера по общению приводит к дефициту, бедности эмоциональной сферы и нарастанию напряжения, низкой фрустрационной толерантности, эмоционально-соматический дискомфорт. В быту это воспринимается как высокая конфликтность и недовольство ситуацией пребывания. Адаптация, индивидуализация и интеграция находится в прямой зависимости от того, насколько позитивно для ребенка сложилась социальная ситуация развития. Вместе с тем работа с родителями вызывает большие затруднения. Родители не только не знают закономерностей психического развития ребенка с нарушенным зрением, но и испытывают дефицит знаний даже о нормальном психическом развитии. В основном, родители проецируют бытовые знания. Некоторые пренебрегают знаниями, полученными от консультанта, в жизненно важных ситуациях для ребенка. Такое положение приводит к искаженному восприятию психологических особенностей самого ребенка, а также затрудняется процесс адаптации, индивидуализации, интеграции и даже реабилитации. Так, по их мнению, дети в сравнении со зрячими более капризны и агрессивны (в основе этого стереотипа лежит подмена представления о возбудимости представлением о лабильности). Неумение соблюдать дистанцию в общении со взрослыми идентифицируется как стремление к власти, силе, лидерству. Таким образом, в ходе консультативной работы с семьями, имеющими детей с нарушениями зрения, мы выявили комплекс негативных родительских установок, затрудняющих социальную адаптацию и реабилитацию таких детей. Одним из основных направлений работы психолога с такой семьей должно стать формирование позитивных установок родителей на возможности ребенка со зрительной депривацией и восполнение пробелов в их знаниях относительно специфики социальной ситуации развития слепого или слабовидящего ребенка.

## **Психологические аспекты адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин**

Целью исследования явилось выявление факторов психической адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин в послеродовой период (2 года). Основным методом исследования стал клинико-психологический метод (клиническое интервью, изучение медицинских карт ВИЧ-инфицированных матерей, наблюдение за поведением матери при осуществлении патронажа семей), также использовался следующий психодиагностический аппарат: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Вассерман Л.И. с соавт., 2003), шкала депрессии Бека (Бек А., 1961), «Сокращенный многофакторный личностный опросник» (СМОЛ) (Зайцев В.П., 1981), «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Бажин Е.Ф., 1984), «Стратегии совладающего поведения» (ССП) (Вассерман Л.И. с соавт., 2009), модифицированная методика «Незаконченные предложения», «опросник PARI Е. Шефер (адаптирован Т.В. Нещерет), опросник «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И. с соавт., 2005), опросник для оценки качества жизни SF-36. Исследование проводилось на базе СПб ГУ «Центр социальной помощи семье и детям», ОО «Врачи детям», СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и городской детской поликлиники № 56. Экспериментальную группу составили 93 женщины с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция». Контрольная группа — 42 условно здоровые женщины. ВИЧ-инфицированные женщины чаще имеют опыт неблагоприятных семейных взаимоотношений в родительской семье, конфликтные отношения с ближайшим окружением, негативно оценивают значимых лиц (мать, отца ребенка), испытывают дефицит поддержки со стороны семьи ( $p < 0,001$ ). В результате двухэтапного кластерного анализа были сформированы 2 группы наблюдений: подгруппа с трудностями психологической адаптации к материнству (44 чел.), подгруппа условно адаптированных к материнству (49 чел.). Нарушение психической адаптации к материнству определяется низкой оценкой успешности собственного материнства, сложностями в общении с ребенком, отсутствием отзывчивости к поведенческим проявлениям потребностей ребенка, непоследовательностью воспитательных установок и внутренней противоречивостью по отношению к ребенку. Рассмотрение различий в выделенных группах позволило определить отсутствие установленного отцовства, воспитание ребенка в одиночестве как фактор риска нарушения адаптации женщины к мате-

ринству (54,5% «матерей-одиночек» среди женщин с трудностями адаптации, в сравнении с 32,7% условно адаптированных матерей,  $p < 0,05$ ). Различий в возрасте, образовании и социально-экономическом статусе женщин двух выделенных подгрупп выявлено не было. Неблагоприятный анамнез и зависимое поведение в настоящем ( $p < 0,05$ ) отражают общий фактор психосоциальной дезадаптации. При сравнении выделенных подгрупп по клиническим характеристикам было установлено, что стадия болезни и опыт лечения не влияют на адаптацию женщин к материнству. Фактором риска нарушения психической адаптации является недавняя постановка диагноза (9,1% в сравнении с 4,1%,  $p < 0,05$ ). В связанных с заболеванием переживаниях женщин с трудностями адаптации к материнству значительно более выражены меланхолические ( $4,0 \pm 4,1$  в сравнении с  $2,6 \pm 3,3$  условно адаптированных женщин,  $p < 0,05$ ) и апатические тенденции ( $3,1 \pm 3,8$  в сравнении с  $1,6 \pm 2,4$  второй подгруппы,  $p < 0,05$ ). В «профиле» личности матерей с нарушением адаптации отмечаются достоверно более высокие показатели по шкалам: «психопатия», «паранойальность», «шизоидность» и «гипомания» ( $p < 0,05$ ). Установлено, что женщины с трудностями психологической адаптации к материнству испытывают более выраженную тревожность, демонстрируют признаки депрессивного состояния ( $p < 0,01$ ). Стилль совладания со стрессом характеризуется предпочтением стратегии бегства ( $p < 0,01$ ) и избегания на фоне экстернатальных установок ( $p < 0,01$ ). Таким образом, в послеродовой период у ВИЧ-инфицированных женщин риск нарушения психической адаптации к материнству существенно выше, чем у условно здоровых матерей. Риск нарушения психической адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин после родов не зависит от клинических характеристик основного заболевания, а определяется комплексом социальных, социально-психологических, личностных, клинко-психопатологических и клинко-психологических факторов.

*Горьковская И.А.*

## **Помощь детям, переживающим высококонфликтный развод родителей**

В последние годы все чаще встречаются разводящиеся родители, которые не могут самостоятельно прийти к соглашению, с кем будет проживать их ребенок или определить порядок свиданий с ним. В итоге



судебные разбирательства длятся годами, ребенок является «яблоком раздора» и в ряде случаев средством нанесения страданий родителями друг другу и т. д. В случае высококонфликтного развода родители или один из них, к сожалению, не могут сконцентрироваться на интересах ребенка, ограничивают общение ребенка с другим родителем, бабушками, дедушками вплоть до полного их исключения из жизни ребенка и т. д. Как показывает практика работы с подобными семьями, большинство родителей не видят выраженных негативных последствий для их детей и, соответственно, не обращаются к специалистам: детским клиническим психологам, психотерапевтам, психиатрам, неврологам. Около трети родителей обращались к указанным специалистам, но у них сформировалось отрицательное мнение о специалистах. В результате бесед с родителями в процессе производства судебно-психологической экспертизы выяснилось, что причиной положительного или отрицательного отношения к специалистам является их отношение ко второму родителю и констатация его негативного воздействия на ребенка и не зависит от их реальной помощи в снижении психотравмирующего воздействия на ребенка. Исходя из вышесказанного, считаю необходимым, чтобы семьи, где развод происходит с высоким уровнем конфликтов, обязали взаимодействовать с психологами, психотерапевтами, неврологами и психиатрами. Возможны варианты: а) обязательство указывается в Постановлении суда и сразу же оговаривается возможная изоляция детей в приюты, предназначенные для детей, находящихся в опасности, в случае отказа родителей от подобного взаимодействия; б) обязательство указывается в предписании органов опеки и попечительства, они же контролируют исполнение; в) обязательство указывается в Постановлении суда, а исполняется и контролируется органами опеки и попечительства. Предлагается следующая модель психолого-психиатрической помощи детям из высококонфликтных семей: На первом этапе ребенка наблюдают в кризисно-профилактическом отделении ЦВЛ (Центр восстановительного лечения) «Детская психиатрия», затем комиссионно в составе детского клинического психолога, психотерапевта, психиатра, невролога, логопеда обсуждают на клиническом разборе. Здесь рассматривается наличие или отсутствие необходимости медикаментозного лечения ребенка в амбулаторных или стационарных условиях. Если констатируется необходимость лечения ребенка у психиатра, то все медицинские и психотерапевтические мероприятия проводятся на базе ЦВЛ. На втором этапе разрабатывается карта сопровождения ребенка, где прописываются все рекомендуемые психокоррекционные мероприятия, но проводиться они могут по месту жительства ребенка под общей курацией специалистов

из ЦВЛ. На этом этапе активно привлекаются родители для участия в психокоррекционных мероприятиях, т. к. именно они не только создают, но и поддерживают интенсивность психотравмирующих ситуаций для детей и остальных членов семьи. Так, отец девочки 8 лет после неоднократных бесед, где ему подробно разъяснялось, что его способ взаимодействия с ребенком оказывает негативное влияние на психический статус последней, что целесообразно общаться с ребенком один раз в две недели с участием психолога с предварительной подготовкой, в итоге заявил, что он не согласен, т. к. «имеет право на половину ребенка по закону и будет добиваться исполнения этих прав». Для повышения эффективности проводимых мер представляется целесообразным привлекать всех лиц, которые входят в непосредственное семейное окружение ребенка. По мере необходимости, но не менее одного раза в три месяца, программу психокоррекционных мероприятий с высококонфликтной семьей целесообразно согласовывать со специалистами ЦВЛ и корректировать в зависимости от динамики психического статуса ребенка, от изменения детско-родительских отношений с каждым из родителей и т. д. Для оптимальной реализации психокоррекционных мероприятий с высококонфликтными семьями (также с другими «трудными» семьями) необходимо создать психологическую службу при органах опеки и попечительства под общим руководством ЦВЛ «Детская психиатрия». Также представляется важным, чтобы предложенное взаимодействие происходило под патронажем Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка.

*Даукша Л.М.*

### **Жизнестойкость и восприятие подростками детско-родительских отношений**

Отсутствие взаимопонимания, подлинно теплых и доверительных отношений с родителями — это самая большая трагедия в жизни ребенка. Как отмечают клинические психологи, серьезные нарушения во взаимоотношениях родителей и детей или во взаимоотношениях родителей зачастую оказываются причиной патологического развития ребенка. Неблагоприятная атмосфера в семье создает почву для самых жестоких форм насилия в обществе. Качество детско-родительских отношений задает вектор психического развития ребенка в пространстве выбора меж-

ду двумя альтернативами развития: формирования базового доверия к миру, оптимистической картины мира и жизнестойкости против ухода, враждебности, агрессии, пессимизма и высокой уязвимости ребенка к факторам риска развития. В последнее время в контексте проблемы личностных ресурсов совладания с трудными ситуациями значительный интерес у психологов вызывает такая личностная характеристика подростков, как жизнестойкость. В ходе многочисленных исследований установлено, что жизнестойкость человека связана с возможностью преодоления различных стрессов, поддержания высокого уровня физического и психического здоровья, а также с оптимизмом, самоэффективностью и субъективной удовлетворенностью собственной жизнью (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006). В данной связи нами было проведено эмпирическое исследование, целью которого являлось выявление наличия связи между жизнестойкостью и восприятием детско-родительских отношений подростками. В исследовании приняли участие 84 подростка в возрасте 13–14 лет. Уровень развития жизнестойкости подростков изучался посредством «Теста жизнестойкости» С. Мадди, адаптированного Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой. Восприятие воспитательной практики родителей подростками изучалось с помощью методики «Детско-родительские отношения в подростковом возрасте — родитель глазами подростка», разработанной О.А. Карабановой и П.В. Троянской. Нами выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь между вовлеченностью девочек-подростков и «эмпатией» матерей, что является свидетельством связи между пониманием матерью чувств и состояний дочери и возможностью девочек-подростков чувствовать себя значимыми и достаточно ценными, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач, а не отгораживаться от жизни, не бояться и не избегать ее. «Вовлеченность» девочек-подростков коррелирует с позитивными поощрениями со стороны матерей. Примечательна обратная функциональная связь между вовлеченностью девочек-подростков и восприятием ими эмоциональной дистанции с матерями, указывающая на сопряженность ощущения причастности, силы, лидерства, здорового образа мыслей девочек-подростков и качества эмоциональной связи между родителем и подростком. Проведенный корреляционный анализ позволил установить наличие отрицательной статистически значимой связи между жизнестойкостью девочек-подростков и «неадекватностью образа ребенка» со стороны матери, жизнестойкостью и «наказанием» со стороны матери. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что между показателями «жизнестойкость» девочек-подростков и «неадекватностью образа ребенка» со стороны отцов существует статистически

значимая отрицательная связь. Чем в большей степени искажен образ девочки в сознании отцов, тем в меньшей степени девочка-подросток характеризуется жизнестойкостью. В результате изучения особенностей взаимоотношений матерей с сыновьями-подростками была обнаружена статистически значимая положительная корреляционная связь между показателями «жизнестойкость» мальчиков-подростков и «поощрением автономности» со стороны матерей, между показателями «жизнестойкость» и «доброжелательность» матерей. Нами выявлена отрицательная связь между показателями «жизнестойкость» мальчиков-подростков и «конфликтностью» матерей. Нами выявлены достаточно тесные статистически значимые положительные взаимосвязи между «жизнестойкостью» мальчиков-подростков и «сотрудничеством», между «вовлеченностью» мальчиков-подростков и «принятием» со стороны отцов. Нами выявлена отрицательная связь между «жизнестойкостью» мальчиков-подростков и «неадекватностью образа ребенка» со стороны отца, между «жизнестойкостью» и «конфликтностью», между показателями «вовлеченность» и «наказание» со стороны отца. Результаты эмпирического исследования взаимосвязи жизнестойкости и восприятия подростками детско-родительских отношений убедительно свидетельствуют о том, что психологическое здоровье современного подростка определяется гармоничностью семейного воспитания.

*Дюргерова М.М.*

*Дикова Е.Б.*

### **Детско-родительские отношения в семьях с детьми, страдающими психосоматозами**

За последние 25–30 лет наблюдается резкое увеличение численности людей, имеющих психосоматические заболевания. Частота психосоматических расстройств в России варьирует от 20–60 %, а среди пациентов многопрофильных больниц психосоматические расстройства встречаются с частотой 53,6 % (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2010). За последние годы «возраст» психосоматических заболеваний резко снижается. Подобного рода расстройства мы можем наблюдать и у детей. Психосоматические заболевания — это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы. Для ребенка наиболее значимыми являются нюансы взаимоотношений со значимыми для него лицами, психологи-

ческий климат внутри семьи. Психологическая помощь должна быть направлена на выявление и коррекцию тех аспектов внутрисемейных отношений, которые влияют на развитие заболевания. Ю.Ф. Антропов и Ю.С. Шевченко предлагают проводить меры профилактики, начиная с грудного возраста. Достаточное общение с матерью и кормление грудью способствует, по мнению ученых, созданию комфортного психологического состояния, а также предотвращают риск возникновения нарушений пищеварения и функционирования кожной системы. Тревога матери, пониженное настроение — все это сказывается на ребенке. В качестве дальнейших профилактических мер ученые указывают воспитание с умеренной дисциплиной, эмоциональным контактом между ребенком и родителями и обязательным контактом со сверстниками. Профилактические мероприятия (в том числе информирование родителей) должны проводиться с первых дней жизни. Ребенок чувствителен к изменениям, происходящим в его ближайшем окружении. Очевидно, что многие нарушения, наблюдаемые у детей, возникают из-за стремления справиться с возникшими трудностями (В. Оклендер, 1997). Как влияет семья на ребенка, ищущего такой выход? Ограничение со стороны родителей выражения чувств и эмоций у ребенка. Эмоциональным переживаниям закрывается путь вовне, внутреннее напряжение не получает разрядки и оказывает вредное воздействие на организм. Часто мишенью для возникновения расстройств является та система организма, к заболеваниям которой ребенок имеет наследственную предрасположенность. Таким образом, важно, чтобы ребенок научился адекватно выражать свои эмоции. Важен также стиль воспитания, осуществляемый родителями в семье. Бегство от перенапряжения в условиях повышенной моральной ответственности. Такой механизм свойственен детям, чьи родители считают, что не смогли найти достойное применение своим способностям в жизни и видят причину этого в браке. Если ребенок достигает успехов в значимой для родителей области, на него начинают смотреть, как на возможность воплотить свои мечты в жизнь. Конфликты между родителями временно прекращаются. Ребенок понимает, что комфортная обстановка — следствие его успехов. У него возникает слишком высокий уровень мотивации достижений и вследствие этого перенапряжение. Выходом становится болезнь или плохое самочувствие (Хоментаускас Г.Т., 1989). Объединение родителей с помощью болезни ребенка. Супруги, обычно находящиеся в натянутых отношениях друг с другом, объединяются в период ухода за больным. Такая перемена в семье не проходит незамеченной для ребенка, и впоследствии он будет бессознательно стремиться к болезни, что приводит к психосоматическим расстрой-

твам (Хоментаскас Г.Т., 1989). Воспитание в «культе болезни» также оказывает большое влияние на возникновение подобных заболеваний. Исследование родительского отношения Дусказиевой Ж.Г., проведенное в 2010 г. в семьях детей старшего дошкольного возраста, страдающих респираторными заболеваниями, показало следующие особенности родительской позиции: авторитаризм, гиперпротекция, недостаточная степень возложения обязанностей на ребенка в сочетании с большим количеством запретов, страх потерять болеющего ребенка, отношение к нему как к находящемуся в более раннем возрасте, стремление оградить его от трудностей. Ребенку становится удобно быть больным, т. к. родители инфантилизируют его и освобождают от ответственности. Гиперпротекция, лишение ребенка возможности развивать самостоятельность способны сами по себе стать фактором возникновения психосоматических расстройств. Изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих психосоматическими заболеваниями, дает те сведения, которые необходимы для организации психологической помощи таким семьям.

*Егорова Е.Н.*  
*Корниенко Д.С.*  
*Дерши Ф.В.*

### **Характеристики семейного окружения как показатели психологического здоровья**

Проблема психологического здоровья вызвала интерес как у отечественных (Дубровина И.В., 1982, Слободчиков В.И., 2001, Хухлаева О.И., 2003, Соколовская Л.Б., 2003 и др.), так и у зарубежных (например Маслоу А., 1997) специалистов. Сегодня она остается актуальной и разрабатывается рядом исследователей (Ананьев В.А., 1998, Гурвич И.Н., 1999, Гаранян Н.Г., 1999, Холмогорова А.Б., 1999 и др). Категория психологического здоровья семьи подробно изучается В.С. Торохтием (2009). Психологическое здоровье семьи складывается из психологического здоровья детей и родителей. Исследованию детей посвящены труды, например, И.В. Дубровиной, Г.С. Никифорова и др. При этом психологическое здоровье родителей практически не изучено. В настоящее время существует большое количество исследований роли матери, влияния материнства на развитие личности женщины. Особенности отцовства, эмоциональ-

но-мотивационные, ценностно-смысловые аспекты роли отца мало изучены. На наш взгляд, одним из актуальных направлений исследования является рассмотрение отцовского поведения, которое включает в себя личностные особенности отца и оценку семейного окружения как компонента психологического здоровья семьи. Общей методологической основой исследования является системный подход к рассмотрению семьи (Belsky, Varends, 2002). Одним из важнейших итогов такого системного подхода к семье является необходимость отхода от привычной схемы «мать — ребенок» в пользу более целостного взгляда на всех членов семьи. Итак, целью нашего исследования является изучение взаимосвязей личностных свойств отца и показателей семейного окружения как составляющих психологического здоровья семьи. Выборка состоит из 60 мужчин, из них 30 имеют только одного ребенка и 30 имеют двух и более детей. С целью изучения личностных особенностей мужчин-отцов были использованы: личностный опросник Г. Айзенка (EPI), опросник уровня субъективного контроля (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткин). Для исследования параметров семейной среды использовался опросник «Шкала семейного окружения» Р. Мооз (в адаптации С.Ю. Куприянова). Для статистической обработки использовался корреляционный анализ. Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ № 12-36-01315. На основе корреляционного анализа были установлены взаимосвязи личностных свойств и параметров семейного окружения у мужчин, имеющих одного ребенка. Отцы одного ребенка, проявляющие высокую интернальность, склонны к поощрению самоутверждения, независимости и самостоятельности. Они проявляют стремление к активному отдыху и занятиями спортом, открытому выражению чувств, сплоченности, уважение к этическим, нравственным ценностям. Существенным отличием у мужчин, имеющих двух детей, является наличие меньшего числа значимых связей между исследуемыми параметрами. Высокая степень ориентации семьи на достижения в различных видах деятельности уменьшает уровень субъективного контроля отца — он не видит связи между событиями жизни и собственными действиями; начинает считать, что за отрицательные события ответственны другие люди или они являются причиной невезения; в производственных отношениях большее значение приписывает окружающим. Анализируя результаты корреляционных связей личностных свойств и параметров семейного окружения, можно утверждать следующее. Конфигурация семьи оказывает значительное влияние на структуру личности отца и оценку им семейного окружения. Отцы, имеющие одного ребенка, демонстрируют интернальный локус контроля, ответвен-

ность за все значимые события жизни они приписывают собственным способностям и усилиям. В их семье развита независимость, экспрессивность, сплоченность, организованность, ориентация на активный отдых и морально-нравственные аспекты — категории психологического здоровья семьи. Следовательно, наличие одного ребенка поощряет отца проявлять интернальность и строить психологически здоровую семью. Противоположная ситуация наблюдается у отцов с двумя детьми. Для того чтобы семья была психологически здоровой — экспрессивной, ориентированной на достижения, организованной, с развитым контролем, отец должен становиться более экстернальным, т. е. пассивным объектом действий других людей и внешних обстоятельств. Таким образом, расширение семейной системы влечет за собой распределение ответственности за окружающие события между всеми членами семьи, отец перестает считать, что исключительно он управляет собственной жизнью и собственной семьей.

*Зверева Н.В.  
Рощина И.Ф.*

### **Современные проблемы психического дизонтогенеза в клинической психологии**

Современная научно-практическая деятельность клинического психолога требует нового рассмотрения классических подходов к нормальному и нарушенному психическому развитию. В работах последних лет встречаются многочисленные варианты нарушенного развития с акцентом на разные уровни поражения мозга, основную сферу нарушений и т. п. Среди них: эмоциональный, когнитивный, сексуальный, психосоматический, поведенческий, депривационный, нейрокогнитивный и другие дизонтогенезы. Онтогенез (нормальное развитие) многими специалистами ранее относился только к детскому возрасту. Однако в современных работах подчеркивается, что процесс психического развития человека продолжается в течение всей жизни человека. В связи с этим и дизонтогенез как нарушенное развитие должен рассматриваться в контексте всех возрастных периодов, а не только детского возраста. Нарушенное развитие может начинаться, проявляться и продолжаться как в детстве, так и в другие периоды жизни человека. Понятие «психического дизонтогенеза» обязательно включает рассмотрение следующих



параметров: социальной ситуации развития (Л.С. Выготский); вопросов клинико-психологической диагностики нарушенного развития; типологии дизонтогенеза; механизмов формирования определенных типов дизонтогенеза; временных рамок возникновения и проявления симптомов дизонтогенеза; влияния кризисов развития на специфику дизонтогенеза; влияния индивидуального развития на специфику проявлений дизонтогенеза. В психиатрии и клинической психологии существует несколько классификаций психического дизонтогенеза (Г.Е. Сухарева, Г. Ушаков, О.П. Юрьева, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалев, Д.Н. Исаев, В.В. Лебединский, М.М. и Н.Я. Семаго и др.). В психологической классификации типов «дизонтогенеза» (В.В. Лебединский) выделены базовые параметры, позволяющие описать варианты нарушенного развития: локализация поражения ЦНС, время поражения, наличие первичного дефекта и вторичных симптомов, тотальность или парциальность поражения ЦНС, характер межфункциональных связей в структуре психики. При этом базовыми причинами дизонтогенеза являются: остановка (приостановка) развития, поломка развития и асинхрония развития. Типологию нарушенного развития, созданную В.В. Лебединским для детского возраста, можно распространить на все периоды жизни человека. По мнению авторов, дизонтогенез по типу психического недоразвития всегда имеет раннее начало и длительность, равную жизни пациента. Задержанный тип дизонтогенеза также характеризуется ранним началом, но в одних случаях может иметь длительность, равную жизни, а в других завершаться в подростковом и юношеском возрасте. Поврежденному развитию всегда предшествует период нормального онтогенеза или дизонтогенез другого типа, т. е. поврежденное развитие может наступить в любом возрасте, и длительность дизонтогенеза может иметь разные границы. Дефицитное развитие может начинаться с рождения или в более позднем возрасте. Искаженное психическое развитие имеет, как правило, раннее начало. В этом случае длительность дизонтогенеза равна всей жизни пациента. Дисгармонический тип чаще имеет очень раннее начало и большую протяженность во времени. Важной проблемой представляется анализ сочетаний разных типов дизонтогенеза. Поврежденное развитие может «присоединяться» к любому варианту онтогенеза. Дефицитное развитие наиболее часто сочетается как с психическим недоразвитием, так и с задержанным развитием. Поломка как механизм нарушения развития может сочетаться с остановкой и асинхронией развития. Нормально протекающие кризисы развития могут включать и негативные поведенческие феномены. В критических точках выше вероятность «накопления» и проявления различного рода девиаций. В кризисные периоды

чаще манифестируют пограничные и эндогенные психические заболевания. Перед специалистами стоит задача клинико-психологической дифференциации негативных поведенческих симптомов патологического и непатологического уровня. На формирование структуры нарушенного развития оказывают влияние индивидуально-личностные особенности психики («слабые» и «сильные» стороны психической деятельности). Например, в современных работах по нормальному и патологическому старению (Н.К. Корсакова) делается акцент на факторе индивидуального опыта жизни человека и его влиянии на структуру когнитивного функционирования. Перечисленные проблемы требуют совместного обсуждения специалистами разных направлений для более четкого представления о диагностике и коррекции нарушенного развития.

*Иванов М.В.*

*Козловская Г.В.*

## **Нарушение схемы тела у детей с расстройствами шизофренического спектра**

Пространственные представления, как основополагающие многомерные структуры человеческой психики, начинают свое формирование в раннем онтогенезе и проходят ряд поэтапного становления: от выделения представлений о теле («схема тела» по Б.Г. Ананьеву) до отражения пространственных представлений на вербальном уровне и возможности построения сложных речевых конструкций. Диагностика пространственных представлений, связанных с телом, включала в себя как рисуночные (составление карты собственного тела), так и моторные пробы Г. Хеда в модификации. Известно, что в норме формирование изобразительной деятельности ребенка происходит поэтапно, а именно, к 3-летнему возрасту изображение фигуры человека должно состоять из трех составных частей (голова, глаза и ноги), к 4–4,5 годам — из шести частей и т. д. Таким образом, можно оценить уровень интеллектуального развития детей в возрастном аспекте, сопоставляя количественные показатели с рисунком (Goodenough F.L.). В нашем исследовании внимание обращено не на техническую сторону рисунка, а на правильность «схемы тела», а именно на то, как ребенок располагает части тела относительно друг друга, что в свою очередь отражает правильность его представлений. Выборка исследо-

вания: дети 6–11 лет. Экспериментальную группу составили 75 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения и шизотипические расстройства, диатез). Контрольную группу составили 40 испытуемых, психически здоровые сверстники, обучающиеся в массовых средних общеобразовательных учреждениях и не имеющие проблем в обучении. Исследуемые выборки сопоставлены по полу и возрасту. Нами выявлено, что у детей с расстройствами шизофренического спектра отмечается диссоциация моторики и познавательной деятельности в целом. Схема тела имеет несформированный и искаженный характер. Образ тела представлялся расщепленным, с искаженной или отсутствующей половозрастной идентификацией. Несформированность пространственных представлений на телесном уровне проявлялась в виде трудностей по определению лево-правосторонней ориентации и взаимного расположения частей тела относительно друг друга. Характерными особенностями в рисунках выступали различные деформации частей тела: головы, частей лица (глаз, носа, рта), туловища и конечностей. Важно отметить, что у пациентов детского возраста с расстройствами шизофренического спектра отмечаются идеи физического недостатка, квалифицируемые как начальные проявления дисморфофобий (Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилев В.В.; Phillips K. A., McElroy S.). Из анамнеза известно, что пациенты имели различные идеи физического недостатка, бред отношения и пониженный фон настроения, что, в свою очередь, свидетельствует о наличии триады дисморфофобического синдрома (по М.В. Коркиной). Выявлены деперсонализационные феномены нарушения восприятия тела, а именно: искажения восприятия телесного облика, отсутствие частей тела или наличие дополнительных, что связано со степенью выраженности заболевания (пациенты с диагнозом F20.8 «шизофрения», детский тип), и в рамках нормального развития (группа контроля — нормальное развитие) не наблюдались. Изображение дополнительных конечностей в рисуночных пробах у лиц детско-подросткового возраста может объясняться, по мнению ряда авторов, склонностью к патологическому фантазированию или как особые элементы псевдогаллюцинаций и рудиментарных идей воздействия. Таким образом, результаты данного исследования свидетельствуют о нарушениях схемы тела у детей с расстройствами шизофренического спектра (при сравнении с психически здоровыми сверстниками) в виде несформированности и искаженности. Образ тела у пациентов с шизофреническими расстройствами представляется расщепленным (по типу основной шизотипальной дисфункции).

*Климон Н.Л.  
Старобина Е.М.*

## **Формирование социально-бытовых навыков у детей с нарушением функций кисти**

Ежегодно в России увеличивается количество детей с нарушением функций верхних конечностей: из каждой 1000 новорожденных 1–2 ребенка рождается с такой патологией. Неспособность выполнять социально-бытовые навыки детьми данной категории обусловлена их первичным дефектом — деформацией кисти. Эти деформации приводят к ограничению способности к самообслуживанию, что проявляется в снижении способности действовать руками, хватать, удерживать, поднимать, передвигать предметы. При этом у многих из этих детей наблюдаются определенные пробелы в запасе знаний, касающихся в основном тех сведений, усвоение которых происходит на практике, в процессе освоения социально-бытовых навыков. Несмотря на интеллектуальную «сохранность», дети с нарушением функций верхних конечностей в большинстве имеют ряд нарушений и особенностей развития, которые необходимо принимать во внимание при формировании социально-бытовых навыков, а именно:

- нарушение хватательной функции;
- нарушение функции дифференциации схвата и удержания предмета;
- невозможность соразмерить мышечные усилия с двигательной задачей;
- нарушение зрительно-моторной координации;
- замедленность и несформированность отдельных двигательных навыков и умений;
- практический опыт значительно ниже возрастной нормы.

Кроме того, у них могут наблюдаться:

- речевые нарушения;
- нарушение развития эмоционально-мотивационной сферы (эмоциональная возбудимость, повышенная или сниженная тревожность, неврозоподобные расстройства и др.);
- нарушения пространственной ориентировки.

В результате исследования, проведенного в ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, было установлено, что большинство

дошкольников с нарушением функций верхних конечностей разного возраста владеют социально-бытовыми навыками на низком уровне, не соответствующем возрастным нормам. Наибольшие затруднения в возрастных группах 3, 5 и 6 лет вызвали навыки по уходу за собой: уровень их сформированности составил 52,8, 73,9 и 85,7% соответственно, а у 4-летних детей навыки по уходу за помещением — 53,3%. Специалистами Центра разработана программа формирования моторных и социально-бытовых навыков с использованием системы игр, которая включает несколько этапов, на каждом из которых конкретизируются промежуточные цели и задачи работы:

I этап. Предварительный (ознакомительно-диагностический) — разработка плана коррекции на основе психолого-педагогической диагностики.

II этап. Основной. Первая стадия основного этапа — развитие ручной моторики в соответствии с возрастом и возможностями ребенка, промежуточный контроль, корректировка плана работы. Вторая стадия основного этапа — формирование/развитие социально-бытовых навыков на основе совершенствования ручной моторики в соответствии с возрастом и возможностями ребенка, промежуточный контроль, корректировка плана работы. Третья стадия основного этапа — отработка освоенных социально-бытовых навыков на практике, промежуточный контроль, корректировка плана работы.

III этап. Заключительный — оценка уровня эффективности проведенных коррекционно-развивающих мероприятий и разработка индивидуальной коррекционно-развивающей программы для занятий в домашних условиях.

IV этап. Домашний (семейный) — закрепление и совершенствование приобретенных навыков в домашних условиях. Начало коррекционной работы после проведенных медицинских мероприятий определяется индивидуально в зависимости от результатов оперативного вмешательства, характера патологии, тяжести двигательных нарушений, уровня развития ручной моторики и социально-бытовых навыков на момент начала занятий с использованием системы игр. Игровые задания подбираются с учетом показателей развития ручной моторики и социально-бытовых навыков, а также развития игровой деятельности в зависимости от возраста. Как показала практика, в результате использования системы игр для формирования социально-бытовых навыков у детей с нарушением функций верхних конечностей во всех возрастных категориях существенно увеличивается количество тех, кто после проведенных

коррекционно-развивающих занятий имеет средний и высокий уровень социально-бытовых навыков. Таким образом, самостоятельное выполнение социально-бытовых навыков в соответствии с возрастной нормой детьми с нарушением функций верхних конечностей является критерием их сформированности, что в свою очередь способствует повышению эффективности социальной адаптации и интеграции ребенка в среду сверстников.

*Крайнюков С.В.*

*Мамайчук И.И.*

### **Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата**

В современной детской и подростковой клинической психологии все чаще обсуждается проблема дифференцированных технологий психологической помощи. При наличии широкого спектра подходов к психокоррекции детей с различными видами дизонтогенеза разработка специальных программ психологической помощи при различных соматических заболеваниях составляет область дефицита. С нашей точки зрения, такая разработка не может обойтись без знания особенностей индивидуального образа жизни больного, внутренне отраженного в его психологической картине мира. Заболевания опорно-двигательного аппарата зачастую сопровождаются болевым синдромом, требованием соблюдения режима, ограничениями физической подвижности, социальной мобильности, а потому не могут не отразиться на отношениях больного с миром, его восприятии мира. Как комплексный теоретический конструкт, картина мира (образ мира) исследовалась Василиюком Ф. Е. (1993), Леонтьевым А.Н. (1983), Петренко В.Ф. (2010), Петуховым В. В. (1984), Сапоговой Е.Е. (2004), Серкиным В.П. (2006), Смирновым С.Д. (1985) и др. Психологические деформации у детей и подростков с нарушениями двигательной сферы изучались Левченко И.Ю. (1982), Мамайчук И.И. (2004), Мастюковой Е.М. (1991), Похилько А.С. (2010), Пятаковой Г.В. (2000), Семёновой К.А. (1979), Шипицыной Л.М. (2004) и др. С целью изучения особенностей картины мира подростков с двигательными нарушениями нами было организовано и проведено эмпирическое исследование. Выборку исследования составили пациенты Восстановительного центра детской ортопедии и травматологии «Огонек» (г. Стрель-

на) — 20 респондентов в возрасте 15–17 лет, а также контрольная группа респондентов — 20 подростков того же возраста, не имеющие психофизических расстройств. В качестве методов исследования мы применили личностный опросник Р. Кеттелла (подростковый вариант, 14РН), тест фрустрационных реакций Розенцвейга, психосемантический дифференциал Ч. Остуда, цветосемантический тест И.Л. Соломина, проективный рисунок картины мира. Результаты исследования по тесту Р. Кеттелла показали, что подростки с заболеваниями опорно-двигательного аппарата отличаются повышенными показателями по факторам I ( $p = 0,01$ ), F ( $p = 0,05$ ), и H ( $p = 0,05$ ). Иными словами, для них характерен более высокий уровень сензитивности, беспричинной тревоги, импульсивности, эмоциональной реактивности. Эти подростки обнаруживают недостаток самостоятельного усилия, ответственности, они нетерпеливы, непрактичны, капризны, требуют постоянного внимания и помощи. Будучи во власти эмоциональной экспрессии, они хуже реагируют на внешние сигналы, слабее контролируют свое поведение, проявляют меньшую эффективность в деятельности. Проективные методики показали у этих подростков наличие высокой эмоциональной напряженности, фрустрированности, тенденции к амбивалентному реагированию, иррациональных страхов. В ходе факторного анализа данных психосемантического теста мы выделили 2 главных фактора, обозначенных нами как «благополучие/неблагополучие» и «стабильность/неустойчивость». У подростков с заболеваниями обнаружилась большая диффузность семантического пространства. Обращает на себя внимание смещение временной перспективы в «зону риска» (неустойчивого благополучия). В целом зона риска у исследуемых подростков является более обширной по своему содержанию. У подростков с заболеваниями отмечается более дифференцированная структура негативных переживаний, что демонстрирует больший опыт их проживания. Определенные трудности проявляются в отношениях с окружающими: при абстрагировании сверстников в зону риска и сниженной стабильности в общении отмечаются более выраженные потребности в доверии и признании. У подростков-пациентов также наблюдается тенденция к вытеснению вопроса здоровья-болезни, при этом здоровье, в сравнении с респондентами контрольной группы, оценивается более негативно, а болезнь наделяется качествами наивысшей угрозы и опасности. Обнаруживаются противоречия в представлениях подростков о медицинском учреждении и персонале. По совокупности результатов исследования, мы можем констатировать, что картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата отличается большей диффузностью, амбивалентностью, конфликтностью, напря-

женностью. Знание того, как эти и другие конкретные характеристики картины мира детерминируют систему активности подростков с двигательными нарушениями, могло бы помочь органично встроиться в эту систему с целью ее конструктивной перестройки для оптимизации процессов лечения и саногенеза.

*Кремнёва Л.Ф.*

## **Отклоняющееся поведение родителей — как фактор формирования психической патологии**

Центральной фигурой для ребенка младенческого возраста является мать. По мнению Добрякова И.В. (2012), младенец живет с матерью практически одной жизнью, однако диада «мать — дитя» является подсистемой семьи, и на нее влияет все, что в семье происходит, однако необходимо учитывать влияние отца, роль которого в ранние годы жизни ребенка возрастает. Известно, что ранний возраст является сенситивным и крайне важным периодом для личностного развития ребенка (Козловская Г.В., 1995; Филиппова Г.Г., 2002; Добряков И.В., 2012 и др.), а учитывая несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций — значение качеств матери, ее поведения, особенно в периоде раннего детства, невозможно переоценить.

Цель исследования: изучить клинико-психологические механизмы взаимодействия неправильного материнского поведения и психического развития детей первых лет жизни. Место исследования: один из Центров психолого-медико-социального сопровождения детей г. Москвы. Объект исследования: 103 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет и их матери, с нарушенным материнским поведением (депривирующий тип воспитания). Методы исследования: клинический метод (неврологический и психопатологический) для наблюдения за ребенком. Структурированное интервью «Материнский опросник». Этологический метод наблюдения за ребенком и матерью в системе «мать — дитя» (наблюдение за поведением в свободном общении).

Результаты. Депривирующая мать — неудовлетворяющая в достаточной мере основные жизненные потребности ребенка в течение продолжительного времени, вследствие разных причин. По нашим наблюдениям, вследствие:



1. Отвержения.
2. Боязни «избаловать» ребенка.
3. Плохого понимания причин поведения ребенка, нечувствительности к его потребностям.
4. Постоянно меняющихся лиц, ухаживающих за ребенком.
5. Выраженной тревожности матери.
6. Депрессии у матери.

Выраженность депривации оценивалась степенью полноты удовлетворения потребностей ребенка. Наиболее легкая и часто встречающаяся ее степень (когда эмоциональная составляющая депривации была неполной (Кощавцев А.Г., 2005), и матери то удовлетворяли потребности ребенка (полностью или частично), то игнорировали их — проявлялась в истероформном поведении детей, иногда завершающемся аффект-респираторным приступом. Характерными также являлись признаки парциальной задержки формирования психических функций, наличие выраженного страха посторонних к 1,5 годам, эмоциональная лабильность и начальные проявления личностных расстройств тормозимого типа. Более выраженная степень депривации отмечалась в тех случаях, когда матери минимизировали усилия по уходу за ребенком, были излишне строги к нему, стремились делать все, как удобно им, игнорируя интересы и потребности ребенка, даже прибегали к насилию. Не удовлетворяли потребности ребенка в новых впечатлениях, в момент кормления не общались с ним, стремились быстрее завершить этап грудного вскармливания и перейти к искусственному. Нередко воспитание целиком вверяли няням, причем часто меняющимся. У детей этих матерей выявлялись уже к концу первого полугодия признаки задержки психофизического развития, которые с течением времени становились все более грубыми. Речь развивалась плохо, отмечался выраженный гипердинамический синдром. Аппетит был резко снижен, либо дети беспорядочно много ели, но вес, тем не менее, оставался сниженным. Отмечались выраженные стереотипии. Истерические реакции были грубо выраженными, чаще отмечались аффект-респираторные приступы. Со временем возникали соматические заболевания, как правило, протекавшие в тяжелой форме. Поведение этих детей характеризовалось безразличным отношением к уходу матери, отсутствием страха перед посторонними взрослыми, низким уровнем инициативного и ответного поведения, то есть формировалась избегающая небезопасная привязанность. Таким образом, отклоняющееся поведение матери является формообразующим фактором психической патологии

у детей. Степень выраженности депривационных нарушений зависит от характера материнско-детских отношений, задаваемых, прежде всего, матерью. В то же время, коррекция нарушенного материнского поведения открывает новые возможности для первичной и вторичной профилактики психических расстройств у детей раннего возраста.

*Лазуренко С.Б.*

*Буслаева А.С.*

*Свиридова Т.В.*

### **Стратегия оказания психологической помощи тяжелобольным школьникам в стационаре**

В настоящее время наблюдается увеличение числа хронических заболеваний у детей и подростков. На протяжении последних пяти лет ежегодно 36–38% детей рождаются больными или заболевают в младенчестве. В этих условиях сохранение здоровья подрастающего поколения является приоритетной задачей государства (Профилактическая педиатрия, 2012). В связи с этим усилия медицинских работников и психологов должны быть направлены на создание условий, способствующих снижению негативных социальных последствий болезни и реализации психологических потребностей детей с ОВЗ. Одним из важных компонентов комплексного восстановительного лечения является психолого-педагогическое сопровождение школьника в стационаре. Тяжесть физического состояния и искажение социальной ситуации в силу систематической госпитализации обуславливают фрустрацию основных психологических потребностей, крайнюю эмоциональную неустойчивость и повышенную возбудимость. Продолжительное ощущение острой тревоги за жизнь может преобразоваться в симптомокомплекс эмоциональных расстройств по типу субдепрессии, проявляющийся снижением социальной активности, повышенной конфликтностью или склонностью к инкапсуляции. Без специальной социальной и психолого-педагогической помощи эти симптомы по мере взросления могут усугубляться и привести к расстройствам психики. Как показал наш опыт помощи детям с тяжелыми заболеваниями (ревматоидный артрит, болезнь Крона, хронический гломерулонефрит), каждому из них в период лечения в стационаре необходима психологическая поддержка с целью профилактики адаптационных трудностей, которые могут привести к дистрессу. Особое внимание следует уделить школьникам с

низкой стрессоустойчивостью, у которых имеет место возникшее тяжелое течение болезни и необходимость частых госпитализаций с целью стабилизации состояния здоровья. Алгоритм психологической помощи детям в учреждениях здравоохранения представляет собой следующее: диагностику психологического состояния, анализ результатов психологического обследования и клинических данных, определение индивидуальной программы психологической помощи и ее реализация в период лечения, оценка психологического состояния перед выпиской ребенка из стационара. Стандартное обследование психологического состояния пациентов включает метод наблюдения, клиническую беседу и комплекс проективных методик, подобранных в зависимости от возраста и физических возможностей ребенка («Нарисуй человека», «Методика исследования самооценки Т.В. Дембо–С.Я. Рубинштейн», тест «Три желания» (для младших школьников), «Незаконченные предложения» (для подростков)). При организации психолого-педагогической помощи детям с тяжелым хроническими заболеваниями, в первую очередь, должны учитываться: длительность, степень тяжести, характер течения болезни, а также возрастные и индивидуальные психологические характеристики ребенка. Психологическая поддержка должна быть организована в индивидуальной форме в случае тяжелого течения болезни или при поступлении ребенка на лечение в стационар в период обострения, т. е. в ситуации его значительной физической ослабленности, длительных болевых ощущений. Создание в палате комфортных условий, включение в совместную деятельность с психологом или другим ребенком, систематическая эмоциональная поддержка — позволяют снизить степень эмоционального напряжения, удовлетворить потребность в познании и социальной активности, а значит, улучшить его физическое и психологическое состояние. Дети и подростки, у которых наблюдается стабильный положительный эффект от лечения, с желанием принимают участие в групповых занятиях. Групповые занятия способствуют расширению поведенческого репертуара, укреплению положительного образа «Я», повышению коммуникативной компетентности, вызывают положительные эмоции и ощущение принятия со стороны окружающих. Организация лечения без психологической поддержки маленького пациента истощает физические и эмоциональные резервы ребенка, приводит к риску формирования отклонений психики и поведения. Реализация комплексного подхода к реабилитации позволяет оказать психологическую поддержку ребенку в тяжелой жизненной ситуации, удовлетворить психологические потребности, сохранить личностный потенциал, оптимизировать социальную ситуацию развития, повысить качество его жизни.

*Локтионова А.В.  
Задорожная Д.А.*

## **Психотерапия ранних нарушений контакта в диаде матери и младенца**

Надежная привязанность является мощным защитным фактором в развитии здоровой самости и формировании идентичности, способствует здоровой социальной интеграции. В наших исследованиях мы установили, что надежная привязанность вырастает на основе определенного качества контакта матери и ребенка, это качество связано с принятием роли матери и с типом ее собственной привязанности в раннем детстве. На кафедре клинической психологии Курского медицинского университета ведутся исследования, которые показывают, что женщины, игнорировавшие роль матери на этапе беременности, и женщины с амбивалентным отношением к беременности в дальнейшем не способны установить необходимое ребенку качество контакта. Отсюда возникает необходимость создания корректирующих программ по развитию качества контакта матери с ребенком в первые месяцы его жизни. Мы создали программу для поддержки мам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и мам, испытывающих сложности в контакте со своим младенцем, с тем чтобы поддержать вхождение в роль матери и принятие роли матери как ресурс, и способствовать развитию надежной привязанности, и апробировали эффективность программы. Программа состоит из трех этапов. 1. Мотивационный — установление контакта с молодой мамой. Встраивание ее в женскую поддерживающую матрицу/систему (Стерн Д., 1995). «Женская поддерживающая матрица» по Стерну — фундаментальная опора в том, чтобы нести ответственность и соответствовать той роли, которую принимает на себя мать. Чтобы стать частью этой матрицы, психотерапевт помогает женщине решить группу жизненных, обозначенных в программе задач. 2. Работа с эмоционально-мотивационным слоем материнской роли — развитие восприятия ребенка и чуткости. Усилия многих исследовательских групп: Trewarthen С. (1979); Brazelton Т. (2002); Tronik Е. (1979); Dornes (1993), Stern D. (1998), Meltzoff А.(2007); Боулби Дж., Мухамедрахимов Р.Ж. (2001) описали базовые потребности ребенка, на этой основе осуществляется работа над расширением материнской компетентности и чуткости, осуществляется holding со стороны терапевта и контейнирование сложных чувств. Понимание моделей материнства данной женщины. С помощью видеобратной связи осуществляется коррекция моделей контакта с младенцем

и понимание потребностей младенца. Проработка чувств в отношении собственной матери и материнских фигур. 3. Работа с когнитивным слоем. Закрепление, анализ, расставление приоритетов, принятие решений. Понимает свое материнство отчасти как возможность перевоссоздания, осознанного переписывания истории собственного детства. Понимание и анализ существующих ожиданий (требований) от этой роли. Расширение жизненной перспективы. В ходе этапов психотерапевтической программы мама прорабатывает части аффективной установки, сформированные в раннем детстве, и перестает идентифицироваться как с собственной матерью (отцом), так и переносит на ребенка аффективные ожидания, которые сформировались и/или остались незавершенными гештальтами в отношении собственных родителей или самой себя. Так возникает или корректируется гибкая межличностная социальная установка, состоящая из трех компонентов, которая обеспечивает принятие материнской роли, чуткий контакт и надежную привязанность.

*Лорер В.В.*

### **Психологическая помощь детям с выраженными церебрально-структурными изменениями**

В последние годы в результате совершенствования технологий ранней диагностики и интенсивной терапии увеличилось число детей с выраженными структурными изменениями головного мозга (Володин, 2009). Последствиями пре- и перинатального поражения структур мозга могут быть двигательные нарушения разной степени тяжести, нарушения зрения и слуха, задержки в психомоторном и речевом развитии и другие симптомы церебральной недостаточности. Между тем большое число клинических наблюдений свидетельствует о том, что наличие медицинских проблем в пре- и перинатальном периоде не может однозначно предсказать дальнейшее развитие ребенка, поскольку важнейшим фактором развития в младенческом и раннем возрасте является социальное окружение ребенка, прежде всего, взаимодействие ребенка с матерью или другим близким взрослым. Дополнительным источником риска у детей с церебрально-структурными поражениями может быть изменение в базальной регуляции поведения у младенцев (Папушек Х., 1979). Наличие церебральной патологии приводит к тому, что сигналы, идущие от ребенка, трудны в распознавании и интерпретации, а сам ребенок бывает

слишком пассивным, если взрослый не привлекает его внимание. Такие дети могут избегать социальных контактов или реагировать на них возбуждением и усилением крика. В подобных случаях «трудное» поведение ребенка вызывает у родителей ощущение, что к их родительской компетентности предъявляются повышенные требования. Это часто приводит к возникновению синдрома родительского отказа, характеризующегося бессилием и чувством вины (Parousek M., 2004, 2008). Длительное нарушение интуитивной способности родителей согласовывать свое поведение с потребностями и сигналами младенца повышает риск возникновения дисфункциональных паттернов коммуникации, при которых ребенок с регуляторными нарушениями не получает необходимой ему регуляторной поддержки со стороны матери. Отсутствие позитивных сигналов обратной связи от ребенка, в свою очередь, влияет на уверенность родителей в собственной интуитивной компетентности. Программа включала в себя диагностический и терапевтический блоки. Проводилась комплексная динамическая диагностика пары «мать — ребенок», которая включала в себя оценку: регуляторных способностей младенца, количества и качества стресса у родителей, коммуникации в диаде «родитель — ребенок». Терапевтический блок программы был направлен на решение триединой цели: проблемы поведения ребенка, работа с родителями и поддержка позитивных интеракций в диаде «мать — младенец». Данный блок программы включал в себя три главных модуля: 1. Консультирование родителей по общим вопросам развития ребенка. Специалист вместе с родителями определяет сильные и слабые стороны ребенка, уровень индивидуального развития и потребности, соответствующие возрасту. Даются рекомендации по созданию индивидуальной развивающей среды для ребенка. 2. Поддерживающая, ориентированная на ресурсы, терапия, в центре которой находится физическое и эмоциональное состояние матери. В случае преобладания текущих и хронических стрессов целью поддерживающей психотерапии является определение и усиление интуитивной компетентности родителей и ресурсов в ребенке, в личности самих родителей, в семье и социальном окружении. 3. Руководство взаимодействием в коммуникации матери и ребенка. Данный модуль направлен на изменение дисфункциональных паттернов коммуникации, при которых отмечается негативное соответствие между поведением ребенка и родителя, на функциональные паттерны. Взаимодействие матери и ребенка снималось на видеопленку в разных ситуациях (кормление, свободная игра, ситуация с «неподвижным лицом» (Tronick et al., 1978). Видеоматериалы взаимодействия использовались как для оценки регуляторных способностей ребенка и матери, так и для прове-

дения психотерапевтической работы с парой «мать — ребенок», которая направлена на изменение поведения матери за счет сосредоточения внимания на ее сильных сторонах, на позитивное изменение отношений матери и ребенка. Видеообратная связь с ее техническим потенциалом в виде повторения, пауз, остановки, медленного прокручивания записи и повторного проигрывания эпизодов дает родителям возможность пережить и вернуться к особенным паттернам взаимодействия и к их значению. Программа ранней помощи семьям, воспитывающим детей группы медицинского риска, внедрена в практическую деятельность Отделения раннего вмешательства для детей в возрасте до 3-х лет (абилитация младенцев) СПб ГБУ «ЦСРИДИ Невского района».

*Миланич Ю.М.*

## **Принципы психокоррекционной работы с семьей ребенка с отклоняющимся развитием**

Несмотря на чрезвычайную значимость, в практике отечественных психологов психокоррекционная работа с семьями детей с различными вариантами дизонтогенеза еще не получила широкого распространения. Это связано с недостаточной разработанностью теоретико-методологических основ психокоррекционной помощи семье «особого» ребенка. Цель данного сообщения — представить принципы такой работы, как ее важнейшей теоретической основы. Под данным аспектом профессиональной деятельности психолога мы понимаем комплекс воздействий, направленных на снятие психологического неблагополучия членов семьи, нарушений внутриличностных, внутрисемейных и внесемейных отношений с целью создания оптимальных условий для развития как самого ребенка с дизонтогенезом, так и его ближайших родственников (родителей, братьев, сестер). Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме, а также собственный опыт позволяет нам выделить следующие принципы: Системный принцип. Работа психолога должна сочетать воздействия на личность каждого члена семьи в комплексе ее характеристик, а также на семью как целое. Следуя основным положениям концепции личности В.Н. Мясищева, мы определяем основную мишень психокоррекции как систему отношений членов семьи (в том числе самого ребенка с дизонтогенезом), нарушения которых проявляются в психологическом неблагополучии и проблемном внутрисемейном и внесемейном взаимодействии.

Генетический принцип. Базируется на положениях Л.С. Выготского о важнейшем значении экспериментально-генетического метода в психологии, о социальной детерминированности и орудийности психики. Экспериментально-генетический метод искусственно вызывает и воссоздает процесс психического развития. Психокоррекционная среда призвана стать той социальной детерминантой, которая создает условия для моделирования особых отношений психолога, ребенка и взрослого как основу формирования психологических новообразований. В реальной жизни человек по каким-то причинам был лишен этих условий, или они были реализованы не в полной мере. Психологическими орудиями, которые интериоризируются в психокоррекции и продвигают развитие человека вперед, являясь воздействия психолога: планомерное формирование психической деятельности, предоставление информации, моделей поведения, принятие, повышение самооценности и др.

Принцип индивидуализации. Данный принцип требует учета уникальности самого ребенка с дизонтогенезом, его родственников и семейной ситуации в целом. Для построения адекватной психокоррекции специалист должен учитывать сложную клинико-психологическую структуру нарушенного развития, то есть точно определить соотношение первичных и следующих за ним нарушений, а также их факторов. Другие значимые параметры для реализации этого принципа: предшествующее развитие, индивидуально-типологические особенности ребенка и его родственников, история семьи, характер внутрисемейных, внутрисемейных и внесемейных отношений.

Принцип деятельностного подхода. Работа должна строиться не как простая тренировка психических функций ребенка с дизонтогенезом и способов родительского воздействия, а как целостная, осмысленная деятельность ребенка и взрослого, органически вписывающаяся в систему их взаимоотношений. Психолог призван оказывать воздействия, моделирующие и формирующие различные виды деятельности (игровую, учебную, коммуникативную, обучающую, воспитательную), усиливать ее мотивационно-личностный аспект.

Интегративный принцип. Данный принцип связан с возрастающим значением интегративного движения в психотерапии. Предопределяя категориальный аппарат и методы работы, различные психотерапевтические подходы в работе с семьей ребенка с дизонтогенезом дополняют друг друга, т. к. концентрируются на разных аспектах и проблемах отношений членов семьи. Многоаспектность отношений определяет широкий круг задач психокоррекции, решение которых требует привлечения



методов из различных подходов. Использование какого-либо единственного подхода в работе с «особым» ребенком (например, «песочной» или бихевиоральной терапии) вовсе представляется нецелесообразным. Достижение цели психокоррекции при дизонтогенезе — частичное или полное преодоление отклонений в развитии психики — возможно при гибком использовании методов различных направлений.

*Олешкевич В.И.*

## **Проблемы медицинской психологии в детской клинике**

Психологический фактор участвует в деятельности врача, начиная с установления диагноза и кончая процессами терапии. И все эти проблемы относятся именно к области медицинской психологии. Это значит, что на всех этапах диагностики, на всех этапах лечебного процесса мы встречаемся с психологией: с психологией больного, с психологией пациента, с психотехникой формирования или усугубления болезни, с особенностями психологического подхода пациента к лечению и, наконец, со сложной психологией врача. Таким образом, медицинская психология должна быть задействована: 1) на уровне установления диагноза, обладающего системными, в том числе психогенными и социогенными, характеристиками; 2) на уровне сообщения диагноза пациенту, а также 3) на всем процессе лечения. В таком случае, старый врачебный принцип «не навреди» должен быть расширен и интерпретирован с учетом современной медицинской психологии. Теперь врач должен учитывать не только то, что у пациента болит, и свои объективные данные его обследования, но и все то, что пациент думает о своей болезни, так же как и о многом другом. Он также должен учитывать и тот факт, что у современного человека сплошь и рядом его тело и его мышление могут быть резко разделены и иметь достаточно слабые контакты. Все это требует не просто всякий раз осуществления определенной психологической работы или участия в лечебных процессах медицинских психологов. Такой подход в медицине предполагает радикальное преобразование в организации врачебного образования. Нужно предположить, что в рамках психосоматической медицины основы психологического образования должны стать такими же базовыми навыками и знаниями врачей, какими сегодня являются основы медицинской гигиены. Особенно остро в медицинской психологии нуждается детская клиника. Здесь достаточно часто можно

наблюдать, как лечение ребенка происходит безотносительно к тому, какое влияние оно оказывает на психическое здоровье детей. Сегодня сплошь и рядом можно наблюдать, как детские соматические врачи в рамках гипердиагностики механически вводят непонятные и неприемлемые для ребенка ограничения его в движениях, еде и т. п. Но в это время ребенок развивается не только физически, но и психически. В таком случае получается, что физическое здоровье ребенка достигается часто за счет нарушений здоровья психического. Любой медицинский диагноз, прогноз и рекомендации к изменению или ограничению образа жизни без соответствующей их психологической проработки могут непосредственно вести к формированию психических отклонений в развитии ребенка, чувству неполноценности и психической травматизации у детей. И здесь открывается целое поле возможных исследований и приложений для медицинской психологии. Например, многих психотравм можно было бы избежать при грамотной психологической организации различного рода операций у детей. Все это в определенной мере относится и к взрослым пациентам. Но у ребенка происходит не только физическое, но и интенсивное психическое развитие. И односторонняя фиксация только на физическом здоровье детей часто ведет к проблемам с их психическим здоровьем. И это вместо того, чтобы, напротив, эффективно использовать в поддержании физического здоровья весь психический потенциал детей. В действительности, при грамотном психологическом подходе всегда можно найти правильное решение, при котором медицинские процедуры или ограничения как раз способствовали бы правильному психическому развитию больных детей. В детской клинике ситуация усложняется и по своей коммуникативной структуре. Диагноз, рекомендации по лечению и изменению образа жизни ребенка здесь транслируются врачом родителям, которые все это специфическим образом интерпретируют и переносят на отношение к ребенку. И врач за результаты такой коммуникации несет определенную ответственность. Прежде всего, детский врач несет ответственность за ребенка, но это происходит через посредство родителей. Поэтому, по большому счету, он должен понимать и учитывать как психологию ребенка, так и психологию родителей. Он, соответственно, должен быть специалистом по семейной психологии, знать возрастную психологию, а также быть мастером коррекционной и терапевтической коммуникации. Таким образом, медицинская психология и психотерапия, а также возрастная психология становятся частью медицинского арсенала детского врача. А это, конечно, требует существенной перестройки соответствующего медицинского образования.

*Омарова П.О.  
Шахова Р.М.*

## **Психологические аспекты проблемы школьного насилия**

В последние годы высокий уровень насилия захлестнул современные школы: учащиеся используют холодное и огнестрельное оружие, высокотехнологичные устройства для демонстрации жестокого поведения по отношению к сверстникам и педагогам в интернет-сети, преследование с использованием социальных сетей и др. В то же время современные отечественные психолого-педагогические исследования почти не затрагивают эту проблему, несмотря на ее несомненную актуальность. Современный подросток владеет информационными технологиями и не обладает элементарной правовой культурой, не в полной мере осознает результаты своих поступков, не знает своих прав и обязанностей. Накладываясь на кризис возраста, проявляющийся в нарушениях поведения, асоциальных проявлениях и общем негативизме, указанные обстоятельства детерминируют всплеск школьного насилия. Отчетливо прослеживается определенная тенденция — «зловещее очарование насилия» (по определению А. Гуггенбуля) все чаще проникает в сознание современных школьников, приобретает все более противоправный характер, усугубляется не только отсутствием раскаяния в связи с совершенным, но и стремлением продемонстрировать акты насилия максимальному числу пользователей сети Интернет. Ряд современных исследований затрагивает различные аспекты проблемы школьного буллинга (Сафонова Т.Я. и Цымбал Е.И., 1993; Кропалева Т.В., 2004; Макарчук В.А., 2004; Малкина-Пых И.Г., 2005; Устинов В.П., 2005; Марголина И.А., 2006; Смагина М.В., 2006; Спирина А.В., 2009; Гамиля М.Н., 2010; Kara Witsoe, 2010; и др.) Различают психологическое, физическое, сексуальное и эмоциональное насилие, имеющие разный уровень влияния на психику ребенка. Общим результатом насилия по отношению к ребенку является нарушение системы доверительных отношений между ним и миром взрослых, которое порождает снижение обучаемости школьника, т. к. он не принимает помощи учителя, негативно относится к школе и учебе, отмечается нарастающая криминализация поведения. В последнее время появился новый вид школьного насилия — школьный кибербуллинг — психологическое насилие с использованием современных информационных технологий (мобильных телефонов, иных электронных устройств (пересылка неоднозначных изображений и фотографий, обзывание, распространение слухов и др.), социальных сетей в Интернете). Kara Witsoe (2010) отме-

чает, что при кибербуллинге используются высокотехнологичные средства для угроз, оскорблений и преследования. Насилие в этом случае не зависит не только от превосходства в физической силе, но даже не нуждается в физическом контакте. Вооруженный телефоном киберхулиган может достаточно быстро распространить слухи, угрозы, оскорбления с использованием СМС-сообщений, электронной почты или социальных сетей. В феврале 2013 года на сайте <http://pbskids.org/itsmylife/friends/bullies/> было проведено голосование, посвященное стратегиям поведения жертвы школьного насилия, в котором на момент нашего исследования приняло участие 87887 детей. 46 % детей предпочло бы прибегнуть к самозащите и дать сдачи, 27 % — рассказать взрослым, 26 % — убежать. На наш взгляд, эти данные свидетельствуют о том, что только первые две группы детей способны защитить себя (либо самостоятельно, либо прибегнув к помощи взрослых), столкнувшись со школьным насилием. Следовательно, чуть менее трети детей во всем мире являются потенциальными жертвами школьных агрессоров. Т.Я. Сафонова и Е.И. Цымбал (1993) выделили два вида последствий жестокого обращения с детьми — ближайшие (физические травмы, рвоту, головные боли, потерю сознания, кровоизлияние в глазные яблоки, острые психические нарушения) и отдаленные (нарушения физического и психического развития ребенка, соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия). Теоретико-методологический анализ проблемы школьного насилия позволяет сформулировать основные векторы психологической работы в школе:

- 1) психологическая поддержка потенциальной жертвы школьного насилия путем обучения поведению в ситуации насилия, в том числе с использованием высокотехнологичных средств (мобильного телефона, социальных сетей и др.);
- 2) психологическое просвещение родителей и учителей, обучение навыкам поддержки ребенка, оказавшегося в ситуации школьного насилия;
- 3) реализация программ профилактики насилия усилиями психолого-педагогического коллектива школы;
- 4) психологическая реабилитация жертв школьного насилия.

*Печникова Л.С.*

*Жуйкова Е.Б.*

## **Проблема внутрисемейной мотивации к воспитанию приемного ребенка в семье**

Исследования психологических характеристик семей, воспитывающих приемных детей, являются малочисленными, в основном, имеют педагогический и социологический характер. Однако рост интереса к проблемам принимающих семей, развитие семейного устройства, необходимость диагностики, подготовки и сопровождения таких семей, и в целом тенденция к большей открытости к получению ими психологической помощи ставит задачи перед научной психологией по более тщательному изучению особенностей развития и функционирования принимающей семьи. Одним из факторов, влияющих на готовность семьи к переходу в статус принимающей, на процесс адаптации, а позднее, формирование принятия родителями ребенка — являются ожидания семьи от изменений, связанных с включением в ее состав нового члена. Ожидания от ребенка являются проекцией смысла и значения, которые вкладываются родителями в появление приемного ребенка, они связаны с историей, структурой семьи, а также с функциональными задачами, которые стоят перед семейной системой на этапе возникновения желания взять ребенка. Сформированный комплекс смыслов и значений для семьи появления приемного ребенка — называется мотивацией к принятию ребенка в семью. Исследование мотивации семьи к принятию ребенка позволяет понять процесс становления и функционирования принимающей семьи, сформировать мишени для психологической помощи, своевременность и эффективность которой позволяет снижать риск вторичных отказов от детей. В 2004 году нами было проведено исследование особенностей детско-родительских отношений в принимающих семьях, испытывающих трудности во взаимоотношениях с детьми, не испытывающих значительных трудностей, и семей, планирующих отказ от приемных детей. В том числе, исследовались смыслы и значения, придаваемые семьей появлению приемного ребенка или его нахождению в семье, анализировалось то, как они влияют на детско-родительские отношения. Были выделены две группы мотиваций: мотивации, связанные с переживаниями потери и связанные с приобретениями для семейной системы. Среди мотиваций первой группы нами были отмечены следующие варианты (наблюдались и другие вариации внутри групп): совладание с переживаниями в связи с потерей собственного ребенка; с потерей значимого человека; с болезнью кровного ребенка; с неспособностью иметь кровных детей по объективным обстоятельствам (или детей

определенного пола); невозможность построить супружеские отношения (одинокие приемные родители) или сохранить имеющиеся. Данная группа мотиваций отражает ожидания приемных родителей, что изменение их статуса, отношения с ребенком позволят совладать с чувствами горя, потери, собственной беспомощности; мотивации этой группы создают условия для развития замещающих утраченные связи детско-родительских отношений. Вторая группа мотиваций связана с приобретениями: с желанием что-либо получить в результате принятия ребенка (материальную, бытовую или психологическую выгоду); с желанием сделать «доброе дело»; с желанием реализовать свой психологический и педагогический «потенциал». Обе выделенные группы не противопоставлены друг другу, а, в некоторой степени, взаимосвязаны. Также было отмечено, что типы мотивации могут сочетаться между собой, изменяться в ходе развития семьи. С 2004–2012 года нами было обследовано более 100 принимающих семей и семей, планирующих принять ребенка. Важным для нас стал тот факт, что наличие определенного типа мотивации у семьи не связано с ее функциональностью. Так, семьи, имеющие опыт потери кровных детей и стремящиеся сделать «хорошее дело», наблюдались нами как в группе испытывающих значительные сложности (вплоть до вторичных отказов от ребенка), так и в группе функциональных семей. Одновременно с этим, нельзя отказать от признания значимости мотивации, т. к. в семьях, испытывающих трудности, в ходе семейного консультирования звучали темы непринятия ребенка, несоответствующего как личным, так и общесемейным ожиданиям, невозможности найти смысл и значение присутствия в семье ребенка, разочарований в связи с обострением, а не облегчением переживаний с появлением приемных детей. Это ставит перед научной психологией задачи поиска не типологических, а иных по своей сути характеристик мотивации к приходу приемного ребенка в семью, а также разработки методического инструментария для исследований специфических особенностей принимающей семьи, в том числе — мотивации к принятию ребенка.

*Плетенёва М.В.*

### **Влияние длительности проживания в учреждении на взаимодействие ребенка с матерью**

Одним из основных факторов, определяющих количество и степень нарушений у ребенка, является длительность проживания в доме ребенка

(Goldfarb, 1943; Hawk, McCall, 2010; Tizard, Rees, Coram, 1975). Было установлено, что длительность проживания в учреждении определяет степень нарушений в развитии когнитивных функций (Castle с соавторами, 1999), эмоциональной сферы (Ames, 1997; Fisher с соавторами, 1997) и поведения (Gunnar, 2001). Степень нарушений в развитии привязанности пропорциональна длительности депривации (O'Connor с соавторами, 2000) и может проявляться у детей, усыновленных до 6 месяцев (Rutter M., ERA Study Team, 1998). Так, дети 3-го года жизни, усыновленные из Румынии после 8 месяцев проживания в учреждении, показывали большее количество проблем по методике оценки нарушений поведения, чем их сверстники, которые либо были усыновлены до 4 месяцев, либо не имели опыта проживания в учреждении. Дети, усыновленные из учреждений, имеют сложности в распознавании ситуаций, связанных с выражением радости, печали и страха. Однако они превосходят своих сверстников без опыта проживания в учреждении в определении ситуаций, связанных с выражением гнева. Показатели были тем хуже, чем дольше дети находились в учреждении до усыновления, и возрастали по мере увеличения времени проживания в семье (Wisner Fries, Pollak, 2004). Таким образом, анализ литературы показал, что существует довольно большое количество работ, показывающих, что длительность проживания в депривирующих условиях детского учреждения определяет степень тяжести нарушений в различных сферах развития ребенка. Но при этом исследователи не рассматривали взаимодействие ребенка с опытом проживания в учреждении с близким взрослым, а также изменение взаимодействия в связи с длительностью пребывания ребенка в учреждении. Целью данной работы являлось изучение влияния длительности проживания в учреждении на характеристики взаимодействия ребенка с близким взрослым. В представленной работе решалась задача: определить, какие из характеристик взаимодействия ребенка, матери и диады взаимосвязаны с длительностью проживания ребенка в учреждении. В данном исследовании приняли участие 10 семей, воспитывающих детей из домов ребенка. Средний возраст детей на время обследования составил  $30,3 \pm 6,4$  месяца. Дети провели в учреждении от 5 до 21 месяца, впоследствии были переведены в семью. В соответствии с целью данной работы были использованы следующие методы исследования: инструментальное наблюдение; экспертная оценка поведения ребенка «Parent-Child Early Relational Assessment», разработанного Р. Кларк; методы математической обработки данных. Были выявлены взаимосвязи длительности проживания в доме ребенка со следующими характеристиками взаимодействия со стороны близких взрослых: суммарная родительская характеристика ( $r = -0,585, p \leq 0,1$ ),

субшкала «тон голоса» ( $r = -0,623, p \leq 0,05$ ), показатель раздражения в голосе ( $r = -0,771, p \leq 0,01$ ), уровень проявления отрицательного аффекта ( $r = -0,683, p \leq 0,05$ ), субшкала «характеристики настроения матери» ( $r = -0,630, p \leq 0,05$ ), проявление недовольства и критики ребенка ( $r = -0,683, p \leq 0,05$ ), количество вербализаций ( $r = -0,576, p \leq 0,1$ ). Данные результаты свидетельствуют о том, что с увеличением периода проживания ребенка в учреждении увеличивается количество трудностей, с которыми сталкивается родитель, снижается качество взаимодействия. Близкие взрослые, воспитывающие детей после учреждения, проявляют больше раздражения, негативных эмоций, чаще критикуют детей, общее количество вербализаций при этом уменьшается. Анализ взаимосвязей характеристик детей с длительностью проживания в доме ребенка показал наличие отрицательных взаимосвязей с показателями лабильности ( $r = -0,545, p \leq 0,1$ ) и агрессивности ( $r = -0,731, p = 0,02$ ). Данные результаты обозначают, что с возрастанием длительности периода проживания ребенка в учреждении ухудшается его способность к регуляции состояния: уровень эмоциональной устойчивости снижается, уровень агрессивности возрастает. Результаты корреляционного анализа характеристик взаимодействия в диаде и длительности проживания ребенка в доме ребенка показали отсутствие значимых взаимосвязей. Данные настоящего исследования свидетельствуют, что по мере увеличения длительности проживания ребенка в учреждении увеличивается количество трудностей, с которыми сталкивается пара в процессе взаимодействия. При этом сложности отмечаются как со стороны матери, так и со стороны ребенка.

*Романов С.Г.  
Гончаров О.А.*

## **Категориальное восприятие цвета у детей с нарушениями речевого развития**

Категориальное восприятие цвета является частью более общей проблемы отношения между языком и познанием, которая давно привлекает внимание специалистов самого разного профиля: лингвистов, антропологов, психологов и философов. Каким способом языковое опосредование отражается на восприятии образов внешнего мира и каковы перцептивные особенности людей, говорящих на разных языках? Обычно эти вопросы исследуются в рамках гипотезы лингвистической относительнос-



ти Сепира–Уорфа, гласящей, что особенности строения разных языков определенным образом структурируют мышление, что в свою очередь отражается на концептуальном и чувственном познании внешней действительности. Применительно к восприятию цвета языковое влияние выражается в том, что относимые к разным языковым категориям цвета (межкатегориальное различие) будут различаться быстрее и точнее по сравнению с оттенками, относимыми к одной категории (внутрикатегориальное различие). Эти вопросы мы сейчас активно исследуем в различных аспектах: кросс-культурном, онтогенетическом и в аспекте функциональной асимметрии. (Исследования осуществляются при поддержке РФФИ, проект № 11-06-00178-а.) Одним из интересных аспектов данной проблемы являются особенности формирования категориального цветовосприятия у детей с нарушениями речевого развития. Мы предположили, что задержки и нарушения развития речи избирательно отражаются на развитии обобщенных категориальных обозначений цветов, в то время как не опосредованное языком цветоразличение не имеет принципиальных отличий от нормы. На операциональном языке это означает, что процессы внутрикатегориального различения цветов у детей с нормальным и задержанным речевым развитием не имеют существенных отличий, а развитие межкатегориального различения тормозится под влиянием речевых нарушений и остается примерно на уровне внутрикатегориального различения. При нормальном развитии межкатегориальное различение цветов должно быть гораздо эффективнее внутрикатегориального. Для проверки этой гипотезы мы провели два исследования. В первом приняли участие дети дошкольного возраста (4–7 лет) обычного детского сада (100 чел.) и дети с общим недоразвитием речи I–III уровня (92 чел.). Процедура эксперимента была следующей. На экране компьютера предъявлялись 12 квадратов, расположенных в форме круга. Из них 11 квадратов были окрашены в зеленый цвет и служили фоновыми стимулами. Местоположение 12-ого целевого квадрата было случайным, а его цвет отличался в разных сериях: в задаче на внутрикатегориальное различение он был темно-зеленого цвета, а в задаче на межкатегориальное — голубого. Детям нужно было как можно быстрее указать с помощью нажатия на соответствующие клавиши, в какой части экрана (правой или левой) располагался целевой стимул. Фиксировалось время реакции. Главным результатом проведенного исследования стало значимое взаимодействие ( $p = 0,047$ ) факторов развития речи (нормальное-задержанное) и цвета целевого стимула (темно-зеленый — голубой). В группе здоровых детей межкатегориальный поиск осуществляется гораздо быстрее внутрикатегориального, а при общем недоразвитии речи замедляется межкатегориальное различение.

ние, т. е. различия между меж- и внутрикатегориальным различием почти не выражены. Различия в скорости ответов здоровых и больных детей были наиболее заметны в 4 года, а к 7 годам они почти нивелировались. Уровень общего недоразвития речи (I-III) не оказал существенного влияния на скорость меж- и внутрикатегориальных ответов. Спустя год мы провели более детальное исследование (всего 292 ребенка), в котором дети 6–17 лет были разбиты на 4 возрастные группы: дошкольный, младший, средний и старший школьный возрасты. Кроме этого, исследование проводилось в трех цветовых диапазонах: красно-оранжевом, зелено-голубом и сине-голубом. В целом различий в скорости меж- и внутрикатегориального различения у здоровых детей и при речевых нарушениях выявлено не было. Однако более детальный анализ подтвердил результаты прошлогоднего исследования в том же цветовом диапазоне (зелено-голубом) у детей дошкольного и младшего школьного возрастов. Вероятно, к среднему школьному возрасту влияние речевых нарушений на процесс вербального кодирования цветовой информации компенсируется, и мы не наблюдаем различий между здоровыми и больными детьми. В целом по всем детям наиболее выраженные отличия в скорости меж- и внутрикатегориального различения наблюдались в младшем школьном возрасте, а к среднему и старшему они постепенно уменьшались и почти сходили на нет.

*Русякова Е.Е.*

## **Представление детей о врачах**

Среди причин большинства случаев ухудшения состояния у ребенка выделяют неправильные действия родителей пациентов и неадекватные действия, коммуникацию медицинского персонала (Маколкин В.И. и др., 1996). В.К. Солондаев, Ю.Ф. Панина (2009) провели исследования в группе случайно отобранных женщин, имеющих детей от 0 до 16 лет, для сбора описаний типичных ситуаций «плохого» и «хорошего» взаимодействия с врачом по поводу ребенка. Наиболее неожиданным результатом стало отсутствие ребенка как действующего лица. Цель исследования: выявление представления современных здоровых детей о врачах. В исследовании принимали участие здоровые дети младшего школьного возраста. Предполагается, что: представления здоровых детей младшего школьного возраста о врачах имеют спектр отрицательных переживаний. Для детей младшего школьного возраста эмоциональный контакт «врач — ребенок»

важнее, чем другие факторы лечебного процесса. Действительно, как мы и предполагали, дети боятся врачей (74%). Из них только 27% реально сталкивались с ситуацией витальной угрозы. В целом дети не удовлетворены качеством общения с врачом и лечением. Образ «идеального» врача в представлении ребенка на 70% связан с добротой. Всеми большими высоко оцениваются в первую очередь эмоциональные и морально-этические черты личности врача. Профессиональные, физические, интеллектуальные качества, имидж дети почти не упоминают. Получена сильная положительная взаимосвязь (0,78 при  $p < 0,05$ ) между шкалами «представление о здоровье» и «представление о враче». Таким образом, можно сказать, что у здоровых детей здоровье связано с деятельностью реального врача, и представляется в виде пассивной, зависимой позиции. «Идеальный» образ врача для детей младшего школьного возраста имеет некоторые особенности. Детям больше по душе женщина-врач, поскольку у нее преобладает «сопереживающий» комплекс черт, эмоциональность. Сближение «идеального» образа врача, прежде всего, с матерью необходимое для детской психики условие комфорта и безопасности в сложной ситуации (болезнь). Таким образом, следует учитывать специфические представления ребенка о враче, продолжать их изучение, проводить коррекцию образа врача, если он не является продуктивным. Это позволит существенно снизить эмоциональный дискомфорт ребенка, избежать вторичного напряжения, связанного с диагностическими и лечебными методами, настроить маленького пациента на выполнение необходимых рекомендаций, процедур, на содействие, а также сформировать адекватные представления у ребенка о своем здоровье и степень ответственности за него. Также детям желательно повышать свою грамотность и получать знания о своем организме, вредных или полезных факторах, влияющих на него, знания о врачах, здоровье, медицине, профилактических мероприятиях, а главное, формирование правильного образа жизни уже с ранних лет.

*Савеньшева С.С.*

*Коротина Я.Е.*

## **Самоотношение и отношение к беременности и будущему ребенку у беременных женщин**

Изучение факторов отношения к беременности и будущему ребенку является важным аспектом исследований, т. к. понимание роли различ-

ных факторов раскрывает для ученых и исследователей причины формирования того или иного типа отношения, а для психологов-практиков — направления психокоррекционной работы. Анализ различных публикаций, направленных на изучение различных факторов, показывает, что современными исследователями изучаются такие факторы, как личностные особенности беременных женщин, подчеркивается важная роль отношений с матерью в детстве и отношений с супругом во время беременности, тогда как исследования роли фактора самоотношения в становлении отношения к будущему ребенку практически не рассматриваются. При этом многие авторы пишут о перестройке и формирования нового образа Я, женской идентичности у женщин в период беременности. В связи с этим целью нашего исследования является изучение особенностей и взаимосвязи самоотношения и отношения к будущему ребенку у беременных женщин. Гипотезой нашего исследования является предположение о том, что при позитивном самоотношении наблюдается более адекватное отношение к беременности и будущему ребенку у беременных женщин. Методики исследования: «Тест отношения беременных» (ТОБ) И.В. Добрякова», «Тест фигуры» (В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова), «Цветовой тест отношений» (ЦТО); методика исследования самоотношения (МИС) (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев). В исследовании приняли участие 51 беременная женщина в возрасте от 17 до 39 лет, находящиеся на разных сроках беременности.

Результаты. Изучение типов переживания беременности и готовности к материнству по методике «Фигуры» показало, что адекватное переживание беременности присуще 34,5% беременным женщинам, 43,4% переживают беременность как тревожно-амбивалентную, и для 22,1% женщин свойственно игнорирующее и/или отвергающее отношение к беременности и будущему ребенку. Изучение отношения к беременности и будущему ребенку по методике ТОБ обнаружило, что подавляющая часть испытуемых переживает беременность по оптимальному типу психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД); незначительно выражен эйфорический тип ПКГД и тревожный тип ПКГД; выраженное игнорирующее отношение к беременности и будущему ребенку не свойственно женщинам исследуемой выборки (гипогестогнозический тип ПКГД), тогда как депрессивные переживания практически не встречаются. Изучение особенностей самоотношения и отношения к будущему ребенку у беременных женщин по ЦТО выявил положительное отношение к себе, ребенку, семье и беременности во время беременности, а также их высокий уровень значимости. Изучение особенностей самоотношения

показало, что для исследуемой выборки беременных женщин характерно ощущение ценности собственной личности и ценности собственного «Я» для других, не свойственно наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой, и у них слабо выражены отрицательные эмоции в адрес своего «Я». Корреляционный анализ показал, что у беременных женщин с более высоким уровнем сформированности готовности к материнству отмечается большая выраженность самопринятия, так же как и для женщин с оптимальным типом ПКГД. У женщин с оптимальным типом ПКГД также был выявлен более высокий уровень самоуверенности и саморуководства. Противоположными особенностями характеризуются женщины с тревожным типом ПКГД: более низким уровнем самоуверенности, саморуководства, самопринятия, самопривязанности и более высоким уровнем внутренней конфликтности. У женщин с более высоким уровнем гипогестогнического (игнорирующего) типа ПКГД больше выражена внутренняя конфликтность, самообвинение, и в меньшей степени выражены самоценность, ощущение принятия и уважения другими, и у них наблюдается меньшая значимость собственного «Я». Беременным женщинам с эйфорическим переживанием беременности, напротив, свойственны более выраженное ощущение принятия и уважения другими, меньшая внутренняя конфликтность и самообвинение. Таким образом, у женщин с оптимальным отношением к беременности и будущему ребенку наблюдается более выраженное позитивное самоотношение, тогда как при тревожном и игнорирующем типе чаще встречается негативное самоотношение, т. о. гипотеза нашего исследования подтверждена. Исследование поддержано грантом РГНФ № 13-06-00480 «Семья как ресурс психического развития детей в стабильные и критические периоды онтогенеза» 2013–2015, а также грантом факультета психологии СПбГУ «Факторы отношения к будущему ребенку у беременных женщин» 2013.

*Семенова С.В.*

## **Применение медитативных техник при работе с детьми и подростками**

Медитативные техники находят все более широкое применение как в психотерапевтических направлениях, таких как арт-терапия, гештальттерапия, психосинтез, сказкотерапия и др., так и в различных видах психоло-

гической работы — консультирование, психологический тренинг. Диапазон целей и задач достаточно широк. В психотерапии медитация применяется с целью снятия нервно-психического напряжения, облегчения осознания психологических проблем, дистанцирования от актуальной проблемы и возможности отстраненно наблюдать и анализировать себя и свое поведение (Карвасарский Б.Д., 1998). В психологическом тренинге медитативные техники используются в целях обучения физической и чувственной релаксации, умению избавляться от излишнего психического напряжения, стрессовых состояний, закреплению способов саморегуляции (Вачков И. В., 1999). Также используют медитативные техники для самодиагностики в тренингах личностного роста. Широкое применение нашли эти техники и в групповой работе с детьми. Клаус Фопель предлагает в сборниках психологических игр и упражнений различные вариации медитации для детей с 6–8-летнего возраста. Задачами, решаемыми с помощью этих медитаций, является развитие творческих способностей, самопознание, осознание групповой динамики, принятие себя, повышение групповой сплоченности, освоение навыков самоконтроля (Фопель К., 1998). Однако правомерно предполагать, что медитативные техники могут иметь и негативные последствия. Несмотря на отсутствие устоявшейся классификации психотерапевтических приемов и техник, большинство авторов относят их к суггестивным методам. А эти методы по данным аналитического обзора нежелательных явлений в процессе психотерапии (Бородин В.И., Миროнова Н.В., Новиков Д.Д., 2004) являются наиболее изученными и доказанными. Так, сеансы гипноза могут провоцировать первый психотический эпизод у лиц, предрасположенных к шизофрении, и ухудшать состояние при психозах, а у больных с органическим поражением центральной нервной системы и страдающих эпилепсией при проведении гипноза иногда возникают или учащаются эпилептические припадки. Во время психологического тренинга у лиц с невротическими чертами безобидные визуальные установки ведущего иногда провоцируют мрачные или кошмарные видения (Вачков И.В., 1999). Противопоказания и негативные последствия при проведении медитативных техник у детей изучены намного меньше. При кататимно-имагинативной психотерапии у детей и подростков противопоказаниями являются церебрально-органические синдромы, психозы и субпсихотические состояния, с осторожностью рекомендуется применять эти техники при заикании, приступах страха и депрессии (Обухов Я.Л., 1997). М. Маттиас отмечает, что применение методов релаксации и аутогенной тренировки может актуализировать психотические бредовые переживания у детей и подростков, а также привести к усилению симптоматики при истерических и ипохондрических неврозах (Ремшмидт Х., 2000).

Собственный многолетний опыт ведения групповой работы в детском психиатрическом стационаре подтверждает возможность негативных реакций на медитативные техники. Так, во время медитации на групповом занятии, когда звучала приятная музыка и большинство участников представляли себя плавающими в море с дельфинами, тринадцатилетний подросток с неврозоподобными тиками в страхе открыл глаза, потому что он видел, как по морю плавают трупы. Т. е. у больных с органическим поражением головного мозга возможно появление насильственных визуализаций контрастного характера. В настоящее время в детском и подростковом возрасте все чаще встречаются различные пограничные нервно-психические заболевания (тики, заикание, энурез, СДВГ, параксизмальные расстройства, церебральный синдром и др.), это позволяет предположить возможность увеличения количества нежелательных побочных явлений при широком применении медитативных техник. Все вышесказанное ни в коей мере не является призывом отказаться от применения медитативных техник в психологической и психотерапевтической практике, а подтверждает необходимость в уточнении показаний и противопоказаний при использовании медитативных техник у детей и подростков.

*Симоненко И.А.*

## **Привязанность как фактор развития психосоматического расстройства у детей**

На фоне растущего количества числа заболеваемости и снижения возраста манифестации психосоматических расстройств настоящая тема является одной из актуальных как для современной науки, так и для практического здравоохранения. Анализ психосоматического симптома, как результата нарушения отношений в диаде «мать — ребенок», ранее всего рассматривался в теории объектных отношений (М. Кляйн, Д.В. Винникот, О.Ф. Кернберг), многими авторами отмечается влияние детско-родительских отношений на развитие психосоматических нарушений у детей и подростков (Э.Г. Эйдемиллер, Д.Н. Исаев, Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, М.П. Билецкая). Теория привязанности, активно развивающаяся как в теоретической, так и в практической современной психологии, экспериментально подтверждает влияние ранних эмоциональных связей в первичной диаде на многие аспекты развития личности ребенка и подростка (П. Криттенден, К.Х. Бриш, Р.Ж. Мухаммедрахимов и др.). Однако ее вклад в раз-

витие психосоматической симптоматики у детей нуждается в дальнейшем изучении. Основной целью нашего исследования является изучение взаимосвязи качества привязанности в диаде «мать — ребенок» с наличием психосоматического расстройства у детей. В исследовании приняли участие 32 пары мать — младенец в возрасте 3–4 месяцев, среди них 16 с младенческой коликой, 64 пары мать — ребенок 2–3 лет, 50 детей 7–10 лет, среди которых 27 с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта. В психодиагностический пакет исследования вошли: «Мангеймская шкала оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (MBS-MKI-S); методика М. Эйнсворт «Незнакомая ситуация»; шкала К. Кернс на определение надежности привязанности ребенка к родителям; методика Рене Жила и «Цветовой тест отношений» (ЦТО), как дополнительные методики, диагностирующие наиболее значимые взаимоотношения у детей. В качестве методов статистической обработки использовали U-критерий Манна–Уитни, H-критерий Крускала–Уоллиса и критерий Фишера.

Результаты исследований позволили сформулировать следующие выводы:

1. Современное теоретическое обобщение этиологии процесса нарушения привязанности, экспериментальные исследования влияния привязанности на развитие личности ребенка позволяют утверждать, что качество привязанности, влияя на уровень стрессоустойчивости, алекситимии и способности к социальной адаптации, является фактором развития психосоматических нарушений у детей.
2. Результаты представленных исследований показывают, что существует взаимосвязь между качеством привязанности и наличием психосоматического заболевания у детей.
3. Описанную взаимосвязь мы обнаруживаем еще на этапе формирования привязанности в диаде «мать — младенец» 3–4 месяцев. У детей с нарушениями процесса формирования привязанности наблюдаются соматовегетативные реакции в виде психосоматических расстройств — прежде всего системы пищеварения.
4. В исследовании привязанности детей 2–3 лет мы выявили связь изучаемого феномена со способностью детей адаптироваться к новым социальным условиям и склонность детей с ненадежной привязанностью реагировать психосоматическими расстройствами на трудности при вхождении в новую социальную среду.
5. Установлена взаимосвязь нарушения привязанности с наличием психосоматического расстройства желудочно-кишечного тракта у детей младшего школьного возраста.



*Солодунова М.Ю.*

## **Развитие детей в различных системах психолого-педагогического сопровождения**

В последние годы все большую популярность приобретает термин «раннее развитие», за которым скрывается стремление научить совсем маленького ребенка читать, писать, считать и наполнить его мозг как можно большей информацией. Наряду с очевидными преимуществами такого подхода существуют и негативные аспекты: ребенок часто превращается из активного участника процесса обучения в его объект; страдает эмоциональное и когнитивное развитие; такое освоение сложной познавательной информации может приводить к более раннему «взрослению» ребенка. На наш взгляд, одним из наиболее перспективных направлений гармоничного развития детей раннего возраста является включение детей в группы социализации, в которых основной акцент делается на совместном развитии системы «ребенок — мать», являющейся основой для всего последующего развития ребенка. Мы полагаем, что группы социализации для семей с детьми раннего возраста могут способствовать более гармоничному формированию и развитию игры, повышению адаптивных способностей, совершенствованию эмоционального и познавательного развития детей. В данной работе представлены результаты пилотного исследования, проводимого в «Центре семейной поддержки и развития», поддержанного грантом РГНФ № 12-36-01396. Цель: изучить особенности развития детей раннего возраста, посещающих занятия разной направленности. Выборка: 12 детей в возрасте 1–3 лет. Методы: BDI (Battelle Development Inventory, 1999) — экспертная оценка; KID/RCDI (Kent Infant Development Scale, Reiter, 1990, перевод Л.А. Чистович и др., 1996) — материнская оценка. Дети посещали занятия 1 раз в неделю в течение двух месяцев. В «интеллектуальных» группах дети занимались без родителей, «творческие» группы дети посещали с родителями только несколько раз в начале — для адаптации к условиям группы; в группах «социализации» дети всегда были с матерями. Развитие детей оценивалось дважды: перед началом и по окончании посещения групп. Сравнение между результатами второго и первого обследования по методике BDI с использованием Т-теста для зависимых выборок проводилось между двумя группами детей (интеллектуальной и творческой), т. к. состав группы социализации был слишком мал для использования данного метода. Было показано значимое увеличение показателей развития в обеих группах детей по ряду шкал. Для творческой группы — это

лично-социальное развитие ( $p = 0,023$ ), выражение ( $p = 0,007$ ), коммуникация ( $p = 0,012$ ), суммарный показатель развития ( $p = 0,034$ ). Для интеллектуальной группы — моторика ( $p = 0,049$ ), коммуникация ( $p = 0,030$ ), когнитивное развитие ( $p = 0,035$ ), суммарный показатель развития ( $p = 0,003$ ). Далее отдельно для методик BDI и RCDI были рассчитаны «индексы развития»: индекс развития = возраст развития по методике BDI (RCDI) / календарный возраст. Это было сделано для того, чтобы при анализе изменений исключить влияние возрастного развития. Математико-статистический анализ данных с использованием  $t$ -теста и критерия Вилкоксона для зависимых наблюдений по шкалам методики BDI показал, что в творческой группе произошел рост показателей: «выражение» ( $p = 0,009$ ), «коммуникация» ( $p = 0,003$ ), суммарный показатель по всем шкалам ( $p = 0,022$ ); в то время как в интеллектуальной группе — по показателям лично-социального развития ( $p = 0,020$ ), адаптации ( $p = 0,014$ ) и суммарному показателю по всем шкалам ( $p = 0,045$ ). Изучение различий между результатами второго и первого обследования с использованием методики RCDI показало значимые позитивные изменения после посещения творческих групп по шкалам: тонкая моторика ( $p = 0,019$ ) и речь ( $p = 0,020$ ), в то время как у детей, посещавших интеллектуальную группу, различий обнаружено не было. Описанные выше данные показывают, что среди детей, посещавших занятия, увеличение показателей по различным шкалам в большей степени демонстрируют результаты экспертной оценки, в то время как по результатам материнских оценок было выделено меньше шкал, показавших увеличение показателей. Кроме того, было выявлено, что материнские оценки развития детей на первом тестировании реже связаны с экспертными оценками, чем при повторной оценке, на основании чего мы предполагаем, что посещение ребенком занятий и включение матери в процесс оценки развития экспертом позволяет матерям уточнять свои представления об уровне развития ребенка, способствовать более объективной его оценке. Ожидается, что существенное увеличение выборки в следующем проектом году позволит более подробно описать наметившиеся в ходе предварительного анализа факты и подтвердить возникшие гипотезы.

*Тихонова И.В.*

## **Особенности познавательной деятельности при расстройствах формирующейся личности**

Одной из главных задач патопсихологического исследования традиционно считается получение данных для диагностики, предполагающее уточнение нозологического диагноза, определение прогноза лечения, возможностей для психотерапевтического и фармакотерапевтического вмешательства. В практике работы «детского» патопсихолога часто приходится встречаться со случаями обращения на консультацию родителей с жалобами на поведенческие проблемы детей и подростков, возникающие как в рамках семьи, так и вне ее — в школе, коллективе сверстников, в системе отношений с другими взрослыми. И стоит отметить, что количество таких обращений в последние годы значительно увеличилось. При наличии такой тенденции актуальным запросом от психотерапевтов к патопсихологу на получение диагностических данных становится определение уровня личностной организации. Расстройства личности (ранее использовался термин «психопатия») представляют собой комплекс глубоко и тотально укоренившихся ригидных личностных черт, обуславливающих специфическое восприятие и отношение к себе и окружающим, снижение или отсутствие социального приспособления (Добряков И. В., 2008). Для психопатий характерны: выраженность патологических свойств до степени нарушения адаптации, тотальность личностных девиаций, их относительная стабильность и малая обратимость, тенденция к однотипному способу личностного реагирования (Циркин С.И., 2004). Диагностика расстройств личности в детском и подростковом возрасте достаточно трудна, т. к. личность еще только проходит процесс своего становления, поэтому критерии диагностики, применимые к взрослым, для детского возраста оказываются неактуальными. В связи с этим разработка критериев дифференциальной диагностики расстройств личности в период детства и пубертата представляет большую практическую значимость. Считается, что при психопатиях ущербны эмоциональная и волевая сферы, в то время как интеллект не страдает. Целью нашего исследования, проведенного совместно с Д.В. Петуховой, стало выявление особенностей познавательной деятельности детей младшего и подросткового возраста с расстройствами личности. В исследовании принимало участие 25 детей младшего школьного возраста и подростков с расстройствами формирующейся личности, составлявшие экспериментальную группу. В соответствии с кодификацией диагнозов по МКБ-

10 — имеющиеся нарушения обозначались шифрами F91. Также была организована контрольная группа из детей и подростков, не имеющих устойчивых проблем в поведении и эмоциональном реагировании. Для достижения цели был подобран диагностический пакет, включавший в себя методики, изучающие зрительное восприятие, внимание, память, мышление.

По результатам проведенного исследования мы выявили специфичность развития зрительного восприятия у детей с расстройствами формирующейся личности, проявившуюся в замедленном процессе узнавания нарисованных изображений, в ситуативном «привязывании» принимаемого изображения к жизненной ситуации, отсутствие вербального называния предмета. Результаты исследования внимания детей и подростков с расстройствами личности показали, что у данной категории имеются нарушения умственной работоспособности, проявившиеся в быстром истощении внимания, потере интереса, быстром снижении уровня концентрации. При исследовании памяти было замечено, что при относительной сохранности непосредственной памяти имелось значительное снижение результативности долговременного запоминания, что связано со слабостью волевых установок, нарушением мотивационных основ мнемической деятельности. Результаты сравнительного исследования мышления детей и подростков с расстройствами личности показали наличие выраженного разнообразия в мыслительных особенностях. Так проявилась выраженная ситуативность мышления, тенденция к опоре на личный опыт или эмоциональные отношения, искажение процесса сравнения и обобщения, нарушение целенаправленности с проявлением элементов соскальзывания.

Практически в 100 % случаев у детей с формирующейся психопатией проявилось замедление мыслительных процессов, снижение мотивационной его составляющей, когда испытуемые могли «бросить» его выполнение, ответить формально, снижена критичность мышления. Многие выявленные особенности могут быть объяснены нарушением волевых и мотивационных компонентов познавательной деятельности, но механизмы их появления требуют более длительного и пристального изучения. Выявленные особенности могут составлять психопатологический симптомокомплекс, характерный для расстройства формирующейся личности.

*Тысячнюк А.С.  
Мамайчук И.И.*

## **Подходы к оценке защитных механизмов у подростков с расстройствами поведения**

В настоящее время, несмотря на неоднозначность трактовки исследователями пользы бессознательного искажения поступающей информации, защитные механизмы рассматриваются как одно из основных средств социально-психологической адаптации нормально развивающейся личности. Выполняя эту функцию начиная с ранних этапов онтогенеза, защитные механизмы оказываются связанными с широким комплексом индивидуально-личностных характеристик, что позволяет использовать информацию о них для решения различных диагностических и реабилитационных задач у большого круга обследуемых. В англоязычной литературе, посвященной вопросу диагностики защитных механизмов, приводится целый ряд методов, подразделяемых на несколько категорий в соответствии со спецификой способа получения информации о психологической защите. К ним относятся: методы клинического наблюдения, методы формализованной рейтинговой оценки клинической информации, самооценочные шкалы, проективные методы, методы изучения защит с помощью анализа особенностей восприятия конфликтных стимулов. Выделяются специфические достоинства и недостатки каждой категории методов. В нашей стране преимущественное распространение получил один метод оценки защитных механизмов — самооценочная шкала «Индекс жизненного стиля», к плюсам которой относят широкий спектр отображаемых механизмов, глубокую теоретическую обоснованность, конструктивную простоту и возможность числового отображения результатов. Однако невозможно не обратить внимания на недостатки данной методики, которая принадлежит к классу самооценочных методик, и объективность полученных данных зависит от точности самовосприятия личности, интенсивности ее защитных тенденций в момент обследования, от уровня культурного и интеллектуального развития. В настоящее время в отечественной психологии наблюдается тенденция к использованию методов, преодолевающих недостатки самооценочных методик, при этом сохраняя их преимущества. К числу таких исследований следует отнести попытки разработки формализованных шкал оценки, предполагающих квалификацию экспертами проявлений защитных механизмов в соответствии с заранее выделенными критериями. Разработанные шкалы критериев применяются как к данным проективных

методик и интервью, так и к данным наблюдения, как это реализовано в диссертационном исследовании Е.В. Чумаковой (1998). При разработке метода экспертной оценки автор использовала метод формализованной рейтинговой оценки К. Перри — DMRS (1990). Целью нашего исследования выступил подбор релевантных методов для оценки защитных механизмов у депривированных подростков в возрасте от 14 до 18 лет. Задачами исследования выступили: а) оценка преимуществ и недостатков исследования защитных механизмов у лиц подросткового возраста с помощью методов самооценочных опросников и формализованной экспертной оценки; б) проверка практической целесообразности метода разработки формализованных шкал экспертной оценки с помощью разработки собственной шкалы такого типа; в) оценка возможности комплексного подхода к измерению защитных механизмов всеми предложенными способами. В исследовании изучались особенности применения следующих методов:

1. Самооценочная методика «ИЖС» в адаптации Л.И. Вассермана и Е.Б. Клубовой (2005).
2. Метод формализованной рейтинговой оценки использования защитных механизмов по рассказам ТАТ — DMM, разработанный Ф. Крамер, в переводе С.С. Носова и М.Ж. Абдукаримова (2011).
3. Метод формализованной рейтинговой оценки данных наблюдения за поведением — собственной разработки.

При составлении собственного метода формализованной оценки используемых защитных механизмов использовался подход, реализованный в работе Е.В. Чумаковой, где в отличие от прототипа К. Перри экспертами оценивается наличие у испытуемых не собственно защитных механизмов, а соответствующих им поведенческих проявлений, организованных в шкалу. Список поведенческих проявлений защитных механизмов был расширен на основании литературы с целью большего соответствия критериям рассматриваемой выборки. В качестве экспертов выступили педагоги, работавшие с детьми. Предварительные данные исследования на 58 подростков, воспитанников приюта с расстройствами поведения (F-94), показали значимую корреляцию факторов экспертной оценки поведения с данными анализа по методике Ф. Крамер. Данные методики ИЖС позволяют в ряде случаев подтвердить выводы, сделанные на основе других методик, однако зачастую полностью расходятся с ними, что подчеркивает отмеченные выше ограничения, наблюдаемые у данного метода.

*Черного Д.И.*

## **Психическое развитие недоношенных детей второго года жизни в домах ребенка**

Целью данного исследования являлось сравнительное изучение психического развития недоношенных и доношенных детей второго года жизни, проживающих в доме ребенка. Участниками исследования были дети второго года жизни, воспитывающиеся в доме ребенка обычного типа г. Санкт-Петербурга. В группе недоношенных детей было обследовано 27 детей, из них 16 мальчиков, средний гестационный возраст —  $34,19 \pm 2,02$  недель (от 30 до 36 недель). В группе доношенных детей было обследовано 33 ребенка, из них 18 мальчиков, средний гестационный возраст —  $39,45 \pm 0,94$  недель (от 37 до 40 недель). В данное исследование были включены дети, не имеющие патологической симптоматики развития центральной нервной системы, тяжелых наследственных и соматических заболеваний. Процедура обследования детей проводилась в специально оборудованном помещении дома ребенка в присутствии близкого взрослого — воспитателя или медсестры, который знал ребенка лучше всего. Обследование детей методом поперечных срезов проводилось в возрасте 12, 18 и 24 месяцев. Для определения уровня психического развития детей использовался метод «Battelle Developmental Inventory» (BDI), включающий в себя обследования по следующим пяти шкалам: личностно-социальное развитие, коммуникативное, познавательное, моторное развитие и адаптация. Анализ данных проводился с использованием метода дисперсионного ковариационного анализа (ANCOVA). Зависимые переменные — значения по шести шкалам метода BDI, независимая переменная — принадлежность к группе. В качестве ковариаты был принят показатель длительности пребывания в доме ребенка к моменту обследования.

Результаты исследования. В исследуемых группах детей распределение мальчиков и девочек было неравномерным, что могло бы обуславливать различие в уровне психического развития изучаемых групп детей. Анализ данных показал, что фактор пола ребенка не вносит значимых изменений в показатели психического развития детей. Согласно результатам межгруппового сравнения было обнаружено, что недоношенные дети, воспитывающиеся в доме ребенка, на втором году жизни значительно не отличаются от своих доношенных сверстников по шкалам личностно-социального, коммуникативного и познавательного развития. В области моторного развития данные сравнительного анализа двух групп детей

свидетельствуют о значимом отставании недоношенных детей от своих доношенных сверстников в возрасте 12 ( $F(1,34) = 2,64, p = 0,036$ ) и 18 месяцев ( $F(1,20) = 6,23, p = 0,021$ ), однако в 24 месяца таковых различий не наблюдается. Результаты попарного сравнения групп детей по шкале развития навыков адаптации свидетельствуют о значимом отставании недоношенных детей от детей, родившихся в срок, в возрасте 18 месяцев ( $F(1,20) = 5,74, p = 0,026$ ), а в возрасте 12 и 24 месяцев различий групп не наблюдается. Сравнительное исследование двух групп детей второго года жизни, проживающих в условиях дома ребенка, позволяет сделать следующие выводы:

1. В начале второго года жизни в возрасте 12 месяцев уровень психического развития недоношенных детей сравним с таковым у их доношенных сверстников, за исключением моторного развития.
2. В возрасте 18 месяцев различие групп детей отмечается только в области моторного развития и навыков адаптации.
3. К 24 месяцам различия групп не наблюдаются.

Таким образом, в моторном и адаптивном развитии можно обнаружить большее влияние биологического фактора в виде преждевременного рождения на развитие детей. Влияние социальных факторов в виде депривационных условий проживания явно отражается на отсутствии различий между недоношенными и доношенными детьми на втором году жизни в личностно-социальной, коммуникативной и познавательной областях развития. Результаты соответствуют данным литературы о большем влиянии связанных с недоношенностью биологических факторов на развитие детей, как на первом, так и далее на втором году жизни, а также с данными об отрицательном влиянии на развитие детей обедненной общением, социальными контактами, депривированной среды дома ребенка. В то же время в данном исследовании показано специфическое влияние биологического и социального факторов на различные стороны развития детей второго года жизни.

Исследование выполнено за счет средств СПбГУ, проект «Биомедицинские, психологические и социальные основы здоровья человека на ранних этапах развития», рег. № 37.116.2011.

Эмпирические данные развития детей были получены в рамках проекта «Влияние изменения социального окружения на раннее развитие детей в домах ребенка», грант NICHD № 5R01HD39017-03.



## **Патопсихологическая оценка нарушения внимания у детей с тревожным расстройством**

Генерализированное тревожное расстройство является одним из наиболее распространенных детских расстройств и возникает у 3–6 % всех детей, чаще всего в возрасте 10–14 лет. Дети с генерализированным тревожным расстройством испытывают хроническое или чрезмерное беспокойство и эмоциональное напряжение. Совершенно очевидно, что страх и тревога изменяют течение познавательных процессов. Интенсивное переживание тревоги приводит к дезорганизации интеллектуально-мнестической деятельности. Поэтому учителя, работающие с данной категорией детей, сталкиваются с серьезной проблемой их школьной дезадаптации. В диагностических критериях МКБ-10 указывается на нарушение концентрации внимания в качестве одного из симптомов данного расстройства. В рамках нашего исследования была проведена психологическая диагностика свойств внимания у группы детей ( $n = 20$ ), имеющих диагноз «генерализированное тревожное расстройство». Средний возраст детей 10,7 лет, 12 мальчиков и 8 девочек. Для диагностики использовались две методики: Тест Trail Making Test (ТМТ) и вариант методики «Тест Дж. Струпа» (Stroop) — Stroop Victoria (S. Bayard). В этом варианте процедура обследования такая же, как и в основной версии, однако имеются отличия в стимульном материале. Данные, полученные с помощью теста Stroop Victoria, позволили нам констатировать, что в первой серии (цвета) у 33,4 % детей результаты соответствуют низкому уровню, во второй серии (слова) низкий уровень уже у 73,3 % обследуемых, в третьей серии (интерференция) — у 63,3 %. Эти показатели свидетельствуют о несформированности произвольного внимания, дефицитарности его свойств у большинства обследуемых детей. Обнаруживается тенденция к снижению количества младших школьников, справляющихся с заданием, по мере его усложнения. Тест Trail Making Test (ТМТ) позволил получить результаты по уровню концентрации, распределения и переключения произвольного внимания. С серией А (концентрация) не справились 70 % обследуемых детей. В серии Б (распределение и переключение) низкий результат был обнаружен у 93,3 % детей. Данные свидетельствуют о низкой способности у большинства детей к сосредоточению на объекте, а также к переключению с одного вида деятельности на другой. О сложности переключения внимания свидетельствуют достаточно частые пропуски и повторы стимулов. В процессе наблюдения за детьми, выполня-

ющими работу, мы зафиксировали, что дети часто: уточняют задание, проговаривают вслух, переворачивают лист с заданием на другую сторону, просят помощи, волнуются в начале выполнения задания, ожидают одобрения, путают букву «З» и цифру «3». К достоинствам данных методик, достаточно редко используемых отечественными практическими психологами, можно отнести возможность применения их стимульного материала в коррекционной работе. Совершенно очевидно, что дети с данным расстройством нуждаются в комплексной психологической коррекции, которая обязательно должна включать коррекцию свойств внимания, столь необходимых для успешного обучения ребенка в школе.

*Шабанова Е.В.*

*Ильина М.Н.*

### **Особенности защитных стилей матерей детей с расстройством аутистического спектра**

Дети, страдающие расстройством аутистического спектра (РАС), проявляют ряд сложнейших нарушений, касающихся поведения, социального общения и коммуникации, что является для родителей значительным и продолжительным стрессом. Как отмечают клиницисты, родители, имеющие ребенка с РАС, подвержены стрессовым и другим психическим расстройствам (Hastings R., 2003, Lecavalier S., 2006). Исследователи обозначают состояние, в котором находятся семьи, узнавшие о диагнозе ребенка, как родительский стресс. Это комплекс неспецифических, перманентных и значимых для родителей проблем и негативных переживаний, касающихся воспитания ребенка (Pisula E., 2011). В качестве способов совладания со стрессом матери могут использовать как сознательные, так и бессознательные формы защит. Бессознательная потребность адаптации личности в ситуации эмоционального дискомфорта побуждает их использовать защитные механизмы. В зависимости от способа и характера преодоления конфликта психологические защиты объединяют в защитные стили, которые определяют успешность адаптации человека, его способность к конструктивным действиям и снижению эмоционального напряжения (Туник Е.Е., 2010, Bond M., 1989, Perry J., 1989). Таким образом, изучение защитных стилей матерей, воспитывающих ребенка с РАС, является актуальным для возможности организации комплексной программы психологической поддержки. Целью нашего исследования

является изучение защитных стилей личности матерей, имеющих ребенка с РАС. Были обследованы 2 группы родителей. Экспериментальную группу составили 43 ребенка, страдающих РАС, и их родители (матери), контрольную — 63 здоровых ребенка и их матери. Всего в исследовании приняло участие 106 семей. Методами исследования стали:

1. Опросник защитных стилей личности М. Бонда, (адаптация Е. Туник) (2010).
2. Опросник механизмов психологической защиты Life Style Index (LSI) (адаптация Л.Р. Гребенникова и Е.С. Романовой) (1996).

Результаты и их обсуждение. Исследование защитных механизмов по опроснику LSI выявило, что преобладающими защитами у матерей, воспитывающих детей с РАС, явились отрицание (22 %) и реактивное образование (17 %), они достоверно чаще используются экспериментальной группой ( $p < 0,05$ ). Это выражается в том, что матери детей с РАС подменяют восприятие окружающей среды на диаметрально противоположный образ. Часто у них наблюдается непринятие диагноза ребенка и проявление недоверия к компетентности врача (Мамайчук И.И., 2007, Faerstein M., 1986). Защитный механизм реактивное образование выражается выбором замещающего поведения, которое подчеркивает противоположную установку. Что может объяснять противоречивое родительское поведение, одновременно с эмоциональным отвержением ребенка с РАС, отмечается симбиотическая привязанность к нему (Воробьева Е.В., 2011). Также достоверно выше показатели по шкале интеллектуализация (16 %), это выражается в схематизации реальности, попытке ее рационально объяснить. В экспериментальной группе это проявляется в преувеличении роли обстоятельств и поиске объективных причин поведенческих проблем ребенка. Вышеуказанные механизмы психологических защит часто определяются авторами (Vaillant G.E., 1971) как невротические или слабоэффективные, которые мешают полноценному функционированию субъекта. Сравнительный анализ результатов по опроснику М. Бонда показал, что наиболее часто матери детей с РАС выбирают группу слабоадаптивных защитных механизмов (29 %), которые не приводят к эффективному взаимодействию субъекта с окружающей средой, а также группу самопринижающих психологических защит (39 %), которые не являются эффективными и часто состоят из оправданий и самообвинения. Вышеотмеченные защитные стили использовались достоверно чаще экспериментальной группой ( $p < 0,05$ ). Это может свидетельствовать о том, что матери детей с РАС, стремясь снизить стрессогенность ситуации рождения больного ребенка, используют неадаптивные защит-

ные стили, которые не позволяют адекватно справляться с эмоциональным напряжением и могут приводить к дезорганизации поведения.

Подводя итоги исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Основными психологическими защитами у матерей детей с РАС стали: отрицание, реактивное образование и интеллектуализация ( $p < 0,05$ ), которые можно объединить в слабоэффективный защитный стиль.
2. В структуре защитных механизмов экспериментальной группы значительно ( $p < 0,05$ ) преобладают неадаптивные и самопринижающие стили психологических защит, которые не позволяют эффективно совладать с проблемами.

*Шульга О.К.  
Кулинко А.С.*

## **Формирование социальной идентичности детей с особенностью в развитии**

Анализ факторов, влияющих на психологическое здоровье детей с особенностями психофизического развития, имеет большое социальное и научное значение. Решение этой задачи нуждается в совмещении клинико-психологических и социально-психологических подходов. Формирование социальной идентичности ребенка с особенностями психофизического развития зависит от его представлений о своем социальном статусе, социальной роли и тех социальных взаимодействиях, в которые он включен. Социальная идентичность такого ребенка в системе социальных представлений включает «инвалидность», ограниченные возможности, социальную изолированность, неспособность учиться и работать, неизлечимость. В современном мире позитивным потенциалом для формирования социальной идентичности людей с ограниченными возможностями здоровья обладают информационные технологии, СМИ, инклюзивное образование, совместные со здоровыми людьми рекреационные программы. Однако этот потенциал используется недостаточно: большинство веб-сайтов не адаптировано для инвалидов, развитие инклюзивных образовательных и рекреационных программ ограничено отсутствием доступной среды, а в трансляциях СМИ недостаточно представлен позитивный опыт интеграции. В связи с этим в общественном

сознании инвалидность идентифицируется как медицинская проблема, что определяет процесс социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. С негативными социальными стереотипами он сталкивается в семье, школе, при взаимодействии со здоровыми людьми в других социальных институтах. Сравнивая себя со здоровыми сверстниками, ребенок с инвалидностью формирует негативную оценку по отношению к себе. В результате этого, как установлено в исследованиях Н.В. Васильевой, ребенок усваивает специфическую социальную роль «инвалид». Эта роль негативно влияет на его самооценку и поведение, препятствует интеграции в общество. Кроме того, дети с особенностями в развитии и их семьи часто страдают от предвзятого к ним отношения, от дискриминации и стигматизации. Они нередко сталкиваются с отсутствием понимания и соучастия в решении их проблем со стороны чиновников, медицинских работников, учителей и простых граждан. Они ограничены в возможностях посещения публичных мест, реализации своих прав в области трудоустройства. 72,2% опрошенных родителей, воспитывающих ребенка с особенностями, ответили, что сталкивались с ситуациями отказа со стороны администрации заведений общественного питания в их посещении. 48,5% родителей признают, что испытывали давление со стороны медицинских работников, настойчиво рекомендуя им отказаться от больного ребенка. 66,1% опрошенных сталкивались с ситуацией унижения (вербальная агрессия, отказ участвовать в совместных мероприятиях) своих детей со стороны здоровых сверстников. Освоение детьми с инвалидностью социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует определенных дополнительных мер, средств и усилий. В первую очередь, социализация детей с ограниченными возможностями должна сопровождаться формированием соответствующего общественного мнения, созданием условий для активного взаимодействия детей с инвалидностью со здоровыми детьми. Одной из форм такого взаимодействия может стать работа с детьми с особенностями психофизического развития, используя методику форум-театра в интегрированной группе. Основная идея форум-театра — показать обществу необходимость участия каждого человека в построении лучшего будущего, объяснить людям, что в большинстве случаев улучшение их жизни и изменение социальной ситуации в стране зависит от них самих. Технология позволяет эффективно менять ситуацию в локальных общественных группах, при этом их спектр может быть очень широк. А технология представлений предусматривает активное участие зрителей в спектакле наравне с актерами, находя альтернативы решений проблем, приобретая опыт активного проявления личной иници-

циативы. Постановка строится таким образом, что сцена заканчивается пиком конфликта, и зрители, заменив одну из ролей, меняют ситуацию угнетения так, чтобы она перестала быть опасной и унижительной для жертвы. Таким образом, методика форум-театра может стать одним из способов формирования социальной идентичности детей с инвалидностью и здоровых сверстников.

# ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПОСТРАДАВШИХ

*Боголюбова О.Н.*

*Ураева Г.Е.*

*Шельгина Е.В.*

## **Переживание стыда как травматический опыт**

На протяжении своей жизни современный человек встречается с множеством потенциально травмирующих ситуаций, которые могут оказывать негативное воздействие на его психологическое состояние, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. При этом исследователи отмечают, что травмирующие ситуации, носящие межличностный характер, как правило, имеют наиболее серьезные психологические последствия, т. к. влияют на представления человека о себе, а также на построение дальнейших взаимоотношений с другими людьми. В последние годы был выполнен ряд исследований, в которых подчеркивается особая роль стыда в формировании посттравматической симптоматики. Стыд является одной из наиболее травмирующих эмоций самоосмысления (self-conscious emotion) и может представлять собой угрозу психологической целостности, вызывая чувства неполноценности, беспомощности и социальной непривлекательности. Например, Matos & Pinto-Gouveia (2010) в своем исследовании приводят данные о том, что переживания, связанные со стыдом, могут функционировать так же, как и травматические воспоминания (traumatic memories) и, таким образом, повышать уязвимость к развитию психопатологических состояний. Эти же авторы в другой своей работе показывают, что когда воспоминание о переживании стыда приобретает центральную роль в понимании человеком себя и окружающего мира, это ведет к развитию состояния, подобного посттравматическому стрессовому расстройству. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) классифицируется в DSM-IV как расстройство тревоги, но сегодня ряд исследователей говорит о том, что ПТСР можно рассматривать и как расстройство стыда (Budden, 2009,

Herman, 2013). С одной стороны, само по себе переживание острого стыда может становиться травматическим переживанием и в таком качестве служить основой для развития психопатологической симптоматики. В таком случае стыд можно рассматривать как модель (ргоху) для изучения механизмов развития посттравматических состояний. С другой стороны, переживание стыда часто сопровождает ситуации, оказывающие травмирующее воздействие на человека и их психологическое последствие. Таким образом, изучение стыда имеет ценность с точки зрения фундаментальной науки, т. к. способно дать новые представления о механизмах психологической травматизации, в частности об особенностях когнитивной переработки травматических воспоминаний. С другой стороны, стыд является частой темой, встречающейся при работе с травмой в процессе психологического консультирования, и переживание стыда клиентом вносит свои особенности в процесс взаимодействия с консультантом (Zaslav, 1998). Таким образом, практическая ценность исследования стыда как травматического опыта заключается в том, что знание механизмов взаимодействия переживания стыда и посттравматических состояний будет способствовать развитию более эффективных клинико-психологических вмешательств.

*Марголина И.А.*

### **ПТСР у детей из условий внутрисемейного физического насилия**

Актуальность проблемы физического насилия определяется как большой распространенностью физического насилия над детьми во всем мире, так и его психосоциальными последствиями. В настоящее время большое внимание уделяется также проблеме изучения стрессовых реакций в детском возрасте. Т. к. внутрисемейное физическое насилие является многофакторным психотравмирующим воздействием, несущим непосредственную угрозу здоровью, а в ряде случаев и жизни ребенка, мы полагаем, что оно неизбежно вызывает у ребенка стрессовые состояния, которые в дальнейшем могут трансформироваться в клинические проявления так называемого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (МКБ 10 — F-43.1). В результате проведенного в отделе по изучению психической патологии раннего детского возраста НЦПЗ РАМН ис-



следования психического дизонтогенеза у детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия, были выявлены психические нарушения, отвечающие критериям ПТСР. Условием для возникновения данных психических нарушений являются случаи жестокого физического насилия, вызвавшего травматизацию различной степени тяжести (ушибы, переломы, повреждения внутренних органов, черепно-мозговые травмы). Исследование было проведено на примере 60 детей (39 мальчиков и 21 девочки), 40 из которых были раннего и дошкольного возраста и 20 — младшего школьного возраста. Для выявления симптомов ПТСР у детей старше 3 лет мы использовали фрагмент опросника K-SADS-PL (Diagnostic Interview Kiddie-SADS-Present and Lifetime), который был разработан в 1978 году группой исследователей Национального института психического здоровья США в качестве диагностического «инструмента» для выявления функциональных психических расстройств и впоследствии адаптирован для детского возраста. Нами был использован раздел K-SADS-PL «Физическое насилие в семье», в котором сгруппированы вопросы, ответы на которые выявляют факт насилия, а также симптомы и динамику ПТСР. У обследованных детей были выявлены следующие признаки ПТСР: ночные кошмары, бессонница, раздражительность, периодически повторяющаяся игра, по сюжету связанная с насилием, повышенная настороженность, отгороженность в группе детей, соматовегетативная реакция на явления, напоминающие о фактах жестокого обращения в сочетании со стойко сниженным фоном настроения. Данная симптоматика наиболее часто наблюдалась в возрасте от 3 до 6,5 лет. У детей раннего возраста использование данной методики невозможно в связи с отсутствием вербального самоотчета, и основным методом изучения клинических проявлений ПТСР служит наблюдение за детьми. Следует отметить, что их поведение демонстрировало признаки, аналогичные симптомам стрессового расстройства у старших детей: избегание телесного контакта, отталкивание от себя взрослого с бурной соматовегетативной реакцией и плачем, подавленное настроение со снижением социальной активности, нарушения сна, в дальнейшем, «проигрывание» ситуации насилия в агрессивных и разрушительных играх. Таким образом, результаты нашего исследования демонстрируют возможность возникновения ПТСР у детей раннего и дошкольного возраста, подвергшихся жестокому внутрисемейному физическому насилию. Предлагаемые нами подходы к диагностике данного расстройства могут способствовать более раннему его выявлению и оптимизации терапевтических и реабилитационных мероприятий.

## **ПТСР у детей раннего возраста, перенесших внесемейное сексуальное насилие**

Современная тенденция нарастания насилия в обществе во всем мире находит свое отражение и в росте насилия над детьми. Дети все чаще становятся жертвами насилия, в том числе и сексуального, которое относится к самой тяжелой (физической и психической) форме насилия, совершенного по отношению к ребенку. В то же время именно последствия сексуального насилия (СН) над детьми мало изучены. В проведенном исследовании показано, что младшие мальчики и девочки примерно с равной частотой подвергались внесемейным сексуальным посягательствам. Вместе с тем у дошкольников достаточно выражены проявления посттравматического стрессового расстройства и симптомы избегания СН наряду с нейровегетативными проявлениями, что отражает, с нашей точки зрения, разрушающий характер СН на психику. При внесемейном СН острый период на травму удалось наблюдать непосредственно у жертв СН. Типичными диагнозами при внесемейном СН были:

«Острая реакция на стресс» (F43.9) развивалась в ближайшее время после травматического события. Отмечалось кратковременное состояние оглушенности, растерянности, быстро сменяющееся аффективными нарушениями (депрессия, тревога, гиперактивность). В некоторых случаях наблюдались диссоциативные нарушения (синдром Ганзера, мутизм и пр.). Как правило, наличие острой реакции на стресс устанавливалось катamnестически, а причиной обращения становилось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

«Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1) характеризовалось повышенным уровнем тревоги, страхами, чувством вины, депрессией, отчужденностью от окружающих, эмоциональным обеднением (в зарубежной литературе «сужение спектра чувств»). ПТСР характеризовалось повторным переживанием травмы в виде навязчивых мыслей, ночных кошмаров, реминисценций; активным избеганием ситуаций, напоминающих травму; нарушение вегетативной сферы (снижение аппетита, головные боли, боли внизу живота, плохой сон, повышенная температура, учащенное сердцебиение, повышенная потливость и т. д.); отмечалось ухудшение когнитивных процессов. Обсессивные расстройства проявлялись в когнитивной сфере (навязчивые воспоминания о травматической ситуации, повторяющиеся кошмарные сновидения, связанные с ситуацией травмы), поведении ребенка (повторяющиеся игры с воспроизведением отдельных

элементов травматической ситуации, сексуализированные игры), сопровождались эмоциональными нарушениями (растерянность, тревога, сниженное настроение) и усугубляли их. По нашим наблюдениям, избегание мыслей, чувств и разговоров, связанных с травмой, сравнительно редко встречается у детей дошкольного и младшего школьного возраста, переживших сексуальное насилие. Избегание у этих детей проявляется в отказе посещать места, где с ними совершались действия сексуального характера, и нежелании встречаться с лицами, принимавшими участие в указанных действиях. Диагноз «острая реакция на стресс» был поставлен 17 детям (59 % от общего количества детей этой группы), диагноз «ПТСР» — 9 детям (31 %), у 3-х детей (10 %) было диагностировано обсессивно-компульсивное расстройство. Симптоматика ПТСР имела тенденцию к постепенному регрессу при разрешении психотравмирующей ситуации и оказании ребенку своевременной поддержки со стороны значимых взрослых. Однако в некоторых случаях (9 наблюдений), когда ребенок был лишен эмоциональной поддержки со стороны взрослых, обвинении его родителями в случившемся, картина ПТСР трансформировалась в сложное психопатологическое образование, которое можно рассматривать как расстройство адаптации. По-нашему мнению, в указанных случаях в качестве хронического психотравмирующего воздействия выступает неадекватная реакция окружения на пережитое ребенком СН и связанные с ним поведенческие нарушения. Поскольку ребенку трудно выразить гнев в словесной форме, он проявляется в неадекватном поведении: необъяснимых приступах ярости, агрессии, направленных как на других людей или животных, так и на себя. Современные нейробиологические исследования позволили уточнить детали церебрального звена развития ПТСР у детей. Так, было показано, что в ответ на психический стресс у детей в крови повышается уровень кортизола, который стимулирует гибель клеток гиппокампа. Отмеченное обстоятельство может оказывать негативное влияние на эффективность психотерапии.

*Пятакова Г.В.*

## **Личностные особенности подростков с физическими повреждениями**

В последние годы в России отмечается рост детского уличного травматизма, увеличивается число пострадавших, в том числе детей и подростков, в результате пожаров. Дети и подростки, получившие физические

повреждения в результате несчастного случая, нуждаются в сложном (в том числе оперативном) лечении. Опыт клинико-психологической и педагогической работы в клинике, а также теоретические и экспериментальные исследования (Мамайчук, 2002; Исаев Д.Н., 2005; Пятакова Г.В., 2011; Блохина, 2004; Рамси Н., Харкорт Д., и др.) показывают, что дети и подростки с последствиями физических травм имеют ряд неразрешенных психологических проблем. Для них характерны нарушения психической и социальной адаптации, которые могут проявляться в отклонениях в личностном развитии. Отклонения в личностном развитии детей и подростков, получивших физические повреждения, необходимо рассматривать в аспекте психической травматизации. Современные исследователи под психической травмой понимают особую форму общей стрессовой реакции, в условиях, когда стрессогенный фактор превышает адаптационные возможности организма. К факторам, обуславливающим психическую травматизацию ребенка, относят перенесенные катастрофы, жестокое обращение, хирургические вмешательства, частые госпитализации, дорожно-транспортные происшествия (Юл, Уильямс, 2001; Левин, 2003; Тарабрина, 2001). У подростков с физическими повреждениями фактором, вызывающим стресс, может стать видимый недостаток внешности. Особенно негативное воздействие оказывают множественные психологически травмы, при которых различные события потенцируют негативные последствия друг друга. У детей, перенесших множественные хирургические вмешательства, госпитализации, часто наблюдаются симптомы ПТСР. Однако понятие психической травмы включает в себя и доклинические формы травматизации, характеризующиеся меньшей интенсивностью и выраженностью симптомов ПТСР. Последствия психологических травм проявляются в различных сферах жизнедеятельности подростка и снижают его возможности социального и психологического функционирования. Было обследовано 30 подростков с последствиями механических травм и 30 подростков с отдаленными последствиями ожоговых травм. В качестве контрольной группы было обследовано 30 здоровых подростков без травматического опыта. Изучались особенности социальной ситуации развития, эмоционально-волевые характеристики личности и особенности самоотношения у подростков с различными последствиями физических травм в сравнении их между собой и в сравнении со здоровыми подростками. У подростков с последствиями физических травм различного генеза выявлены сходные черты социальной ситуации развития. Требования и условия социальной среды из-за физического недостатка становятся для подростков с последствиями физическим травм стрессогенными. В этих условиях психологические приобретения подросткового

возраста, завершающие формирующуюся структуру личности и определяющие успешность ее функционирования как регулятора психики, могут нести в себе черты аномального изменения личности либо позитивные для развития личности характеристики, представляющие собой возможности компенсации, преодоления имеющегося недостатка, обеспечивающие полноценное социально-психологическое функционирование. У подростков с последствиями механических и ожоговых травм выявлен ряд общих черт, происхождение которых обусловлено однотипными для данного контингента большими обстоятельствами социальной ситуации развития, сходными особенностями психогенной травматизации, спецификой отношения родителей к больному ребенку в семье. К таким личностным характеристикам относятся: замкнутость, отгороженность от мира, эмоционально-волевая неустойчивость. Эмоциональные характеристики травмированных подростков оказывают существенное влияние на формирующееся отношение больного подростка к себе. В условиях эмоционального дискомфорта самооценочный компонент личности подростков с последствиями травм является не только центральным звеном саморегуляции личности, обеспечивающим регуляцию поведения и деятельности, но и выполняет защитную функцию. Выявленные общие особенности личности у подростков с последствиями физических травм различного генеза позволяют сделать предположение о том, что выявленные характеристики являются своеобразными «маркерами», указывающими на общие закономерности формирования личности у подростков с физическими повреждениями в условиях постоянной психогенной травматизации.

*Пятакова Г.В.*

*Матвеева Е.А.*

### **Травматические переживания детей с физическими повреждениями и их родителей**

Проблема психологической травматизации в детском возрасте в последние годы привлекает внимание отечественных и зарубежных исследователей (Тарабрина, Исаев, Асанова, Соонетс, Черепанова, Дозорцева, Юл, Уильямс и др). Основное внимание в исследованиях последних лет уделяется негативному влиянию на психику ребенка катастроф и масштабных несчастных случаев, различных видов насилия, событий, связанных с утратой родителей (Исаев, Асанова, Тарабрина, Дозорцева). В меньшей

степени обращается внимание на психологический аспект физической травматизации. Вместе с тем, в последние годы в России наблюдается рост физических повреждений среди детского населения. Около половины всех случаев приходится на бытовые травмы: ожоги и переломы (механические травмы). Тяжелые физические повреждения и их последствия, связанные с необходимостью сложного хирургического лечения, проведением болезненных восстановительных процедур, сопровождаются выраженными негативными эмоциональными состояниями и требуют экстраординарных усилий по совладанию с ними. В случае ребенка или подростка внутренних ресурсов для преодоления негативных последствий таких ситуаций часто оказывается недостаточно. В этих условиях возможны явления дезадаптации, которые проявляются в отклонениях в психическом развитии ребенка, в феноменах, которые в медицинской литературе квалифицируются в терминах психосоматических, невротических, патохарактерологических расстройств. Особую роль в преодолении негативных последствий травматизации играет семья ребенка, его ближайшее окружение. Возможность нивелирования выраженных явлений дезадаптации у детей и подростков выше в том случае, если взрослые (родители) проявляют повышенную заботу и внимание по отношению к ребенку в опасной для него ситуации. В противном случае, например, при наличии эмоциональных проблем у родителей, сам взрослый может выступать в роли источника хронической психической травматизации для ребенка. Было проведено клинко-психологическое исследование травматических переживаний у детей, получивших серьезное физическое повреждение, в контексте травматических переживаний и отношений их родителей. Было обследовано 83 человека: 19 детей, перенесших физическую травму, и 28 детей с 8,5 до 15 лет без травматического опыта, а также члены их семей. Исследовались особенности травматических переживаний детей (с травмами и без травматического опыта) и их родителей, а также изучались особенности родительского отношения к ребенку. Полученные результаты показали, что различные травматические события широко представлены как в жизни детей и подростков с тяжелыми физическими повреждениями, так и у их здоровых сверстников. У детей с тяжелыми последствиями физической травмы в анамнезе отсутствовал диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство», однако по результатам клинко-психологического исследования были выявлены травматические переживания доклинического уровня, связанные с физическим повреждением и его последствиями. У детей с физическими повреждениями выявлены высокие значения по показателям критериев А, В и С, соответствующих диагностическим критериям травматического стресса (DSM-IV), в отличие от детей и подростков

без травматического опыта. Причем у травмированных подростков в большей степени, чем у детей предподросткового возраста, оказались выражены симптомы избегания стимулов, связанных с травмой. Выраженность травматических переживаний детей и подростков определяется количеством госпитализаций и временными характеристиками, включая время, прошедшее с момента получения физической травмы. Травматические переживания родителей детей с последствиями физического повреждения выражены более интенсивно по сравнению с переживаниями родителей, чьи дети здоровы, причем травматические переживания родителей могут усиливать проявления травматических переживаний у детей. Отношения в диаде «родитель — ребенок» оказались различны в семьях, где воспитываются травмированные дети, и в семьях с относительно здоровыми детьми. У родителей травмированных детей наблюдается амбивалентное отношение к своим детям: большая выраженность симбиотических связей в диаде «родитель — ребенок» сочетается у них с признаками скрытого эмоционального отвержения. Противоречивое родительское отношение усиливает выраженность травматических переживаний у их детей. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости психологической помощи детям, получившим физические повреждения, и их родителям.

*Стрельникова Ю.Ю.*

### **Временной критерий выраженности посттравматических расстройств у комбатантов**

Время, прошедшее с момента психотравмы (длительность периода последствий), является одним из факторов, определяющих вероятность развития острого и посттравматического стрессовых расстройств (ОСР и ПТСР). Актуальность исследования отсроченных реакций на боевой стресс у комбатантов связана с необходимостью проведения адекватных реабилитационных мероприятий с сотрудниками органов внутренних дел (ОВД) после их возвращения из спецкомандировки в район вооруженного конфликта. Объект исследования: группа № 1 — 72 сотрудника ОВД, средний возраст 27 лет, длительность периода последствия — до 1 года включительно; группа № 2 — 59 сотрудников ОВД, 29 лет, с длительностью периода последствия от 1,5 до 3-х лет; группа № 3 — 76 сотрудников ОВД, 30 лет, с длительностью периода последствия от 4-х и более лет. Для диагностики актуального состояния и сим-

птомов посттравматических расстройств использовались: модификация теста М. Люшера «Попарные сравнения»; опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева. Среди выделенных групп была подсчитана численность человек (в %), у которых данные показатели находились на уровне крайних значений, характеризующих состояние дезадаптации. По результатам обследования сделаны следующие выводы:

1. Происходящие с течением времени изменения не всегда являются последовательными и яркими, а чаще протекают медленно, изменяясь либо линейно (в сторону возрастания или снижения), либо волнообразно, с чередованием периодов улучшения и ухудшения состояния. Направленность в одну сторону отражает благоприятный или неблагоприятный прогноз для реабилитации, а также сроки, когда изменения еще обратимы. Практическая значимость данного аспекта в том, что сотрудники ОВД, имеющие отдельные показатели на уровне крайних значений, находятся в состоянии дезадаптации и в первую очередь нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий.
2. В течение первого года после первой командировки в район боевых действий у комбатантов наиболее выражены воспоминания о психотравме, симптомы дистресса и гиперактивации ОСР, диссимуляция. В период от 1,5 до 3-х лет возрастает число лиц с симптомами ПТСР: «вторжения», «избегания», гиперактивации и депрессии (протекающих волнообразно), а также с признаками хронически накопившегося утомления и истощения энергоресурсов. При этом происходит снижение числа лиц, у которых отсутствует непродуктивная напряженность и высокая нервно-психическая устойчивость.
3. С увеличением периода времени, прошедшего с момента возвращения из зоны боевых действий, линейно снижаются проявления дистресса ОСР, возрастают, а по прошествии 3-х лет стабилизируются, симптомы гиперактивации. Число лиц с ПТСР в течение первых 3-х лет уменьшается, а затем стабилизируется. Линейно снижаются воспоминания о психотравмирующей ситуации, т. к. события уходят из актуальной памяти. Однако по прошествии 4-х лет возрастает количество лиц с повышенной чувствительностью симпатической нервной системы, не способных выдерживать эмоциональные нагрузки, а также стремящихся подчеркнуть тяжесть своего состояния (аггравация).
4. С увеличением срока, прошедшего с момента первой командировки, постепенно и линейно снижается число лиц, у которых отсутствует непродуктивная напряженность (суммарное отклонение на уровне 0–12 баллов). Причем наибольшее уменьшение приходится на период после 3-х лет после возвращения из района боевых действий. Вмес-



те с тем, количество лиц с признаками хронически накопившегося утомления и истощения энергоресурсов (вегетативный коэффициент меньше 0,5) линейно возрастает и максимально выражено также в период после 3-х лет с момента первой командировки.

5. Медико-психологические реабилитационные мероприятия необходимо осуществлять в течение первого года после участия сотрудников ОВД в боевых действиях (и на протяжении первых 3-х лет), иначе в дальнейшем постстрессовые нарушения примут стабильный характер посттравматических личностных расстройств.

*Тураносова В.В.*

### **Я-структурные особенности сотрудников ОВД с диагностируемыми показателями ПТСР**

В настоящее время, когда в СМИ периодически появляется информация о чрезвычайных происшествиях (ЧП), связанных с неадекватными поступками и противоправными действиями сотрудников ОВД, проблема превентивной диагностики их профессионально-психологического здоровья остается высоко актуальной. Основная проблема состоит в том, что большинство из отклонений в психологическом здоровье сотрудников носят латентный характер. Учитывая многочисленность личного состава ОВД РФ, единственно доступным источником быстрого получения первичной психодиагностической информации о сотрудниках продолжают оставаться их массовые недобровольные психопрофилактические (скрининговые и мониторинговые) обследования, традиционно направленные на выявление психодиагностических эквивалентов проявленной или скрытой психопатологии. Среди психических отклонений, отмечаемых у сотрудников в последние десятилетия, в связи с широким привлечением ОВД к регулированию межнациональных локальных конфликтов и участием в боевых действиях, особую актуальность приобрели так называемые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). Под воздействием мощного психотравматического события практически у любого сотрудника могут возникнуть острые (ОСР) и особенно посттравматические (ПТСР) стрессовые расстройства, затрагивающие все уровни человеческого функционирования — от физиологического до социального, приводя к стойким личностным изменениям (Антонова Н.А., 2009). Целью проводимого исследования было выявление Я-структурных особенностей сотрудников ОВД с диагностируемыми показателями ПТСР. В исследовании приняли

участие 80 сотрудников ГУ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Среди испытуемых было 57 мужчин в возрасте от 20 до 52 лет; средний возраст  $29,9 \pm 7,3$  года, и 23 женщины в возрасте от 22 до 53 лет; средний возраст  $36 \pm 8$  лет). Для скрининговой диагностики профессионально-психологического здоровья и симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) все испытуемые были подвергнуты психодиагностическому обследованию с помощью «Психодинамически ориентированного личностного опросника» (ПОЛО) «Ресурс» (Шаповал В.А., 2006), построенного на основе гуман-структурологической парадигмы, и «Опросника травматического стресса» (ОТС) И.О. Котенёва, построенного по критериям МКБ-10 для ПТСР. Математико-статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics 17.0. По результатам суммарного балла шкалы ПТСР с помощью опции «частоты» испытуемые были разделены на 2 процентильно-квартильных группы: 1-я группа ( $n = 32$ ) — с показателем шкалы ПТСР ниже средних ( $< 48$  баллов), рассматривалась в качестве контрольной группы и 2-я ( $n = 48$ ) — с показателями шкалы ПТСР выше средних ( $> 49$  баллов), рассматривалась в качестве экспериментальной. По результатам корреляционного анализа (по Пирсону) были установлены достоверно значимые ( $p < 0,05$ ) позитивные корреляционные связи между показателями шкалы ПТСР и фактически всеми деструктивно-дефицитарными шкалами ПОЛО «Ресурс», за исключением шкал дефицитарного страха (С3), деструктивного внутреннего Я-отграничения и деструктивной сексуальности (S2). Сравнение полярных групп испытуемых, выделенных по переменной ПТСР с помощью Т-критерия и критерия U Манна-Уитни показало наличие в экспериментальной группе (ПТСР) достоверно более низких показателей по шкалам всех конструктивных (за исключением сексуальности) Я-функций, включая интегральные шкалы общей конструктивности, адаптивности, активности и ресурса психологического здоровья, и более высоких по четырем из 12-ти шкал деструктивно-дефицитарных Я-функций (O2, Oi3, N2, S3), а также по всем шкалам 4-х типов дезадаптации (психосоматического — Ps, поведенческого — Gm, невротического — Ne и депрессивного — Dp), а также по интегральным шкалам общей деструктивности (De) и общей дефицитарности (Df). Таким образом, по результатам проведенного исследования сотрудники с высокими показателями ПТСР отличались преобладанием деструктивно-дефицитарной личностной Я-структуры, в то время как сотрудники с низкими показателями по данной шкале имели достоверно более высокие показатели личностной конструктивности. Полученные результаты могут иметь теоретическую и практическую значимость для совершенствования психологической работы с личным составом подразделений полиции и, в частности, профилактики ПТСР у сотрудников ОВД.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Батлук Ю.В.*

*Шаболтас А.В.*

*Балашова Т.Н.*

## **Рискованное сексуальное поведение у женщин, злоупотребляющих алкоголем**

Введение. Несмотря на то, что основным путем передач ВИЧ в России по-прежнему является инъекционное употребление наркотиков, начиная с 2005 года во всех регионах РФ наблюдается тенденция к росту новых случаев ВИЧ-инфекции, связанных с незащищенным гетеросексуальным контактом, а также увеличение доли женщин среди ВИЧ-инфицированных. Распространение ВИЧ происходит через передачу вируса потребителями инъекционных наркотиков своим сексуальным партнерам, которые выступают в роли так называемого «моста» проникновения инфекции в общую популяцию. По данным зарубежных исследований, в случае незащищенного сексуального контакта риск заражения у женщин в 2–3 раза выше, чем у мужчин. Кроме того, риск гетеросексуальной передачи ВИЧ тесно связан с употреблением алкоголя, которое, в свою очередь, ведет к увеличению количества случайных половых связей, отказу от средств защиты во время секса, а также к проявлениям физического и эмоционального насилия со стороны партнера. Целями исследования, проведенного на базе женских консультаций г. Санкт-Петербурга, было выявление особенностей рискованного поведения, а также степени влияния употребления алкоголя на риск заражения ВИЧ у женщин, не относящихся к традиционным группам риска.

Выборка и методы. В исследовании приняли участие 362 женщины репродуктивного возраста, ведущие активную сексуальную жизнь, употребляющие алкоголь в повышенных дозах и не использующие контрацептивы. Со всеми участницами проводилось полуструктурированное

интервью, в процессе которого они отвечали на вопросы, касающиеся рискованного поведения в сфере здоровья, а также поведения своего партнера. В ходе интервью оценивался не только уровень риска сексуального поведения женщины, но и потенциальная вероятность заражения партнера. Для этого собиралась информация о тестировании партнера на ВИЧ, наличии у него в анамнезе инфекций, передающихся половым путем, или употребления наркотиков, нахождении в местах заключения, опыте его сексуальных отношений с другими женщинами или мужчинами и других традиционных показателях риска заражения ВИЧ.

Результаты. Полученные данные совпадают с результатами аналогичных зарубежных исследований: женщины, употребляющие алкоголь перед сексуальным актом, сообщали о большем количестве половых партнеров за последние 3 месяца по сравнению с теми, кто не употреблял алкоголь ( $p < 0,01$ ). Сравнительный анализ данных подгруппы женщин с наибольшим риском гетеросексуальной передачи ВИЧ, в которую вошли 105 женщин (36,1%), с остальной частью выборки показал наличие целого комплекса факторов, детерминирующих высокий уровень риска гетеросексуальной передачи ВИЧ, которые связаны друг с другом: количество половых партнеров, употребление алкоголя перед сексуальным контактом, отказ от использования барьерных методов защиты во время контакта, практика рискованных видов секса (таких как анальный секс) и выбор партнеров, в свою очередь, обладающих потенциальным риском заражения. Анализ ответов женщин об их отношении к презервативам показал, что большинство женщин считает их использование нормальным и приемлемым для себя, не испытывает дискомфорта при их покупке; больше половины женщин согласились, что презервативы достаточно доступны по цене, надежно защищают от ВИЧ-инфекции, и их использование может считаться проявлением заботы о партнере. В то же время достаточно большое количество женщин не считает использование презервативов естественным, отмечает, что их использование снижает положительные ощущения от физической близости и соглашается с тем, что их партнер не любит использовать этот метод защиты. У 67,6% женщин есть как минимум один партнер, имеющих потенциальный риск инфицирования ВИЧ, только 5,6% женщин сообщили, что их партнер проходил тестирование на ВИЧ и они знают его результат. При этом среди женщин, у которых постоянный партнер имеет высокий риск заражения, 78,8% используют презерватив нерегулярно, а 42,9% — никогда. Женщины с высоким сексуальным риском, т. е. имевшие за последние 12 месяцев 2-х и более партнеров и нерегулярно использующие презерва-

тивы, значительно чаще практикуют наиболее рискованные формы секса, и их основной партнер чаще имеет потенциальный риск заражения, чем в группе женщин, ведущих более безопасный образ жизни ( $p < 0,05$ ). Данное исследование выполнялось в рамках совместного гранта РФФИ и Национальных институтов здоровья США.

**Бочаров В.В.**

**Шишкова А.М.**

### **Личностная дисфункциональность родителей пациентов с героиновой наркоманией**

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований («Психологические детерминанты психической дисфункциональности членов семьи пациентов с героиновой наркоманией»), проект № 12-36-01011. Героиновая зависимость одного из членов семьи, как правило, оказывает разрушительное воздействие на функционирование семейной системы в целом, в разной степени затрагивая всех включенных во взаимодействие с больным родственников. Переживания, связанные с поведением и состоянием наркозависимого, часто являются психотравмирующими для его близких (Менделевич В.Д., 2002; Barnard M., 2007). В то же время стрессовая нагрузка, связанная с наркотизацией больного, опосредуется семейной структурой и семейной динамикой и оказывается различной, например, в зависимости от ролевой позиции занимаемой членами семьи (Бочаров В.В., Шишкова А.М., Карловская И.Ф., 2012). Целью работы являлось изучение особенностей личностного функционирования родителей пациентов с героиновой наркоманией. Исследование проводилось при помощи клинико- и экспериментально-психологических методов. В качестве тестовой методики применялся «Я-структурный тест Г. Аммона» (1998). В исследовании приняло участие 66 родителей пациентов с героиновой наркоманией, а именно: 26 отцов наркозависимых (средний возраст  $56 \pm 2,8$ ) и 40 матерей (средний возраст  $52 \pm 2,9$  года). Сравнительный анализ результатов тестовых методов в группах отцов и матерей пациентов с героиновой наркоманией был проведен при помощи критерия Краскала–Уоллиса для независимых выборок, а также критерия U Манна–Уитни. При сравнении показателей, полученных по «Я-струк-

турному тесту» группы отцов и матерей наркозависимых, статистически значимые различия выявлены по шкалам: «конструктивной», «деструктивной» ( $p < 0,05$ ) и «дефицитарной» ( $p < 0,001$ ) агрессии, «деструктивной тревоги» ( $p < 0,001$ ), «дефицитарного внешнего я-отграничения» ( $p < 0,001$ ), «конструктивного» ( $p < 0,05$ ) и «деструктивного» ( $p < 0,001$ ) нарциссизма, а также «конструктивной» ( $p < 0,05$ ), «деструктивной» ( $p < 0,01$ ) и «дефицитарной» ( $p < 0,001$ ) сексуальности. При этом у матерей наркозависимых выявляются более высокие показатели по всем перечисленным шкалам, за исключением шкал «деструктивная агрессия», «конструктивная» и «деструктивная» сексуальность. Различия, выявленные по шкалам «агрессии», отражают, что для матерей наркозависимых по сравнению с их отцами в большей степени характерно отчуждение собственных планов и потребностей, сужение круга интересов. У матерей наркозависимых также в большей степени выражена тревога, они чаще ощущают недостаточность контроля над ситуацией. Отцы наркозависимых, по сравнению с матерями, лучше сохраняют внешние границы собственной личности, что отражается в показателях «внешнего я-отграничения», в то время как для матерей характерно «симбиотическое слияние» с собственным наркотизирующимся ребенком. Более низкие показатели по шкалам «конструктивного» и «деструктивного» нарциссизма у отцов по сравнению с матерями наркозависимых отражают обнаруживаемое у них в ходе клинико-психологического обследования ощущение собственной несостоятельности, а также чувство вины в связи с возникновением болезни ребенка. Показатели, полученные по шкалам «конструктивной», «деструктивной» и «дефицитарной» сексуальности, говорят о большей сохранности и значимости личностной сексуальной активности у отцов по сравнению с матерями наркозависимых. Необходимо отметить, что среднегрупповые показатели, полученные по «Я-структурному тесту» в обследованных группах, характеризуются выраженным превышением «деструктивных» и «дефицитарных» шкал над «конструктивными» по всем рассмотренным базовым личностным функциям. По ряду шкал средние значения показателей выходят за границы нормативного интервала.

Полученные данные свидетельствуют о выраженной личностной дисфункциональности родителей наркозависимых. При этом у отцов наркозависимых дисфункциональность выражается прежде всего в снижении самооценки и усилении «деструктивных» форм агрессии, что свидетельствует о неспособности адекватного использования собственной личностной активности. Для матерей в большей степени характерно

нарушение границ личности, ощущение тревоги и снижение сексуальной активности. Различия в проявлениях личностной дисфункциональности, вероятно, во многом сопряжены с ролевой позицией и степенью вовлеченности родителей во взаимодействие с больным наркоманией ребенком.

*Бурина Е.А.*

### **Краткосрочное вмешательство как метод профилактики ФАС**

Употребление алкоголя в период беременности является одной из главных причин врожденных дефектов и нарушений развития у детей. Одним из наиболее серьезных возможных последствий употребления алкоголя во время беременности является фетальный алкогольный синдром — ФАС. Результаты исследования, проведенного в Санкт-Петербурге и Нижнем Новгороде (опрос около 700 женщин детородного возраста), показали, что врачи-гинекологи являются для женщин наиболее значимым источником информации о здоровье и беременности: женщины склонны следовать их советам и в большей степени доверяют врачу-гинекологу по сравнению с такими источниками информации, как СМИ, специальная литература, реклама, близкие и друзья. Показательно, что 75 % женщин, прекративших употреблять алкоголь после того, как узнали о беременности, сообщили, что на их решение повлиял врач-гинеколог. Однако результаты исследования показали также, что врачи-гинекологи не уделяют должного внимания проблеме употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными женщинами и практически не затрагивают эту тему на приеме, ограничиваясь, как правило, лишь самым общим формальным вопросом о вредных привычках. Однако именно врач-гинеколог встречается в своей практике со значительным числом женщин детородного возраста, и вопросы здоровья женщины и ведения беременности занимают центральное место в его работе. Исследования, проведенные ВОЗ в ряде стран, включая Россию, выявили, что даже краткий совет врача уменьшает употребление алкоголя. Выяснилось, что 5-минутный разговор врача с пациентом по поводу употребления алкоголя оказался не менее эффективен, чем длительная беседа. В рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейрораз-

вития у детей», выполняемого Санкт-Петербургским государственным университетом, Нижегородским государственным педагогическим университетом и Центром наук о здоровье университета Оклахомы (США) была разработана двухфокусная модель краткосрочного вмешательства для врачей-гинекологов. В основу положены метод краткосрочного вмешательства врачей и двухфокусное мотивационное консультирование, направленное на предупреждение влияния алкоголя во время беременности. Двухфокусное краткосрочное вмешательство врача (Балашова и др., 2010) — это метод консультирования, ориентированный на проблемы пациента и направленный на мотивирование к позитивным изменениям образа жизни. Краткосрочное вмешательство основано на принципах мотивационного интервьюирования:

- Просвещать (предоставлять факты, а не обвинять).
- Предоставлять возможность выбора: контрацепция или прекращение/уменьшение употребления.
- Подчеркивать ответственность самой пациентки за выбор.
- Поддерживать и выражать готовность помочь.

Основная цель краткосрочного вмешательства состоит в предотвращении воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС и ФАСН. Работа врача фокусируется на 2 направлениях — употребление алкоголя и планирование семьи. При этом конкретная цель зависит от планов и ситуации женщины и определяется в диалоге с ней. Если женщина беременна или планирует беременность, то цель вмешательства состоит в полном отказе от употребления алкоголя, поскольку в этом случае любое употребление алкоголя представляет риск. Если женщина нерегулярно использует контрацепцию и может забеременеть, то целью вмешательства является выбор, который должна совершить женщина, — предупреждение беременности (контрацепция) или отказ от употребления алкоголя. Краткосрочное вмешательство должно проводиться в доброжелательном стиле, не содержать моральных оценок, предписаний и критики, а фокусировать внимание на сокращении потребления алкоголя. Ряд зарубежных исследований показали, что положительных результатов достигали специалисты, оптимистически оценивающие возможность изменений, характеризующиеся сопереживающим стилем, искренностью и уважением по отношению к клиентам, способностью избегать конфронтации и споров, вызывающих защитную реакцию у пациентов, а также имеющие позитивный опыт обсуждения проблем, связанных с употреблением алкоголя.



Работа выполнена при поддержке научного гранта Международного Национального Института по Проблемам Алкоголизма и Злоупотребления Алкоголем и Центра Фогарти Национальных Институтов Здоровья США, исследовательский грант R01AA016234 Татьяне Балашовой, Медицинский Центр Университета Оклахомы.

*Войт Т.С.*

*Шаболтас А.В.*

*Аббков В.А.*

## **Психологические детерминанты поведения человека в стрессе**

Введение. Стресс и вызванные им последствия и расстройства являются одной из актуальных проблем для разных областей научного знания и практики — медицины, биологии, психологии, социологии. Одним из наиболее опасных проявлений стресса является развитие ряда дезадаптивных психологических состояний, в том числе депрессивных реакций, выученной беспомощности и рискованного поведения. Основные задачи данного исследования: выявление специфики и закономерностей возникновения гормональных, психологических и поведенческих реакций в стрессогенных ситуациях; выявление взаимосвязей особенностей реагирования в стрессе с психологическими и поведенческими особенностями индивида.

Методы. В исследовании моделировались 2 вида ситуаций социального стресса: стресс публичного выступления (Trier Social Stress Test) и стресс, связанный с общением с человеком противоположного пола, в модификации С.Т. Halpern (2002). Выборка составила 118 человек (64 женщин и 54 мужчины) в возрасте от 18 до 34 лет. Для оценки стресс-реакции использовался тест уровня кортизола в слюне и следующие критерии ее наличия: 1) превышение не менее чем на 30 % хотя бы одной из последующих проб, 2) превышение не менее чем на 15 % двух последующих проб. Для оценки динамики психического состояния использовались: анкета для самонаблюдения за стрессом, самооценка психического состояния, шкала тревоги Спилбергера, психомоторные экспресс-тесты. Для оценки личностных особенностей: краткая форма личностного опросника «BIG 5», шкалы тревожности и агрессивности Спилбергера,

шкала диссоциации (DES), шкала поиска ощущений Цукермана, опросник измерения мотивации достижения, а также анкета для оценки рискованного поведения с включением шкалы рискованного употребления алкоголя (AUDIT), опросник неблагоприятного детского опыта (ACE).

Результаты. 19,49% участников продемонстрировали стресс-реакцию только в ситуации публичного выступления, 24,58% — только в ситуации интервью и 37,29% — в обеих экспериментальных ситуациях. По результатам исследования женщины с большей вероятностью демонстрируют стресс-реакцию в ситуации интервью (18,52% мужчин и 29,69% женщин), а мужчины — в ситуации публичного выступления (24,07% мужчин и 15,63% женщин). По результатам самооценки демонстрирующие стресс-реакцию в ситуации публичного выступления до начала эксперимента оценивали себя более смелыми ( $p = 0,37$ ) и после интервью более напряженными ( $p = 0,47$ ), а демонстрирующие стресс-реакцию в ситуации интервью до начала эксперимента оценивали себя более бодрыми ( $p = 0,33$ ). Средний балл по шкале ACE составил 2,46 (ст. откл. = 1,99). Различия в характеристиках неблагоприятного детского опыта между мужчинами и женщинами касались переживания сексуального насилия, о чем женщины сообщали значительно чаще ( $\chi^2 = 7,245$ ,  $p = 0,007$ ), и злоупотреблении алкоголем или наркотиками проживающими с ними взрослыми, о чем чаще сообщали мужчины ( $\chi^2 = 4,453$ ,  $p = 0,035$ ). Имеющие опыт совместного проживания со взрослыми, злоупотребляющими ПАВ, чаще демонстрируют стресс-реакцию на публичное выступление ( $\chi^2 = 6,952$ ,  $p = 0,008$ ). В целом в выборке был выявлен достаточно высокий уровень распространенности рискованных поведенческих практик в сфере здоровья: курят сейчас (27,78% мужчин и 21,88% женщин); употребляют алкоголь (72,22% мужчин и 90,63% женщин); когда-либо пробовали наркотические вещества (66,67% мужчин и 56,25% женщин); когда-либо в жизни имели инфекции, передаваемые половым путем (14,81% мужчин и 18,75% женщин). Значимых различий между мужчинами и женщинами в выраженности рискованного поведения обнаружено не было за исключением показателя «частота употребления алкоголя». Вопреки ожиданиям в данной выборке чаще употребляли алкоголь женщины ( $\chi^2 = 11,540$ ,  $p = 0,021$ ).

Выводы. Полученные данные поддерживают представление о том, что стресс-реактивность является достаточно устойчивой характеристикой индивида и проявляется сходным образом в различных стрессовых ситуациях. Выявлена связь типов реагирования на стресс с особенностями самооценки психического состояния и используемыми копинг-стра-

тегиями. Важным результатом является также подтверждение того, что неблагоприятный детский опыт и рискованные поведенческие практики связаны с уровнем стресс-реактивности взрослых. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения половых особенностей реагирования на стресс и механизмов выявленных связей. Данное исследование выполнялось в рамках НИР 8.37.112.2011 «Эндокринные и психологические детерминанты поведения человека в стрессе».

*Гайсина А.В.*

*Кольцова О.В.*

*Рассохин В.В.*

## **Состояние когнитивных процессов у людей с ВИЧ-инфекцией**

Актуальным является изучение особенностей когнитивных процессов у людей с ВИЧ-инфекцией. Изменения интегративной деятельности мозга являются обязательными при СПИДе, а когнитивные и эмоциональные расстройства часто служат ранним признаком клинической манифестации болезни. Целью нашего исследования было изучение характера когнитивных нарушений у пациентов с ВИЧ-инфекцией в зависимости от степени прогрессирования заболевания. В Санкт-Петербургском центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями в 2010–2012 годах психологическое обследование прошли 103 пациента с ВИЧ-инфекцией, находящихся на диспансерном учете, в возрасте от 20 до 45 лет. Все обследованные были разделены на 3 группы: 1-я группа (25 человек) — пациенты на ранних доклинических стадиях заболевания с отсутствием показаний к началу высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), 2-я группа (53 человека) — пациенты с клиническими признаками ВИЧ-инфекции до развития оппортунистических инфекций на этапе начала ВААРТ, 3-я группа (25 человек) — пациенты с оппортунистическими и другими поражениями мозга на фоне ВИЧ-инфекции. У части больных, начиная с 2006 года, системная ВААРТ назначалась по показаниям. В исследование не включались пациенты с активным употреблением ПАВ, алкоголя, острыми соматическими, психиатрическими и неврологическими заболеваниями; необходимостью сопутствующей терапии средствами,

оказывающими существенное влияние на показатели ЦНС; беременностью. При анализе учитывался пол и возраст на момент проведения исследования. Нами использовались следующие методики: шкала памяти Векслера, тест устойчивости внимания и динамики работоспособности «таблицы Шульте», методика оценки зрительного гнозиса — опознание неполных контуров предметов и «методика заучивания 10 слов» из нейропсихологического набора А.Р. Лурия. Статистическая обработка проводилась с помощью программ SAS Enterprise Guide 4,3 и R. Средний возраст пациентов был сопоставим, длительность заболевания ВИЧ-инфекцией достоверно увеличивалась от 1-й группы к 3-й группе ( $p < 0,0001$ ). На ранних доклинических стадиях ВИЧ нарушения памяти были отмечены у 64 % обследованных и затрагивали, главным образом, кратковременную слуховую и зрительную память; нарушения внимания выражались в форме истощаемости (у 51,2 %). Среднее значение по эквивалентному показателю памяти (ЭПП) в данной группе было ниже нормативного на 1 стандартное отклонение и составляло 105 (100–110). На этапе прогрессирования ВИЧ до развития оппортунистических инфекций (2-я группа) нарушения памяти отмечались у 78 % пациентов и затрагивали логическую, зрительную и ассоциативную память. Отмечалось достоверно значимое снижение ЭПП ( $p < 0,05$ ), среднее по которому составило 96 (95 %-ДИ: 91–101). Нарушения внимания выражались в снижении эффективности работы (у 22,6 %), степени вработываемости (у 43,3) и истощаемости (у 66 %). На этапе оппортунистических и других поражений ЦНС (3 группа) нарушение памяти отмечается у 76 % обследованных, затрагивает логическую, зрительную, ассоциативную память. Средний ЭПП = 93 (95 %-ДИ: 84–101). Нарушение внимания выражается в снижении эффективности работы (33,3 %), вработываемости (79,2 %), истощаемости психической деятельности (91,7 %), отмечается снижение зрительного предметного гнозиса. При сохранном иммунитете чаще регистрировались нормальные показатели ЭПП либо незначительно сниженные, в то время как при снижении количества CD4-лимфоцитов увеличивалась степень мнестических расстройств ( $p < 0,05$ ). Таким образом, уже на начальных этапах ВИЧ-инфекции у обследованных пациентов нами были обнаружены значимые нарушения когнитивных процессов, которые усиливались при прогрессировании заболевания и коррелировали с основными характеристиками ВИЧ-инфекции — уровнем CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ в крови, что может свидетельствовать о прямом повреждающем действии ВИЧ на ЦНС. Отмеченная связь показателей прогрессирования и длительности заболевания с ухудшением когни-

тивных функций указывает на дополнительную аргументацию в пользу более раннего начала высокоактивного антиретровирусного лечения (ВААРТ) и необходимость содействия по поддержанию приверженности к ВААРТ у пациентов с когнитивными нарушениями.

*Грандилевская И.В.*

## **Основные этапы разработки программы профилактики ФАС**

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) — это расстройство, возникающее у ребенка вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности. В настоящее время осуществляется создание профилактической программы, направленной на профилактику ФАС и нарушений нейроразвития у детей, в рамках совместного проекта, в котором принимают участие факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Нижегородский государственный педагогический университет и Центр наук о здоровье университета штата Оклахома (США) при поддержке Национального американского института здоровья и Центров контроля над заболеваниями. Разработка программы включала ряд этапов.

1 этап — исследование установок в отношении употребления алкоголя во время беременности, уровня реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными, наличия знаний о негативном воздействии алкоголя на плод и знаний о ФАС; изучение факторов, влияющих на сокращение или прекращение употребления алкоголя в период беременности и ее планирования. Анализ результатов исследования показал, что существующие установки в отношении употребления алкоголя во время беременности не содержат жестких запретов. Больше половины обследованных женщин считают, что употребление небольшого количества алкоголя на поздних сроках беременности при нормальном ее течении является допустимым. Показательно, что эту позицию практически полностью разделяют врачи-гинекологи. Такая ситуация объясняется тем, что, как выявлено в исследовании, ни женщины, ни врачи не располагают достаточными знаниями о влиянии алкоголя на плод, а также о ФАС/ФАСН.

2 этап — разработка информационных материалов по проблеме ФАС и изучение их влияния на установки женщин в отношении употребления алкоголя во время беременности; разработка обучающих материалов по ФАС для врачей (педиатров и гинекологов). Были разработаны два варианта брошюр для женщин: «позитивные» — с позитивными визуальными образами и информацией о ФАС, представленной в форме позитивных последствий отказа от употребления алкоголя, и «негативные» — с негативными визуальными образами. Изучение влияния информационных материалов на отношения женщин детородного возраста к употреблению алкоголя во время беременности и степень информированности о ФАС показало их эффективность. Выявлено, что брошюры с позитивными визуальными образами оказались более эффективными, т. к. оказывали влияние на наибольшее количество установок, касающихся алкогольного поведения во время беременности. В рамках разработки обучающих материалов по ФАС для врачей были созданы учебные модули для гинекологов и педиатров, включающие лекционный материал и практические занятия. В рамках данного проекта были разработаны основные принципы и схема краткосрочного вмешательства. Основной его целью является предотвращение воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС/ФАСН. Вмешательство фокусируется на двух направлениях: употребление алкоголя и планирование семьи. Конкретная цель зависит от планов и ситуации женщины и определяется в процессе беседы.

3 этап — разработка специального сайта для профилактики ФАС/ФАСН. Был разработан сайт [www.fasnet.net](http://www.fasnet.net), который включает два раздела — для женщин и для специалистов. Раздел для женщин содержит информацию о влиянии алкоголя на плод и будущего ребенка, информацию о ФАС/ФАСН. Раздел для врачей содержит обучающие материалы по ФАС. Врачи могут пройти обучение на сайте и получить соответствующий сертификат. 4 этап — изучение эффективности разработанного краткосрочного вмешательства. Случайным образом были выбраны 10 экспериментальных и 10 контрольных женских консультаций. В экспериментальных женских консультациях было проведено обучение врачей-гинекологов, которое включало как теоретическую часть, так и обучение практическим навыкам проведения краткосрочного вмешательства. Женщины, принимающие участие в исследовании в экспериментальных женских консультациях, проходят скрининг и стандартизованное интервью, дважды посещают гинеколога, который осуществляет краткосрочное вмешательство. В контрольных женских консультациях используют-

ся такая же схема исследования, но без краткосрочного вмешательства. В настоящее время этот этап исследования еще не завершен.

Исследование проводится при поддержке Национального американского института здоровья и Центра контроля над заболеваниями.

*Гришина А.В.*

## **Методы предупреждения игровой компьютерной зависимости**

В эпоху научно-технической революции компьютерные игры становятся «полноправным элементом культуры». Современные компьютерные технологии с их безграничными коммуникативными, информационными, развлекательными возможностями являются мощным средством интеллектуального развития ребенка. Однако эти же технологии могут выступать и средствами разрушения личности, подменяя мир реальных отношений и действий человека компьютерными моделями. В настоящее время актуальность проблемы противодействия игровой компьютерной зависимости признана на государственном уровне. Исходные данные общероссийского мониторинга показали, что численность детей и подростков в возрасте 7–14 лет с различной степенью выраженности игровой компьютерной зависимости колеблется от 2 % до 10 %. Сложившаяся ситуация требует поиска эффективных методов и средств по предупреждению игровой компьютерной зависимости. В настоящее время это особенно важно еще и потому, что игровая компьютерная зависимость возникает, в отличие от других видов зависимости, не в социально неблагоприятной среде, а в обыденной жизни. Вследствие этого вовлеченность подростков в компьютерные игры воспринимается не как нарушение его социальной жизни и развития, а как нормальный и даже желательный досуг. Сегодня практически каждый подросток имеет доступ к компьютеру, часто компьютер заслоняет собой все остальные стороны жизни подростка, формируя игровую компьютерную зависимость у внешне благополучных детей. С наших позиций, противодействие личности ребенка игровой компьютерной зависимости определяется формированием ее социальной компетентности как особого компонента личностного потенциала, позволяющего активно и конструктивно вести себя в любой жизненной ситуации. Ввиду этого нами была разработана и апробирова-

на комплексная программа психолого-педагогического сопровождения ребенка младшего подросткового возраста, позволяющая нивелировать негативные эффекты имеющейся игровой компьютерной зависимости и снизить риск возникновения более глубокого ее уровня. Программа разрабатывалась на протяжении нескольких лет и была успешно проведена на группе младших подростков в возрасте от 10 до 12 лет, обучающихся в школах г. Нижнего Новгорода. Каждый этап программы психолого-педагогического сопровождения раскрывался с учетом когнитивного (информационного), эмоционального (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонента психики человека. При этом каждый компонент включал в себя два раздела: культура использования игровых компьютерных технологий, индивидуально-личностные и социально-личностные особенности учащихся.

Когнитивный компонент (информирование).

1. Формирование у учащихся, их родителей и педагогов реалистичных представлений о явлении ИКЗ, ее причинах, поведенческих проявлениях и последствиях для развития личности младшего подростка.
2. Развитие представлений о индивидуально-личностных и социально-психологических особенностях младших школьников. Эмоциональный компонент (формирование эмоционально-положительного отношения к предотвращению и преодолению ИКЗ).
  1. Отношение к ИКЗ. Формирование стойкого негативного отношения к ИКЗ на основе понимания ее пагубных последствий в сочетании с развитием осознанного положительного отношения к здоровому образу жизни.
  2. Формирование адекватного позитивного самоотношения на основе реалистичного образа «Я», развитие позитивного отношения к окружающим на основе осмысления своего «Я» как части социальной группы в семье или классе, развитие интереса к общению со сверстниками и взрослыми и совместной деятельности с ними за счет повышения ее интенсивности и эмоционально-позитивной насыщенности.

Поведенческий компонент (укрепление уз, связывающих ребенка с социумом, формирование навыков эффективного общения).

1. Разработка и обсуждение правил пользования компьютером и компьютерными играми, внедрение их в повседневный распорядок дня.
2. Формирование самодисциплины и самоконтроля, развитие умения ставить цель и прогнозировать результаты своих действий, планиро-



вать свое время. Развитие навыков установления и поддержания психологического контакта в общении. Эффективность программы определили результаты ее работы, заключающиеся в эффекте развития и взросления ребенка (младшего подростка) — расширение сферы его интересов, зоны осознания себя, своих особенностей, готовность самостоятельно принять ответственное решение, способность видеть и находить выход в сложной ситуации.

*Каширский Д.В.*

## **Ценностно-смысловые ориентации и девиантное поведение современной молодежи**

Выполненное нами исследование было направлено на выявление ценностно-смысловых ориентаций подростков с девиантным поведением. В исследовании приняли участие 49 юношей и девушек в возрасте 15–18 лет с патологическими изменениями характера, посещающие тренинги личного роста при неврологическом диспансере, и 30 подростков в возрасте 14–16 лет с криминальным поведением, а также группа подростков с нормативным поведением для проведения сопоставлений. В работе использованы: методика диагностики системы ценностей KVS-2 (Д.В. Каширский), «Самоактуализационный тест» (Л.Я. Гозман, М.В. Кроз, М.В. Латинская), «Тест смысловых ориентаций» (Д.А. Леонтьев), методика психосемантического исследования субъективных ценностей молодежи — «Ценностный дифференциал для подростков» (Д.В. Каширский), анкетный опрос (С.А. Функ), множественный регрессионный анализ (MRA), конфирматорный факторный анализ (CFA).

Обобщенные результаты проведенного исследования можно свести к следующим основным выводам:

1. Для современной молодежи вне зависимости от склонности к девиантному поведению характерна низкая значимость альтруистических ценностей, таких как социальная активность, помощь другим людям, милосердие и сострадание к ближнему, патриотизм и любовь к Родине. Современная молодежь отдает предпочтение таким ценностям, как любовь, семейная жизнь, получение высокого образования, интересная работа. В то же время анализ свидетельствует, что за последнее время в подростковой среде наблюдается снижение значимости высшего образования.

Второй тенденцией, существующей в культуре, является то, что высшее образование из терминальной (мотивирующей, «целевой») ценности в современной России постепенно превращается в инструментальную (орудийную, «операционально-техническую»), а стремление к познанию не связывается молодежью с обретением статуса высокообразованного человека. Сопоставление данных опроса и семантического дифференциала показывают, что для современной молодежи такие культурные ценности, как семья, работа, образование являются, по-видимому, приоритетными на уровне значений. Перечисленные объективные ценности не обеспечены у юношей и девушек «золотым запасом» личностных смыслов, поэтому провозглашаемые молодежью ценности семьи, работы и образования имеют лишь назывной, декларативный и, по сути, не ценностный характер.

2. Для подростков вне зависимости от типа девиации характерна внутренне противоречивая (дисгармоничная, деформированная, выражено гетерогенная) система ценностей. Противоречия и конфликты в системе ценностей подростков с девиантным поведением имеют специфику в зависимости от типа отклоняющегося поведения. Так, наиболее вероятными источниками внутренних конфликтов и противоречий в системе ценностей подростков с патологическими изменениями характера являются такие жизненные сферы, как любовь, общение и здоровье. Наиболее обостренные участки внутренних противоречий и конфликтов в системе ценностей подростков, склонных к правонарушениям, — закон и порядок, справедливость и честность. Гетерогенность (несовпадение) ценностей субъекта и общества (группы) блокирует исполнение экзистенции, вызывает к жизни антагонистические общественной (социальной, групповой) морали тенденции субъекта (противоправное, криминальное поведение) или патохарактерологические расстройства личности. Препятствия на пути реализации подростками таких ценностей, как «любовь», «общение» и «здоровье» связано с «уходом субъекта в болезнь» и развитием патохарактерологического типа девиантного поведения. Неразрешимые вопросы, связанные с нравственным выбором между «добром и злом», «честным и нечестным», «справедливым и несправедливым» и пр. связаны с развитием делинквентного и криминального поведения.

3. Проявления делинквентного поведения связаны с ослабленной субъектной позицией индивида, незрелостью личности подростка-правонарушителя. В основе делинквентного поведения нередко лежит позиция человека, который не чувствует себя источником данного типа

поведения, не способен управлять своей психикой, демонстрируя в той или иной ситуации необходимый репертуар поведения, реализуемый в результате свободного волевого действия.

*Козловская Г.В.  
Проселкова М.О.*

## **Депривационный «синдром сиротства» у детей раннего возраста**

За последние десятилетия в психиатрии и психологии активно изучаются психосоциальные последствия психической депривации в детском возрасте. Достоверным является взаимосвязь этого фактора с появлением делинквентности и других психических отклонений. Одним из вариантов психической депривации является ситуация сиротства (истинного и социального при живых родителях), в которой оказывается ребенок. Самым уязвимым периодом в возможности возникновения искажений психического развития является период раннего детства, включающего младенчество (или первый год жизни). Этот же период развития определяет начальный этап становления личности в рамках конкретных социальных условий. Из психологии известно, что мать для младенца и малыша в раннем онтогенезе обуславливает развитие основных психических функций — эмоциональных и социальных, необходимых для выживания. Она же может провоцировать и отклонения в психическом развитии ребенка. Последствия нарушений детско-материнских взаимодействий особенно проявляются в ситуации сиротства. По последним статистическим данным, в России держится стойкая тенденция увеличения количества детей, оставленных родителями, как при рождении, так и в первый год жизни. Несмотря на социальную остроту данной проблемы, методического изучения психофизического дизонтогенеза у детей — сирот с периода младенчества и в возрастной динамике не проводилось. Для определения психогенной роли фактора сиротства в группе наблюдения вошли 100 детей — сирот раннего возраста. Из них 95% относились к т. н. социальным сиротам, только 5% детей — к истинным сиротам. Методами изучения психического развития детей из условий сиротства были: клинически-динамический (педиатрический, неврологический, психиатрический) и параклинический (психологический).

Отобранный контингент был прослежен катamnестически в течение 10 лет. На основании анализа собственно клинического, психопатологического проспективного обследования детей первых лет жизни, и ретроспективного детей, старших по возрасту, устанавливалась картина личностного и психофизического развития детей. При этом учитывались показатели развития соматической, инстинктивной, эмоциональной и познавательных психических сфер, развития моторики, функций речи и коммуникаций (в виде взаимоотношений с персоналом и другими детьми). Изучалось становление социальных навыков и особенности поведения в разных ситуациях. Анализ психического развития и психических нарушений у детей — сирот раннего возраста позволил выделить определенные отклонения, возникающие в условиях родительской депривации. Это депрессия, с типичной триадой проявлений, характерные двигательные стереотипии и параутизм на фоне задержанного или искаженного темпа формирования психических функций в целом, особенно эмоциональных. Эмоциональное развитие характеризовалось малой дифференцированностью и дефицитностью. Выявленные отклонения в аффективной, моторной, коммуникативной и интеллектуальной сферах начинают формироваться с младенчества, и к периоду первого возрастного криза становятся клинически выраженными. Фактор сиротства является патогенным и формирующим определенную клиническую картину психических нарушений. Выраженность отклонений зависит от возраста начала действия фактора и содержания самой ситуации сиротства. Чем в более ранний возрастной период ребенок оказывается в условиях материнской депривации и чем более эмоционально и микросоциально обеднена депривационная среда пребывания ребенка, тем большее повреждающее воздействие оказывается на его психическое состояние.

*Кольцова О.В.*

*Рыбников В.Ю.*

*Рассохин В.В.*

## **О программе психологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией в Центре СПИД**

Возможности современной медицины и доступность помощи больным с ВИЧ-инфекцией способствуют увеличению продолжительности

их жизни. Однако успешность лечения ВИЧ-инфекции зависит от способности пациента активно и осознанно участвовать в терапевтическом процессе. Не случайно потребность в изучении психического здоровья больных с ВИЧ-инфекцией возникла вместе с проблемой несоблюдения режима высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Целью нашего исследования явилось обоснование программы психологической помощи (ПП) больным с ВИЧ-инфекцией в специализированном учреждении здравоохранения — Центре СПИД.

Методы. Для создания программы ПП изучены гендерные, социальные, психологические и поведенческие особенности пациентов с ВИЧ-инфекцией по результатам: 1) анонимного анкетирования 898 человек, сдавших анализ крови на антитела к ВИЧ, отдельно у ВИЧ-серопозитивных и ВИЧ-серонегативных; 2) скрининговой оценки уровня дистресса у 119 пациентов Центра СПИД по шкале SCL-90-R; 3) личностных особенностей больных, определяемых по шкалам ММРІ; 4) анонимного анкетирования больных, находящихся на ВААРТ; 5) анализа диспансерного наблюдения и лечения по записям в медицинских картах. Сбор и статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS Statistics 17.01.

Результаты. Анализ рискованного поведения показывает, что люди инфицируются ВИЧ-инфекцией не столько потому, что не знают об опасности заражения, сколько в силу того, что игнорируют риски или не защищают себя от них. Факторами, усугубляющими психологическое неблагополучие у ВИЧ-инфицированных, являются возраст старше 30 лет, наркопотребление (в том числе — в анамнезе), нестабильное соматическое здоровье. Особую настороженность в отношении предрасположенности к срывам ВААРТ вызывают «оптимисты» (с высокой 9-й шкалой по ММРІ). В повышенном внимании психолога нуждаются «пессимисты» (с высокой 2-й шкалой), которые чаще встречаются среди ВИЧ-инфицированных мужчин, наркозависимых и пациентов, страдающих от ВИЧ-инфекции более 1 года. ВААРТ способствует восстановлению занятости, планированию и созданию семьи, воздержанию от употребления наркотиков, однако социальная адаптация может быть нарушена вместе со снижением приверженности к ВААРТ. Изменения в социальной жизни необходимо мониторировать вместе с приверженностью к лечению, в первую очередь у наркопотребителей. Программа ПП разработана в рамках деятельности отдела медицинской и социальной психологии Центра СПИД. Чтобы проверить эффективность программы ПП, в 2013 г. проведен анализ медицинских карт 83 пациентов, прошедших тестиро-

вание по ММРІ в период 2003-09 гг. 13 пациентов из них умерли. Опыт приема ВААРТ имели 70 (84%) пациентов, в том числе — 11 умерших. Лечение ВИЧ-инфекции прерывали (или отказывались) достоверно чаще ( $p = 0,01$ ) скончавшиеся пациенты (91%) в сравнении с живущими (45,8%). Достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) прерывали ВААРТ или отказывались от нее наркопотребители (57,1%), по сравнению с пациентами, не употреблявшими наркотики (31,8%). Визиты к психологу у 53 пациентов соответствовали этапам программы. 30 пациентов посещали психолога редко. Среди последних было больше таких больных, которые прерывали ВААРТ (86,7% против 27,5%).

Выводы. Среди больных с ВИЧ-инфекцией часто встречаются люди с социальным и психологическим неблагополучием. Стимулируя пациентов к активному обсуждению потребностей, осознанию их неудовлетворенности, предоставляя информацию о преимуществах обследования и лечения в Центре СПИД, психолог формирует у них установки к изменению рискованного поведения, началу диспансерного наблюдения и антиретровирусного лечения. Реализация программы ПП в Центре СПИД помогает пациенту упорядочить свои визиты в Центр СПИД, лучше принимать требования лечащего врача, оптимизируя процесс лечения.

*Малюкова Ф.Р.*

## **Особенности организации Эго-идентичности курящей молодежи**

По данным ВОЗ на 2004 г., смертность от болезней, вызванных курением табака, значительно выше смертности от любого другого заболевания. Однако численность курящих россиян постоянно увеличивается. Несмотря на то, что курящие люди достаточно хорошо осведомлены о вреде курения, численность курящих не уменьшается. Многочисленные антитабачные программы не приводят к отказу от курения. Меры воспитания, направленные на профилактику курения у молодежи, не дают желаемых результатов. Поэтому важно определить внутриличностные причины курения, которые берут верх над сознательными установками не курить. В психическом аппарате функцию адаптации и защиты человека от любого потенциально вредного воздействия обеспечивает Эго, деформация организации которого приводит к различным формам

аутодеструктивного поведения. Эго-идентичность — ядерное психологическое образование, обеспечивающее целостность и устойчивость личности. По мнению автора динамической психиатрии Г. Аммона, формирование Эго-идентичности определяется качественной деятельностью центральных Эго-функций, которые являются структурными образованиями, обеспечивающими процесс взаимодействия между индивидом и социумом. По своему характеру такие процессы могут быть как позитивными, способствующими развитию Эго-идентичности, так и негативными, препятствующими формированию «здоровой» личности. Уровень сформированности Эго-функций определяет особенности взаимодействия в межличностных отношениях, а также особенности самовосприятия, самооценки и саморегуляции индивида. Г. Аммон выделяет три типа взаимодействия, которые включены в структуру Эго-функции: конструктивный (обеспечивает оптимальную адаптацию к среде, способствует развитию Я-идентичности и интеграции личности), деструктивный (деформирует личностную структуру, дезадаптирует, дезинтегрирует процесс становления Я-идентичности) и дефицитарный (препятствует становлению личности и необходимой дифференциации психических функций, снижает интенсивность динамических межличностных взаимодействий). Анализ различия показателей конструктивной, деструктивной, дефицитарной составляющих Эго-функций курящих (37 чел) и некурящих (36 чел) респондентов юношеского возраста обоего пола (от 18 до 23 лет, средний возраст 19 лет) показал, что Эго-идентичность курящих, структура их Эго-функций деформирована более выраженной деструктивностью центральных личностных функций, обеспечивающих целостность, постоянство, самоидентичность во времени Эго-идентичности. А именно, достоверно и значимо у курящих выше показатели деструктивности сексуальности ( $p < 0,001$ ), нарциссизма ( $p < 0,01$ ), внутреннего Эго-отграничения ( $p < 0,05$ ), агрессии ( $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ также обнаружил, что курящие характеризуются дефицитарностью тревоги ( $p < 0,01$ ), дефицитарностью и недостаточностью активности конструктивной деятельности взаимодействия с окружающим миром ( $p < 0,05$ ). Анализ достоверности различия показателей изучаемых внутриличностных характеристик помог нам установить, что курящая молодежь обоего пола юношеского возраста в сравнении с некурящими характеризуется нарушением структуры центральных Эго-функций, обеспечивающих построение Эго-идентичности и ее внутреннюю согласованность. Деструктивность сексуальности, нарциссизма, внутренних границ Эго (защищающих эту структуру от импульсивных, инстинктивных побуждений) и активности приводит к

перетрансформации данных функций в агрессию, направленную как на партнеров по взаимодействию, так и на самого себя. Для курильщиков характерны: склонность к нарушению контактов и отношений, поступков, направленных на разрушение вплоть до неожиданных актов насилия, выражение вербальной агрессии, стремление к силовому решению проблем, как в социальных взаимоотношениях, так и интимно-партнерских. Деструктивная направленность Это в сочетании с неадекватной оценкой себя, своих действий, способностей и возможностей, с искаженным восприятием других, нетерпимостью к критике и потребностью быть в центре внимания создает хронически неразрешимый внутренний конфликт стремления к вниманию со стороны других людей и бессознательным желанием их уничтожить.

Результаты исследования показали, что у курящей молодежи также нарушен механизм согласования внутренней активности с реальностью, для них характерна неспособность переносить тревогу и использовать ее в целях адаптации. Тревога отвергается, подавляется, как и вероятные опасности окружающего мира, что приводит к очередным проблемам адаптации.

*Миropyчева Н.В.*

*Ильина М.Н.*

## **Агрессия и совладание у подростков с разной степенью увлеченности онлайн-играми**

С учетом растущей популярности онлайн-игр целесообразно рассмотреть возможности использования в будущем не только традиционных методов коррекции агрессивного поведения подростков, но также возможности, которые могут предоставить онлайн-игры в качестве терапевтического метода по оказанию психологической помощи. Рассмотрим подростковую агрессию и влияние гейминга на способность контролировать агрессивное поведение. Не следует игнорировать тот факт, что компьютерные игры могут способствовать возникновению интернет-зависимости.

Цель: изучение агрессивного поведения и копинг-стратегий подростков с разной степенью вовлеченности в онлайн-игры, а также с наличием или отсутствием интернет-зависимости, что является необходимым для



определения возможности использования онлайн-гейминга как стратегии преодоления и совладания с агрессией. Предмет исследования: копинг-стратегии, клиничко-психологические особенности агрессивного поведения детей и их связь с фактором вовлеченности в онлайн-игры и интернет-зависимостью.

Испытуемые — юноши и девушки (16 лет 2 мес. — 18 лет 1 мес.) из числа добровольцев, проходивших медицинские процедуры в ГКДЦ «Ювента», ученики СОШ № 263 Адмиралтейского района и игроки онлайн-игр. Гипотеза. Уровень агрессивности у подростков, играющих в онлайн-игры, будет равен или ниже уровня агрессивности у неиграющих, поскольку, во-первых, агрессивное поведение не способствует успешной игре, а во-вторых, игра является для подростков средством снизить эмоциональное напряжение. Гейминг способствует развитию у подростка более адаптивных копингов. Тогда как наличие интернет-зависимости, напротив, закрепляет неадаптивные.

Задачи.

1. Проанализировать аспекты изучаемой темы и актуальные исследования, проводившиеся в России и за рубежом.
2. Составить методический аппарат исследования.
3. Изучить уровень агрессивности в трех выделенных группах испытуемых.
4. Сопоставить данные по значимым показателям.
5. Провергнуть или подтвердить гипотезу.

Процедура эмпирического исследования. Сформировано 3 группы:

- Группа 1 — не играющие в онлайн-игры.
- Группа 2 — играющие, без интернет-зависимости.
- Группа 3 — играющие, интернет-зависимые. Проведены соответствующие тесты, результаты проанализированы с помощью программы SPSS Statistics.

Организация и методы исследования.

1. Подготовка и разработка стимульного материала.
2. В ходе беседы определялось, насколько велико влияние социальной сферы на проверяемые характеристики. В исследовании участвовали подростки, испытывающие наименьшее влияние со стороны вероятных негативных социальных факторов, способных косвенно повысить уровень агрессии.

3. Беседа с использованием адаптированного теста на интернет-зависимость Кимберли Янг.
4. Исследование с использованием опросника уровня агрессивности Басса–Дарки.
5. Исследование по тесту агрессивности (опросник Л.Г. Почебут).
6. Предварительная диагностика с применением методики Э. Хейма.
7. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных ситуациях лаб. инст. им. Бехтерева.
8. Стат. обработка данных: ANOVA.

Выводы.

1. Исследование агрессивности по опроснику Басса–Дарки. Наиболее агрессивна группа № 3, наименее — № 2. Такое соотношение средних характерно для всех промежуточных шкал, кроме «чувства вины»: у группы № 2 этот показатель самый высокий. 2. Тест агрессивности (опросник Л.Г. Почебут).

- Группа № 1: 15,34.
- Группа № 2: 14,23.
- Группа № 3: 22,34.

Соотношение некоторых промежуточных показателей противоречит соответствующим результатам теста Басса–Дарки.

2. Результаты исследования совладающего поведения.

- 2.1. Методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма. Определены наиболее характерные копинг-стратегии.

- Группа 1: смирение, относительность, пассивная кооперация.
- Группа 2: проблемный анализ, установка собственной ценности, оптимизм.
- Группа 3: активное избегание, компенсация.

- 2.2. Методика психологической диагностики совладающего поведения. Группа № 1 более склонна к конфронтации, чем № 2. У группы № 3 самые высокие показатели дистанцирования и избегания, самые низкие — самоконтроля, ответственности и положительной переоценки. Гипотезы подтверждены, значит можно говорить о том, что более детальный и глубинный анализ позволит разработать на основе интернет-игр методику, способствующую контролю агрессивного поведения и развитию более адаптивных копинг-стратегий.

### 3. Исследование враждебности по опроснику Басса–Дарки.

- Группа № 1: 7,09.
- Группа № 2: 6,49.
- Группа № 3: 8,83.

*Польская Н.А.*

### **Самоповреждающее поведение в группе ВИЧ-инфицированных осужденных**

Изучение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных больных направлено на понимание личностных механизмов, лежащих в основе переживания болезни и способов адаптации к ситуации болезни. Трудности, обусловленные не только соматическими, но и социальными последствиями заболевания, усугубляются, когда больной оказывается в местах лишения свободы. Нами было проведено исследование, направленное на изучение взаимосвязи эмоционального интеллекта и толерантности/интолерантности к неопределенности с актами самоповреждения в группе осужденных — больных скороморbidной патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез). Исследовательскую выборку составили 34 респондента мужского пола в возрасте от 19 до 60 лет.

В качестве методик исследования были использованы: методика оценки эмоционального интеллекта «ЭмИн» (Люсин Д.В., 2006), опросник толерантности-интолерантности к неопределенности (Корнилова Т. В., 2009), шкала самоповреждающего поведения, направленная на определение характера и частоты актов самоповреждения (Польская Н.А., 2009). Анализ данных осуществлялся с помощью статистического пакета SPSS-14 for Windows (частоты, описательные статистики, таблицы сопряженности, корреляционный анализ).

Были получены следующие результаты. По показателям эмоционального интеллекта существенных отличий от среднестатистических нормативных данных, представленных в методике ЭмИн, выявлено не было. Тем не менее, средние показатели по всем основным шкалам были ниже среднестатистических: межличностный эмоциональный интеллект — 41,15; внутриличностный эмоциональный интеллект — 42,34; понимание эмоций — 39,21; управление эмоциями — 44,13. По показа-

телям толерантности/интолерантности к неопределенности были получены следующие результаты: толерантность к неопределенности — 55,7; интолерантность к неопределенности — 66,29; межличностная интолерантность — 33,94. Оценка частоты актов самоповреждения выявила, что наиболее часто осуществляются такие самоповреждения, как самопорезы — 11 (32,4%), ожоги раскаленными предметами — 8 (23,5%), удары о твердые поверхности — 16 (47%), расчесывание кожи — 8 (23,5%). Были выявлены корреляции (коэффициент Пирсона) между показателями эмоционального интеллекта и толерантности/интолерантности к неопределенности: управление эмоций/межличностная интолерантность к неопределенности  $-0,438$ ,  $p = 0,01$ ; межличностный эмоциональный интеллект/интолерантность к неопределенности  $0,401$ ,  $p = 0,03$ ; внутриличностный эмоциональный интеллект/межличностная интолерантность к неопределенности  $-0,267$ ,  $p = 0,03$ . Оценка взаимосвязи между актами самоповреждения и показателями эмоционального интеллекта и толерантностью/интолерантностью к неопределенности (коэффициент гамма) выявила связь между самоожогами и управлением своими эмоциями ( $0,48$ ,  $p = 0,025$ ), ударами о твердые поверхности и пониманием своих эмоций ( $-0,38$ ,  $p = 0,01$ ), толерантность к неопределенности и суммарный показатель частоты актов самоповреждения ( $0,31$ ,  $p = 0,005$ ), самопорезы и межличностная интолерантность к неопределенности ( $0,29$ ,  $p = 0,04$ ).

Выводы.

1. Выявлены показатели ниже нормативных по всем основным шкалам эмоционального интеллекта.
2. Выявлены средние показатели по шкалам «толерантность к неопределенности» и «межличностная интолерантность», и повышенный уровень по шкале «интолерантность к неопределенности».
3. Наиболее распространенными актами самоповреждения в исследуемой выборке выступают самопорезы, ожоги раскаленными предметами, расчесывание кожи и удары о твердые поверхности.
4. Выявленные связи между шкалами эмоционального интеллекта и показателями толерантности/интолерантности к неопределенности подтверждают существование зависимости между способностью распознавать и понимать эмоции и личностных установок в ситуации неопределенности.
5. Полученные взаимосвязи между актами самоповреждения и показателями эмоционального интеллекта и толерантностью/интолеран-

тностью к неопределенности подтверждают, что акты самоповреждения могут выступать в качестве способа регуляции, понимания и управления собственными эмоциями, и выступать в структуре стратегий поведения, компенсирующих напряженность ситуаций двусмысленности и неопределенности. Для данной выборки респондентов самоповреждающее поведение — это специфическая форма самоконтроля, имеющая целью не саморазрушение, а сохранение контроля в ситуации социальной изоляции и неопределенности, связанной с характером заболеваний респондентов.

*Сафонова П.В.*

## **Социально-поведенческие особенности молодых ВИЧ-инфицированных женщин**

В Санкт-Петербурге, как и в России, продолжает увеличиваться количество случаев передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) половым путем, а также нарастает процесс вовлечения в эпидемию женщин, не относящихся к группам риска. Санкт-Петербург по уровню распространения ВИЧ среди населения входит в 10 наиболее пораженных территорий РФ. Начиная с 1987 года выявлено более 42 тысяч случаев ВИЧ-инфекции среди жителей города, ежегодно за последние годы выявляется около 4 тысяч новых случаев. Доля женщин, вовлеченных в эпидемию, составляет около 40 %.

Междисциплинарное исследование среди ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста, выполненное при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 12-06-91440, направлено на изучение социально-поведенческих особенностей ВИЧ-инфицированных женщин, состоящих на диспансерном учете в Санкт-Петербургском центре СПИД, а именно степени взаимосвязи поведенческих особенностей молодых ВИЧ-инфицированных женщин, связанных с приверженностью к ВААРТ и диспансерному наблюдению, употреблением алкоголя, рискованным сексуальным поведением, а также их социально-демографических характеристик, которые являются факторами, влияющими на распространение ВИЧ-инфекции.

Интервью с использованием стандартизованного вопросника было проведено на случайной выборке ВИЧ-инфицированных женщин, паци-

енток, обратившихся за услугой в Центр в период с декабря 2012-го по январь 2013 г. Также проанализированы данные клинико-лабораторного обследования иммунного статуса по амбулаторным картам респондентов, а именно показатели CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ в крови. Общий объем выборки составил 246 женщин репродуктивного возраста: 45 % в возрасте 18–29 лет и 55 % — 30–35 лет. Преимущественно ВИЧ-инфицированные женщины репродуктивного возраста являются социально-адаптированными, образованными и осведомленными о своем заболевании. Доля женщин с проблемным употреблением алкоголя составила пятую часть (21 %).

Впервые установлено, что у социально-адаптированных женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, в репродуктивном возрасте, на фоне имеющегося образования, достаточного для усвоения знаний о своем заболевании, отмечаются особенности в корреляционных зависимостях между употреблением алкоголя и приверженностью к лечению, что соответствует результатам международных исследований. А именно, употребление алкоголя среди ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста, пациенток Центра СПИД, негативно влияет на приверженность к лечению ВИЧ-инфекции и на приверженность к регулярному обращению за медицинской помощью, что подтверждается как данными самоотчетов женщин по приверженности к ВААРТ, так и объективными индикаторами приверженности по результатам лабораторных анализов (по уровню РНК ВИЧ в крови и абсолютному числу CD4-лимфоцитов). Стало очевидным, что значительная доля ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста (46 %) не пользуется барьерным видом контрацепции (презервативом), что повышает риск передачи ВИЧ партнеру, а также риск повторного инфицирования ВИЧ, как и передачи других инфекций, передающихся половым путем. Особенно это наблюдается в сексуальном поведении женщин с постоянным партнером и женщин, которые отмечают употребление алкоголя.

Данное исследование показывает важность и своевременность адаптации и/или разработки программ психологического вмешательства для ВИЧ-позитивных женщин по вторичной профилактике ВИЧ-инфекции, направленных на снижение алкопотребления, повышение приверженности к лечению, снижение рискованного сексуального поведения. Особый интерес представляют такие программы, которые могут быть интегрированы в рутинную практику учреждений здравоохранения, которые оказывают услуги ВИЧ-инфицированным женщинам.

Сёмина А.С.

## Исследование склонности к откладыванию «на потом» у студентов

В зарубежной и отечественной психологии множество исследований посвящено личности. По мнению Л. Хьелла и Д. Зиглера, в большинстве определений личность представлена теми характеристиками, которые «отвечают» за устойчивые формы поведения. Личность как таковая относительно неизменна и постоянна во времени и меняющихся ситуациях; она обеспечивает чувство непрерывности во времени и окружающей обстановке. Ряд зарубежных исследователей выявили феномен прокрастинации. Прокрастина́ция (англ. *Procrastination* — задержка, откладывание) — понятие в психологии, обозначающее склонность личности к постоянному «откладыванию на потом» неприятных мыслей и дел. Для изучения данного феномена был разработан диагностический инструментарий, авторами которого являются Б. Тукман и К. Лэй. В отечественной психологии были предприняты попытки адаптировать данные методики Д. Быковой в Костромском государственном университете им. Некрасова (2009).

Актуальность исследования обусловлена проблемами самоорганизации личности. Чаще всего трудности в планировании, целеполагании, выполнении действий, ответственности и самостоятельности встречаются у студентов. Это обусловлено тем, что студенты, попадая в учебно-образовательный процесс вуза, сталкиваются с проблемами в адаптации, высокими требованиями преподавателей.

Цель исследования: выявление факторов, способствующих развитию прокрастинации у студентов. Гипотеза: мы предполагаем, что факторами, способствующими развитию прокрастинации, могут быть защитные механизмы личности, уровень самоорганизации, мотивации и волевой самоконтроль.

В данном исследовании использовались методики: «Шкала прокрастинации» Б. Тукмана; «Шкала общей прокрастинации» К. Лэй; «Мотивация к успеху» Т. Элес; методика «Индекс жизненного стиля», Р. Плутчик, Х. Келлерман; опросник «Диагностика особенностей самоорганизации — 39»; «Диагностика волевого самоконтроля», А.Г. Зверков и Е.В. Эйдман.

Выборка: студенты РГППУ (Российский государственный профессионально-педагогический университет) специальностей «Психология», «Информатика», «Лингвистика» в количестве 60 человек. Возраст от 17 до 23 лет.

Сравнительный анализ не выявил различий на подвыборках, т. к. прокрастинация характерна для всей студенческой среды. В результате корреляционного анализа было выявлено 25 взаимосвязей. На основе этого был проведен эксплораторный факторный анализ, для выявления факторов, которые могут способствовать развитию прокрастинации. Нами было выявлено два фактора. Первый фактор получил название «Проблемы самоорганизации», в который вошли шкалы «анализ ситуаций» (0,778), «планирование» (0,828), «самоконтроль» (0,726). Данный фактор показывает, что при низком уровне этих шкал уровень самоорганизации будет на низком уровне, т. к. человек не сможет проанализировать ситуацию, в которой находится, не сможет ориентироваться во времени и распределить действия для выполнения деятельности. Следовательно, чтобы повышать уровень самоорганизации личности, необходимо развивать ориентацию в различных ситуациях, навыки планирования времени и деятельности, а также способность к самоконтролю. Второй фактор получил название «Незрелые защитные механизмы», в который вошли шкалы «прокрастинация» (0,740), «регрессия» (0,776), «проекция» (0,744). Следует отметить, что прокрастинация может выступать защитным механизмом, проявляясь в откладывании неприятных дел и мыслей, т. е. вытесняя их на какое-то время. Если человек осознает свое откладывание, то он может применить такие защитные механизмы, как: регрессия, т. е. применение детского поведения, чтобы оправдать невыполнение деятельности в свое время; проекция проявляется в оправдании своего откладывания через приписывание данного недостатка другим людям.

Таким образом, данное исследование показало, что прокрастинация может способствовать снижению успеваемости у студентов. Именно поэтому на основе данного исследования планируется разработать коррекционную программу. Т. к. нами было выявлено, что студенты при прокрастинации применяют незрелые механизмы защиты личности, главной задачей психолога, преподавателей будет являться снятие защиты. Это является первым этапом проработки прокрастинации. Далее при помощи группового взаимодействия респонденты будут развивать способность к самоорганизации, планированию. Также следует принять во внимание идею о разработке коррекционной комплексной программы по борьбе с прокрастинацией с самого раннего детства.



*Скочилор Р.В.*

*Красносельских Т.В.*

## **Поведенческая интервенция по снижению риска заражения ИППП среди посетителей КВД**

Одной из тенденций, характерных для современного этапа развития эпидемии ВИЧ/СПИД в России, является постепенное увеличение темпов заражения ВИЧ-инфекцией в общей популяции в результате половой передачи вируса. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка и реализация превентивных поведенческих вмешательств, направленных на уязвимые в отношении заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), группы населения.

В рамках проекта «Снижение риска ИППП среди лиц, употребляющих алкоголь, в Санкт-Петербурге, РФ» была разработана и прошла апробацию программа теоретически обоснованной и культурно адаптированной поведенческой интервенции по снижению риска заражения ВИЧ/ИППП для посетителей кожно-венерологических диспансеров (КВД). Исследование выполнялось на базе КВД № 9 Калининского района Санкт-Петербурга. В период с июля 2009 по май 2011 года было опрошено 470 пациентов, из них: 338 соответствовали критериям включения в исследование (307 человек приняли участие в исследовании и 31 человек отказался от участия). Непосредственно в экспериментальном исследовании участвовали 220 (72 %) мужчин и 87 (28 %) женщин. Участники исследования распределялись случайным образом либо в экспериментальную группу интервенции (60-минутная индивидуальная консультативная сессия на основе модели «Информация — Мотивация — Поведение»), либо в контрольную группу (отсутствие консультативной сессии, предоставление информационных печатных материалов по профилактике ВИЧ/ИППП). Также всех участников исследования на первом визите и после 3-х и 6-месячного периода наблюдения просили ответить на вопросы анкеты для сбора социально-демографической, медицинской информации и сведений о сексуальном и инъекционном поведении. По сравнению с контрольной группой, участники, получившие индивидуальную консультативную сессию, показали значительное увеличение процента использования презервативов (45,67 и 62 %, соответственно, на первом визите и на визитах 3-го и 6 месяца для экспериментальной группы и 43,55 и 56 % для контрольной; Wald Chi-square = 4.74, p = 0.03) и постоянного использования презервативов (12,3, 42,9 и 40,3 %, соответственно, на первом визите и на визитах 3-го и 6 месяца для эксперимен-

тальной группы и 10,5, 28,0 и 34,1 % для контрольной; Wald Chi-square = 4,74,  $p = 0,03$ ) и значительное снижение числа незащищенных половых актов (среднее значение (стандартное отклонение) = 18,9 (30,1), 13,3 (21,8) и 15,7 (26,2), соответственно, на первом визите и на визитах 3-го и 6 месяца для экспериментальной группы и 19,9 (29,0), 16,6 (26,1) и 18,3 (29,9) для контрольной; Wald Chi-square = 3,53,  $p = 0,06$ ) и случаев употребления наркотиков перед сексом (9,7, 6,0, и 3,7 %, соответственно, на первом визите и на визитах 3-го и 6 месяца для экспериментальной группы и 19,1, 15,9, и 12,1 % для контрольной; Wald Chi-square = 4,29,  $p = 0,04$ ). В то же время исследование показало, что через 6 месяцев превентивный эффект вмешательства снижается. Участники экспериментальной группы по сравнению с контрольной имели значительно более высокий процент использования презервативов на 3 месяце наблюдения ( $t$ -value = 2,89,  $p = 0,004$ ), но на 6 месяце наблюдения никаких существенных различий не наблюдалось ( $t$ -value = 1,07,  $p = 0,29$ ). Участники экспериментальной группы чаще постоянно пользовались презервативами по результатам анкетирования 3 месяца, чем в контрольной группе (Wald Chi-square = 7,25,  $p = 0,007$ ), а на визите 6 месяца никаких существенных различий по этому показателю выявлено не было (Wald Chi-square = 1,17,  $p = 0,28$ ). Никаких существенных различий в употреблении наркотиков перед сексом не было обнаружено ни через 3, ни через 6 месяцев наблюдения (Wald Chi-square = 2,98,  $p = 0,08$ ; Wald Chi-square = 2,36,  $p = 0,12$ , соответственно). Также по результатам анкетирования через 3 месяца после интервенции участники экспериментальной группы реже практиковали незащищенные половые акты, чем в контрольной группе ( $t$ -value = 2,10,  $p = 0,04$ ), а по данным анкетирования через 6 месяцев никаких существенных различий в данном показателе не наблюдалось ( $t$ -value = 0,95,  $p = 0,35$ ).

Теоретически обоснованное и культурно адаптированное краткосрочное индивидуальное консультирование может эффективно снижать сексуальный риск заражения ВИЧ и ИППП. Значимый превентивный эффект может быть достигнут после однократной консультативной сессии, однако для длительного поддержания превентивного поведения через 3–6 месяцев после вмешательства необходимы повторные профилактические мероприятия.

*Субботина С.И.  
Гранская Ю.В.*

## **Личностные особенности женщин с алкогольной зависимостью**

В последние десятилетия проблема алкогольной зависимости у женщин стала актуальной, поскольку отмечается тенденция к увеличению доли женщин среди всех лиц, зависимых от алкоголя (по данным ВОЗ, примерно на 2% в год). В связи с этим предпринимаются различные попытки установить, какие факторы влияют на развитие зависимости от алкоголя у женщин. Рассматриваются разные категории факторов: психологические, социальные, биологические и др. В данном исследовании была поставлена задача изучения личностных особенностей женщин как основного фактора возникновения и развития алкоголизма у женщин в разных культурах. Исследование было направлено на сравнительное изучение женщин, находящихся на лечении от алкоголизма, в России и Швеции. В первую группу, численностью 80 человек, вошли женщины в возрасте 28–59 лет, пребывающие на лечении от алкогольной зависимости в Городской наркологической больнице Санкт-Петербурга и реабилитационном центре «Дом надежды на горе». Вторая группа — 80 женщин в возрасте 30–55 лет, проходящих лечение в одной из клиник Стокгольма. Исследование было частью совместного проекта кафедры психологии поведения и превенции поведенческих аномалий факультета психологии СПбГУ и Стокгольмского университета. Согласно поставленным задачам были выбраны методы диагностики личностных особенностей: опросник KSP (Karolinska Scales of Personality) в адаптации Ю.В. Гранской и шкала субъективной оценки здоровья «Индекс здоровья». Анализ данных проводился с применением методов однофакторного дисперсионного и корреляционного анализа. Результаты исследования демонстрируют различия между личностными особенностями женщин с алкогольной зависимостью в России и в Швеции только по 6 из 15 показателей: по таким шкалам, как психическая тревожность, избегание монотонии, напряжение ( $p < 0,05$ ), социализированность, раздражение, подозрительность ( $p < 0,01$ ). Обнаруживается, что у российских женщин с алкогольной зависимостью более высокие показатели по параметрам психической тревожности и подозрительности, в то время как у шведских женщин более высокие показатели по параметрам избегания монотонии, раздражительности, напряжения, а также социализированности. Данные корреляционного анализа позволили достоверно установить прямую связь

между показателями мышечного напряжения, соматической тревожности, отчуждения, психастении, косвенной агрессии, подозрительности, подавления агрессии ( $p < 0,01$ ), раздражительности ( $p < 0,05$ ) и психической тревожностью. По методике «Индекс здоровья» была установлена прямая связь уровня настроения ( $p < 0,05$ ), энергичности, уровня одиночества, напряжения ( $p < 0,01$ ) и психической тревожности. Так, более высокие показатели уровня психической тревожности связаны с более высокими показателями мышечного напряжения, соматической тревожности, отчуждения, психастении, косвенной агрессии, подозрительности, подавления агрессии, раздражительности и более высоким уровнем напряжения, одиночества, а также более низким уровнем настроения, что подтверждается результатами, полученными при сравнении средних. Показатели социализированности имеют прямую взаимосвязь с избеганием монотонии и обратную связь с мышечным напряжением, вербальной агрессией ( $p < 0,01$ ), соматической тревожностью и косвенной агрессией ( $p < 0,05$ ), т. е. более низкий уровень социализированности связан с избеганием монотонии и более высоким уровнем соматической тревожности, мышечного напряжения, косвенной и вербальной агрессии. Таким образом, можно сделать вывод, что женщины с алкогольной зависимостью, находящиеся в разных культурах, обладают некоторыми сходствами в личностном профиле (по показателям импульсивности, психастении, подавления агрессии), а также некоторыми различиями в коммуникативной сфере личности: в уровне социализированности, подозрительности, раздражительности.

*Ходырева Н.В.*

## **Программы вмешательства по коррекции насилия в отношении интимного партнера**

Несмотря на то, что программы вмешательства по коррекции насилия в отношении интимного партнера реализуются с начала 80-х гг. XX века, пока нет общепринятых оценок этой стратегии вмешательства. Основные дискуссии в отношении программ вмешательства по коррекции насилия в отношении интимного партнера касаются того, должны ли программы учитывать различия между типологией насильников и зависит ли от этого эффективность программ. По данным Голдлоф и Вайт (2000), 60 %

обидчиков, регулярно применяющих насилие, составляют пятую часть всех участников программ вмешательства, и при этом не имеют никаких патологий и психических дисфункций. Некоторые практики считают, что должны быть специальные программы для насильников, имеющих серьезные проблемы с алкогольной зависимостью. Анализ программ показывает, что их большинство построено на осознании динамики власти и контроля между мужчинами и женщинами. Хотя индивидуальные психологические и психопатологические факторы могут влиять на поведение, тем не менее во многих программах не используются подходы, основанные на моделях лечения психических расстройств, психодинамическом подходе, понимании агрессии как болезни, со-зависимости, семейной системы или аддиктивной модели. Общий аргумент по ограничению использования подобных программ заключается в том, что вышеназванные подходы способствуют минимизации ответственности обидчика и тем самым представляют потенциальную опасность для пострадавших. Первый мета-анализ исследований программ вмешательства показал их невысокую эффективность: уровень рецидивов у прошедших программу был 32 % в отличие от 34 % рецидивов у контрольной группы. Скромный эффект программ был обнаружен и при анализе данных судов и полиции: 14 % против 22 % в контрольной группе (Levesque, 1998). Большинство исследований являются малоубедительными из-за методологических проблем, таких как маленькая выборка, отсутствие случайного распределения или контрольной группы, короткого и неконкретного описания самой программы, недостаточного промежутка времени, прошедшего после окончания программы, неполного источника данных (например, только данные арестов, только свидетельства жертвы или только данные самоотчета насильника). Но все-таки большинство исследователей в дальнейшем констатировали статистически снижение рецидивов после программ вмешательства (Babcock, Green & Robie, 2004). Мета-анализ Клейн (2009) показал, что программы действительно имеют эффект превенции повторных актов насилия, но при этом необходимо типизировать насильников при помощи простой формы описания жалоб пострадавших и оценок самих насильников. Программы, назначенные по суду, имеют высокий уровень завершения в отличие от программ, посещаемых добровольно. Оценка по 840 участникам программ в течение 15 месяцев показала, что 44 % добровольных участников повторили насилие в отличие от 29 % участников, проходящих программы вмешательства по суду (Gondolf, 1997). Петерсон и Танберг (2009) подтвердили, что посещаемость программ увеличивается после назначения ее судом. Там, где при условном заключении существовала система регулярного

и бескомпромиссного мониторинга, посещение и окончание программы было на уровне 62 % в отличие от 32 % завершений программ, где не было такой жесткой супервизии (2004, 2009). Обзор 28 исследований программ вмешательства (1993) показал, что в зависимости от выбора критерия (полное прекращение насилия или снижение рецидивов и серьезности атак) рецидивы были подсчитаны от 4 % к 16 % и до 47 %. Поэтому, резюмируя обзор программ вмешательства, можно сказать, что прохождения программ во время заключения обидчиков в тюрьму являются наиболее эффективными. В заключение предлагается принимать во внимание экономические ограничения, искажающие проведение программ вмешательства, и весь юридический контекст, в котором они реализуются. Тип и длительность программы не так важны, как жесткий мониторинг за обидчиком со стороны судей и работников программ условного заключения. Оценка программ вмешательства разрабатывается для российского контекста с целью определить различия в эффективности добровольных программ и прохождения программ по направлению суда (принудительно).

*Шевкова Е.В.*

*Бурдин М.В.*

## **Ограничительное пищевое поведение у женщин и его связь с индексом массы тела**

Рост в последние десятилетия нарушений пищевого поведения (eating disorders), в числе прочих факторов, связывается с широким распространением ограничительного пищевого поведения. Ограничительное пищевое поведение (ОПП) можно определить как преднамеренные усилия, направленные на контроль и самоограничения в питании, цель которых — уменьшение или поддержание веса и объемов тела. К признакам ОПП относят ограничения в количестве потребляемой пищи, выбор определенных продуктов (диета), жесткий учет калорийности потребляемой пищи, физические упражнения, регулярный контроль веса, употребление лекарств или БАДов для снижения веса. Данный вид поведения рассматривается как один из отклоняющихся видов пищевого поведения, наряду с эмоциогенным и экстернальным. Целью нашего исследования является установление взаимосвязи между ограничитель-

ным пищевым поведением и индексом массы тела у женщин. Мы предположили, что ОПП не связано прямо пропорционально с индексом массы тела, а также, что ОПП и намерение его практиковать, помимо индекса массы тела, будет связано с образом телесного Я, субъективной значимостью отдельных физических параметров тела. Для исследования самоэффективности использовался опросник самоэффективности Шварцер, Йерусалем в адаптации В. Ромека. Показатели намерения практиковать ОПП измерялись с помощью показателей теории запланированного поведения Айзена («поведенческое намерение», «аттитюд по отношению к ограничительному пищевому поведению», «воспринимаемый поведенческий контроль», «субъективные нормы»). Характеристики образа Я, связанные с телом, оценивались с помощью методик «Диагностика телесного Я» И. Лыбко, «Самообъектификация» Noll, Fredrickson. Данные о реальном пищевом поведении получены с помощью двух вопросов из анкеты: «В последние полгода мне случалось сидеть на диете или как-то иначе контролировать свой вес и фигуру» и «Я взвешиваюсь чаще 1 раза в неделю». Первый вопрос отражает реальную практику ограничительного пищевого поведения, второй — дает информацию о фиксации женщины на теме контроле веса. В исследовании приняли участие 200 женщин от 16 до 35 лет (средний возраст — 21,2, SD — 5,5). Корреляционный анализ между индексом массы тела, компонентами теории планируемого поведения Айзена и образом телесного Я и признаками ОПП показал, что индекс массы тела отрицательно коррелирует с уровнем самопринятия телесного Я ( $r = -0,19$ ;  $p < 0,05$ ) и уровнем влияния Другого на отношение к телесному Я ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ). Также индекс массы тела оказался значимо связан лишь с одним из показателей реального поведения, а именно с практикой ограничения («диеты») ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ), т. е. индекс массы тела не обнаружил значимой связи с регулярным взвешиванием. Поведенческое намерение практиковать ОПП как ближайший предшественник реального поведения ожидаемо коррелирует с обоими показателями ОПП ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,01$  и  $r = -0,36$ ;  $p < 0,01$ ), а также с другими компонентами модели. Воспринимаемый поведенческий контроль коррелирует с оценкой общей самоэффективности на уровне  $r = 0,28$ ;  $p < 0,05$ . Частичное несовпадение этих конструкторов, на наш взгляд, может объясняться спецификой пищевого поведения как феномена, не полностью находящегося под волевым контролем. Показатель самопринятия телесного Я положительно связан с уровнем общей самоэффективности ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) и влиянием Другого на отношение к телесному Я ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,01$ ). Показатель влияния Другого на отношение к телесному Я коррелирует с уровнем общей самоэффективности ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,01$ ).

Итак, индекс массы тела не связан с намерением реализовывать ОПП в общей выборке. Намерение сидеть на диете — феномен, не зависящий от реальной массы тела. Что же влияет на формирование устойчивого намерения женщин сидеть на диете? Намерение связано со значимостью, которую придают респонденты весу, здоровью и физической выносливости как основным характеристикам образа Я. Принятие телесного Я не связано с реализацией ОПП, в отличие от влияния Другого на образ Я. Общая самооффективность оказалась не связана с ОПП. Результаты исследования могут иметь значение для решения психодиагностических, профилактических и психотерапевтических задач в области нарушений пищевого поведения.

*Шелонина Т.В.*

*Горбатов С.В.*

## **Психологический аспект деструктивного поведения подростков**

В настоящее время наблюдается рост числа отклонений поведения несовершеннолетних деструктивного характера. Спектр этих отклонений очень широкий: от социальной изоляции, ухода в виртуальные миры компьютерных игр и сказочных реконструкций, причинения ущерба будущему социальному статусу за счет прекращения учебы, нежелания искать адекватную работу до суицидального поведения. Мы понимаем деструктивное поведение как поведение, отклоняющееся от принятых в обществе норм, приносящее разрушение и вред как самому субъекту, так и другим людям вследствие (частичной или более полной) потери регуляции и контроля субъекта над своим поведением. Способность к регуляции и контролю поведения неразрывно связана с механизмом антиципации — способностью к предвосхищению и опережающему отражению результатов действий. На наш взгляд, одним из направлений работы в борьбе с деструктивными проявлениями подростков является формирование временной компетентности, т. е. способности прогнозировать будущее, и реконструкция концепции собственного будущего. Концепция собственного будущего это система представлений человека о своем собственном будущем, основанная на жизненных целях, идеалах и ценностях. В ее основе лежит индивидуальный способ временной и собы-



тийной организации жизненного пути. Она выполняет адаптивную функцию, т. е. ее построение позволяет индивиду приспособиться к своему социальному окружению, соответствовать и принимать его нормы, разделять с ним свою судьбу, проявлять позитивную активность. Концепция собственного будущего имеет особое значение для процессов самореализации, связанных с выбором, принятием решений и постановкой жизненных задач. Гипотезой нашего исследования является представление о том, что у подростков с деструктивным поведением деформирована концепция собственного будущего. Основными инструментами исследования стали методики, направленные на изучение самосознания, в том числе опросники, выявляющие временную компетентность, субъективную картину жизненного пути, смысло-жизненные и ценностные ориентации. Использовались методы психосемантики, изучающие индивидуальную систему значений, связанную с восприятием времени, и проективные средства, направленные на выявление эмоциональных, оценочных и бессознательных компонентов концепции собственного будущего. Подростки с деструктивным поведением в значительно большей степени переживают свою жизнь, как пустую, бесцельную, лишенную интереса, смысла и перспектив. Цели в жизни у них либо отсутствуют, либо их набор очень ограничен, а поведение нередко носит ситуативно-обусловленный характер. Они ориентированы, прежде всего, на настоящее, с удовлетворением «здесь и теперь» в основном витальных потребностей при не разработанности, аморфности образа будущего. Это проявляется в отсутствии не только целей в жизни, но и в отсутствии желания их иметь, в слабости долгосрочного прогнозирования. Результаты исследования свидетельствуют о том, что концепция собственного будущего у подростков с деструктивным поведением практически лишена адаптивной и антиципационной функций, она не оказывает заметного влияния на регуляцию их поведения в настоящем и не формирует социально приемлемого способа самореализации своих потенциальных возможностей. Таким образом, отсутствие образа собственного будущего ведет к дезадаптации, нарушению в социальном функционировании и саморазрушению. Сказанное выше позволяет говорить о необходимости:

Во-первых, создания психолого-педагогического сопровождения учащихся «группы риска», в задачу которого входит:

- ориентация на развитие личности, формирование представления, что есть выбор и позитивное будущее;
- помощь в построении концепции собственного будущего, совпадающей с позитивным будущим государства;

- обучение эффективному общению, эффективному способу взаимодействия;
- отслеживание дезадаптивных тенденций при помощи диагностики деструктивного состояния в рамках определения социальной адаптации (изучение поведения, проективная диагностика);
- помощь подростку адаптироваться в меняющемся мире, формирование способности критически мыслить в отношении своего будущего;
- научить детей уметь обращаться за помощью.

Во-вторых, внедрения в учебный процесс элементов формирования собственного будущего. Каждая дисциплина может помочь детям и подросткам думать о собственном будущем.

В-третьих, проведения коррекционной работы с несовершеннолетними с деструктивным поведением путем реконструкции их концепции собственного будущего.

*Шеринёва Т.В.*

## **Преодоление гендерных стереотипов в воспитании как профилактика насилия в семье**

Одной из традиционных ячеек общества, несмотря на бешеные темпы акселерации молодежи и ее увлечение западными тенденциями, остается семья. Традиционная семья базируется на родственных связях, содержит 3 поколения: родители, дети, внуки. Высшая ценность — это стойкость брака в любых обстоятельствах. Как правило, это многодетная семья, где четко распределены функции: мужчина — кормилец, женщина — хранительница домашнего очага. Воспитание в семьях всегда отличалось строгостью и требовательностью к детям. Пример родителей рассматривался как основной метод воспитания. Однако есть ряд особенностей, которые нельзя оценивать как позитивные. Допускались физические наказания детей. Были различные подходы к воспитанию девочек и мальчиков. Отец был главным, все члены семьи подчинялись ему, его распоряжения не обсуждались. Традиционная семья была нормой во всех странах бывшего Советского Союза до середины XX в. Следствием гендерного неравенства в обществе всегда является насилие в семье — воздействие на организм и психику человека помимо его воли

средствами, ставящими под угрозу его физическое, психологическое или моральное благополучие. Физическое насилие — это пощечины, удары, препятствия при попытке выйти из дома, использование против жертвы оружия. Сексуальное насилие — это принуждение к половому сношению против воли жертвы. Психологическое насилие распознать сложнее: угрозы, запреты, изоляция от членов семьи, друзей, манипуляции с использованием лжи, клевета, оскорбления, унижение достоинства и косвенное насилие — порча имущества другого человека, издевательство над его животным. Экономическое насилие — это финансовый контроль, препятствование получению денег и намеренное содержание без денег. Все виды насилия, как правило, не используются изолированно. В нашем обществе считается приемлемой мужская агрессия в различных сферах и поддерживаются мифы о том, что женщины сами провоцируют насилие, «выносить сор из избы» недопустимо, изнасилование в браке невозможно и др. Женщины считают склонность к доминированию у потенциального партнера привлекательной, соглашаются с некоторыми ограничениями своей свободы: препятствия в общении с родственниками, друзьями, ограничение в средствах. Женщины, прибегнув к агрессии, чаще как к выражению эмоционального напряжения при гневе, испытывают чувство вины, тревожность, страх за последствия. Жертвой чаще является женщина, ее же принято винить во всех домашних неурядицах. Это формирует в ней склонность к самобичеванию и страх перед осуждением, из-за чего она не решается сообщить о насилии, провоцируя его продолжение. Гендерная тенденция в воспитании, навязывание мальчикам и девочкам разных ценностей, ролей, двойные стандарты в оценивании поведения детей разного пола, насилие родителей по отношению к детям неизбежно влекут за собой возобновление насилия в семье от поколения к поколению. Необходимо формирование адекватного отношения к насилию в семье как к преступлению, за которое виновник должен нести наказание. Желание вновь применить насилие усиливается верой в то, что за ним не последует никаких санкций. Необходимо обучать распознавать насильственные действия и адекватно на них реагировать. Эта работа может заключаться и в развенчании существующих мифов о домашнем насилии, его причинах и последствиях, как для отдельной личности, так и общества, коррекции полоролевого поведения, изучении и проигрывании вариантов возможного поведения агрессора и жертвы. Известно, что насилие происходит по одной и той же схеме, которая повторяется с нарастанием частоты и силы. Знание об иных возможностях разрывает порочный круг и открывает глаза на альтернативные способы поведения. Необходимо также повышать правовую культуру молодежи,

разумно применять опыт по внедрению брачного договора как инструмента регулирования семейно-брачных отношений; повышать культуру внутрисемейных отношений, способствовать укреплению межсемейных отношений, этики межличностного общения; повышать нравственно-волевою культуру молодежи, формировать ответственность за жену (мужа), в целом за семью. Отдельно следует отметить, что необходимо развивать не только «Школы материнства», но и инициировать создание папа-школ, где обучать будущих мам и пап основам педагогики и психологии родительства, чтобы не повторять традиционные ошибки в воспитании детей. Подготовленная к семейной жизни молодежь сможет обеспечить создание крепкой нравственной семьи, в которой будут сохраняться лучшие традиции и идеалы, развиваться психически здоровая личность.

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Гришина А.В.*

*Волкова Е.Н.*

## **Распространенность насилия и жестокого обращения с детьми в школе и дома**

Насилие и жестокое обращение с детьми в настоящее время является одной из самых острых и распространенных социальных проблем во всем мировом сообществе. В этой связи защита детей и подростков от жестокости, предупреждение преступлений против них является чрезвычайно важной, социально значимой и актуальной задачей, решение которой носит междисциплинарный характер. Исследованию рассматриваемой проблематики посвящены работы представителей разных наук и научных школ. Однако комплексное исследование проблемы насилия над детьми как социокультурного явления современной трансформирующейся России не получило достаточного освещения в отечественной литературе по следующим вопросам: причины насилия, влияние насилия на дальнейшую социализацию личности, масштаб и динамика проблемы, способы ее преодоления. Развитие комплексной системы защиты детей от насилия в Российской Федерации невозможно без наличия достоверных сведений о распространенности данной проблемы. Оценка распространенности насилия и жестокого обращения с детьми лишь в последнее время становится объектом эмпирических исследований. Чаще всего это исследования, выполненные исследователями США и европейских стран. Эмпирические исследования по данной проблеме, выполненные российскими специалистами, единичны. Поэтому получение информации о распространенности насилия над детьми в России, выявление факторов травматизации и ресурсов сопротивляемости ребенка является важной научной и практической задачей. Целью нашего исследования была попытка оценить рас-

пространенность насилия над детьми при использовании опросника ICAS-C (ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version) — международный опросник изучения распространенности насилия среди детей 11–18 лет. В исследовании приняли участие 1018 человек в возрасте от 11 до 18 лет, проживающие в Нижнем Новгороде и Нижегородской области. Среди опрошенных детей 467 мальчиков (46 %), 551 девочка (54 %). Было получено, что в семьях дети часто становятся жертвами физического насилия со стороны родных и близких. При этом: угрожали причинить боль или убить 13 % опрошенных участников; толкали, хватали или пинали — 31 %; били, шлепали рукой — до 51 %; били, шлепали ремнем, хлыстом, палкой или другим предметом — до 25 %; угрожали ножом или пистолетом до 5 % участников; тянули за волосы, щипали или скручивали ухо — 22 %. В семьях родители достаточно часто очень громко и агрессивно кричат на своих детей (до 66 %). Детям часто дают прозвища, говорят злые вещи или проклинают (29 % опрошенных участников). Заставляют чувствовать стыд/смущение при других людях так, что было неприятно думать об этом — 31 %. Говорили, что хотели бы, чтобы умерли или вообще не появлялись на свет, 16 % опрошенных. Угрожали навсегда покинуть или бросить — 11 %. Измывались (дразнили, смущали) так, что потом ребенок чувствовал себя плохо, в 30 % случаях. В школе со стороны сверстников дети также подвергаются различным формам физического и психологического насилия. Физическому насилию за последний год подвергалось до 34 % детей. При этом самыми распространенными формами физического насилия являются: избиения по голове (лицу)— 8 % опрошенных, по рукам — 17 %; скручивали ухо — 9 %, тянули за волосы — 5 %; бросали какие-либо предметы в 21 % опрошенных детей. Ударяли кулаком 16 % участников, пинали — 13 %. В школе за последний год психологическим формам насилия подвергалось до 41 % детей. Было получено, что проклинали или обзывали 36 % детей. Преднамеренно подвергались унижению 19 % участников. Кричали, для того чтобы смутить или унижить, на 30 % учащихся. Называли грубыми или обидными именами 41 % детей. Целенаправленно старались заставить чувствовать себя глупо 19 %. Пытались стыдить, что ребенок сирота или не имеет родителей, 11 % детей. Стыдили за бедность 11 %. Крали или ломали вещи у 29 % детей. Угрожали плохими оценками 17 %. Итак, результаты исследования показывают, что более половины опрошенных испытывали насилие в отношении себя (66 %). Распространенным явлением в российских семьях является то, что взрослые кричат и ругаются друг с другом так, что это пугает и психологически травмирует ребенка (44 %). Было по-

лучено, что дети чаще подвергаются физическому и психологическому насилию со стороны родителей дома (51 %, 66 % соответственно), чем со стороны сверстников в школе (34 %, 41 % соответственно).

*Даниленко О.И.*

*Юревич О.И.*

## **Ресурсы совладания и субъективное благополучие человека**

Сохранение психологического благополучия и позитивного функционирования личности, особенно в современных условиях предъявления повышенных требований к человеку и его адаптационным ресурсам, актуальная проблема в психологии. Ресурсы совладания образуют потенциал для успешной адаптации к неблагоприятным жизненным событиям. Под ресурсами человека понимается широкий спектр характеристик, которые могут быть использованы в трудных ситуациях, чтобы удовлетворить требованиям среды. К личностным копинг-ресурсам относится ряд устойчивых психологических характеристик, например, самооценка, убеждения, личностный контроль, активность личности и многие другие психологические конструкты (Сирота, 1994; Folkman, 1984 и др.). Показателем действенности копинг-ресурсов является, таким образом, успешность преодоления жизненных трудностей, что проявляется, в частности, в переживании человеком субъективного благополучия. Существуют работы, в которых показано существование связей между уровнем субъективного благополучия человека и некоторыми ресурсами совладания. Однако нам не удалось обнаружить работ, в которых бы выявлялась связь уровня субъективного благополучия человека с комплексом этих характеристик.

Предмет исследования: выраженность ресурсов совладания у лиц с разным уровнем субъективного благополучия. Объект: показатели субъективного благополучия и ресурсов совладания (жизнестойкость, самоотношение, оптимизм, оптимистический/пессимистический атрибутивный стиль, копинг-стратегии, защитные механизмы). Гипотезы исследования: 1) у лиц с более высоким уровнем субъективного благополучия наблюдаются более высокие показатели по большинству ресурсов совладания (жизнестойкости, позитивным характеристикам самоотношения, диспозиционному оптимизму, оптимистическому атрибутивному

стилю, относительно более конструктивным копинг-стратегиям); 2) общий высокий уровень напряженности защит препятствует субъективному благополучию, но при этом некоторые защитные механизмы могут выступать в качестве ресурсов совладания, обеспечивающих субъективное благополучие личности. В исследовании приняли участие 108 человек от 17 до 27 лет, студенты различных вузов. Используемые методики: шкала субъективного благополучия (адаптация Соколовой); методика исследования самоотношения Панталева С.Р.; тест жизнестойкости (адаптация Леонтьева, Рассказовой); копинг-стратегии совладающего поведения Р. Лазаруса; методика диагностики механизмов психологических защит, Г. Келлерман, Р. Плутчик; тест диспозиционного оптимизма (адаптация Гордеевой, Сычева, Осина); тест на оптимизм Рудиной. В результате дисперсионного анализа подтвердилась гипотеза о том, что у «благополучной» группы лиц наблюдаются более высокие показатели по большинству ресурсов совладания. Например, по показателю «общая жизнестойкость» у субъективно «неблагополучной» группы — 63,23, у «средней» — 77,82, у «благополучной» — 98,50; по диспозиционному оптимизму у «неблагополучных» — 20,30, у «средних» — 24,51, у «благополучных» — 26,71; по копингу «планирование решения проблем» у «неблагополучной» группы — 12, у «благополучной» — 14,22; по копингу «положительная переоценка» у «неблагополучной» группы — 12,47, у «благополучной» — 14,72. Подтвердилась гипотеза о наличии более выраженной общей напряженности защит у «субъективно неблагоприятной» группы лиц (45,54). У «благополучной» группы уровень существенно ниже (33,89). При этом некоторые защитные механизмы могут способствовать сохранению субъективного благополучия. У более благополучной группы лиц выявились более высокие значения по защитному механизму «отрицание» (55,76) по сравнению с «неблагополучной» группой (29,37). Полученные нами эмпирические данные подтверждают предположение об относительно большей выраженности таких психологических характеристик, как жизнестойкость, самоотношение, оптимизм, «продуктивные» копинг-стратегии и даже отдельные защитные механизмы («отрицание») у лиц с более высоким уровнем субъективного благополучия. Эти характеристики способствуют преодолению трудных жизненных ситуаций и могут рассматриваться в качестве одного из факторов субъективного благополучия личности.



## **Этические аспекты деятельности психолога-эксперта**

В любой профессии, где предполагается взаимодействие людей, есть свои этические проблемы. Однако можно выделить группу профессий, в которых такие проблемы возникают особенно часто, среди них — профессии врача, учителя, юриста и, конечно же, психолога. Проблема определения этических принципов представителей отдельных профессий чрезвычайно актуальна, однако до сих пор, к сожалению, недостаточно изучена. Этические требования к деятельности психолога-эксперта во многом схожи с этическими принципами работы психолога. Этический кодекс психолога был принят Российским психологическим обществом сравнительно недавно (14 февраля 2012 г.). Он выделяет следующие этические основы: «Этика работы психолога основывается на общечеловеческих моральных и нравственных ценностях. Идеалы свободного и всестороннего развития личности и ее уважения, сближения людей, создания справедливого, гуманного, процветающего общества являются определяющими для деятельности психолога». Большую нравственную нагрузку при выполнении своей профессиональной деятельности несет психолог-эксперт, основной задачей которого является оказание помощи правосудию. Специфика экспертной деятельности определяет отличие морально-этических норм эксперта от психолога, осуществляющего консультирование, обучение, диагностику или иные виды психологической помощи. Своеобразие этих норм детерминировано несколькими факторами.

Во-первых, деятельность психолога-эксперта достаточно детально урегулирована законом. Производство судебной экспертизы, статус, права и обязанности эксперта, правовая ответственность жестко зафиксированы в нормативно-правовых актах разного уровня: Уголовно-процессуальном кодексе РФ, Гражданском процессуальном кодексе РФ, Федеральном законе «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и др. Для профессиональной этики психолога-эксперта характерна особо тесная связь правовых и моральных норм, регулирующих его деятельность. Действия и решения эксперта по существу и по форме должны строго соответствовать закону.

Во-вторых, отношения эксперта и подэкспертного не равны. Часто дальнейшая судьба подэкспертного напрямую зависит от решения, принимаемого экспертом (назначение и срок наказания, снятие ответственности). Поэтому наряду с ориентацией на закон эксперту необходимо

принимать справедливое решение исходя «из внутреннего убеждения», «по совести».

В-третьих, целью деятельности эксперта является содействие правосудию в установлении истины, а не психологическая помощь и поддержка подопечному, что в корне отличает ее от деятельности психолога-консультанта. Это значит, что эксперт не имеет морального права, исходя из личной симпатии к подэкспертному и сопереживания его страданиям, вынести выгодное для него заключение и извратить саму суть понятия правосудия. Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности» определяет следующие принципы работы: «Судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники». Отечественными психологами-экспертами (Сафуановым Ф. С., Коченовым М.М. и др.) определяются следующие нравственные ценности, важные в экспертной деятельности: служение истине и справедливости, беспристрастность, объективность, ответственность, профессиональная компетентность, независимость.

Наряду с вышеуказанными принципами хотелось бы выделить те, которые, на мой взгляд, являются существенными для успешной деятельности психолога-эксперта: повышенное чувство долга (работа эксперта затрагивает коренные интересы общества и отдельного индивида); самоконтроль и ответственность за свои слова и поступки (люди, доверяющие свою судьбу эксперту, вправе требовать от него следования нравственным ориентирам не только в рамках профессиональной деятельности, но и во внерабочее время, эксперт не имеет права дискредитировать себя и свою профессию); независимость и неподкупность (никакие личные мотивы, выгода, советы «сверху» не должны повлиять на процесс и результат экспертизы, эксперты не оказывают услуг). Формула успешной деятельности психолога-эксперта заключается в сочетании профессиональной компетентности и соблюдении этических норм, причем значение последних неуклонно растет, что заставляет более внимательно исследовать данную проблему.

## **«Ничего не слышу, ничего не вижу»: проблема понимания вербальной информации**

Вопрос о понимании «текста» услышанного или увиденного является основным в изучении речи. Трудность в восприятии речи заключается в том, что у каждого слова существует много закрепленных в социальном опыте значений, а в речи выбирается только одно из них — сделанный выбор и определяет смысл этого слова (Выготский, 1982). Б.Г. Ананьев (2001) вводит такое понятие, как «подтекст», который является характерным признаком во время слушания или чтения. «Подтекстом» он называет перевод конкретных значений чужой речи в свои собственные семантические структуры. Данный перевод не всегда бывает точным, что вызывает недопонимание между тем, кто говорит, и тем, кто воспринимает эту речь. Проблема точного восприятия смысла сказанного является актуальной проблемой не только теоретического характера, но и влечет за собой практическое значение. Так, например, для верной экспертизы психического здоровья или поведенческих расстройств человека или в условиях психотерапии и психологического консультирования специалисту требуется не только зарегистрировать увиденное (поведение и т. д.), но и безошибочно «перевести» услышанную информацию в рамки своих смыслов. В данном исследовании в качестве стимульного материала были использованы слова-омонимы. Омонимия — полное (например, ключ, лук и т. д.) совпадение написания и произношения слов, называющих различные понятия.

Целью данной работы являлось выявление влияния омонимии на процессы восприятия и узнавания вербальной информации. Предполагалось, что в зависимости от условий предъявления контекста предложения восприятие и узнавание слов-омонимов будет различным. При изменении контекста предложения в случае выбора целевого слова-омонима время принятия решения увеличится, количество правильных ответов уменьшится.

Использовался многофакторный межгрупповой экспериментальный план для трех рандомизированных групп. Выборка составила 60 человек (38 женщин и 22 мужчины), студенты вузов в возрасте от 18 до 30 лет. Эксперимент состоял из двух этапов. На первом этапе (условие прочтения) после ознакомления с инструкцией испытуемому предъявляли предложения в случайном порядке, время предъявления каждого предложения 4 с. Задача испытуемого состояла в том, чтобы прочитать

предложения вслух. На втором этапе (узнавание) испытуемому предъявлялись предложения, где одно из слов было выделено жирным шрифтом. Задача испытуемого была прочесть предложения вслух и определить, было ли слово, выделенное жирным шрифтом, предъявлено на первом этапе (чтение). Каждое предложение предъявлялось в течение 5 с. Далее на экране предъявлялись варианты ответов: 1 — да, 2 — нет. В эксперименте приняло участие три группы: контрольная (К. гр.) и две экспериментальные (Э. гр. 1 и Э. гр. 2). В К. гр. предъявлялись целевые слова без изменения контекста предложения и без изменения значения целевых слов. В Э. гр. 1 предъявлялись целевые слова с изменением контекста предложения, но с сохранением значения слова. В Э. гр. 2 предъявлялись целевые слова с изменением контекста предложения, влекущим за собой изменение значения слова.

Результаты. Сравнение восприятия и узнавания слов-омонимов в зависимости от условий предъявления контекста показало статистически значимые различия между контрольной группой и второй экспериментальной группой по времени принятия решения ( $t$ -Студент,  $p < 0,05$ ), между первой экспериментальной группой и второй экспериментальной группой по количеству правильно узнанных слов (однофакторный ANOVA,  $p < 0,01$ ). Статистически значимых отличий между контрольной группой и второй экспериментальной группой не было выявлено. Эти данные частично подтверждают результаты Light и Carter-Sobell (1970), в которых было показано, что слова-омонимы, употребляемые в одном значении, запоминаются лучше, чем эти же слова, употребляемые в разном значении.

Выводы. Значения слов-омонимов не связаны друг с другом и находятся в разных семантических полях. При актуализации одного из значений слова-омонима в контексте предложения другое будет активно подавляться. В случае появления нового контекста новое и старое значение слова-омонима входят в противоречие друг с другом, что сказывается на когнитивной переработке самого слова-омонима.

Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ № 8.16.580.2013; исследование выполнено при финансовой поддержке гранта СПбГУ № 0.38.518.2013

## **Когнитивные функции в оценке степени выраженности дефекта у больных шизофренией**

Дефект при шизофрении понимается как интеллектуальное снижение (слабоумие), формирующееся в процессе заболевания как последовательная цепь негативных изменений от малозаметной деформации личностного склада до расстройств мышления, как общее снижение психической активности (Абрамов В.А, Путятин Г.Г., Абрамов А.В, 2008; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008). Когнитивные расстройства (нарушения внимания, восприятия и мышления, исполнительной функции) являются одним из компонентов шизофренического дефекта, затрудняющим социальную адаптацию и приводящим к формированию ряда вторичных нарушений, инвалидизации (Поляков Ю.Ф., 1972; Войтенко Р.М., 2002; Морозов М.А., Бениашвили А.Г., 2008; Чередникова Т.В., 2011).

Задачей данного исследования является уточнение вклада состояния когнитивных функций (внимание, память, мышление) в общую картину психического дефекта у больных шизофренией для разработки более точного подхода к вопросам дифференциальной диагностики степени выраженности дефекта в рамках проведения медико-социальной экспертизы.

На базе амбулаторного отделения СПб ГУЗ ГПНДС № 7 (со стационаром) было обследовано 70 человек в возрасте 25–40 лет (40 мужчин и 30 женщин) с диагнозом «шизофрения параноидная», «шизофрения кататоническая», «шизофрения простая» (МКБ-10), со стажем заболевания от 1 года до 15 лет. Все обследованные по критерию степени выраженности психического дефекта, определяемого на основании решения экспертной врачебной комиссии или медико-социальной комиссии, были объединены в три группы: 1-я группа — легкая степень психического дефекта (14%); 2-я группа — умеренная степень психического дефекта (40%); 3-я группа — выраженная степень психического дефекта (46%). Для оценки состояния психических функций применялись следующие экспериментально-психологические методы: внимание — таблицы Шульте, память — «10 слов», мышление — методики «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Пословицы» (Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н., 2009). Обработка и анализ данных осуществлялся с помощью дискриминантного анализа и применения метода последовательной диагностической процедуры (Гублер Г.В., 1976). Показатели состояния когнитивных функций, определяющих степень выраженности психического дефекта у

больных шизофренией, по результатам дискриминантного анализа могут быть отнесены к 2 функциям: 1 — нарушение личностного компонента (69 % объясняющей дисперсии,  $p < 0,0008$ ); 2 — нарушение психических функций (31 % объясняющей дисперсии,  $p < 0,03$  при 72,1 % верно классифицированных исходных сгруппированных наблюдений). Функция 1 определяется показателями «мотивационно-личностного компонента мышления» и «динамики мышления», обладающими большей информативностью, тогда как функция 2 определяется показателями «искажение процесса обобщения», «внимания», «памяти» (указаны по степени информативности от максимального к минимальному). Показатель «уровень обобщения конкретности мышления» исключается из влияющих на отнесение к группе степени выраженности дефекта у больных шизофренией по результатам дискриминантного анализа. При этом отнесение к группе 1 выражается отрицательными полюсами первой и второй функции, к группе 2 — отрицательным полюсом первой функции и положительным — второй; к 3 группе — положительными полюсами первой и второй функции. Проведенный расчет при разработке диагностических таблиц распознавания степени выраженности дефекта на основании оценки состояния когнитивных функций позволяет выделить в качестве наиболее информативных такие показатели, как: при проведении дифференциальной диагностики легкой и умеренной степени выраженности психического дефекта — искажение процесса обобщения ( $I = 1,103444$ ), память ( $I = 0,729062$ ), внимание ( $I = 0,679801$ ) и динамика мышления ( $I = 0,620685$ ); при дифференциальной диагностике умеренной и выраженной степени психического дефекта — динамика мышления ( $I = 0,715519$ ), память ( $I = 0,497843$ ), конкретность мышления ( $I = 0,36638$ ); при дифференциальной диагностике легкой и выраженной степени психического дефекта — память и искажение процесса обобщения ( $I = 1,1875$ ), динамика мышления ( $I = 1,178576$ ) и внимания ( $I = 0,839283$ ).

В нашем исследовании было продемонстрировано, что все показатели состояния когнитивных функций могут быть условно разделены на 2 функции: нарушение психических функций, нарушение личностного фактора. При этом наиболее информативными в оценке степени выраженности дефекта являются такие показатели когнитивных функций, как память, внимание, искажение процесса мышления и динамика мышления.

## **Аффективная обусловленность мотивации при пограничной патологии**

При клинико-психологическом анализе уровня аффективной обусловленности мотивации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами следует обращать внимание на влияние эмоциональной сферы больного на его деятельность при возникновении препятствий на пути достижения поставленных целей, ситуациях неопределенности, противоречий, конфликтов, угрозы для идентичности. Сила этого влияния может отражаться в частоте «эмоциональных срывов», бурных аффективных реакций и вспышек, импульсивности. Необходимо обращать внимание на вегетативные проявления эмоциональных переживаний и учитывать уровень рефлексии и вербализации аффекта. В «норме» переживаемые эмоции не приводят к нарушениям самоконтроля, выраженным вегетативным проявлениям, деятельность при росте эмоционального напряжения сохраняет свою произвольность, сохраняются личностные смыслы и направленность поведения, не отмечается деструктивных тенденций, больной способен регулировать и выносить эмоциональное напряжение без дезинтеграции. Субъект сохраняет самообладание, самоконтроль, способен скорректировать свое поведение в зависимости от актуальной ситуации. Эпизоды повышенной аффективной напряженности единичны и ситуационно обусловлены. При легких нарушениях аффективной обусловленности мотивации переживаемые эмоции могут «прорываться», наблюдаются вегетативные реакции, но степень саморегуляции больного сохраняется на достаточно высоком уровне. «Прорыв» таких эмоций в достаточной мере может быть осознан больным. Имеющееся эмоциональное напряжение не приводит к выраженным нарушениям когнитивного и поведенческого компонента мотивации, переживания не являются генерализованными, четко очерчены и имеют связь со сферой значимых отношений личности. Сохраняется относительная произвольность и дифференциация поведения, больной способен принимать осмысленные решения, сохраняется основная направленность, сохранена операционализация мотивов, поведение вписывается в нормативный ценностный контекст. В случаях «прорыва» эмоций сохраняется эго-дистонность. При более выраженных нарушениях мотивации у больного снижена способность контролировать рост эмоционального напряжения, однако способность сдерживать отреагирование сохранена. Аффект постепенно генерализуется, и больной вы-

нужден бороться с напряжением, которое уже успело «разрастись». Генерализующийся аффект способен затруднять операционализацию мотива и деятельность, у больного может быть ощущение растерянности, вплоть до временной блокады операционализации мотива. Порог аффективности в незначимых отношениях снижается. Эмоциональное напряжение чаще проявляется в регрессивных тенденциях, нежели в деструктивном поведении. Пытаясь «найти выход» из сложившейся ситуации, больной может предпринимать противоречивые попытки найти соответствующую мотивационную программу. Сложность анализа мотивации при тяжелых нарушениях аффективной обусловленности заключается в том, что изначально при клинико-психологическом исследовании мы можем наблюдать внешне упорядоченного больного. Однако глубокий анализ его жизненной истории и психодинамики может показать, что в любых ситуациях, не являющихся нейтральными, у больного наблюдается выраженное и интенсивное «разрастание» аффекта, с его тотальной генерализацией на все отношения. Аффект выступает как фактор, в сильной мере нарушающий деятельность, приводящий к смысловой дезориентации и нарушению системы иерархии мотивов. Уровень самоконтроля низок, как и порог чувствительности личности к эмоциональному напряжению. Дифференциация и рефлексия аффекта у таких больных нарушена, а сам аффект выраженно нарушает когнитивные и поведенческие звенья мотивации. В ряде случаев мы не наблюдаем выраженных деструктивных звеньев мотивации, наличие которых является значимым, тогда нарушение аффективной обусловленности проявляется в эмоциональном отдалении больного, с деструктивным обрывом аффекта, при той же выраженной генерализации. Тогда мы можем наблюдать внешне упорядоченного больного, хотя истощения аффекта не происходит. В крайних случаях нарушение аффективной обусловленности мотивации достигает такой величины, когда поведение больного может выглядеть спутанным, малопонятным, соотносимым с предпсихотическим или даже психотическим уровнем. Имеющийся клинико-психологический опыт исследования больных с пограничными нервно-психическими расстройствами позволяет утверждать, что чем глубже патохарактерология, тем больше нарушение аффективной обусловленности мотивации.



## Когнитивные функции при аффективных расстройствах

Целью исследования являлось изучение когнитивных показателей пациентов с биполярным аффективным расстройством (F31) и рекуррентным депрессивным расстройством (F33). Исследовались зрительно-моторные функции и скорость психических процессов, которые, предположительно, не должны существенно различаться в обеих группах. В исследовании приняли участие 30 пациентов с биполярным аффективным расстройством (F31) (БАР) и 26 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (F33) (РДР), среди них 31 женщина и 25 мужчин, в возрасте от 19 до 49 лет, все пациенты правши. Пациенты были обследованы по шкале депрессии Бека, со средним значением не менее 17 (от умеренного до выраженного уровня депрессии). Были использованы следующие методики: шкала депрессии Бека (Beck et al., 1961); субтест 7 «шифровка» шкалы оценки интеллекта взрослых Векслера (Гильяшева И. Н., 1987); тест последовательных соединений — в оригинале «Trail-Making test — ТМТ» (Мосолов С.Н. 2000); тест «Комплексные фигуры Рея» (Rey Complex Figure Test and Recognition Trial: RCFT) (Meyers J.E., Meyers K.R., 1995), где анализировалась только серия А — точность копирования и время выполнения. Данные были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 20.0 (SPSS inc., 2001) и Excel-2007. Показатели пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством в значительной степени уступали пациентам с биполярным аффективным расстройством. В то время, как у пациентов с РДР снижение скорости психических процессов было выражено в степени от умеренной до выраженной, пациенты с БАР демонстрировали легкое снижение либо скорость психических процессов не страдала вовсе. Зрительно-моторные функции также были в значительной степени снижены у пациентов с РДР, характерными ошибками были искажения существенных и второстепенных деталей фигуры Рея, реже отмечались пропуски отдельных элементов. Также встречалось внесение новых элементов, отсутствующих в образце. Однако количество ошибок сокращалось с увеличением времени, затраченного на выполнение копирования фигуры. Таким образом, в результате исследования было выявлено, что пациенты с РДР имеют более выраженное снижение скорости психических процессов, нарушения активного внимания, переключаемости внимания, в сравнении с пациентами с БАР. Также у пациентов с РДР выявлены нарушения зрительно-моторных функций, нару-

шения функций планирования и контроля, которые нейроанатомически связаны с орбито-фронтальными отделами, однако полученные данные указывают на вовлечение теменно-затылочных отделов головного мозга. Полученные данные не могут однозначно свидетельствовать о том, что указанные нарушения являются основными в картине когнитивного дефицита при РДР, и требуют проведения более подробного исследования.

# СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

*Анисимов А.И.*

*Киреева Н.Н.*

## **О соотношении социального здоровья и психологических защит у студентов**

Успешность решения профессиональных задач современным психологом предполагает высокий уровень его социального здоровья, т. е. способность устанавливать и поддерживать гармоничные отношения с социальным окружением и высокую степень социальной зрелости. Задача укрепления социального здоровья должна реализовываться уже на этапе профессиональной подготовки, на протяжении всех лет обучения в вузе. Конструктивное взаимодействие с другими людьми в большой степени связано с социальной зрелостью личности, что может быть обусловлено и определенным уровнем сложности психологических защит. Психологическая защита — это тот личностный ресурс, который позволяет сохранять целостность личности в напряженных ситуациях социального взаимодействия и более адекватно реагировать на предъявляемые ими требования. И чем более сложные виды психологической защиты использует личность, тем выше вероятность установления ею гармоничных отношений с социальным окружением. В связи с этим мы предположили, что различным уровням индивидуального социального здоровья могут соответствовать разные виды психологических защит. При более высоком уровне социального здоровья личность реализует более сложные психологические защиты. Для проверки данной гипотезы нами проведено эмпирическое исследование, посвященное изучению взаимосвязи уровня социального здоровья и различных видов психологических защит. Объектом исследования выступили студенты 3–4-х курсов психологического факультета СПбГИПСР (35 человек). На основе анализа современных теоретических и экспериментальных исследований, критериальных подходов к оцениванию состояния здоровья и опираясь на концепцию ВОЗ, нами обоснованы и апробированы два интегральных социально-психологических критерия оценки социального здоровья человека: 1) гармоничность отношений личности с социальным окружением; 2) социальная зрелость личности. С учетом выделенных критериев

нами дано определение социального здоровья человека, под которым следует понимать состояние динамического равновесия гармоничности отношений личности с социальным окружением, которое обеспечивается соответствием социальной зрелости личности требованиям социума. Для оценки социального здоровья по критерию гармоничности отношений личности с социальным окружением применялись методики: 1) опросник «Субъективная оценка межличностных отношений» — СОМО (С.В. Духновский), 2) опросник «Самоотношение» (В.В. Столин, С.Р. Пантеев). Оценка социального здоровья по критерию социальной зрелости личности проводилась с помощью методик: 1) опросник «Локус контроля» (Е.Г. Ксенофонтова), 2) опросник «Диагностика коммуникативной установки» (В.В. Бойко), 3) «Шкала социального интереса» (Дж. Кренделл, в адаптации Е.В. Сидоренко), 4) «Тест смысложизненных ориентаций» — СЖО (Дж. Крамбо и Л. Махолик, в адаптации Д.А. Леонтьева). Для изучения видов психологических защит использовался опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой). На основании результатов диагностики были выделены 3 группы студентов с разным уровнем социального здоровья: высоким, средним и низким. Группы с разным уровнем социального здоровья сравнивались по показателям выраженности у них тех или иных видов психологических защит (по критерию Манна–Уитни). При сравнении полярных по уровню социального здоровья групп установлены различия по показателям психических защит: «регрессия» ( $p < 0,01$ ), «проекция» ( $p < 0,05$ ). У студентов с низким уровнем социального здоровья доминирует выраженность этих видов психологических защит, в то время как у студентов из группы такой доминирования не наблюдается. На основании полученных результатов мы можем сделать вывод о том, что более высокому уровню социального здоровья соответствуют более сложные виды психологических защит, а более низкому уровню — более примитивные виды психологических защит. Этот факт может в определенной мере подтвердить выдвинутую нами гипотезу о соотношении уровня социального здоровья и степени сложности психологических защит, используемых личностью. Одним из важных следствий проведенного исследования является то обстоятельство, что уровень сложности используемых видов психологических защит может выступать в качестве дополнительного индикатора как степени социальной зрелости, так и уровня социального здоровья личности.

*Антонова Н.А.  
Ерицян К.Ю.*

## **Представление о подростковой девиантности студентов-первокурсников**

В настоящее время особо актуальной является проблема профилактики и коррекции поведенческих нарушений (девиаций) у подростков, в том числе рискованного поведения в сфере здоровья, а также противоправного поведения. В то же время операционализация данного понятия в рамках психологии здоровья является крайне сложной задачей. Одной из задач исследования в рамках научно-исследовательской работы № НИР 8.39.1064.2012, выполняемой на факультете психологии СПбГУ под руководством профессора И.Н. Гурвича, являлось изучение представлений о подростковой девиантности. Для оценки представлений о девиантности у самих подростков было проведено исследование среди студентов-первокурсников. Предполагалось, что у студентов еще сохранились живые воспоминания об учебе в старших классах общеобразовательной школы и некоторых типичных для российской школы девиантах и в то же время имеются достаточные способности к рефлексии и вербализации подобного опыта. Был проведен открытый опрос студентов 1-го курса ( $n = 142$ ) дневной формы обучения трех факультетов Санкт-Петербургского государственного университета: психологического ( $n = 51$ ), философского ( $n = 31$ ) и исторического ( $n = 60$ ) осенью 2012 г. для получения суждений в свободной форме о мотивации девиантных актов у подростков и типичных девиантогенных ситуациях, связанных со школьным обучением. В итоговый анализ было включено 1213 суждений. В результате качественно-количественного анализа были выделены следующие 2 субшкалы: антинормативные действия (девиантность и делинквентность) и противоправная мотивация. Представление о подростковой девиантности оказалось преимущественно связанным с нарушением дисциплины (40%), причем треть нарушений дисциплины приходится на учебный абсентеизм (прогулы, опоздания), треть — на нарушения дисциплины на уроках («кричали, шумели, играли в электронные гаджеты, просмотр фильмов на уроке» и пр.), треть — на срыв уроков, нарушение требований к внешнему виду, нарушение дисциплины вне уроков, несоответствие содержательным требованиям учебного процесса («списывание»). Лишь 8 суждений (3,2%) описывали поведение, связанное с риском для здоровья («прогулки по школьной крыше», «прыжки из окон», «попытки суицида»). Примерно в равной степени (по 20%) антинормативные

действия оказались связанными с проявлениями вербальной и невербальной агрессии, делинквентностью и употреблением психоактивных веществ. Агрессия в равной половине случаев распределилась между агрессией в отношении учителей («оскорбления», «закладывание ног на стол учителю», «доводил учителя до нервного срыва») и агрессией в отношении ровесников («в отношении людей с патологиями и изъятиями», «более слабых», «прокусила палец однокласснику», «дедовщина»). Среди делинквентного поведения преобладает поведение, связанное с порчей имущества, включая вандализм (39%), и драками (каждый четвертый случай). Кроме того, были выделены воровство (13%), использование оружия (9%) и взрывчатых веществ (8%), угроза терроризма (6%), подлоги («исправление оценок в журнале») (2%). Употребление ПАВ в половине случаев оказалось ассоциировано с курением, несколько менее (41%) — с употреблением алкоголя («распитие алкоголя в туалете на перемене», «приход пьяным на уроки» и др.), и незначительно (5%) — с употреблением наркотиков. Следует отметить, что достаточно редко (1%) антинормативное поведение ассоциировалось с «сексуализированным» поведением («беспорядочные половые связи», «публичное обнажение в школе», «удовлетворение сексуальных потребностей в туалете» и др.). При изучении структуры девиантной мотивации (523 суждения) были выделены следующие группы мотивов: мотив самоутверждения («желание продемонстрировать взрослость, силу, индивидуальность, красоту») — 31%; гедонистический («развлечение, баловство, от скуки, получение острых ощущений, желание общения») — 29%; протестный («недовольство школьными правилами, месть, восстановление справедливости» и пр.) — 22%; снятия напряжения — 6%; «зависимости» (аддикция, конформность) — 4%, другое (случайность, принуждение, любопытство) — 8%. Полученные результаты легли в основу создания психодиагностической методики прогнозирования девиантной и делинквентной активности подростков. Своевременная психологическая диагностика девиантного поведения подростков является неотъемлемым элементом психокоррекционной помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, повышения безопасности их жизнедеятельности, сохранения и укрепления их физического и психического здоровья.

*Братченко А.С.  
Марарица Л.В.*

## **Модель работы группы супервизии с профессиональной ситуацией психолога-консультанта**

Наше исследование было посвящено изучению группы супервизии. Группы супервизии редко становятся объектом психологического исследования. В России ведение и участие в группах супервизии не стало еще правилом для каждого практикующего консультанта и психотерапевта, однако эта практика широко распространена и в Европе, и в США. Безусловно, можно найти работы, посвященные принципам и нормам ведения группы, техникам работы супервизора (Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж., 2006; Коттлер, Браун, 2002; Кулаков С.А., 2002; Соловейчик М. Я., 2002; Уильямс Э., 2001; Ховкинс П., Шохет Р., 2000). Но научные исследования этих закрытых групп практически не ведутся, не анализируются механизмы их работы.

Цель исследования: поиск, описание и психологическое обоснование механизмов работы групп супервизии, обеспечивающих изменение представления консультанта о своей профессиональной ситуации. Объект исследования: группа супервизии для психологов-консультантов, состоящая из 33 человек, 31 женщина и 2 мужчин, в возрасте от 24 до 62, средний возраст — 36 лет. Группа работает в рамках экзистенциального подхода и встречается для проведения сессий раз в месяц.

Методы исследования:

1. Моделирование процесса групповой работы.
2. Наблюдение за группой супервизии с видеозаписью в течение одного календарного года, общая продолжительность — 60 часов видеозаписи.

На основе качественного анализа данных наблюдения и модели группового принятия решений Л.В. Марарицы (2007) мы разработали модель работы группы супервизии с профессиональной ситуацией консультанта, содержащую определенные этапы и соответствующие им групповые динамические роли участников обсуждения (это роли, связанные с этапом и плоскостью работы группы супервизии). По результатам анализа оказалось, что третий этап является самым развернутым и по времени (количеству высказываний), и по количеству групповых динамических ролей. Это доказывает то, что главной целью работы группы супервизии является изменение модели ситуации у консультанта-заказчика. Этап 3 «Построе-

ние модели ситуации». Из-за специфики группы супервизии третий этап можно условно разделить на три части:

1. В первой части 3 этапа супервизор и участники выступают в роли «добытчик информации», а консультант-заказчик в роли «источник информации», фактически консультанту-заказчику задается ряд вопросов, для того чтобы создать общую разделяемую модель ситуации, сформировать общее видение.

2. Во второй части 3 этапа на основе полученной информации строится общая модель ситуации за счет интерпретаций от участников группы и супервизора. Супервизор и участники могут выступать в роли «формулировщик интерпретаций», супервизор также играет специфическую роль: «модератор процесса интерпретирования». Консультант-заказчик выступает в роли «верификатор интерпретаций». Следует отметить также, что из-за двойственного положения консультанта-заказчика (он одновременно является и заказчиком, и участником дискуссии) он может и сам выступать в роли «формулировщик интерпретаций».

3. Третья часть 3 этапа состоит в работе группы с сопротивлением консультанта-заказчика. Одна из специфических функций группы супервизии — работа с сопротивлением консультанта-заказчика. Это связано с тем, что проблемным элементом ситуации может быть сам консультант, когда основной проблемой является не сложность случая и клиента, а то, что консультант видит и понимает ситуацию не такой, какой она является на самом деле.

Данное поведение было выделено в отдельную групповую динамическую роль — роль «сопротивляющийся», и т. к. процесс работы группы изменяется в тот момент, когда возникает эта роль, были также выделены роли участников — «борец с сопротивлением» и супервизора «терапевт». На примере данной конкретной группы мы смогли доказать эффективность групповой супервизии как средства обучения и помощи консультантам в их профессиональной деятельности. Была смоделирована структура работы группы супервизии с консультантом, выделены основные механизмы трансформации видения профессиональной ситуации: смена групповых динамических ролей участников обсуждения в процессе работы группы, двойственное положение консультанта-заказчика, который одновременно находится и «внутри» группы, как ее непосредственный участник, и «вне» группы, как носитель проблемной ситуации.



*Васильева Н.М.  
Петраш М.Д.*

## **Роль групповых норм в формировании самосохранительного поведения молодых врачей**

В обыденном сознании общества бытует мнение, что состояние здоровья у врачей лучше, чем у других людей. Однако на практике врачи стоят перед серьезной проблемой сохранения своего здоровья: кроме воздействия неблагоприятных производственных факторов (вредных условий труда) медики сталкиваются с высокими психологическими, эмоциональными, физическими и интеллектуальными нагрузками. Многие ученые, занимающиеся данной проблематикой, указывают на проблему эмоционального выгорания (Бодров В.А., 2001; Цветкова Л.А., 1994; Лигер Л.А., 1997; Corbin J.M., 2003), неудовлетворенность условиями труда (Кайбышев В.Т., 2003, 2004; Доника А.Д.; Pender N.J., 2006), а также повышенный уровень профессионального травматизма (Калинина З.П., 2010; Glanz K., 2006; Kumakech E., 2001). Что же влияет на самосохранительную направленность профессионалов, которые, по идее, должны сохранять здоровье других? В 2010–2012 годах, в рамках работы над магистерской диссертацией «Социально-психологические детерминанты самосохранительного поведения медицинского персонала на начальных этапах профессиональной деятельности», нами было проведено исследование, задачами которого являлись изучение факторов профессиональной среды медицинского персонала на начальных этапах профессиональной деятельности, анализ соблюдения правил безопасности медицинским персоналом и изучение причин отказа от их использования, определение социальных и психологических характеристик, способствующих самосохранительному поведению в профессиональной роли медперсонала, а также рассмотрение социально-психологических детерминант самосохранительного поведения молодых медицинских сотрудников. В исследовании принимали участие молодые врачи, интерны, ординаторы и уже работающие по специальности студенты медицинских вузов ( $n = 90$ ), привлеченные методом «снежного кома».

Нами были использованы как количественные методы (1 — опросник для оценки частоты травм и социально-психологических особенностей; 2 — опросник для оценки отношения к собственному здоровью и мотивации к самосохранительному поведению; 3 — фрайбургский личностный опросник; 4 — диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой); 5 — опросник «Стиль

саморегуляции поведения — ССПМ 98» (В.М. Моросанова, Р.Р.Сагиев); 6 — методика для определения значимых экзистенциальных проблем (Заманаева), так и качественные методы исследования, а именно, глубинное интервью.

В результате исследования нам удалось выявить социо-психологические детерминанты самосохранительного поведения рассматриваемой категории, которыми являются эмоциональная устойчивость, способность к саморегуляции, осознание ценности своего здоровья, наличие сформированных жизненных ценностей и коммуникативные компетенции, а также факторы, негативно отражающиеся на здоровье молодых врачей: отсутствие поддержки коллектива, личностные характеристики и чрезмерная профессиональная включенность, граничащая с трудоголизмом. Однако особое внимание привлекает то, что одним из ключевых факторов самосохранительного поведения являются неформальные групповые нормы. Оказалось, что неформальные групповые нормы влияют практически на все аспекты профессиональной деятельности молодых профессионалов, начиная с соблюдения техники безопасности, заканчивая отношением к курению. В качестве особенностей сообщества молодых медицинских сотрудников можно выделить:

- 1) тесные связи внутри профессионального сообщества,
- 2) доступность информации о членах данного сообщества,
- 3) социальная неодобряемость щепетильного отношения к своему здоровью.

Данное исследование позволяет утверждать, что направленность на самосохранительное поведение, кроме вышеперечисленных факторов, формируется под воздействием неформальных групповых норм, а именно: необходимость «прикрывать своих коллег в случае их ошибок или недоработок», монохромность сознания, выражающаяся в идее «если я сделал ошибку, всегда в этом виноват я сам», а также наличие общих проблем со здоровым образом жизни (курение, недостаточное количество сна, ненормированная работа, нерациональное питание), которое делает «нездоровое» поведение нормальным и приемлемым в данной группе.

*Гранская Ю.В.  
Басхамджиева А.Н.*

## **Гендерные особенности распознавания базовых эмоций по выражению лица**

Проблема изучения распознавания эмоций по выражению лица была и остается актуальной. Для успешного, эффективного взаимодействия людей необходимо понимать невербальное поведение другого человека, в частности, уметь распознавать выражение эмоций по лицевой экспрессии. Кроме того, понимание эмоций другого человека является важным для профессий типа «человек — человек», таких как психолог, врач, учитель, дипломат, менеджер, актер и др. Нами было проведено исследование, цель которого заключалась в выявлении гендерных особенностей распознавания базовых эмоций по выражению лица. В эксперименте принимали участие студенты факультета психологии СПбГУ, обучающиеся по программам бакалавриата, специалитета и второго высшего образования. Количество испытуемых составило 90 человек, из них — 45 мужчин и 45 женщин, в возрасте от 17 до 52 лет. Средний возраст и мужчин, и женщин — 24,8 лет. В задачу испытуемых входило распознать предъявляемые на слайдах базовые эмоции, оценить по 9-балльной шкале интенсивность и искренность их выражения, а также оценить, какое впечатление производит человек, выражающий эмоцию, по интеллекту. Испытуемым в случайном порядке предъявлялись 56 фотографий базовых эмоций, которые выражались мужчинами и женщинами европеоидной и азиатской расы. Методика разработана Д. Матсумото и апробирована на российской выборке Ю.В. Гранской. Результаты подтвердили предыдущие исследования: женщины лучше распознавали базовые эмоции, такие как гнев (71,7% у мужчин и 79,7% у женщин), презрение (73,6% у мужчин и 81,9% у женщин), отвращение (69,7% у мужчин и 83,6% у женщин) ( $p < 0,001$ ), грусть (92,8% у мужчин и 96,9% у женщин), страх (78,6% у мужчин и 86,1% у женщин) ( $p < 0,033$ ), удивление (94,4% у мужчин и 96,4% у женщин), и, соответственно, женщины значительно успешнее мужчин оказались в общем показателе распознавания (82,9% у мужчин и 89,1% у женщин) ( $p < 0,001$ ). В нашем исследовании мужчины лучше распознавали только эмоцию радости, но разница оказалась статистически незначимой (99,2% у мужчин и 98,6% у женщин). Анализ ошибочных выборов (неправильного распознавания эмоций) мужчинами и женщинами показал, что чаще всего и мужчины, и женщины путали эмоцию гнева и отвращения с презрением, презрение с радостью, страх

с удивлением. Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами обнаружались и в оценке интенсивности эмоций. По сравнению с мужчинами женщины ставили выше оценки по интенсивности для всех базовых эмоций, особенно эмоций страха ( $p < 0,016$ ), грусти ( $p < 0,012$ ), а также выше оценивали интенсивность эмоций, проявляемыми женщинами ( $p < 0,005$ ), европейцами ( $p < 0,037$ ) и азиатами ( $p < 0,024$ ). При оценке искренности не выявилось значимых различий между мужчинами и женщинами, т. к. все эмоции получили оценки по искренности выше средних значений; самыми искренними как для мужчин, так и для женщин оказались эмоции страха, грусти и радости. В нашем эксперименте выявилась интересная тенденция: и мужчины, и женщины выше по искренности оценивали эмоции, изображаемые женщинами. Таким образом, оказалось, что наши испытуемые доверяли больше эмоциям, которые выражали женщины, нежели мужчины. По сравнению с мужчинами женщины поставили выше баллы по интеллекту людям, выражающим эмоцию страха ( $p < 0,002$ ), грусти ( $p < 0,015$ ), отвращения ( $p < 0,031$ ) и радости ( $p < 0,01$ ). Кроме того, женщины проявили предвзятость при оценке интеллекта: они поставили значимо выше оценки по интеллекту женщинам ( $p < 0,003$ ) и европейцам ( $p < 0,003$ ), в то время как мужчины не проявили гендерных и расовых стереотипов. Таким образом, исследование показало, что существуют особенности в распознавании базовых эмоций по выражению лица мужчинами и женщинами. Женщины успешнее владеют каналом невербальной коммуникации, успешнее распознают базовые эмоциональные выражения и чувствительнее к интенсивности проявления эмоций. Однако женщины переоценили свои возможности и проявили предубеждения при оценке интеллекта, в то время как мужчины оказались более объективными.

*Гурвич И.Н.*

## **Распространенность различных форм поведения «риска» среди подростков**

Проблема распространенности различных форм поведения «риска» среди подростков вызывает неоднозначную интерпретацию как педагогов, так и сотрудников различных ведомств, в чьи задачи входит борьба с негативными проявлениями подростковой девиантности. Благодаря сво-

ей высокой латентности, подростковая девиантность представляет собой обширное поле для околонаучных и псевдополитических спекуляций, религиозно-морализаторских тенденций при рассмотрении проблем здоровья подростков. Неоднократно демонстрировалась здесь недостоверность государственной статистики. В СМИ весьма заметно присутствие т. н. «эффекта Винни-Пуха»: чем больше о каком-либо явлении говорят, тем более распространенным оно представляется. Некоторые новые возможности открывает подход с позиций социального конструктивизма/конструкционизма (К. Джерджен), где подростковая девиантность есть конструкт, формирующийся в профессиональных группах в процессе коммуникации. Отсюда следует, что разделяемые группой характеристики данного конструкта и будут определять его распространенность. Другими словами, нет никаких «объективных» признаков какого-либо конструкта, а есть лишь характеристики разделяемого группой дискурса. Несмотря на весьма ограниченные, как нам представляется, эвристические возможности данного подхода в социальной психологии здоровья, представляется интересной проверка некоторых гипотез. В исследовании № НИР 8.39.1064.2012, выполненном на факультете психологии СПбГУ осенью 2012 года, проверялась гипотеза о том, что различия в дискурсах профессиональных групп, для которых работа с девиантными подростками является целевой деятельностью, приведет к различиям в оценках распространенности отдельных видов девиантного поведения подростков. Выборка состояла из 64 человек — классных руководителей, школьных психологов и социальных педагогов общеобразовательных школ Колпинского района Санкт-Петербурга; средний возраст составил 41 год ( $\delta = 11,4$ ). Для генерирования оценок использована псевдоинтервальная симметричная процентная шкала с неравным размером интервалов (менее 1%, 1–4%, 5–14%, 15–44%, 45–74%, 75–94%, 95–100%). Рассчитывались  $Me$  (медиана) и  $Q_2$  (полуинтерквартильный размах). Результаты исследования показали, что гетеросексуальные половые связи с постоянным партнером отмечают несколько менее 1/7 классных руководителей, но уже около половины школьных психологов и социальных педагогов. Гомосексуальные половые связи, гетеросексуальные половые связи с часто меняющимися партнерами и неупорядоченные половые связи оцениваются всеми как очень редкое явление (менее 1%), но разброс оценок школьных психологов и социальных педагогов почти в 4 раза выше, чем классных руководителей. Табакокурение в классах отмечают до 1/7 классных руководителей и до 3/4 школьных психологов и социальных педагогов. При этом разброс оценок среди школьных психологов и социальных педагогов значительно выше, чем среди классных руководи-

телей. Употребление пива и слабоалкогольных коктейлей оценивается представителями обеих групп фактически так же, как табакокурение, за исключением меньшего разброса оценок классных руководителей употребления учащимися слабоалкогольных коктейлей. Употребление т. н. «легких» наркотиков (например марихуаны) считают распространенными на уровне школы до 1/7 школьных психологов и социальных педагогов, а на уровне классов — лишь менее 1/100 классных руководителей. Здесь разброс оценок школьных психологов и социальных педагогов в 4 раза выше, чем классных руководителей. Употребление т. н. «тяжелых» наркотиков (например героина, кокаина) по оценкам классных руководителей не превышает 1/100, по оценкам школьных психологов и социальных педагогов — чуть менее 1/25. Разброс оценок в обеих группах минимальный. В отношении низкой академической успеваемости оценки (до ¼ учащихся) и их разброс в обеих группах совпадают. Обобщение полученных результатов позволило сформулировать следующий основной вывод. Школьные психологи и социальные педагоги склонны значительно выше оценивать по сравнению с классными руководителями распространенность среди школьников подросткового возраста различных видов девиантного поведения, приводящего к расстройству физического и психического здоровья. С позиций социального конструктивизма это свидетельствует о различиях в конструировании девиантности в этих близких по содержанию труда профессиональных группах (учебно-воспитательного персонала).

*Ерицын К.Ю.  
Антонова Н.А.*

### **Поиск сексуального партнера посредством сети Интернет: гендерная специфика**

В настоящее время использование Интернета в значительной степени опосредует практически все социальные процессы. Пожалуй, чаще всего в российской психологии использование Интернета рассматривается в контексте интернет-зависимости или, в более широком смысле, проблемного использования интернета. Предполагается, что использование Интернета при определенных условиях может результировать в ухудшение психического и физического здоровья и социального функциониро-

вания. Другим распространенным предметом исследований являются особенности использования Интернета как средства коммуникации.

В рамках исследования № 12-36-01378, выполненного при финансовой поддержке РГНФ проекта проведения научных исследований («Психологические аспекты проблемного поведения в сфере интернет-коммуникации студенческой молодежи»), проверялась частная гипотеза о том, что поиск сексуального партнера через Интернет в большей степени характерен для лиц, имеющих признаки интернет-зависимости или предпочтения интернет-коммуникации. Одной из задач исследования являлось уточнение взаимосвязи данной практики с рискованным поведением в сфере здоровья.

В качестве объекта исследования нами была выбрана именно студенческая молодежь, поскольку она является социальной группой, в которой в наибольшей степени распространено использование Интернета, в том числе как средства коммуникации. Осенью 2012 года был осуществлен вторичный анализ данных стандартизованного бланкового опроса студентов, проведенного в 2010 году на базе Санкт-Петербургского государственного университета под руководством Л.А. Цветковой. Респонденты заполняли опросник самостоятельно, без помощи интервьюера. Исследование было полностью анонимным, материалы исследования были одобрены Этическим комитетом СПбГУ. Использовалась ступенчатая выборка: 1) 9 факультетов отобранных, пропорционально профилю; 2) сплошная выборка 1–3 курсов обучения; 3) пропорциональная несистематическая выборка студентов, находившихся в помещениях факультета на день опроса. Общий объем выборки составил 627 человек, в том числе 28 % юношей и 72 % девушек, средний возраст в целом по выборке — 18,8 лет ( $\delta = 2,3$ ).

Вопросник исследования включал в себя 12 содержательных блоков, в том числе социально-демографический, самооценки личностных особенностей, характеристик сексуального и аддиктивного поведения. Характеристики пользования Интернетом изучались с помощью адаптированной Шкалы интернет-поведения Morahan–Martin. Статистическая обработка данных производилась в программе SPSS 13.0 и заключалась в расчете процентных распределений и мер центральной тенденции. Наличие значимой специфики лиц, имеющих опыт нахождения сексуального партнера через Интернет, оценивалось с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона, t-критерия Стьюдента. Данный анализ был проведен на подгруппе студентов — пользователей Интернета, имеющих опыт сексуальных контактов ( $n = 378$ ), отдельно для мужской и женской подвыборок.

Результаты исследования показали, что поиск сексуального партнера через Интернет широко распространен среди студенческой молодежи и свойственен как юношам (21%), так и девушкам (15%) (н. зн.). Среднее число сексуальных партнеров, найденных через Интернет, составляет у юношей 3 (1–20), у девушек — 2 человека (1–10) (н. зн.). Однако изучение особенностей данной подгруппы показало, что у студентов мужского пола не было найдено никаких значимых социально-демографических, психологических и поведенческих коррелят практики нахождения сексуального партнера через Интернет. В то же время для девушек, имеющих такой опыт, по сравнению с девушками, его не имеющих, значимо более характерно наличие симптомов интернет-зависимости (в частности, потеря контроля над использованием Интернета), а также других форм аддиктивного поведения — курения, наркопотребления и алкоголизации с негативными социальными последствиями. Также им более свойственна значимо более низкая самооценка различных личностных качеств, а также более низкая удовлетворенность своей профессиональной и личной жизнью. В обеих группах не было обнаружено взаимосвязи поиска сексуального партнера через Интернет и более рискованного сексуального поведения. Можно предположить, что поиск сексуального партнера через Интернет у юношей детерминирован скорее различными макро-социальными факторами, тогда как у девушек данное поведение тесно связано с различными характеристиками психического здоровья, в частности аддиктивным поведением, самооценкой и неудовлетворенностью социальным функционированием.

*Иванова С.С.*

*Цветкова А.М.*

*Суховская О.А.*

## **Адаптационный потенциал в зависимости от статуса курения**

Табакокурение (ТК) является важной медико-социальной проблемой в связи с широкой распространенностью, влиянием на заболеваемость, инвалидность и смертность населения. Поэтому для снижения распространенности ТК необходимы меры как первичной профилактики, направленные, в основном, на детей и подростков, так и помощь в отказе



от ТК. Важным элементом такой помощи является укрепление и/или повышение мотивации к отказу от курения. С позиций социальной психологии здоровья для выработки научно-обоснованных подходов к инициации отказа от курения взрослого населения необходимо изучение психологических особенностей личности в зависимости от статуса курения.

Цель исследования: изучить адаптационный потенциал в зависимости от статуса курения. Материалы и методы. Были опрошены 152 человека в возрасте от 18 до 80 лет (51 мужчина и 101 женщина) с помощью опросника МЛО «Адаптивность», теста Фагерстрема, анкеты по курению и социальным факторам. Результаты и обсуждение. Исследование показало, что средние значения шкалы «Нервно-психическая устойчивость» (НПУ) составили  $32,45 + 1,29$  у курящих и  $29,44 + 1,84$  баллов у некурящих ( $p > 0,05$ ); «Коммуникативные особенности» (КО) =  $13,75 + 0,49$  и  $13,25 + 0,64$ ; «Моральная нормативность» =  $9,55 + 0,32$  и  $7,98 + 0,37$  ( $p < 0,05$ ) у некурящих; «Адаптационная способность» (АС) =  $55,77 + 1,77$  и  $50,67 + 2,42$ , соответственно. Таким образом, значимых различий по шкалам 3 уровня не выявлено, за исключением МН, значения которой хуже у курящих. В то же время низкие значения (1–3 стень по шкалам) достоверно чаще встречаются среди курящих по сравнению с некурящими: по шкале НПУ — в 60,44 % случаев у курящих и 44,26 % у некурящих; по шкале МН — в 27,47 % и 13,11 % случаев, соответственно; по шкале АС — в 81,32 % и 67,21 %, случаев, соответственно. И, напротив, высокие значения (7–10 стень по шкалам) чаще наблюдались у некурящих: по шкале НПУ — в 5,49 % в группе курящих и 9,84 % в группе некурящих; по шкале КО — в 2,2 % и 4,92 %; по шкале МН — 4,4 % и 13,12 %, соответственно.

Выводы. Исследование показало, что среди курящих чаще встречаются люди с низким уровнем поведенческой регуляции, т. е. для них характерна низкая толерантность к неблагоприятным факторам, при высоких психологических и физических нагрузках возможны нервно-психические срывы; неадекватная оценка себя, а также своего места и роли в коллективе; отсутствует стремление соблюдать общепринятые нормы поведения; процесс адаптации протекает сложно; обладают признаками явных акцентуаций характера и некоторыми признаками психопатий, а психическое состояние можно охарактеризовать как пограничное, что обуславливает необходимость оказания психологической поддержки при отказе от табакокурения.

## **Удовлетворенность близкими отношениями и установка к межличностной зависимости**

По данным статистики, в России 42 % людей признают себя несчастными в личной жизни. В нашей выборке (112 человек) мы получили аналогичный результат. В поисках возможных причин данного явления мы сравнили качество близких отношений у людей с различными установками по отношению к эмоциональной зависимости и с различной степенью межличностной тревоги и избегания близости — основными параметрами, задающими тип привязанности.

У респондентов оценивался тип привязанности в романтических отношениях (с применением адаптированной нами методики «ECR-R» К. Brennan и R.К. Fraley), установка по отношению межличностной зависимости/независимости (генерализованный тип привязанности, методика К. Bartholomew и L. Horowitz), личностные особенности (опросник Р. Кеттелла, методики «СУМО» и «СТАЛЬ» В.Н. Куницыной) и качество близких отношений (при помощи самооценочного профиля актуальных и идеальных отношений с партнером, содержащего 12 характеристик близких отношений, таких как единство ценностей и целей, принятие, взаимопонимание и др., в том числе и степень добровольной зависимости самого респондента и его партнера).

Фактор добровольной зависимости оказался крайне значимым для большинства респондентов независимо от их типа привязанности: прослеживается общая тенденция минимизировать уровни зависимости как собственной, так и партнера. В связи с этим мы решили проследить (соотнеся идеальный профиль с реальным), каким образом люди хотели бы изменить свою собственную зависимость в отношениях и с чем может быть связано такое желание. Значения желаемого изменения собственной добровольной зависимости в конкретных романтических отношениях колеблются от -11 баллов (уменьшить на 11 из возможных 12 пунктов) до +9 (увеличить на 9 пунктов). 40 % респондентов устраивает уровень своей зависимости (в среднем по данной группе он составляет  $8,3 \pm 3,5$  баллов). 38,4 % хотят его уменьшить (средние значения актуального уровня зависимости также  $8,3 \pm 2,4$  баллов), остальные 21,4 % стремятся ее уменьшить (среднее значение  $7,2 \pm 2,3$  баллов). При сравнении процентного соотношения мужчин и женщин в каждой категории испытуемых было выявлено, что мужчины в целом довольны уровнем собственной зависимости от партнерши ( $p = 0,008$ ); а среди тех, кто стремится

его снизить, преобладают женщины ( $p < 0,018$ ). Таким образом, переживание собственной зависимости носит комфортный характер у мужчин и дискомфортный — у женщин. Анализ различий средних тенденций в выделенных трех группах испытуемых позволяет говорить о том, что удовлетворенности уровнем собственной зависимости сопутствует более высокая удовлетворенность и другими аспектами отношений, такими как взаимопринятие партнеров, легкость взаимодействия, поддержка партнерами друг друга, стабильность и предсказуемость отношений (различия значимы на уровне  $p < 0,05$ ). Двум другим группам — как тем, кто желает уменьшить свою зависимость, так и тем, кто хочет ее увеличить, свойственна меньшая удовлетворенность данными характеристиками отношений. Спецификой людей, стремящихся увеличить собственную зависимость, является то, что ниже всего они оценивают существующую взаимную поддержку. Поддержка, по всей видимости, является их основной — и при этом нереализованной — потребностью. Такие люди склонны ожидать большей зависимости и от своего партнера. Их характеризует ряд личностных особенностей — боязнь отвержения, пессимистичность, склонность легко сдаваться, столкнувшись с трудностями, пронизательность и расчетливость. У них ниже коммуникативно-личностный потенциал и развитость навыков неформального общения. Вероятно, именно нехватка собственного потенциала заставляет их искать более «сильного и мудрого». Тех, кто стремится снизить свою зависимость, отличает избегание близости, высокая сознательность, погруженность в себя и прямолинейность. Им необходимо, чтобы зависимость от них партнера также была невысокой. Предположительно, это желание обусловлено стремлением ослабить давление гиперответственности за других. Люди данной категории ниже оценивают такие важные стороны отношений, как принятие, легкость, стабильность. Ниже всего ими оценивается предсказуемость отношений, что обусловлено их стремлением к контролю над происходящим. Таким образом, наибольшая удовлетворенность уровнем собственной зависимости (при этом достаточно высоким) связана с большей удовлетворенностью и другими сторонами романтических отношений.

## **Специфика влияния дополнительного образования на подростковую агрессивность**

Целью настоящей работы было: изучить влияние занятий в учреждениях дополнительного образования на форму и выраженность агрессивного поведения подростков.

В лонгитюдном исследовании приняли участие 159 подростков в возрасте 11–14 лет, из них: учащиеся, занимающиеся музыкой (МШ), бальными танцами (БТ), борьбой (Б), футболом (Ф), и школьники, не использующие возможности дополнительного образования (НН). Были использованы следующие методики: «Методика диагностики показателей и форм агрессии» А. Басса и А. Дарки, «Hand-тест», «Методика изучения фрустрационных реакций» С. Розенцвейга. Также проводилось анкетирование преподавателей.

На начальном этапе исследования значимых различий между подростками, приступившими к занятиям музыкой, бальными танцами, борьбой, футболом, и школьниками, не использующими возможностей дополнительного образования, не было выявлено ( $p > 0,1$ ). Через 2 года обучения установили: учащиеся, занимающиеся в учреждениях дополнительного образования, активнее усваивают новые формы поведения, и в первую очередь социально приемлемые. В их реакциях на фрустрацию происходят заметные изменения: явно прослеживается тенденция на усиление собственного «Я», стрессоустойчивости ( $p \leq 0,01$ ); они чаще анализируют возникшую ситуацию, задумываются о возможных последствиях (в группах «БТ», «Б» и «Ф» при  $p < 0,01$ , а в группе «МШ» при  $p < 0,05$ ); за исключением подростков-футболистов: у них сильнее выражается стремление к конструктивному разрешению проблем (если при первичном обследовании во всех группах доминировали реакции «с фиксацией на самозащите» при  $p \leq 0,005$ , то через 2 года у «МШ», «БТ» и «Б» заметно растет доля реакций «с фиксацией на разрешении ситуации», так что теперь реакции E-D и N-P доминируют в равной степени в группах «МШ» и «Б» при  $p > 0,1$ , а в группе «БТ» N-P  $>$  E-D и O-D при  $p < 0,05$ ). У школьников, не использующих возможности дополнительного образования, подобной картины мы не наблюдаем. Среди учащихся, занимающихся в учреждениях дополнительного образования, реже встречаются чрезмерно обидчивые («МШ» — 12,5 %, «БТ» — 6,25 %, «Б» — 13 %, «Ф» — 3 %), подозрительные («МШ» — 18,75 %, «БТ» — 22 %, «Б» — 17 %, «Ф» — 12,5 %) и враждебные («МШ» — 12,5 %, «БТ» — 25 %, «Б» — 17 %, «Ф» — 12,5 %).

«Б» — 20 %, «Ф» — 9 %) лица. У школьников, не использующих его возможностей, цифры выше: по «обиде» — 24 %, «подозрительности» — 30 %, «враждебности» — 33 %. По данным преподавателей, подростки, обучающиеся в учреждениях дополнительного образования 2 года, в своем большинстве не склонны к частым нарушениям поведения («МШ» — 81 %, «БТ» — 91 %, «Б» — 90 %, «Ф» — 94 %) и агрессивным проявлениям («МШ» — 72 %, «БТ» — 63 %, «Б» и «Ф» — 70 %). В отличие от других выборок, где цифры практически не меняются, в группе «НН» резко увеличилось число часто нарушающих дисциплину (до 45 %) и агрессивны себя ведущих (до 73 %). При первичном обследовании школьники, не использующие возможности дополнительного образования, этими чертами не выделялись, а группы в целом были схожи. Эту динамику можно объяснить, с одной стороны: подобным образом подростки пытаются заявить о себе, показать свою «крутость» — это своеобразное их самоутверждение. Из-за бедности интересов у них меньше возможностей проявить себя в общественно полезной и значимой деятельности. С другой стороны: чем дольше ребенок находится в таком положении (в состоянии неудовлетворения своих потребностей в признании, одобрении и принятии), тем сильнее и чаще проявляются негативные тенденции в поведении (Левин К., 1960), которые со временем закрепляются (Платонова Н.М., 2006; Фурманов И.А., 2007; Scarr S., Phillips D., McCartney K., 1990). Устойчивость подобных форм поведения определяется и тем, что проблемный подросток часто входит в группу таких же молодых людей, где он находит подкрепление своим поступкам, воспринимает новые отрицательные качества (Cairns R.B., Cairns B.D., Neckerman H.J., Gest S.D., Gariery J.-L., 1988).

Итак, учреждения дополнительного образования, по отношению к агрессии и другим отрицательным проявлениям в поведении, способны выполнять свои профилактическую и коррекционную функции. Подростки, не использующие его возможности, представляют собой группу повышенного риска, которым, с целью предотвращения чрезмерного проявления и роста агрессивности, необходима помощь со стороны специалистов, родителей в организации досуга, в выборе занятия, благоприятно влияющего на развитие личности, отдельных ее качеств и черт.

## Ценностные ориентации как фактор субъективного благополучия личности

Целью исследования выступило влияние доминант в сфере ценностных ориентаций личности, их консонансных или диссонансных отношений, на переживание субъективного благополучия. Использована часть результатов недавнего эмпирического исследования образа жизни россиян, проведенного на достаточно представительной выборке. В данном докладе для обсуждения взята часть эмпирического массива, а именно, в качестве объекта исследования — результаты анкетного опроса 982 респондентов первой взрослости, т. е. в возрасте от 18 до 35 лет.

Описание эмпирического исследования. Респондентов просили выбрать в списке ценностей те, которые они считают важнейшими (не более 3–4 пунктов). Список включал следующие ценности: справедливость, деньги, здоровье, семья, вера, интересная работа, друзья. Респондентам был также предложен перечень потребностей (17 позиций), каждую из которых необходимо было оценить (по пятибалльной шкале), насколько она важна. Далее из всей выборки были выделены две подвыборки респондентов, различающихся своим отношением к справедливости и деньгам как ценностям. В первую ( $n = 253$  человека, 25,8% респондентов) вошли признающие ценностью справедливость и не признающие ценностью деньги, во вторую ( $n = 340$  человек, 34,6% респондентов) — не признающие ценностью справедливость и признающие ценностью деньги. И справедливость, и деньги признали ценностью 264 человека (26,9%).

Результаты исследования. Данные и сравнение суммарных баллов трех групп потребностей (всего в этом перечне 17 позиций) показали, что для людей, в большей степени ориентированных на справедливость, особенно важны потребности в личностном и профессиональном развитии, а также потребности, которые в первом приближении можно объединить названием «социальные и духовные». На первый взгляд, рассматривать людей, признающих деньги важной ценностью и не принимающих ценности справедливости, как людей с эгоцентрической позицией, было бы излишне резко. Другими названиями, возможно более точными, были бы — «прагматики», «материалисты» или «рационалисты». Однако если учесть другие характеристики этой группы, то оснований для смягчения не находится. Ориентированные на деньги в меньшей степени удовлетворены общением с близкими людьми, и в первую очередь (различия

еще сильнее) отношениями с супругом. Ответы на другие пункты анкеты показывают, что в этой группе люди для восстановления душевного равновесия реже используют общение с детьми или взрослыми и чтение книг, но чаще обращаются к лекарственным средствам, алкогольным напиткам, телевизору, кино или видео. Судя по ответам на вопросы, касающиеся экономии денежных средств, в одной и другой группе не много людей вполне обеспеченных. Больше половины и тех, и других экономят на развлечениях, около половины — на отдыхе, покупках одежды, бытовой техники и предметов для дома. Несколько больше, но статистически не значим, суммарный балл экономии в группе людей, ориентированных на деньги. Но нет оснований для вывода, что многое объясняется просто тем, что в эту группу попали люди, мало зарабатывающие. В ней не только чаще употребляют алкогольные напитки, но и меньше сокращают затраты на развлечения и отдых. В семьях этой группы значимо меньше детей. Кроме того, в данной группе хуже характеристики доминирующего настроения — ниже уровень настроения, меньше активности и оптимистичности, устойчивости эмоционального тона, не столь положителен образ самого себя, чем у людей из другой группы.

Обсуждение. Сравнение подвыборок позволило выявить ряд различий в социально-психологических портретах двух групп россиян. За ценностной ориентацией на деньги стоит определенная позиция и жизненный стиль, в котором проступают не только черты эгоцентризма, произвольной (не вынужденной!) дистанцированности от общественного окружения. Эгоцентрическая направленность характеризуется значимо меньшей гармонией личности, что проявилось, в частности, в менее благоприятном настрое, доминирующем настроении. Духовное пространство — это то, что выступает базисом духовного потенциала, остоном его формирования, это возвышенные идеи, принципы, символы, носители и воплощатели высших идей и смыслов. Другая составляющая духовного пространства — отношения с соучастниками событий духовной жизни, с теми, на кого направлены духовные устремления, кому открыта любовь, кто представляет собой объект заботы. Благородство намерений, желаний, помыслов, поступков не менее важны для анализа субъективного благополучия, понимания духовного и душевного здоровья личности.

*Куликов Н.В.  
Юзвук Е.Ю.  
Иванова С.С.*

## **Психологические особенности курящих студентов медицинских вузов**

Курение является ведущим фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний, однако, несмотря на это, около миллиарда людей в мире продолжают курить. Причина этому — формирование табачной зависимости, которая возникает при регулярном курении. В поддержании табачной (никотиновой) зависимости играют роль как взаимодействие никотина с ацетилхолиновыми рецепторами, так и психологические особенности курильщика и формирование ассоциированного с курением поведения.

Цель исследования — проанализировать особенности адаптационного потенциала и мотивации к отказу от курения курящих студентов медицинских вузов. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 73 человека в возрасте от 18 до 29 лет (18 мужчин и 55 женщин), из них 34 курящих и 39 некурящих студентов. Студентов анкетировали по тесту Фагерстрома для определения степени никотиновой зависимости (НЗ), мотивации к отказу от курения (МОК) и МЛО «Адаптивность». Результаты и обсуждение. Исследование показало, что средние значения шкалы «Нервно-психическая устойчивость» (НПУ) составили 33,59 + 10,78 у курящих и 32,41 + 14,67 баллов у некурящих; «Коммуникативные особенности» (КО) — 14,35 + 4,24 и 13,92 + 4,90; «Моральная нормативность» (МН) — 10,03 + 3,12 и 7,95 + 3,10. Снижение адаптационного потенциала наблюдалось в 63,1 % случаев, и в среднем по группе значения адаптивного потенциала были равны (АС) 58,03 + 14,25 и 54,28 + 18,68, соответственно. У курящих студентов даже при стаже курения менее 5 лет низкие значения НПУ выявлялись в 1,3 раза, МН — в 1,5 раза чаще, чем у некурящих студентов, что свидетельствует о низкой толерантности к неблагоприятным факторам окружающей среды и сниженной работоспособности. Достоверных различий по определяемым показателям в зависимости от числа выкуриваемых в день сигарет выявлено не было. В то же время имелась тенденция к ухудшению уровня адаптивных способностей с увеличением степени никотиновой зависимости. С увеличением продолжительности табакокурения адаптивный потенциал снижался ( $p < 0,05$ ): 64,4 + 4,1 и 56,1 + 5,0 баллов, соответственно. Это свидетельствует о большей эмоциональной лабильности, меньшей стрессоус-



тойчивости и склонности к нервно-психическим срывам у курящих с увеличением продолжительности курения и степени никотиновой зависимости, что необходимо учитывать при оказании медицинской помощи в отказе от потребления табака. Большинство курящих студентов хотели отказаться от курения (95,8 %), однако на момент исследования высокая степень МОК (т. е. готовность отказаться в настоящий момент) определялась у 34,1 % респондентов. Ведущими факторами отказа от курения являлись: забота о сохранении здоровья или его ухудшение.

Выводы. Исследование показало, что для курящих молодых людей характерен низкий уровень поведенческой регуляции, соответственно, при психологических и физических нагрузках у них могут произойти нервно-психические срывы, они не всегда могут адекватно оценивать себя, возможно негативное отношение к требованиям непосредственного социального окружения. С позиций социальной психологии здоровья необходимо проводить психологическую поддержку при отказе от курения.

*Махаматова А.Ф.*

*Цветкова Л.А.*

## **Раскрытие ВИЧ-статуса как фактор приверженности лечению**

Раскрытие ВИЧ-статуса является наиболее сложной психологической проблемой, с которой сталкиваются люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), в связи с тем, что последствия для человека могут быть весьма серьезные, а предсказать их заранее достаточно сложно. Следствия раскрытия конфиденциальной информации такого характера могут быть для ЛЖВ как позитивными, так и негативными. В первую очередь, речь здесь идет о доступе к медицинской и социальной помощи, которую невозможно получить без сообщения специалистам информации о наличии инфекции. Раскрытие ВИЧ-статуса может быть также первым шагом для получения социальной поддержки, которая в свою очередь может способствовать повышению приверженности к лечению. Очевидно, что эта поддержка исходит от тех, кто уже знает о заболевании от самого пациента или вследствие незаконного раскрытия конфиденциальной медицинской информации. Положительным исходом раскрытия ста-

туса ВИЧ-негативному половому партнеру можно считать увеличение частоты использования презерватива в дискордантных парах и, таким образом, предотвращение передачи ВИЧ-инфекции. Однако нельзя забывать о том, что раскрытие статуса несет для человека определенные риски. Человек, раскрывший свой ВИЧ-статус, может столкнуться со стигматизацией, подвергнуться дискриминации, ostrакизму, ему может быть нанесен физический вред. Так, мета-анализ исследований, который провели Medley и коллеги (2004), показал, что 3,5–14,6 % ВИЧ-позитивных пациентов столкнулись с насилием со стороны партнеров, которым они раскрыли свой ВИЧ-статус. На данный момент в зарубежной и отечественной психологии существует очень ограниченное число моделей, которые способны ответить на вопрос, когда раскрытие ВИЧ-статуса приводит к повышению приверженности. Зарубежными авторами отмечается, что большинство моделей скорее сфокусированы на выявлении факторов раскрытия ВИЧ-статуса, чем на его последствиях (Chaudoir S. R., Fisher J.D., Simoni J.M., 2011). В марте-мае 2013 года нами было опрошено 100 ВИЧ-позитивных пациентов Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Данные собирались посредством проведения структурированного интервью лицом к лицу. Интервью длилось около 45 минут. Примерно половина (58 человек) принимали антиретровирусную терапию (АРТ) не менее 6 месяцев. Лишь 14 % из пациентов на терапии сообщили о том, что приняли не более 95 % препаратов за последние полгода, 81 % опрошенных приняли более 95 % антиретровирусных препаратов за тот же период, 5 % респондентов затруднились ответить. Все пациенты на терапии, за исключением одного респондента, раскрыли статус хотя бы одному человеку. Приверженность к терапии за последние 6 месяцев (по самоотчету) была обратно связана с числом родственников ( $r = -0,322$ ,  $p < 0,05$ ) и друзей ( $r = -0,393$ ,  $p < 0,01$ ), которым респонденты раскрыли ВИЧ-статус. Более приверженные пациенты (принимающие более 95 % АРВ-препаратов) в среднем имели большую социальную поддержку от семьи ( $p < 0,001$ ) и значимых других ( $p < 0,05$ ). Нами не были найдены различия в среднем по уровню самостигматизации, по глубине отношений с врачом-инфекционистом, по удовлетворенности услугами СПИД-центра в целом, по уровню социальной поддержки друзей в связи с приверженностью к лечению. Социальная поддержка — это один из факторов, модулирующих влияние раскрытия ВИЧ-статуса на приверженность (Chaudoir S.R., Fisher J.D., Simoni J.M., 2011). Возможно, что более приверженные пациенты получают социальную поддержку от тех, кто не знает об их диа-

гнозе, или от очень небольшого количества значимых других (супругов, родителей и пр.). Вероятно также, что пациенты завышают показатели приверженности к лечению с целью представить себя в преимущественно выгодном свете. В дальнейшем нами планируется уточнение данных о приверженности по самоотчетам с помощью сопоставления с показателями вирусной нагрузки и CD4 лимфоцитов по результатам анализа медицинских записей. Работа выполнена при финансовой поддержке Интернационального Центра Фогарти (Национальные Институты Здоровья США), грант № 2D43TW001028-11A1.

*Мусийчук М.В.*

*Мусийчук С.В.*

## **Механизмы юмора как средство оптимизации психического здоровья**

Юмор является одним из существенных оснований для личностно-экзистенциального и общественного самоопределения в ситуации ценностно-нормативной неопределенности, переходя из онтологической культурной плоскости в прагматическую. О значимости проблем, которые могут быть оптимизированы с помощью юмора, свидетельствуют ежегодные конференции Международного общества по изучению юмора (International Society for Humor Studies — ISHS). Успешно изучает проблемы влияния юмора на здоровье человека Ассоциация практического и терапевтического юмора (Association for Applied and Therapeutic Humor — ААТН). Нами выделяются когнитивно-аффективные механизмы юмора: коммуникативный механизм, как интенционально-мотивированная контаминация (изменения смысла в результате скрещивания различных слов или выражений, близких по звучанию, построению, значению); креативный механизм юмора, порождающий в процессе восприятия текста изменение смысла (порождение нового смысла) основанного на компоновке текста, с высокой степенью контраста (диалектической двойственности) и имплицитности, опосредованного обращением к собственным творческим способностям личности; гелозоический (греч. «смех») механизм юмора — реализующийся на основе изменения модально-оценочной направленности личности, опосредованной тождеством противоположностей в игровом контексте юмора, что приводит к опти-

мизации психофизиологического состояния; аксиологический механизм юмора, в индивидуальном и общественном сознании обусловленный нерасторжимостью знаковости и социальности в юморе, и проявляется в сконцентрированных тенденциях, определяющих собой направление необходимого изменения мира, через латентную организацию, на основе юмористических фрагментов произведений мировой художественной литературы и фольклора, выражающих отношение народа к событию, явлению, факту, как наиболее широкий и глубокий способ установления связи между внешним миром и субъективным опытом человека. Здоровье психическое (*mental health*) понимается как состояние психики, обеспечивающее гармоничное, успешное, устойчивое, гибкое функционирование в трудных ситуациях. О благотворном влиянии на душу и тело, выраженном в терапевтической функции юмора, упоминали многие врачи древности. Среди них следует выделить Гиппократ, Геродика, Галена. Высшее благо, по Демокриту, состоит в покое и веселии души. В трактате «Об ораторе» Цицерон говорит: «*Autem est et vehementer saepe utelis iocuset facetiae*» (Приятны, также и очень полезны шутка и остроумие). «Смеясь, душа становится врачом тела, приводя в равновесие жизненные силы в теле, являясь источником удовольствий», — прозорливо замечает И. Кант. По удачному выражению В. Миклушевца, «смехом плоть напоминает духу о том, что человек — не только дух, но и плоть». Исследования, проведенные N. Couins относительно прямого биохимического воздействия юмора на общее состояние организма, показывают, что юмор стимулирует выделение эндорфинов — собственных морфинов организма. Целесообразно проследить взаимосвязь механизмов юмора как оснований компонентов психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения в качестве критериев психического здоровья рассматривает следующие: а) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я», реализуется на основе аксиологического и коммуникативного механизмов юмора; б) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях, реализуется на основе гелозоического и коммуникативного механизмов юмора; в) критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам, реализуется на основе креативного механизма юмора; г) соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям, реализуется на основе коммуникативного, аксиологического механизмов юмора; д) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами, реализуется на основе коммуникативного и аксиологического

механизмов юмора; е) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это на основе креативного и гелозоического механизмов юмора; ж) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств, реализуется на основе коммуникативного, креативного, гелозоического и аксиологического механизмов юмора. Когнитивно-эффективные механизмы юмора могут быть рассмотрены как основание эффективного средства оптимизации психического здоровья личности.

*Недошивина М.А.*

*Свенцицкий А.Л.*

## **Особенности представлений студентов о героизме и альтруизме**

Исходя из определения здоровья, данного Всемирной Организацией Здравоохранения, и рассматривая его как источник благополучной повседневной жизни, нельзя не признать огромной роли социальной поддержки в формировании сферы здоровья личности. Один из пионеров исследования социальной поддержки S. Cobb (1976) определял ее в американском журнале «Психосоматическая медицина» как «информацию, вселяющую в индивида уверенность в том, что он небезразличен, что его ценят, любят, а также, что он включен в систему коммуникации и взаимных обязательств». Аналогичные взгляды разделяются и отечественными представителями медицинской науки (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2012). Данные многочисленных социально-психологических исследований говорят о том, что просоциальное поведение служит нескольким целям, в том числе улучшению нашего собственного эмоционального состояния или, в более широком смысле — психического благополучия (Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R., 2002). В известной мере сказанное можно отнести к изучаемым нами представлениям о различных сторонах просоциального поведения, таких как альтруизм и героизм, которые, по-видимому, должны находить разное проявление в различном социокультурном и этническом контексте. На первом этапе нашего исследования применялся метод нестандартизированного интервью с последующим контент-анализом содержания ответов и статистической обработкой по каждой из полученных категорий. Численность выборки

составила 50 лиц обоих полов, студентов факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. На втором этапе была использована разработанная нами на основе контент-анализа анкета, позволяющая выявить характер представлений о героизме и альтруизме. Здесь изучаемую выборку составили студенты высших учебных заведений Санкт-Петербурга и Университета Гронингена, Нидерланды, этнические голландцы. Выборка включала в себя 60 лиц обоих полов, в том числе, 28 голландских студентов и 32 российских студента, в возрасте от 18 до 26 лет. При статистической обработке данных использовались критерии Хи-квадрат Пирсона с поправкой на непрерывность и точный критерий Фишера. Обнаружена значимая взаимосвязь между полом респондентов и их склонностью расценивать героические поступки как результат личностных диспозиций, нежели влияния ситуации ( $p = 0,037$  при  $\alpha = 0,05$ ). По данным опроса, 32 % девушек против 8 % юношей. При этом 92 % юношей и 68 % девушек полагают, что совершали альтруистические поступки. Обнаружены также значимые различия между представлениями российских и голландских студентов о социальном героизме и альтруизме. По мнению респондентов, неотъемлемым критерием героического поступка является принесение в жертву собственных интересов, ресурсов, здоровья и даже жизни для помощи, спасения и благополучия других людей. Эти критерии были представлены в ответах респондентов обеих этнических групп, однако термины «война», «подвиг» и «мужество» встречались у российских студентов с большей частотой. Половина голландских респондентов утверждала, что они в своей жизни совершали героические поступки, в то время как в российской выборке — лишь треть. Одной из причин этого, по-видимому, является то, что голландские студенты в большей степени склонны относить героизм к явлениям, встречающимся в повседневной обыденной жизни. Почти все респонденты обеих групп (по 90 %) признают, что совершали в своей жизни альтруистические поступки. Однако стоит отметить, что значительное число студентов-голландцев заявляло о присвоении себе статуса альтруиста: более половины респондентов причисляют себя к таковым, в то время как в российской выборке — лишь треть. По данному критерию получен статистически значимый результат ( $p = 0,039$  при  $\alpha = 0,05$ ). Данные исследования также показывают, что респонденты из обеих групп (российской и голландской) приблизительно поровну оценивают роль ситуации и личностных факторов в отношении к поступку на благо других — альтруистическому или героическому. Голландские студенты значимо чаще (60 % против 28 %) оценивали ситуацию благотворительности с осознаваемым ожиданием одобрения в будущем как проявление аль-

труизма ( $p = 0,011$  при  $\alpha = 0,05$ ). Интересно, что для российских студентов основополагающим принципом является именно бескорыстие альтруистического поступка. Отметим, наконец, что респонденты из российской выборки склонны в меньшей степени, чем голландские студенты, расценивать ситуации просоциального взаимодействия на рабочем месте как содержащие проявления повседневного героизма и альтруизма.

*Пилишина А.В.*

### **Влияние чувства зависти на психическое, физическое и социальное здоровье**

В современном обществе происходят бурные изменения, которые остро влияют на здоровье, социальные отношения и внутренний мир человека. В этих условиях актуализируются проблемы дисгармонии и социальной изолированности, возрастают различия между отдельными социальными группами и слоями общества. В последнее время в России идет интенсивная разработка методологических проблем по изучению здоровья, выявлению адаптивных резервов, сохранению и увеличению потенциала личности. Крупнейший ученый Ф. Александер отмечал, что причина телесных заболеваний напрямую связана с психикой, а эмоциональное состояние непосредственно влияет на состояние здоровья. В рамках нашего исследования мы обратились к изучению влияния чувства зависти на психическое, физическое и социальное здоровье личности. Зависть можно интерпретировать как стойкое психическое образование, охватывающее целый ряд различных форм социального поведения и чувств, выступающее агрессивно-разрушительной силой. Зависть — это социально неодобряемая эмоция — поэтому ее часто подавляют, что служит основой для накапливания отрицательной энергии внутри человеческого организма. Чувство зависти приводит к искажению картины мира, как следствие, тяжело переживается субъектом и может приводить к соматическим и психическим нарушениям, происходящим в организме. Острое переживание чужого превосходства может привести к появлению характерных физиологических симптомов: «бледнеет от зависти» за счет сужения кровеносных сосудов или «желтеет от зависти», поскольку кровь насыщается желчью. Кроме того, зависть может послужить толчком к асоциальным действиям, толкать на преступления, совершение

эмоционального и физического насилия над другими людьми и т. д. Мы проводили комплексное исследование взаимосвязи психического, физического и социального здоровья и склонности личности к зависти. В исследовании приняли участие 46 мужчин и женщин в возрасте от 25 до 50 лет, имеющих полное высшее образование. Исследование проходило в два этапа: на первом применялась методика «Исследование завистливости личности» Т.В. Бесковой, состоящая из двух шкал: «зависти-неприятности» и «зависти-уныния». На втором этапе мы использовали методики по комплексной оценке психического, физического и социального здоровья (Г.С. Никифоров, Л.И. Августова). В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам: респонденты с низким уровнем социального и психического здоровья обладают высокой степенью завистливости по шкале «зависть-уныние». Субъект «зависти-уныния» часто умалчивает, игнорирует достижения конкурента, как несуществующие, или же намеренно восхваляет достоинства менее достойного человека. Он испытывает постоянное беспокойство, неудовлетворенность и желание навредить, что приводит к расстройствам нервной и других систем организма. Глубокая грусть и страх переходят в нервический дистресс, невыносимое чувство унижения и озлобленность. Для субъекта «зависти-уныния» приемлемой является дискредитация соперника или же дискредитация желаемого предмета. Респонденты с высоким уровнем завистливости по шкале «зависть-неприятность» испытывают эмоциональный дискомфорт, успехи и достижения другого провоцируют межличностную неприязнь, вражду, агрессивное поведение. Проведенное исследование подтверждает наши гипотезы и доказывает влияние чувства зависти на психическое, физическое и социальное здоровье.

*Преснякова С.А.  
Щиглевская Д.Е.*

## **Оценка качества жизни современных белорусов**

В настоящее время проблема повышения качества жизни является очень актуальной для Беларуси. Это обусловлено тем, что уровень качества жизни взаимосвязан с психологическим, социальным, духовным, физическим, материальным благополучием, а также уровнем жизни в целом. Проблему качества жизни в своих работах затрагивали К.А. Абульханова, Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, В.А. Хащенко, а также Дж. Гел-



брейт, Р. Инглхарт и др. (Агапова Е.Н., 2003). Проблема качества жизни рассматривается в различных науках — социальной психологии, психологии здоровья, социологии, медицине, экономике и др. Качество жизни является субъективной составляющей удовлетворенностью жизни (Никифоров Г.С., 2006). Качество жизни представляет собой широкий комплекс условий жизнедеятельности человека и включает в себя уровень жизни, а также такие составляющие, которые относятся к экологической среде обитания, социальному благополучию, политическому климату, психологическому комфорту (Беляева Л.А., 2009). По данным Организации Объединенных Наций на 2013 год, Республика Беларусь находится на 50 месте из 186 стран мира по уровню качества жизни. В пятерку стран с высоким качеством входит Норвегия, Австралия, США, Нидерланды, Германия. Основными показателями являются: здоровье, продолжительность жизни, доступность образования, уровень качества жизни. Италия находится на 25 месте, а соседняя Польша — на 39-м. Основными критериями данного рейтинга являются: уровень жизни, состояние здоровья, продолжительность жизни, уровень образования. Нами было проведено эмпирическое пилотажное исследование по оценке качества жизни белорусов. С этой целью были использованы психодиагностические методики: опросник определения уровня качества жизни, SF-36, отношения к здоровью (Р.А. Березовской), шкала социальной поддержки в адаптации В.М. Ялтонского, Н.А. Сироты. Выборочную совокупность составили 200 человек: 100 юношей и девушек в возрасте от 18 до 30 лет, и 100 женщин, мужчин в возрасте от 30 до 50. Нами изучался уровень качества жизни, а также факторы, влияющие на качество жизни. 80% респондентов оценивают свой уровень качества жизни как средний, 7% — как высокий, 13% — низкий. Существенными факторами, которые влияют на оценку качества жизни, являются: наличие социальной поддержки, состояние здоровья, экономическое положение в обществе. Так, люди, удовлетворенные своей профессиональной деятельностью, а также условиями работы ( $r = 0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ) и экономическим благополучием ( $r = 0,47$ ;  $p \leq 0,05$ ), оценивают свой уровень жизни как высокий или средний. Здоровый образ жизни ( $r = 0,43$ ;  $p \leq 0,05$ ) и отсутствие вредных привычек ( $r = 0,33$ ;  $p \leq 0,05$ ) также оказывает положительное влияние на оценку качества жизни. Нами было выявлено, что на оценку качества жизни существенное влияние оказывает наличие социальной поддержки. Так, наличие социальной поддержки со стороны семьи ( $r = 0,46$ ;  $p \leq 0,05$ ) и друзей ( $r = 0,38$ ;  $p \leq 0,05$ ) оказывает позитивное влияние на оценку качества жизни в целом. Также можно отметить, что показатели качества жизни положительно коррелируют с оценкой собственного

здоровья ( $r = 0,41$ ;  $p \leq 0,05$ ). Были выявлены гендерные различия в отношении оценки собственного здоровья. Так, женщины более удовлетворены своим состоянием здоровья, нежели мужчины ( $r = 0,40$ ;  $p \leq 0,05$ ). Это обусловлено тем, что женщины больше уделяют внимания своему здоровью: посещают врача с профилактической целью, занимаются спортом, придерживаются диеты и т. д. Нами были выявлены положительные корреляционные связи между показателями оценки качества жизни с некоторыми шкалами SF-36. Таким образом, физическое состояние оказывает влияние на эмоциональное состояние ( $r = 0,38$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также на особенности коммуникации с другими людьми. Проведенное нами эмпирическое пилотажное исследование свидетельствует, что оценка качества жизни обусловлена следующими факторами: наличием социальной поддержки семьи и друзей, состоянием здоровья, экономическим положением в обществе и т. д. Эти факторы оказывают влияние на психологическое, физическое состояние, а также на особенности коммуникации с другими людьми. Результаты проведенного исследования могут использоваться в организации мероприятий, направленных на повышение качества жизни современных белорусов.

*Родионова Е.А.*

*Доминяк В.И.*

## **Социально-психологические особенности профессионального здоровья специалистов**

Под профессиональным здоровьем принято понимать интегральную характеристику состояния человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его способности к определенной профессиональной деятельности с заданными эффективностью и продолжительностью, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность (Г.С. Никифоров). Одним из показателей профессионального здоровья является профессиональная работоспособность, т. е. максимально возможная эффективность деятельности специалиста. Понятие «профессиональная работоспособность», в свою очередь, связывают с понятием «профессиональное выгорание». В.В. Бойко определяет эмоциональное выгорание как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения

эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. В своем исследовании, объектом которого выступили сотрудники помогающих профессий, мы предположили, что психотравмирующими воздействиями могут быть такие социально-психологические особенности, как мотивационные и культурно-ценностные ожидания сотрудников к компании. Под мотивационными и культурно-ценностными ожиданиями мы понимаем субъективное отражение предстоящих в будущем объективно важных событий и проявление в эмоционально-значимом переживании и функционально-деятельностной готовности к их реализации. У сотрудника возникают ожидания относительно реализации актуальных мотивов и ценностных составляющих в компании в процессе профессиональной деятельности. Нарушение этих ожиданий ведет к фрустрационному состоянию. В исследовании приняли участие сотрудники медицинских (специалисты клиник и научно-медицинских учреждений) и педагогических (школы и гимназии) учреждений Санкт-Петербурга общей численностью 192 человека. Для измерения возможности реализации мотивов использовался опросник ВРМ (Доминяк В.И., 2006), эмоционального выгорания (Бойко В.В., 1999), опросник МВИ (Маслач К. и Джексон С., в адаптации Водопьяновой Н.Е., 2005), экспресс-оценка (Капони В., Новак Т., 2008), культурно-ценностных ожиданий — рамочная конструкция конкурирующих ценностей К. Камерона и Р. Куина. Индекс реализации мотивационных ожиданий определялся как сумма разностей оценок возможности реализации мотивов и значимости мотивов сотрудников, взятых по абсолютной величине. Индекс реализации культурных ожиданий определялся как сумма разностей оценок реальной и предпочитаемой организационной культуры. В результате получены реализации мотивационных ожиданий с субшкалами профессионального выгорания (эмоциональное истощение ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,001$ ) и редукция профессиональных достижений ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,001$ )), а также с фазами и симптомами эмоционального выгорания и оценкой выгорания ( $r = -0,50$ ;  $p < 0,001$ ). При этом чем выше показатели мотивационных ожиданий, тем меньше проявления симптомов профессионального выгорания врачей и учителей. Получены также связи индекса реализации культурных ожиданий сотрудников с субшкалами профессионального выгорания и фазами и симптомами эмоционального выгорания ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,001$ ) с той же закономерностью. Кроме того, получена связь оценки возможности реализации мотивов материального достатка и стабильности с фазой «напряжение» (неудовлетворенность собой и «загнанность в клетку») и с субшкалами профессионального выгорания (эмоциональное истощение и редукция профессиональных достижений). Сотрудники (в данном

исследовании врачи и педагоги) высоко оценивают значимость для них мотивов стабильности и надежности и повышения профессиональной компетентности, при этом реализация этих мотивов в компании оценена низко. Важно отметить, что статистически значимых различий между выборками педагогов и врачей по изучаемым нами характеристикам получено не было. Результаты исследования помимо выделенных ранее в литературе факторов эмоционального и профессионального выгорания (личностный, ролевой и организационный) позволяют говорить о таких социально-психологических особенностях, как реализация мотивационных и культурных ожиданий. Сотрудники, которые получают в компании возможность реализовать значимые для них мотивы, чьи ценностные характеристики согласуются с ценностными составляющими компании, меньше подвержены профессиональному выгоранию, соответственно, более устойчивы к неблагоприятным факторам, сопровождающим профессиональную деятельность, имеют больше шансов сохранить свое профессиональное здоровье.

*Синельникова Е.С.*

*Сидоренко Е.В.*

### **Регуляция эмоций в конфликтах в Нидерландах: роль ситуации**

Ситуация конфликта является потенциально опасной для эмоционального и физического здоровья человека. В исследовании, проведенном Е.С. Синельниковой под руководством Е.В. Сидоренко и D. Wigboldus, была поставлена цель: изучить роль ситуативных, культурных и личностных факторов в выборе стратегии эмоциональной регуляции. Исследование проводилось в рамках международной научно-исследовательской программы «Eranet Mundus». В программу исследования входит изучение роли ситуативных, культурных и личностных факторов в выборе стратегии эмоциональной регуляции в России и Нидерландах. Российская и голландская культуры, согласно исследованиям Г. Хофстеде, значительно различаются по 2 важнейшим культурным измерениям: дистанция власти и маскулинность-феминность культуры. На первом этапе в исследовании приняли участие 64 человека, студенты Рэдбаудского университета Неймегена и жители города Неймегена (Нидерланды). Все

испытуемые по национальности являются голландцами в возрасте от 18 до 37 лет, 80 % респондентов в возрасте 17–24 лет. Выборка состояла из 32 мужчин и 32 женщин. Испытуемым были предложены 4 конфликтные истории (кейсы), различающиеся по 2 независимым параметрам: контекст (межличностный и деловой) и дистанция власти (конфликт с равным партнером и с партнером, обладающим властью). В профессиональном контексте испытуемым были предъявлены следующие кейсы: конфликт с коллегой, похитившим проект героя, и конфликт с руководителем, дающим герою задание, выполнение которого может негативно отразиться на благополучии компании и общества. В межличностном контексте в качестве кейсов выступили конфликт с другом, затевающим интригу с девушкой героя, и родителями, не принимающими молодого человека героини. Испытуемых просили проанализировать кейсы и определить, насколько эффективными, на их взгляд, являются стратегии, которые использовал герой кейса для эмоциональной регуляции, оценка эффективности стратегий проводилась по 7-бальной шкале. Результаты исследования обрабатывались в программе SPSS-19 по программам однофакторного и двухфакторного дисперсионного анализа (ANOVA Repeated Measures, One-Way ANOVA) и по программе линейного корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования показали, что в конфликтах с руководителями наиболее эффективными стратегиями испытуемые считают стратегию «поиск социальной поддержки» ( $F(1,62) = 19,7$ ;  $p < ,001$ ;  $\text{partial } \eta^2 = ,242$ ) и стратегию «позитивная переоценка ситуации» ( $F(1,63) = 4,1$ ,  $p < ,05$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,062$ ), а наименее эффективными — стратегии «негативная оценка партнера» ( $F(1,62) = 53,4$ ,  $p < ,000$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,463$ ) и «месть» ( $F(1,62) = 99,1$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,615$ ). В конфликтах с равными эффективностью стратегий «негативная оценка партнера» ( $F(1,62) = 53,4$ ,  $p < ,000$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,463$ ) и «месть» ( $F(1,62) = 99,1$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,615$ ) оценивается выше, чем в конфликтах с руководителями. В межличностном контексте по отношению к вышестоящим (родителям) наиболее эффективными испытуемые считают стратегии «позитивная переоценка ситуации» ( $F(1,63) = 158,3$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,715$ ) и «поиск социальной поддержки» ( $F(1,62) = 19,7$ ;  $p < ,001$ ;  $\text{partial } \eta^2 = ,242$ ), наименее эффективными — «месть» ( $F(1,62) = 99,1$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,615$ ) и «принятие ситуации» ( $F(1,63) = 22,5$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,263$ ). В конфликтах с равными эффективностью стратегий «принятие ситуации» ( $F(1,63) = 22,5$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,263$ ) и «месть» ( $F(1,62) = 99,1$ ,  $p < ,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = ,615$ ) оценивается выше, чем в конфликтах с родителями. Таким образом, мы

можем предположить, что дистанция власти оказывается существенным фактором, определяющим выбор эффективной стратегии регуляции эмоционального напряжения и разрешения конфликта. В конфликтах с вышестоящими партнерами испытуемые считают более эффективными конструктивные стратегии, направленные на обретение внутренних («позитивная переоценка ситуации») и внешних ресурсов («поиск социальной поддержки»). В конфликтах с равными партнерами голландские студенты считают эффективными и те стратегии, которые могут усугубить конфликт, («негативная переоценка партнера» и «месть»). Результаты исследования могут быть использованы при создании программ тренинга по конструктивному разрешению конфликтов. На следующем этапе планируется проведение эксперимента в России, что позволит выявить культурные особенности регуляции эмоций в конфликтах.

*Скориков А.В.*

*Рюмина Л.И.*

### **Исследование зависимости интернет-взаимодействия от направленности личности в общении**

Значительная доля общения современного человека протекает в виртуальной среде, которая не только предоставляет для него новые возможности, но и накладывает определенные ограничения. В результате характер такого взаимодействия может существенно отличаться от «живого», а значит, отличается и воздействие, которое общение оказывает на личностное развитие. Очевидно, для разных людей интернет-общение отличается от традиционного в разных аспектах, заставляя их проявлять разные стороны своей личности.

Предмет данного исследования — направленность личности в общении (НЛО) и ее проявление в интернет-общении. Всего в исследовании принял участие 61 человек. Методы: проективная форма теста НЛО С.Л. Братченко и специально составленный опросник для выяснения особенностей общения в Интернете.

Результаты исследования. Исследование НЛО выявило две наиболее многочисленные группы испытуемых — с доминирующей диалогической направленностью (далее «диалогисты» — 28 респондентов) и с авторитарной (далее «авторитары» — 13 респондентов).

Исследование общения в интернете показало, что:

1. Наиболее часто проявляющаяся направленность в интернет-общении — индифферентная. Она появляется у 14 диалогистов (50 %) и 6 авторитаров (46 %), у которых она не выражена в жизни.

2. У 5 диалогистов из 28 (18 %) в сетевом общении усиливается проявление манипулятивной направленности. У авторитаров этот показатель вдвое выше — 5 случаев на 13 человек (38 %).

3. У диалогистов усиление в Сети манипулятивной составляющей (5 случаев) ни разу не совпало с усилением альтероцентристской (8 случаев). У авторитаров есть 2 таких совпадения из 5 случаев усиления манипулятивности и 4 — альтероцентризма.

4. 19 диалогистов (58 %) отмечают как недостаток интернет-общения отсутствие невербальных проявлений и возможности выражения эмоций. Среди авторитаров таких 5 человек (38 %), причем 4 из них имеют в жизни выраженную диалогическую составляющую.

5. Диалогическая направленность в Сети не доминирует ни у одного респондента. Авторитарная направленность в Интернете оказалась выражена только у 4 респондентов, имеющих в жизни выраженную диалогическую составляющую.

Выводы: Пользователей как с диалогической, так и с авторитарной направленностью интернет-среда вынуждает менять формы поведения в общении — чаще всего на индифферентную, манипулятивную и альтероцентристскую. При этом авторитары чаще, чем диалогисты, выбирают манипулятивный стиль общения, а диалогисты — чаще альтероцентристский. Диалогистам в большей степени, чем авторитарам, не хватает невербальной составляющей общения и возможности выражения эмоций.

*Фетисова А.С.*

*Сурьянинова Т.И.*

## **Социально-психологические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей**

Самооценка — важнейшее составляющее самосознания. Самооценка, по мнению С.Л. Рубинштейна, связана с социальным мотивом — стремлением выполнить общественный долг, проявить себя, заслужить при-

знание членов коллектива, общества в целом. Самооценка является центральным звеном в структуре отношение — личность (Рубинштейн С.Л., 1989). В нашем исследовании к семье и к развитию межличностных отношений ребенка мы подошли с позиции теории отношений В.Н. Мясищева. Он отмечал, что основной характеристикой личности является система ее отношений. Ядром этой системы является отношение человека к самому себе как к человеку. Межличностные отношения детерминируются отношениями друг к другу за счет отношения к самому себе как к человеку (Мясищев В.Н., 2003). Эти положения подчеркивают важность опосредующего звена (отношение к самому себе как к человеку) в межличностных отношениях. Важной интегративной характеристикой отношения к самому себе является самооценка. Мы попытались проследить взаимосвязь самооценки детей младшего школьного возраста с характером семейных отношений и заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В исследовании принимали участие дети, больные хроническими гастритами (ХГ), хроническими гастродуоденитами (ХГД), функциональной диспепсией (ФД), госпитализированные в возрасте от 8 до 12 лет, не имеющие сопутствующей соматической патологии, которая бы затруднила интерпретацию полученных данных, а также здоровые дети 8–12 лет. Всего было обследовано 200 детей.

Методическое обеспечение: характер семейных отношений оценивается с помощью процедуры изучения пространства внутрисемейных оценок членами семьи друг друга с помощью методики исследования самооценки по Дембо–Рубинштейн, методики «Лесенка» (С.Г. Якобсон, модифицирована А.С. Чернышевым, Т.И. Сурьяниновой), опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 (Авторы: Олсон, Портнер, Лави; адаптирован М. Перре). В ходе исследования мы получили следующие результаты: нами были выявлены различия в особенностях самооценки детей (адекватная, неадекватная), принадлежащих к семьям с гармоничной системой отношений и негармоничной системой отношений. В семьях с гармоничной системой отношений более выражена адекватная самооценка у детей. Выявлены различия в особенностях самооценки в группах здоровых и больных детей. Адекватная самооценка чаще встречается в группах больных детей по сравнению с группой здоровых детей, и эти различия достигают уровня статистической значимости по критерию Пирсона. В то же время, по опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 для детей 8–12 лет, страдающих ФД, характерен дисгармоничный тип семейных отношений, причем степень нарушения характера семейных отношений достоверно выше (критерий



Mann–Whitney U Test ( $p \leq 0,05$ )), чем в группе здоровых детей. Также мы получили статистически значимые различия по параметру адаптации семейной системы в группах больных и здоровых детей. В семьях больных детей уровень адаптации более выражен, нежели в группе здоровых детей. Т. е. болезнь вносит изменения в семейную систему: сплачивает семью, усиливает интерес друг к другу родителей и детей, тем самым создаются более оптимальные условия для развития личности ребенка.

Выводы:

- Такие параметры, как характер семейных отношений и адекватность самооценки ребенка младшего и среднего школьного возраста, взаимосвязаны.
- В группе детей 8–12 лет, страдающих ХГ, ХГД, чаще встречается адекватная самооценка по сравнению с группой здоровых детей 8–12 лет.
- Для детей 8–12 лет, страдающих ФД, характерен дисгармоничный тип семейных отношений, причем степень нарушения характера семейных отношений достоверно выше, чем в группе здоровых детей 8–12 лет, что может свидетельствовать о зависимости между характером семейных отношений и функциональными заболеваниями ЖКТ.
- Взаимовлияние особенностей самооценки, характера семейных отношений и уровня здоровья детей носит сложный, неоднозначный характер: можно предположить, что состояние болезни может выступать в качестве естественного корригирующего фактора процесса развития личности ребенка, в частности его самооценки.

**Чикер В.А.**

## **Моббинг как социально-психологический феномен, определяющий здоровье сотрудников**

Сформировавшееся в настоящее время направление изучения моббинг-процессов в организациях является весьма актуальным для многих исследований (Leumann H.,Niedl K., 1994; Ваниорек Л., Ваниорек А., 1996; Колодей К., 2007; Скавитин А., 2004; Романова Н.П., 2007 и др.). Основанием для этого можно считать очевидные негативные финансовые, материальные и психологические потери, снижающие индивидуальную и коллективную эффективность деятельности в реальных рабочих кол-

лективах, существенно повышающие текучесть персонала и риски для физического и психического здоровья сотрудников, на которые напрямую указывают данные указанных исследований. Ситуации моббинга в организационной социальной психологии и психологии здоровья с точки зрения их феноменологии, связанной с предметом — общением и основными объектами изучения, могут быть рассмотрены следующим образом:

- 1) В контексте изучения личности отражаются вопросы соотношения моббинга и индивидуальных и общественных интересов, адекватности норм и санкций за их несоблюдение, отсутствие самореализации в работе, нечетких требований к работнику и его профессиональной роли. Связаны также с возникновением моббинг-процессов модели поведения руководителя, личностные факторы возникновения разрушающих конкурентных отношений, стереотипы социальной классификации в общении, демонстрация влияния и доминирования, межличностные конфликты разного уровня. В контексте изучения моббинга проводится диагностика личностной и профессиональной деструкции, деиндивидуализации, деформации и выгорания, индивидуальной психологической травмы и способов ее преодоления, кризисов карьеры, социальных стереотипов восприятия и др.
- 2) В плане функционирования малых групп активно рассматриваются вопросы группового развития и групповой динамики, кризисов развития групп, взаимодействия формальных и неформальных лидеров, формирования отрицательных групповых норм, конформного поведения, групповых эффектов (групповое единомыслие, групповой фаворитизм), неэффективной межгрупповой коммуникации, соотношения индивидуальных и групповых стресс-факторов на рабочем месте, плохого психологического климата, ухудшения семейной ситуации и др.
- 3) С точки зрения функционирования большой группы (организации в целом) изучаются общие социальные причины возникновения моббинг-процессов. Это отсутствие базовых этических норм и ценностей, «закостенелость» организационной структуры, неэффективная организация работы, социальная конкуренция, экономическая рецессия, безработица, ценностные конфликты на уровне организаций, общественные и социальные дискриминирующие ценности (предвзвешенности, расизм, сексизм), а также особенности организационной культуры и ее формирования, стратегическая политика организации.

На пересечении объектных полей находятся исследования по изучению установок по отношению к моббингу, формирующих социально-

психологический климат и организационную культуру, организационное и личностное консультирование (коучинг), а также модераторская деятельность по установлению и устранению причин возникновения конфликтов и моббинг-процессов как в трудовых, так и в межличностных отношениях, устранение последствий и психотерапевтическая помощь. Исследования, проведенные под нашим руководством в рамках дипломных проектов выпускниками факультета психологии СПбГУ Николаевой Н.В. (2010), Батуро К.В. (2012) и соискателем Алферовой Я.И. (2010–2013), охватившие анкетным опросом более 1000 человек, позволили выявить специфические особенности моббинг-процессов, происходящих на отечественных предприятиях, исследовать социально-психологические причины их возникновения, а также социальные установки сотрудников. Так, оказалось, что в Москве сотрудники более терпимо относятся к моббингу, чем в Петербурге. А в целом же, на отечественных предприятиях наиболее распространены следующие моббинг-действия: постоянная критика продуктивности, распространение сплетен, ограничение возможности высказаться, усложнение коммуникаций на различных уровнях и отношение к сотруднику как к «пустому месту». Однако специфика моббинг-действий очень существенно зависит от сферы деятельности организаций и их региональных особенностей, и поэтому в каждом отдельном случае требует индивидуального изучения.

***Шейнов В.П.***

## **Ассертивность и психологическое здоровье**

Ассертивность — это способность человека уверенно и с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других людей. Ассертивное поведение представляется как наиболее конструктивный способ межличностного взаимодействия, являющийся альтернативой неуверенному поведению и деструктивным способам поведения — манипуляции и агрессии. Естественно предположить, что психологически зрелая личность с развитым автономным эго обладает свободой выражать свои потенциальные возможности в полном объеме. Другими словами, психологически зрелый индивид должен вести себя ассертивно. С другой стороны, ассертивная личность, которая способна открыто заявить о своих правах, может отказаться от выполнения не устраи-

вающих ее требований и не позволяет манипулировать собой. Таким образом, ассертивная личность должна обладать большей психологической зрелостью и психологическим здоровьем. Эти предположения подтверждаются результатами исследований, согласно которым более ассертивные индивиды реже жалуются на нервные заболевания, а также на ситуативно обусловленную тревожность (Orenstein et al., 1975) и реже страдают от страхов (Morgan, 1974), чем личности с низкой ассертивностью. Дж. Голдман и П. Ольчак (Goldman, Olczak, 1981) на примере студентов и студентов североамериканских университетов исследовали связь между психологической зрелостью (психологическим здоровьем) и ассертивностью. Результаты показали наличие умеренно выраженной положительной взаимосвязи между психологической зрелостью и ассертивностью для обоих полов. Эта связь была в несколько большей степени выражена у мужчин, чем у женщин. Проверка наличия подобных связей на русскоязычных выборках сдерживается отсутствием отечественных методик измерения ассертивности, а переведенные зарубежные методики нуждаются в проверке их надежности и валидности. Подобная проверка существующих тестов ассертивности проведена в данном исследовании. На разных его этапах было протестировано более 1500 респондентов — мужчин и женщин в возрасте от 18 до 66 лет: студентов, преподавателей вузов и ссузов, учителей школ и гимназий, директоров школ и их заместителей, методистов, социальных педагогов и психологов, руководителей и специалистов производственных, строительных, торговых организаций и фирм, работников банков, издательств, сотрудников МЧС, членов молодежных православных братств, а также заключенных в колониях общего и усиленного режимов. Репрезентативность выборок на всех этапах исследования подтверждена статистическим анализом. Показано, что существующие русскоязычные тесты ассертивности не удовлетворяют требованиям надежности и валидности. Поэтому был сконструирован тест ассертивности, который удовлетворяет трем основным критериям надежности (внутренняя согласованность, гомогенность и устойчивость результатов) и девяти критериям валидности. Три диапазона значений этого теста диагностируют, соответственно, неуверенное, ассертивное и агрессивное поведение. В процессе проверки конструктивной валидности предлагаемого теста ассертивности установлено, что его значения в «диапазоне ассертивности» положительно коррелируют с уверенностью индивида, отстаиванием им своих прав, его прямоотой и откровенностью, независимостью от внешних воздействий, направленностью на взаимодействие с окружающими, но отрицательно связаны с направленностью на себя и с макиавеллизмом. Установлено

также, что показатель ассертивности не связан с возрастом и с видом деятельности. Неассертивные женщины значительно чаще мужчин демонстрируют неуверенное, а неассертивные мужчины значительно чаще женщин — агрессивное поведение. Разработанная надежная и валидная методика измерения ассертивности открывает возможность проверки на русскоязычных выборках связи между ассертивностью и психологическим здоровьем индивидов.

*Шумская Л.И.*

## **Ценности здоровья для студентов как формирующихся субъектов предпринимательства**

Современный рынок труда ориентирован, в первую очередь, на конкурентоспособную личность, характеризующуюся профессиональной и предпринимательской компетентностью и олицетворяющую собой образ культурного, физически и психологически здорового человека, социально зрелого гражданина, профессионала, семьянина. В свою очередь, предпринимательская деятельность, квалифицируемая нами как разновидность сложной интеллектуальной деятельности, требует от личности не только постоянной мобилизации соответствующих психофизиологических ресурсов, но и наличия специальной системной подготовки. Тем самым создаются предпосылки для психологического благополучия, профилактики эмоционального выгорания личности предпринимателя. На решение этих задач нацелена программа дополнительного делового образования «Школа предпринимательства и менеджмента для молодежи. Собственное дело», осуществляемая Центром системных исследований проблем молодежи БГУ. Программа позволяет студентам вне зависимости от университета, в котором они обучаются и получают специальность, овладеть основами рыночной экономики, психологической, финансовой и правовой грамотностью и культурой. Важное место в процессе подготовки отводится психодиагностике. С целью изучения ценностной направленности личности студента как формирующегося субъекта предпринимательской деятельности было проведено исследование среди 176 слушателей школы предпринимательства ЦСИПМ БГУ. Для диагностики использовался адаптированный вариант опросника ценностей К. Шварца. В соответствии с принятым нами методологичес-

ким подходом, опросник включал в себя 64 ценностных суждения, распределенных на следующие 8 групп ценностных факторов:

- убежденность (идейно-мировоззренческие ценности);
- саморегуляция (ценности самопознания и саморегуляции);
- гражданственность (гражданские и патриотические ценности);
- духовность (духовно-нравственные и эстетические ценности);
- достижения (ценности трудовой и профессиональной деятельности);
- экология жизни (экологические ценности и ценности здорового образа жизни);
- принятие во взаимоотношения (ценности семейных, деловых и личных отношений);
- полнота жизни (ценности свободного времени).

С целью оптимизации обработки полученных эмпирических данных была проведена стандартизация результатов с применением шкалы стейнгоу и определены тестовые нормы степени значимости для испытуемых факторов ценностной направленности личности (высокая — 63 и более); достаточная (55–62); допустимая (45–54); низкая (до 45). Полученные в исследовании данные свидетельствуют о приоритете достаточной степени значимости для участников опроса следующих ценностных факторов: достижения (57), саморегуляция (56) и принятие во взаимоотношениях (56). В то же время наименее выражены и находятся в пределах допустимой степени значимости такие ценностные факторы, как гражданственность (50), духовность (51) и экология жизни (51), что предполагает необходимость их корректировки в процессе образования.

*Юшачкова Т.Б.*

## **Ценностный аспект категории «здоровье»**

На сегодняшний день можно наблюдать повышенный интерес к проблематике психологии здоровья. Здоровье людей как цель профессиональной деятельности объединяет представителей разных наук, подходов, школ и др. Б.Ф. Ломов в свое время писал о том, что психология здоровья представляет собой междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний, факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего

жизненного пути человека. По мнению Г.С. Никифорова, психологию здоровья можно определить как науку о психологическом обеспечении здоровья человека на всем протяжении его жизненного пути. Выделяют различные модели здоровья, среди которых можно назвать медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную, ценностно-социальную и др. В каждой из них — свое видение исходного понятия «здоровье». Так, согласно ценностно-социальной концепции, здоровье — это ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической, научной, культурной и других видах деятельности. В рамках данного подхода нами было проведено исследование, направленное на изучение ценности здоровья в юношеском возрасте. В нем принимали участие студенты Магнитогорского государственного университета. Общее число испытуемых составило 73 человека. Блок методик включал широкий набор диагностических средств. В частности, показатели здоровья были получены с помощью методик, разработанных В.Н. Куницыной: «ЦО-36» и «Самооценка-14». В наши задачи входило не только установление степени значимости здоровья и его самооценки юношами и девушками, но и описание психологических особенностей тех из них, для кого здоровье имеет высокую и, наоборот, наименьшую ценность. Как показал анализ полученных данных, для 75,3 % студентов ценность здоровья является наиболее важной. 24,7 % студентов относят данную ценность к разряду средне значимых для себя. И нет ни одного студента, для которого эта ценность была бы совсем не актуальной. Оценивая уровень собственного здоровья, 35,6 % респондентов оценили его очень высоко, 52,1 % средне, и 12,3 % юношей и девушек считают, что недостаточно здоровы. Сопоставление данных параметров выявило наиболее часто встречаемое сочетание высокой ценности здоровья и высокого уровня самооценки здоровья (30,1 %), а также высокой ценности здоровья и средней оценки собственного здоровья (35,6 %). В ходе исследования была сформирована группа юношей и девушек, для которых здоровье является одной из высших ценностей. Как оказалось, их отличает некоторая неуверенность в себе, не очень хорошее знание особенностей своей личности, стремление к безопасности себя и тех, кого они любят, склонность к проявлению сочувствия, сопереживания. Их можно назвать людьми благоразумными, заботящимися о своем здоровье, имидже, стремящимися контролировать свои эмоции, избегать сложностей в отношениях, ценящими близкие, доверительные, стабильные отношения. Они критично относятся к собственным коммуникативным умениям и навыкам, считают, что недостаточно социально компетентны,

предприимчивы, мотивация достижения развита слабо. Интересно, что как субъекты межличностного познания они не очень успешны: низко оценивают свою способность к пониманию людей и ситуаций, испытывают определенные трудности в понимании мотивов поступков других людей, невербального поведения. Студенты противоположной группы, для которых здоровье не является высоко значимой ценностью, отличаются большей верой в себя и свои способности, высоко оценивают собственные коммуникативные умения, смелость, предприимчивость, нацелены на достижение высоких результатов в работе, могут идти на риск. Для них важно общение, они в нем успешны. Легко вступают в контакт, непосредственны, активны, в сложных ситуациях могут использовать разные стратегии реагирования. При этом они не всегда могут контролировать свои эмоции и чувства, ранимы. В отношениях ценят стабильность, доверительность. Как субъекты межличностного познания, они более успешны как в понимании мотивов поведения других людей, логики развития ситуации межличностного взаимодействия, так и в анализе реакций людей по их внешним проявлениям. Итак, проведенное исследование показало значимость здоровья для современной молодежи, а также выявило ряд психологических особенностей юношей и девушек, в разной степени ценящих его.



# ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

*Анисимова О.М.*

*Климина Ю.А.*

## **Рефлексивность и самоактуализация в период ранней взрослости**

Самопонимание и стремление к самореализации — тесно связанные личностные феномены. Расширение и углубление понимания себя влияет на Я-концепцию, а последняя, за счет своей регуляторной функции, обеспечивает рост самореализации личности. Понимание себя основывается на рефлексивности как способности сознания обратиться на самого себя как носителя сознания. При этом в фокусе самосознания и самопонимания могут быть такие проявления личности, как собственное поведение, поступки, мысли и чувства в разных сферах жизнедеятельности (отношения с людьми, отношения к делу, отношения с самим собой). Осознаются при этом мотивы своего поведения, особенности характера, способности и умения, иерархии ценностей, присвоенные личностью как свои моральные принципы. Содержание самосознания изменяется в онтогенезе, становясь с возрастом все дифференцированнее и глубже. Выделяется и другой аспект самоосознавания и самопонимания, «как понимания человеком своего экзистенциального предназначения, смысла своего существования» (Знаков В.В., 2005). Эти аспекты понимаются не только через когнитивную рефлекссию, но и непосредственно через переживание, интуитивные инсайты, эмоциональные отклики. Итак, рефлексивность — качество, позволяющее личности разобраться в себе, понять и оценить себя. Являясь полезным для самореализующейся личности свойством, оно в то же время должно сочетаться с достаточно высоким уровнем самоуважения и самопринятия личности. Иначе осознанная и принимаемая в Я-концепцию информация может явиться фактором внутриличностного дисбаланса.

В нашем исследовании приняли участие 30 испытуемых в возрасте от 20 до 30 лет. В основном — студенты. Работа была нацелена на исследо-

вание взаимосвязи стремления к самоактуализации и рефлексивности личности. Для этих целей были подобраны методики: «Самоактуализационный тест» САТ и два теста на рефлексивность, ДТР Д.А. Леонтьева с соавторами и методика А.В. Карпова. Психодиагностический комплекс содержал также методику Спилбергера на личностную тревожность и копинг-тест Лазаруса. При обработке полученных данных были применены корреляционный и пошаговый множественный регрессионный анализ.

В результате проведенного исследования было выявлено следующее. Исследованные молодые люди (в основном студенты) продемонстрировали высокий уровень рефлексивности по шкалам ДТР «системная рефлексия» (40,7) и «фантазирование» (25,39). Шкала «самокопание» (22,29) выявила средний уровень. Также средний уровень показала методика Карпова (125,1). Корреляционный анализ выявил множественные связи шкал самоактуализационного теста, 10 шкал и показателей рефлексивности, 4 параметра. Всего обнаружено 15 связей, из них 5 — методика Карпова, 9 — шкала «самокопание» и 1 — шкала «системная рефлексия» (последняя — со шкалой САТ «гибкость поведения»). Все связи отрицательные ( $p = 0,01$  и  $p = 0,05$ ). В то же время показатели системной рефлексии, как и самокопания, продемонстрировали положительные связи ( $p = 0,05$ ) с показателем личностной тревожности. Рефлексивность по методике Карпова представляет собой противоположность импульсивности и характеризует людей, которые, прежде чем действовать, просматривают все гипотезы, отбрасывая те из них, которые кажутся им маловероятными, учитывают разные варианты решения проблемы, анализируют прошлые ошибки, обдумывают действия, тщательно планируют. Т. е. это позитивное качество, способствующее верному выбору поведения. Надо отметить, что системная рефлексия также трактуется авторами как позитивное качество. С целью более глубокого изучения содержания параметра «системная рефлексия» мы провели пошаговый множественный регрессионный анализ. Были выявлены четыре фактора, влияющие на зависимую переменную: личностная тревожность и копинг «положительная переоценка» (оба делают положительный вклад), сензитивность — САТ и самокопание (оба делают отрицательный вклад)). Около 52 % дисперсии зависимой переменной объясняется набором 4 перечисленных выше независимых переменных. Таким образом, обнаружено значительное влияние тревожности как личностного качества на формирование рефлексивности. Рефлексивность в сочетании с тревожностью отрицательно сказывается на гибкости поведения, или способности быс-

тро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию. В частности, включается и тогда, когда жизненные обстоятельства этого не требуют. При таких условиях рефлексивность не может расцениваться как позитивный фактор самореализации.

*Антонова Е.А.*

*Данилова М.В.*

## **Семейные отношения как фактор формирования позитивной идентичности подростков**

Тема формирования идентичности в подростковый период и роли семейных отношений в ее становлении является объектом изучения в психологии и не теряет своей актуальности и практической значимости. Этот возрастной период — время решения важных задач личностного, социального и профессионального самоопределения. Сложившиеся между родителями и детьми взаимоотношения являются основой для формирования идентичности подростка, обеспечивающей цельность его личности и гармоничность взаимоотношений с окружающим миром. Под идентичностью понимается устойчивое ощущение собственной тождественности своему реальному жизненному пути и своему месту в обществе. Существуют разные подходы к изучению проблемы идентичности (У. Джеймс, Э. Эриксон, Д. Марсиа, А.А. Налчаджян, С.Р. Пантелеев, В.В. Столин, Н.И. Сарджвеладзе, Л.Б. Шнейдер, Т.Г. Стефаненко и др.). Исследователи выделяют несколько статусов идентичности: устойчивые статусы (сформированная и преждевременная идентичность) и неустойчивые статусы (диффузная идентичность и мораторий идентичности). В подростковом возрасте, наряду с достигнутой идентичностью, позитивным статусом является мораторий, свидетельствующий о том, что подросток проходит кризис самоопределения, проявляя активность в своем поиске, соотнося свои желания, волю родителей и требования социума.

Целью данного исследования было изучение взаимосвязей параметров детско-родительских взаимоотношений и статусов гендерной, личностной и профессиональной идентичности подростков. Для реализации задач исследования были применены методика изучения статусов профессиональной идентичности (А.А. Азбель), методики изучения ген-

дерной и личностной идентичности (Л.Б. Шнейдер) и методика «Взаимодействие родитель — ребенок» (И.М. Марковская).

В исследовании приняли участие подростки в возрасте 14–16 лет и их родители, всего 123 человека (39 девушек, 38 юношей, 28 матерей и 18 отцов). Анализ представлений подростков о взаимоотношениях с родителями показывает их важность для формирования позитивных статусов идентичности, а также отражает возрастно-половую специфику их становления. Подростки всех возрастов удовлетворены отношениями с родителями и принимают их как авторитетные фигуры. Однако с возрастом они отмечают большую требовательность отцов, тогда как в отношениях с матерью отмечается большая эмоциональная близость и принятие, чем в младших возрастах. Установление конструктивных коммуникаций со стороны взрослых (авторитет, сотрудничество, согласие) связано с формированием устойчивых статусов идентичности (гендерная и личностная преждевременная, профессиональная навязанная, профессиональная сформированная) и препятствует формированию такого неустойчивого и неконструктивного статуса, как «диффузия» в разных видах идентичности подростков. К формированию «диффузии», или «неопределенного» статуса идентичности подростков, может приводить исключение из взаимодействий со стороны родителей яркого эмоционального компонента («эмоциональная близость», «последовательность»). Возрастно-половой анализ взаимосвязей статусов идентичности подростков и их представлений о взаимоотношениях с родителями показал, что структура и контент плеяд девушек и юношей не похожи друг на друга, что позволяет сделать вывод о том, что в формировании идентичности подростков существенное значение имеют различия отношений родителей с сыновьями и дочерьми.

Исследование позволило выявить факторы взаимоотношений с родителями с точки зрения подростков, которые положительно взаимосвязаны со становлением позитивных статусов идентичности («достигнутая» идентичность и «мораторий»). Это «требовательность отца» для подростков обоих полов, «сотрудничество с матерью» для девушек и «сотрудничество с отцом», «удовлетворенность отношениями с родителями» и «принятие матери» для юношей. Стоит, однако, обратить внимание, что одни и те же параметры взаимодействия с родителями неоднозначно влияют на становление различных видов идентичности подростков. Так, параметр «сотрудничество с отцом» с точки зрения юношей положительно влияет на формирование профессиональной и негативно — на формирование гендерной идентичности. Таким образом, в ходе работы

получены важные данные, позволяющие выявить особенности детско-родительских взаимоотношений, которые могут помочь подросткам в конструктивном решении основных возрастных задач самоопределения и самоидентификации, позитивного решения кризиса развития и сохранения психологического здоровья личности.

*Ахмеров Р.А.*

### **Картина жизненного пути у онкологических больных**

Онкологические заболевания в настоящее время признаются болезнью с многофакторной этиологией. Несмотря на то, что онкологические заболевания по классификации ВОЗ не относятся к психосоматическим, многие специалисты отмечают значимую роль психологических факторов в их этиологии. Во многих психологических исследованиях подчеркивается роль личностных особенностей и стрессогенных событий жизни в возникновении злокачественных опухолей (О.А. Ворона, М.Г. Ивашкина, М.С. Курчакова, В.М. Моисеенко, Н.В. Тарабрина, К. Саймонтон, С. Саймонтон, Н.В. Финогентова, В.А. Чулкова, Э. Эванс, и др.). Онкологическое заболевание блокирует продуктивное самоосуществление. Данное обстоятельство должно отражаться и в субъективной картине жизненного пути. На основе психобиографического каузометрического подхода (Р.А. Ахмеров, Е.И. Головаха, А.А. Кроник) мы провели исследование субъективной картины жизненного пути женщин с онкологическими заболеваниями. Всего нами было обследовано 60 женщин: 30 женщин, пациенток онкологического отделения городской больницы г. Набережные Челны в возрасте от 38 до 60 лет (средний возраст 47 лет, мода — 45, медиана — 46), и 30 практически здоровых женщин в возрасте от 35 до 53 лет (средний возраст 47 лет, мода — 51, медиана — 48). Исследование проводили с помощью методики «Оценивание пятилетий жизни» — ОПИ, и каузометрия (Е.И. Головаха, А.А. Кроник). По данным методики ОПИ, у онкологических больных происходит недооценка продуктивности жизни в прошлом, настоящем и будущем. Представления о продуктивности жизни в прошлом, настоящем и будущем у онкологических больных статистически значимо ниже, чем в контрольной группе (по t-критерию Стьюдента при  $p < 0,01$ ). Такого рода результаты являются индикаторами сложного сочетания всех трех типов биографических кризисов — нереализованности, опустошенности и бесперспективности

(Р.А. Ахмеров, 1994). Статистически значимая низкая оценка продуктивности жизни в текущем пятилетии жизни и низкий «уровень текущей оценки» (при  $p < 0,01$ ) указывают на наличие биографического кризиса опустошенности, на экзистенциальный вакуум в жизнеосуществлении онкологических больных. При этом онкологические больные собираются прожить на 7 лет больше (соответственно 76 лет и 83 года), чем представители контрольной группы (значимо при  $p < 0,05$ ). Такого рода феномен мы обнаружили и при исследовании членов религиозной секты «Свидетели Иеговы» (Ахмеров, 2005). Этот феномен указывает на неадекватное (нереалистичное) восприятие жизненной ситуации защитного характера. Это согласуется с так называемой «инфантильной позицией» личности онкологических больных. Контент-анализ позволил выделить 61 содержательное наименование событий в группе онкологических больных, и 54 — в контрольной группе. Всего в каузометрическом опросе были выделены в каждой группе по 450 событий жизни (30 человек по 15 событий). В каузометрическом опросе обследуемым не «навязываются» критерии выделения событий жизни. Критерий один — собственное мнение обследуемого о значимости события в его жизни. Предлагается выделить 15 значимых событий жизни, учитывая события прошлого, настоящего и будущего. В группе онкологических больных из 450 событий жизни 101 относится к неприятным событиям жизни, а в контрольной группе — 19 (соответственно 22,44 % и 4,22 %). Неприятные события в субъективной картине жизненного пути у женщин, больных онкологией, встречаются статистически значимо выше, чем у женщин контрольной группы ( $\chi^2$ -квadrat = 6,461, при  $p < 0,01$ ). Содержательно неприятные события у онкологических больных дифференцированы в большей степени: 1) узнали о заболевании, 2) лечение, 3) смерть близких, включая детей, 4) болезни детей, 5) развод, 6) конфликты на работе, 7) конфликты в семье, 8) расставание (разлука) со значимыми другими. У женщин контрольной группы: 1) смерть близких, 2) лечение в больнице, 3) расставание со значимыми другими.

Выводы. У женщин с онкологическими заболеваниями обнаруживается: 1) снижение представлений о продуктивности всей своей жизни (прошлого, настоящего, будущего); 2) относительное завышение ожидаемой продолжительности жизни; 3) наличие множества стрессогенных событий, более дифференцированно представленных в картине жизненного пути, чем у женщин контрольной группы. Наше психобиографическое исследование онкологических больных подтверждает результаты других эмпирических исследований.

*Березняк Е.Ю.*

## **Произвольность как показатель психологического благополучия учащихся**

Проблема сохранения психологического здоровья ребенка особенно актуальна при его поступлении в школу. Успешность обучения обеспечивается развитием структуры учебно-важных качеств, одним из которых является произвольность регуляции деятельности. Произвольное, или сознательно-разумное, управление рассматривается в психологии как интегральный психофизиологический процесс, включающий в себя волевое усилие, мотивы, интеллектуальную активность, нравственную сферу личности, базирующийся на физиологических процессах и особенностях их протекания (Е.П. Ильин). Одним из основных факторов становления произвольности ряд авторов считает развитие понятийного мышления (Л.С. Выготский, Б.Г. Ананьев, М.А. Холодная). Младший школьный возраст является сенситивным периодом для развития произвольных процессов, которые формируются в ходе правильно организованной систематической трудовой, учебной, спортивной и коммуникативной деятельности.

По данным наших ежегодных обследований первоклассников, около трети из них имеют слабые показатели учебной мотивации, произвольного внимания, памяти, понятийного мышления, графических навыков, речи, проблемы в общении и поведении. Изучая факторы становления произвольной деятельности (ПД) младших школьников, мы сравнили две группы первоклассников по 55 человек — со слабой и хорошей ПД. Нами учитывались возраст, пол, здоровье учащихся. Когнитивное и моторное развитие измерялось с помощью методик на «готовность к школьному обучению». Личностное развитие — с помощью теста «Направленность на приобретение знаний» и методики «Лесенка». Были получены статистически значимые различия между показателями обеих групп. В группе со слабой ПД оказалось больше мальчиков ( $p = 0,01$ ), детей с ММД ( $p < 0,001$ ), хроническими заболеваниями ( $p = 0,05$ ), нарушениями речи ( $p = 0,001$ ). У них были слабее когнитивные навыки: зрительная кратковременная память ( $p = 0,05$ ), продуктивность и переключаемость внимания, слуховая кратковременная память ( $p = 0,01$ ), точность внимания, визуальное, понятийное, речевое, абстрактное мышление, речевое развитие ( $p = 0,001$ ). Они хуже выполняли графические тесты. В мотивационной сфере было меньше учебных и больше внешних мотивов ( $p = 0,05$ ). По наблюдению, они более импульсивны, имеют больше эмоциональных

и поведенческих проблем, трудностей в общении. Корреляционный анализ в обеих группах учащихся выявил у детей со слабой ПД большое количество корреляционных связей между показателями здоровья, когнитивного и личностного развития, графическими навыками. Что может говорить о сильном взаимном влиянии индивидуальных, субъектных и личностных показателей развития в этой группе детей. Статистически значимыми оказались и различия в среднем балле по успеваемости во втором и третьем классе ( $p = 0,001$ ). У детей со слабой ПД он составил 3,6 балла, с хорошей ПД — 4,3 балла. С целью ранней профилактики проблем в обучении и развитии детей со слабой ПД нами была разработана программа совместной работы родителей, психолога, педагога по созданию условий становления произвольной деятельности в школе и дома. В ее задачи также входило развитие конкретных контролируемых умений в интеллектуальной, двигательной, эмоциональной сфере, в общении и поведении, формирование положительной учебной мотивации и адекватной самооценки. Результативность программы отслеживалась на двух группах первоклассников — экспериментальной (дети с ММД ( $n = 24$ ) и без ММД ( $n = 60$ )) и контрольной ( $n = 58$ ). Оценивая результаты программы, мы отметили ее различное влияние на учащихся с ММД и без них. В группе учащихся со слабой произвольной деятельностью без ММД по сравнению с контрольной группой значительно увеличились показатели продуктивности и точности внимания, графические навыки, стал выше позиционный мотив, а самооценка стала более дифференцированной. Педагоги отметили повышение учебной мотивации, внимания, двигательного контроля, улучшение общения со сверстниками. В группе учащихся с ММД значительно увеличились показатели по тесту «Графический диктант», увеличился позиционный и уменьшился внешний мотив обучения. Прирост показателей зрительно-моторной координации и внимания был заметнее, чем в контрольной группе, но не достиг значимых различий. Педагоги отметили заметное улучшение в общении с одноклассниками, увеличение учебной мотивации. Программа получила положительную обратную связь и от родителей и может быть успешно использована для работы с первоклассниками со слабой произвольной деятельностью.



## **К вопросу о критериях благополучного протекания возрастных кризисов у детей**

Возрастные кризисы рассматриваются как нормативные периоды жизненного цикла человека (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, К.Н. Поливанова). Наряду с негативистской симптоматикой кризисов выделяют их конструктивную составляющую (Л.И. Божович, Т.В. Гуськова и М.Г. Елагина, К.Н. Поливанова). В концепции К.Н. Поливановой (2000) возрастной кризис — это специфическое психологическое пространство, в котором совершается акт развития и происходит субъективация способностей. К.Н. Поливановой показан психологический смысл различных категорий симптомов кризиса. В наших исследованиях выявлено, что наступление «кризиса семи лет» связано с общими темпами психического развития ребенка и что дети, у которых кризис более ярко выражен на седьмом году жизни, лучше оказываются готовы к школе (Василенко В.Е., 2008). Эти данные позволяют по-новому осмыслить положение Т.В. Гуськовой и М.Г. Елагиной о необязательности негативистских симптомов кризиса по сравнению с конструктивными личностными новообразованиями. Негативистские симптомы также имеют свое значение в развитии ребенка, вопрос, скорее, в степени их выраженности, в тех конкретных формах поведения, которые они могут принимать, а также в их соотношении с конструктивной составляющей кризиса. Таким образом, проблема критериев благополучного протекания кризиса у ребенка в настоящее время является довольно актуальной. В качестве таких критериев можно выделить: выраженность конструктивной составляющей кризиса; его своевременное разрешение; концентрацию негативистских симптомов в пределах той ситуации и микрогруппы, где они возникли; отсутствие невротических реакций; отсутствие характера патологического стереотипа в реакциях; нормальную социальную адаптацию ребенка. Нами были разработаны опросники выраженности симптомов кризиса 3, 7 лет и подросткового кризиса (для родителей) и проведен цикл исследований возрастных кризисов с их использованием. Одной из задач было выявление взаимосвязей между различными категориями симптомов с целью оценки общей картины кризисных проявлений у детей и благополучия протекания кризиса.

Проиллюстрируем результаты на примере кризиса трех лет (исследования были проведены в 2009 и 2012–13 гг.). В исследованиях приняло участие 106 матерей детей (56 мальчиков и 50 девочек). Средний возраст

детей — 3 года 2 мес. Было выявлено, что наряду с симптомокомплексами внутри отдельных категорий есть взаимосвязи между симптомами разных категорий (негативистскими, конструктивными и невротическими). Так, конструктивные симптомы, связанные с новообразованием «гордость за достижения» положительно коррелируют с негативистскими симптомами. Чем более выражены у детей изменения отношения к предметному миру (появление настойчивости, мотивации достижения), тем более им свойственны негативизм и упрямство, симптом обесценивания ( $p < 0,05$ ), а у девочек еще и строптивость, своеволие, протест-бунт ( $p < 0,01$ ), деспотизм/ревность ( $p < 0,05$ ). Чем более выражено у детей изменение отношения к себе (обострение чувства собственного достоинства), тем более свойственны им в период кризиса протест-бунт, симптом обесценивания, деспотизм/ревность ( $p < 0,01$ ), а также негативизм, строптивость, своеволие и упрямство ( $p < 0,05$ ). Изменение отношения к взрослому у мальчиков положительно коррелирует с проявлениями деспотизма и ревности ( $p < 0,05$ ). Взаимосвязи конструктивных симптомов с невротическими реакциями носят неоднозначный характер. Так, у девочек изменение отношения к предметному миру связано с меньшим проявлением невротических реакций, а изменение отношения к себе и к взрослому, наоборот, с большим. Выявлено большое количество положительных взаимосвязей негативистских симптомов и невротических реакций. В то же время у мальчиков выявлены и отрицательные корреляции между симптомами этих двух категорий (чем более выражено своеволие, тем меньше признаков психического напряжения ( $p < 0,01$ ), чем более выражен симптом обесценивания, тем меньше нарушений сна ( $p < 0,05$ ). Это означает, что у мальчиков активные негативистские формы поведения могут давать определенную разрядку психического напряжения. С другой стороны, можно предположить, что менее невротичные дети чувствуют себя более раскованно и симптомы кризиса у них более выражены.

Эти данные подтверждают идею К.Н. Поливановой о единстве конструктивной и деструктивной составляющих возрастного кризиса и показывают, что при оценке благополучия протекания кризиса важно учитывать соотношение разных категорий симптомов с акцентом на его конструктивной составляющей.

*Василенко В.Е.*

*Ножко А.В.*

## **Динамика Я-концепции и ценностных ориентаций в период предподросткового кризиса**

Всестороннее изучение личности человека и механизмов ее формирования является одной из важнейших задач, решаемых современной психологией. Особую значимость приобретают исследования самосознания личности в переходные моменты ее становления. Одним из таких периодов является кризис 11 лет, «предподростковый кризис» (Д.Б. Эльконин, К.Н. Поливанова).

Целью данного исследования явилось изучение динамики Я-концепции, ценностных ориентаций и отношения к учению у детей при переходе из начальной школы в среднюю.

Лонгитюдное исследование было проведено в 2011–2012 годах. В нем приняли участие 49 учащихся одной из общеобразовательных школ Выборгского района г. Санкт-Петербурга (25 мальчиков и 24 девочки). Первый срез — учащиеся 4-х классов в возрасте 10–11 лет. Второй срез — те же учащиеся, перешедшие в 5-й класс (возраст 11–12 лет). Средний возраст детей 4-х классов — 10,3 лет. Для изучения Я-концепции использовались методика «Кто я?» М. Куна, рисуночный тест «Каким я себя вижу и каким бы я хотел себя видеть» в модификации В.Е. Василенко (изучение образа Я), методика Т. Дембо — С. Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, опросник Г.Н. Казанцевой (изучение самооценки и уровня притязаний). Для изучения ценностных ориентаций нами была модифицирована методика М. Рокича. Для выявления отношения к учению применялась методика Г.Н. Казанцевой. Проведенное исследование выявило, что при переходе от 4-го к 5-му классу увеличивается общее количество самоописаний по Куну, количество личностных характеристик из категории «Я сам», а также количество объективных характеристик ( $p < 0,05$ ). Наибольший прирост выявлен у характеристик отношений ( $p < 0,001$ ), т. е. младшие подростки более склонны идентифицировать себя через эту категорию. И в 4-м, и в 5-м классе субъективные характеристики преобладают над объективными, а личностные — над социальными, т. е. при идентификации себя выражена опора на самооценку своих индивидуальных качеств, а не на принадлежность к группе. Образ Я-реального по рисуночному тесту у 61 % четвероклассников — это автопортрет, 37 % изобразили себя в какой-то роли, деятельности. Всего лишь 2 % рисунков указывают на ориентацию на личностные качества (как и в 5-м

классе). В 5-м классе основное изменение в образе Я-реального связано с увеличением субъектного уровня изображения. В образе Я-идеального у учащихся 4-х и 5-х классов преобладают характеристики субъекта деятельности (мальчики изображают себя в роли спортсмена, бизнесмена, программиста, водителя-дальнобойщика, космонавта; девочки — певицы, актрисы, врача, садовода, бизнес-леди, топ-модели, спортсменки, невесты, мамы). К 5-му классу количество личностных изменений увеличивается с 2 до 6 %. При этом значимыми оказались различия в сформированности Я-идеального у девочек ( $p < 0,05$ ). Самооценка младших подростков снижается на уровне статистической тенденции, значимым является снижение «уверенности в себе» ( $p < 0,05$ ). Предпочитаемые терминальные ценности — здоровье, дружная семья, учеба, а инструментальные — жизнерадостность, воспитанность, аккуратность, смелость. При переходе в среднюю школу по всей выборке выявлено лишь одно значимое различие: становится менее значимой учеба ( $p < 0,05$ ). На уровне статистической тенденции более значимыми становятся увлечения. У мальчиков менее значимой становится «уверенность в себе» ( $p < 0,01$ ). У девочек в 5-м классе снижается значимость учебы и растет значимость увлечений ( $p < 0,01$ ), снижается значимость ценности «красота природы, культура, искусство» ( $p < 0,05$ ). При переходе в среднюю школу младшие подростки иначе относятся к учебным предметам: английский язык начинает предпочитать больше подростков ( $p < 0,01$ ), а литературу — меньше (на уровне тенденции). В 5-м классе подростки реже указывают мотивы учебы: «чтобы товарищи со мной дружили» ( $p < 0,01$ ), «не хочу подводить свой класс» ( $p < 0,05$ ). В структуре взаимосвязей показателей Я-концепции и ценностных ориентаций у младших школьников системообразующими являются показатели общей самооценки, количества субъективных характеристик, Я-реального и ценностные ориентации: «здоровье» и «общение с друзьями». У подростков идут процессы пере структурирования, системообразующими показателями являются общая самооценка, количество объективных и социальных характеристик при самоописании.

Таким образом, выявлены изменения как в когнитивном, так и в эмоциональном компонентах Я-концепции. Изменения в ценностях выражены меньше и связаны в основном с уменьшением ценности учебы и ростом ценности различных увлечений.

*Головей Л.А.*

## **Особенности возрастных нормативных кризисов в разные периоды онтогенеза**

Существенную роль в процессе развития играют возрастные нормативные кризисы. Впервые на роль кризисов в психическом развитии ребенка указал Л.С. Выготский, рассматривавший кризисы как поворотные пункты в детском развитии. Б.Г. Ананьев рассматривал кризисы в структуре жизненного пути как генетические переходы между его фазами, имеющие значение для всего жизненного цикла человека. Кризис представляет собой момент, в котором происходят изменения на различных уровнях жизнедеятельности человека (индивида, личности, субъекта деятельности), меняющие направление развития. Характер и частота возникновения кризисов в детские и более поздние периоды развития различаются. В детские периоды развития частота возникновения нормативных кризисов выше, что соответствует более высоким темпам развития. В периоды зрелости частота возникновения нормативных кризисов уменьшается и изменяется их характер. Они становятся все более связанными со сферами жизнедеятельности человека и все больше обусловлены извне, в то время как детские кризисы обусловлены моментами созревания психики и организма в целом. Основными симптомами проявления детских кризисов являются конфликтность и трудновоспитуемость ребенка. Кризисные моменты детских периодов развития характеризуются существенным ускорением темпов развития (стремительностью, по выражению Л.С. Выготского). Можно предположить, что характер протекания и симптоматика кризисов зрелого периода развития несколько иные.

Целью нашего исследования стало изучение особенностей протекания кризисов зрелого и юношеского периодов. Общий объем выборки 625 человек, студенты различных вузов и работающие взрослые. Возраст от 18 до 25 лет. В качестве методов использовались Анкета кризисных переживаний В.Р. Манукян, личностный опросник Big-5 — стандартизация А.Г. Шмелева, «Копинг-тест» Р. Лазаруса, Анкета профессионального развития М.Д. Петраш. Исследование показало, что характер кризисных переживаний юношеского и зрелого периодов связан, прежде всего, с переживанием своего образа Я, поиском ответа на вопрос «кто я», «каким мне быть», что можно обозначить как кризис идентичности. Характерными также являются переживания перспективы своей профессиональной жизни, отсутствия заметно привлекающих целей в

будущем, неопределенности и непредсказуемости будущего, трудности ориентировки в сложном потоке событий (кризис бесперспективности). Достаточно актуальными и выраженными являются переживания, связанные с ощущением сильной усталости, отсутствием энергии для активной деятельности (кризис опустошенности). Кризисные переживания сопровождаются усилением страха, тревоги, снижением интереса и повышением безразличия к будущему. В зависимости от возраста и этапа профессионального развития структура кризисных переживаний несколько видоизменяется. Так, для первокурсников ведущими являются переживания чувства одиночества, отрыва от семьи и друзей детства, трудностей распределения сил и времени. Для студентов 5-го курса наиболее актуальными становятся переживания планирования собственной жизни, оценка возможностей самореализации в будущем, снижение способности к восстановлению психофизиологического потенциала. На начальном этапе профессиональной деятельности ведущими становятся переживания, связанные с трудностями определения направлений развития в будущем, неопределенностью, непредсказуемостью будущего, ощущением сильной усталости. Выявлены факторы личности, играющие роль протективных, смягчающих кризисные переживания, а также факторы, усиливающие кризисные переживания.

Таким образом, исследование показало, что в юношеском и взрослом периоде (по сравнению с детскими периодами) кризисные явления носят более интегрированный характер, в них сочетаются признаки общепсихологических, возрастных, биографических, травматических кризисов, что отражает единство и взаимопереплетение трех основных форм индивидуального развития человека: онтогенеза, жизненного пути, истории деятельности. Усиливается индивидуальная вариативность кризисных проявлений и роль внутренних ресурсов личности в их преодолении. Исследование поддержано грантом РГНФ 13-06-008480.

*Гормоза Т.В.*

## **Тревожность как фактор психологического здоровья младшего школьника**

Эксперты ВОЗ определяют здоровье как отсутствие психических, физических дефектов, а также полное физическое, духовное и социальное благополучие. Индивидуальная приспособляемость к физической и об-

щественной среде является одним из важнейших признаков здоровья. Тревожность во многом определяет степень социальной активности и адаптационные возможности ребенка, которые играют большую роль в успешности его контактов с обществом, в степени их устойчивости. Тревожность как психическое состояние способна оказать влияние на формирование личности и во многом обусловить проявление негативных форм поведения ребенка. Важным методологическим принципом является структурно-генетический подход, который рассматривает характеристики человека в их взаимосвязи и с учетом становления человека в разные возрастные периоды. Неравномерность развития различных функциональных систем субъекта, имеющая в своей основе сложную взаимосвязь эволюционных и инволюционных процессов и определяемая конкретными социально-историческими условиями жизни, есть, по мнению Б.Г. Ананьева, тот механизм, который обеспечивает развитие как целостный процесс. Необходимость использования структурно-генетического подхода диктуется сформулированным в литературе представлением о динамическом формировании тревожности в структуре личности, в процессе ее социализации в конкретных социальных условиях развития. Основные причины тревожности взрослых, согласно исследованиям Л.В. Куликова и Г.С. Никифорова, кроются внутри самой личности. Возникновение же детской тревожности (согласно данным многочисленных исследований А.М. Прихожан) детерминировано межличностным взаимодействием, именно оно опосредует социальную адаптацию личности, реализует возможность социальной поддержки в трудных ситуациях. Внутренний дискомфорт, вызванный дисгармонией межличностных отношений, приводит к развитию чувства одиночества, ощущению незащищенности. Неблагоприятный эмоциональный опыт, накапливаемый детьми, отрицательно сказывается не только на социальной успешности ребенка, но и на его здоровье.

Целью нашей работы было изучить взаимосвязь между социальной успешностью и тревожностью детей 6–10 лет. В качестве испытуемых выступили 547 учащихся начальных школ г. Минска. Для изучения тревожности использовалась модификация шкалы социально-ситуативной тревоги Кондаша. Были получены данные о корреляции показателей самооценки с тревожностью. Высокий уровень самооценки релевантен оптимально низкому уровню тревожности ( $r = 0,5$ ). Осмысленная ориентировка в собственных переживаниях возникает лишь в младшем школьном возрасте. Главным условием предупреждения отрицательного эмоционального состояния К. Роджерс считал умение человека быстро

пересмотреть свою самооценку, изменить ее в соответствии с новыми условиями жизни. Наличие хотя бы одной взаимной симпатии или неадекватно завышенных представлений о своем положении могут компенсировать влияние объективно низкого социометрического статуса. Неадекватное же отношение ребенка к себе, своим возможностям становится устойчивой чертой его неадекватного отношения к миру. Более тревожными оказались дети с подчинительными формами поведения ( $r = 0,7$ ). Для детей с доминантными формами поведения характерен низкий уровень тревожности ( $r = 0,6$ ). Одним из направлений коррекционной работы стало формирование структурных компонентов учебной деятельности. Учебная деятельность способствует удовлетворению основных потребностей младшего школьника. Трудности формирования учебной деятельности часто находятся в социальном окружении ребенка. Восстановление социальных отношений — следующее важное направление работы. При этом ставилась задача приобретения ребенком позитивного опыта общения с учителями и сверстниками. Кроме того, детям оказывалась помощь при разрешении внутренних конфликтов, обретении уверенности в себе. Итогом коррекционных воздействий стали: эмоциональная поддержка со стороны психолога и группы, позволившая пережить ощущение принятия себя со стороны «значимых других»; возникло активное, деятельностное отношение к себе, что в подростковом возрасте станет инструментом творческого преобразования себя и своих отношений с окружающими.

*Иванова М.Г.*

## **Взаимосвязь особенностей мотивационной сферы и показателей здоровья у подростков**

Выявление и прогноз развития детей с нарушениями психологического здоровья является одной из важнейших практических задач деятельности психологов образования. Психологическое здоровье, по нашему мнению, является сложным динамическим состоянием, характеризующим личность в процессе функционирования. Анализируемая категория выступает интегральной характеристикой, отражающей баланс между успешностью функционирования личности и «ценой» достижения целей развития, что выражается в субъективном ощущении эмоционального благополучия личности. В научной литературе выделе-



но множество разноуровневых, неоднородных показателей психологического здоровья, что существенно усложняет проведение исследования рассматриваемого феномена. Все характеристики психологического здоровья можно систематизировать в соответствии со свойствами личности, по Б.Г. Ананьеву. В группу показателей, соответствующих направленности и мотивации личности, относятся стремление к самовыражению, интерес к самому себе, общественный интерес, нравственность, стремление к самоопределению. Согласно концепции А. Маслоу, здоровье самоактуализирующейся личности и основные потребности взаимосвязаны. Фрустрация базовых психологических потребностей (потребность в безопасности, любви, уважения, самоуважения, принадлежности и самоактуализации) обуславливает значительное возрастание риска развития дезадаптивных расстройств и нарушений здоровья. Нами было реализовано эмпирическое исследование, охватившее подростков 12–14 лет (общий объем выборки — 262 человека, из них 153 девочки, 109 мальчиков). В результате проведения сравнительного, корреляционного, кластерного анализов мы пришли к выводу, что по выраженности значений, а также по соотношению показателей психологическое здоровье может быть представлено разными уровнями. «Низкий уровень психологического здоровья» характеризуется значениями ниже среднего по показателям социально-психологической адаптированности, активности, эмоционального благополучия. Для подростков данной группы характерна низкая активность, уныние, неудовлетворенность собой и жизнью. У них выражен «уход» от проблем, тенденция на избегание неудач, ведОмость. В трудных ситуациях подростки первого типа склонны прибегать к поиску социальной поддержки или избеганию. Они не реализуют мотивы в поведении. Низкий уровень психологического здоровья сопровождается напряжением, повышением уровня тревожности. «Оптимальный уровень психологического здоровья» личности может обеспечиваться разными механизмами достижения: уравновешенным (специфическим) и неуравновешенным (неспецифическим). Специфический тип психологического здоровья сопровождается принятием себя, уравновешенностью, высокой активностью и низким напряжением. Подростки данной группы принимают себя и других. Для них характерно бодрое состояние, высокая раскованность, устойчивость, стремление к успеху — среднее. Подростки этой группы активны, спокойны, удовлетворены. В отношениях они склонны к доминированию и реализуют мотивы учения в поведении. Неспецифический тип характеризуется высокими показателями успешности в учебной деятельности, высокой активностью в сфере общения, но при этом повышенным уровнем

напряженности. Уровень активности, бодрости, тонуса, раскованности, устойчивости подростков, вошедших в данную группу, немного снижен. Они адаптированы, принимают себя и других. У представителей рассматриваемой группы выражено стремление к успеху. Таким образом, при низком уровне психологического здоровья преобладает мотивация избегания неудач, при оптимальном уровне — мотивация достижения успеха. Тем самым, уровень выраженности мотивации стремления к успеху и избеганию неудачи связан с различными показателями психологического здоровья и может быть использован в качестве диагностического критерия исследуемого состояния.

*Крук Ю.А.  
Шульга О.К.*

### **Связь способов межличностного познания и личностной идентичности у подростков**

Современный человек в повседневной жизни пользуется недостаточными эффективными способами познания и понимания другого человека, от чего в свою очередь зависит качество и продуктивность межличностных отношений. Сензитивным периодом для формирования способов межличностного познания является подростковый возраст. Способы межличностного познания не существуют в отрыве от других системных психических преобразований, характерных для подросткового возраста. Так, в этот период системообразующий характер носят изменения в интеллектуальной сфере (Л.С. Выготский, Л.Ф. Обухова, Ж. Пиаже). Эмоциональная сфера претерпевает коренные изменения и оказывает значительное влияние, как негативное, так и продуктивное, на все реализуемые подростком виды деятельности (А.М. Прихожан, Х. Хекхаузен). Основываясь на этих закономерностях, мы предположили, что у подростков положительно взаимосвязаны личностная идентичность, способы межличностного познания и отношения личности к собственному «Я» (самоотношение). Нами были использованы следующие методы сбора эмпирических данных: «Диагностика способов межличностного познания у подростков», разработанная и опубликованная Н.А. Рождественской и А.В. Сориним в 2009 г.; методика незавершенных предложений, разработанная Дж. Марсиа и адаптированная

В.Р. Орестовой под руководством О.А. Карабановой на российской выборке в 2005 г. Эмпирическую базу исследования составили подростки 14–15 лет, учащиеся среднеобразовательной школы № 38 г. Гродно в количестве 83 человек (43 юноши и 40 девушек). С целью количественной обработки данных мы использовали непараметрический корреляционный анализ Тау — Кендалла. В ходе эмпирического исследования нами была выявлена прямая статистически значимая функциональная взаимосвязь между уровнем развития способов межличностного познания и личностной идентичностью. Установленный коэффициент корреляции  $r = 0,237$ ;  $p < 0,05$  свидетельствует о существовании прямой статистически значимой связи между уровнем развития способов межличностного познания и показателем общей Эго-идентичности. Данный результат позволяет говорить о том, что подростки с более развитыми способами межличностного познания обладают более высоким уровнем развития личностной идентичности, их личностная идентичность характеризуется достигнутым или предрешенным статусом. Подросткам с менее развитыми способами межличностного познания присущ низкий уровень развития личностной идентичности, которая характеризуется статусом моратория или диффузии идентичности. Такие подростки в меньшей степени осознают свои ценности и роли; отношения с родителями оцениваются ими как эмоционально холодные, а также наблюдается наибольшая степень конформности под влиянием группы сверстников, что является помехой к формированию у подростка адекватных способов успешного межличностного познания. У подростков, личностная идентичность которых характеризуется предрешенным или достигнутым статусом, в большей степени развиты способы межличностного познания. Эти подростки способны к всесторонней оценке личностных свойств сверстника, используют адекватные и существенные критерии оценки основных сторон личности другого. Полученные результаты подтверждают и дополняют результаты исследований связи способов межличностного познания и личностной идентичности в подростковом возрасте Н.А. Рождественской и А.В. Сорина. С помощью коэффициента ранговой корреляции Кендалла нами были проанализированы связи между различными способами межличностного познания. Связи, установленные между способами, не подчиняются каким-либо определенным закономерностям, что, на наш взгляд, говорит о том, что стратегии находятся в процессе становления, а их применение пока носит нерефлексивный характер. Аналогичные данные были получены в исследованиях А.Н. Рождественской и А.В. Сорина.

*Кутеева Е.Н.  
Головей Л.А.*

## **Семья как фактор формирования пространства межличностных отношений подростков**

Роль семьи в развитии личности ребенка трудно переоценить. Многочисленными исследованиями показано значение семьи для психологического благополучия ребенка. Задачей нашего исследования явилось изучение роли семьи в формировании пространства межличностных отношений. Под пространством отношений мы понимаем систему межличностных связей разной степени значимости. Среди пространственных характеристик наиболее значимыми являются насыщенность пространства, измеряемая количеством контактов, длительность и оценка перспективы продолжения контактов. Для исследования межличностных отношений использовались психобиографическая методика «Круг общения» Н. Логиновой и авторская биографическая методика «Мир моих отношений». В исследовании приняли участие 346 подростков 13–17 лет. Для выявления факторов влияния семейной ситуации на формирование пространства межличностных отношений вся выборка была разделена на группы. 1 группу составили подростки, воспитывающиеся в благополучных семьях, 2-ую — подростки из неблагополучных семей, родители которых были лишены родительских прав. Численный состав групп примерно одинаковый. При помощи биографической анкеты мы проследили по годам (от момента рождения до настоящего времени) количество значимых людей, которых упоминает подросток, что составило количественные характеристики пространства отношений. Оказалось, что подростки из благополучных семей называют в раннем детстве в среднем 4–5 значимых людей, пространство их отношений включает родителей, других родственников, братьев и сестер. К подростковому возрасту количество контактов возрастает и подростки называют, в среднем, 12–14 человек, а некоторые до 20. Пространство отношений существенно расширяется за счет друзей, родственников, других значимых взрослых. Совершенно иначе выглядит пространство межличностных отношений подростков из неблагополучных семей. Пространство их отношений чрезвычайно узкое, некоторые дети не могут назвать ни одного значимого человека в раннем детстве, среднее количество упоминаемых людей 1–2. К подростковому возрасту оно несколько увеличивается и составляет 4–5 человек. Эти дети гораздо реже в число значимых людей включают родителей (в 40 % случаев, в то время как дети из благополучных семей в 100 % случаев). Такая особен-

ность обусловлена отсутствием эмоциональной привязанности, значимых эмоциональных отношений с момента рождения. Результаты включенного наблюдения также свидетельствуют о незаинтересованности этих подростков в своем прошлом, об отсутствии рефлексии или недостаточной осознанности этого периода, в беседе или воспоминании о прошлом проявляется психологическая защита в виде избегания. Изменены и темпоральные характеристики отношений у подростков из неблагополучных семей, что проявляется в изменении соотношения настоящего, прошлого и будущего, в длительности отношений и представлении об их перспективе. Пространство отношений подростков «группы риска» ограничивается настоящим возрастом  $\pm 1-3$  года. Данная особенность свидетельствует об их концентрированности на настоящем времени и отсутствием интереса к прошлому и будущему. Длительность контактов подростков из 1-й группы составляет от 2 до 11 лет, в то время как у подростков 2-й не превышает 4 лет. Пространство отношений этих подростков характеризуется частой сменой значимых людей и спецификой понимания их значимости. Перспектива отношений подростков, определяемая как стремление к продолжению отношений со значимым человеком, у подростков из 1-й группы более длительная, чем у их сверстников из 2-й группы. 40% подростков из благополучных семей стремятся продолжить отношения, во 2-й группе — лишь 10%. Среди долговременных эмоциональных отношений подростки выделяют дружбу и родственные связи. Подростки 2-й группы описывают дружбу как желаемое событие. Проведенное исследование показало роль семьи в формировании пространства значимых межличностных отношений, начиная с раннего детского возраста. Депривация семейного влияния приводит к ограничению пространства отношений, их нестабильности, нарушению темпоральных характеристик, отсутствию длительных контактов, нацеленных на перспективу. Все это существенно ограничивает возможности развития детей и создает предпосылки для попадания их в группу риска. Исследование поддержано грантом РГНФ 13-06-008480.

*Лебедева Е.И.*

## **Представления подростков о смерти**

Подростковый возраст можно назвать периодом особой значимости в жизни человека. В подростковом возрасте человек решает ряд задач

становления собственной личностной зрелости. К этому этапу в жизни человека можно отнести и первый экзистенциальный кризис. Происходит формирование экзистенциальных представлений и понятий (жизнь, смысл жизни, смерть). Настоячиво требует ответа вопрос «Кто я?» Мы предположили, что уровень развития интеллекта влияет на сформированность понятия такого высокого уровня. В исследовании приняло участие 145 подростков в возрасте 15–16 лет. 75 — участники Программы развития интеллектуально одаренной молодежи (средний IQ — 120). 70 — учащиеся старших классов средних школ СПб. Исследование проводили О. Боброва и М. Мироненко. Была использована анкета «Представления о смерти», включающая следующие задания и вопросы:

- дать ассоциации на тему «смерть»,
- продолжить фразу «Смерть — это...»,
- выбрать из предложенных вариантов причин суицида наиболее вероятные,
- оценить важность факторов, помогающих человеку сопротивляться смерти.

Анализ ассоциаций в экспериментальной и контрольной группах. Сходства. В первый ряд ассоциаций у обеих групп вошли чувства, связанные со смертью (страх и горе) и слова, связанные со зрительным образом (темнота, тьма и т. д.). Различия. На первое место в экспериментальной группе одаренных детей вышли зрительные и предметные ассоциации, такие как темнота, кладбище. Контрольной группой чаще использовались слова, обозначающие чувства.

1. В описаниях, данных экспериментальной группой, присутствуют ассоциации, связанные с потусторонним миром, что совершенно отсутствует у контрольной группы.
2. В экспериментальной группе отсутствуют описания ассоциаций, связанных с болезнью, больницей, в отличие от контрольной группы.
3. Также группы отличаются по количеству данных ассоциаций. В экспериментальной группе было перечислено 94 разнообразные ассоциации, в среднем 7,9 ассоциаций на человека. В контрольной же группе ассоциаций было дано меньше — 58, в среднем 5,1 ассоциация на человека.
4. Обращает на себя внимание большое количество нейтральных («покой», «сон», «время» и т. д.) и положительных ассоциаций («рай», «выход», «удача») в экспериментальной группе. Нейтральных — 10,4% и

8,6 % положительных ассоциаций. В контрольной: 5,6 % нейтральных и 1,4 % положительных.

Сравнительный анализ качества ассоциаций свидетельствует о меньшей силе сопротивления анализу этого понятия у представителей экспериментальной группы. Смерть как явление вызывает любопытство и в некоторых случаях оптимистичные ожидания «рождение», «свобода», «новая жизнь». Были исследованы определения на тему «Смерть — это...» и выявлены следующие представления в экспериментальной группе. 40 % считают, что смерть — это сон или переход в другую жизнь, в контрольной группе такого мнения придерживаются 9 %. Напротив, 64,7 % участников контрольной группы считают, что смерть — это конец всего, в то время как в экспериментальной этого мнения придерживаются 21,4 %. Причинами, толкающими людей выбирать смерть, одаренные подростки называют причины, не зависящие от реальных отношений, событий (как это видно из ответов представителей контрольной группы), а присутствует направленность на себя, самостоятельность, авторитарность. Участники и экспериментальной, и контрольной группы назвали сходные причины. Это любовь и поддержка близких, вера в себя, желание жить. Представления о смерти одаренных и неодаренных подростков значительно различаются. В основном это различие проявляется в большей открытости этой теме, проявлении исследовательского интереса, который связан с положительными переживаниями и представлениями. В отличие от контрольной группы, где представление о смерти носит скорее негативный характер и связывается со страхом, неприязнью, напряжением. Настойчивость в достижении целей, открытость новому опыту одаренных подростков, а также их ранимость и склонность к романтизму позволяют ребятам увидеть «смерть» через призму таинственности и непостижимости, что делает эту тему более интересной и многогранной.

*Оконешникова О.В.*

## **Психологическое благополучие и субъектность предпринимателей зрелого возраста**

Психологическое благополучие — понятие многомерное, включающее в себя и объективные, и субъективные аспекты. В последние годы в науке все больше завоевывает свое место так называемый позитивный

подход в трактовке благополучия (М. Селигман, К. Рифф и др.). Благополучие понимается как активное преобразование себя и окружения с целью более полной реализации своей психологической сущности. Таким образом, позитивный подход позволяет рассмотреть проблему благополучия в контексте субъектности, т. е. авторского характера активности человека как свободного, самостоятельного, инициативного, творческого деятеля, как автора собственной жизни.

В 2013 году в рамках изучения социальной субъектности было проведено исследование факторов удовлетворенности жизнью предпринимателей. Выборку составили 40 предпринимателей малого бизнеса г. Мурманска. Использовался большой набор методик, среди них: «Шкала удовлетворенности жизнью» Э. Динера; опросник «Уровень субъективного контроля»; тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева; списки ценностей; авторский опросник, позволяющий выявить биографические данные и социально-экономические факторы, влияющие на удовлетворенность жизнью; самооценка предпринимателя относительно важнейших аспектов собственной жизни. Предприниматели показывают показатели общей удовлетворенности выше среднего. На уровне тенденции можно утверждать, что предприниматели с высоким уровнем удовлетворенности чаще ориентируются на просоциальные мотивы и ценности, в то время как предприниматели с низким уровнем удовлетворенности указывают чаще индивидуалистические мотивы. В корреляционной плеяде, образованной предпринимателями с низким уровнем удовлетворенности, наблюдаются статистически значимые корреляции с позициями: проблемы семейных отношений, семейный статус «разведен»; в качестве внешних барьеров предпринимательства указывается наличие болезней. У предпринимателей с высоким уровнем удовлетворенности жизнью в корреляционную плеяду со значимым весом (на 1 % уровне значимости) входят шкалы методики СЖО, отражающие высокий уровень осмысленности жизни и удовлетворенность отношений с друзьями. Для предпринимателей в возрасте 36–45 лет характерно наличие семьи, что является важнейшим фактором удовлетворенности жизнью. Именно данная возрастная группа характеризуется самым высоким (по сравнению с другими возрастными группами) уровнем интернальности по методике УСК (Ио = 29,3, Ипр. = 5,5, Исем. = 8,7). Для данной возрастной группы также характерна высокая осмысленность жизни по методике СЖО (100,0 баллов). Именно возрастная группа от 36 до 45 лет имеет статистически значимые корреляции по коэффициенту Спирмена с результатами теста УСК и теста СЖО. Так, существует корреляция между



возрастом 36–45 лет и общей интернальностью ( $\rho = 0,419$  на 1 % уровне значимости), между возрастом 36–45 лет и интернальностью в области семейных отношений ( $\rho = 0,423$  на 1 % уровне значимости). Корреляционные плеяды показывают, что опосредованно (через интернальность) существует взаимосвязь возраста 36–45 лет и уровня осмысленности жизни, поскольку все эти показатели попадают в одну плеяду со значимыми весами. Таким образом, возраст 36–45 лет у предпринимателя характеризуется высоким уровнем развития многих субъектных черт: осознанности, осмысленности, ответственности, социального оптимизма, целеустремленности. Проведенное исследование показывает, что и удовлетворенность жизнью предпринимателей находится под воздействием двух групп факторов. Внешние факторы (изменение семейного статуса и утрата социальных контактов в результате развода) являются факторами неудовлетворенности. Наличие осмысленности жизни, убеждение в том, что ты можешь контролировать собственную жизнь, принятие на себя ответственности за собственную жизнь, способность планировать свое будущее является фактором высокой удовлетворенности жизнью. Можно интерпретировать полученные данные как доказательство роли субъектности личности в формировании удовлетворенности жизнью. Исследование показывает, что субъектность предпринимателей проявляется не только в их внешней активности, но и сопровождается большой внутренней работой. Высокая удовлетворенность жизнью не всегда связана у предпринимателей с успешностью бизнеса (здесь нет статистически значимых связей), но она всегда связана с внутренним ощущением осмысленности собственной жизни и самоэффективности (способности влиять на жизнь).

*Петраш М.Д.*

## **Психофизиологический компонент в структуре профессионального развития медицинских работников**

Исследование поддержано грантом РФФИ, проект № 13-06-00837а. Несмотря ни на какие жизненные трудности, сложные социально-экономические условия в стране, а также снижение престижа, профессия медицинского работника относится к числу важных, а суть деятельности связана с повышенным уровнем психологических и физических затрат.

Для того чтобы противостоять возникшим трудностям, помимо владения разнообразным арсеналом средств медицинского воздействия, важно иметь представление об индивидуальной устойчивости к восприятию сложных ситуаций, обладать высокой работоспособностью, умениями работать в условиях дефицита времени, быть устойчивыми к стрессу, уметь преодолевать отрицательные эмоциональные состояния, в частности — синдром «эмоционального выгорания». Существенная роль в данном контексте отводится психофизиологическому компоненту, необходимому для создания среды, благоприятствующей развитию человека, его профессионального развития, в том числе и сохранности здоровья. В представленном исследовании психофизиологический компонент описывает активный подход к выработке действий, направленных на сохранение своего здоровья, поддержание жизненного тонуса, способности к восстановлению физиологического потенциала, потому обозначен нами как «психофизиологический потенциал», или способность к восстановлению психофизиологического потенциала. Нами было проведено исследование, целью которого являлось изучение взаимосвязи психофизиологического компонента с выраженностью параметров синдрома эмоционального выгорания и такими личностными характеристиками, как уровень тревожности и совладающее поведение. В исследовании приняли участие врачи и медицинские сестры, работающие в стационарах г. Санкт-Петербурга в количестве 105 человек (55 медсестер и 50 врачей). Исследовательский инструментарий: опросник «Факторы профессионального развития» (М.Д. Петраш); «Интегративный тест тревожности» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев); диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой); методика «Стратегии совладающего поведения» (Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова). Проведенное исследование позволило выявить свои специфические особенности в группе со сниженными возможностями к восстановлению психофизиологического потенциала, а именно: показана выраженность всех составляющих синдрома (эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений;  $0,001 \leq p \leq 0,01$ ), что может указывать на наличие «стресса, связанного с трудностями поддержания нормального образа жизни» (МКБ-10); дезадаптация в интер/интраиндивидуальных отношениях, дисгармония со средой в целом, что проявилось в высоком уровне личностной тревожности; наиболее активное использование неадаптивных копинг-стратегий (конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание 54, 57 и 55-Т баллов, соответственно). В группе с высоким уровнем резервных возможностей и способности к восстановлению потенциала

выявлены низкие значения по параметрам синдрома «выгорания», личностной тревожности, респондентами используются адаптивные копинг-стратегии, способствующие конструктивному разрешению возникающих трудностей (планирование решения проблемы, положительная переоценка, самоконтроль, 56, 56 и 53-Т баллов, соответственно). Кроме того, корреляционный анализ выявил прямые связи психофизиологического компонента с эмоциональным истощением и деперсонализацией ( $0,001 \leq p \leq 0,01$ ); со всеми факторами профессионального развития (удовлетворенность профессиональными развитием и направленность на самореализацию) и факторами профессионального функционирования (межличностное взаимодействие, самоконтроль поведения, целеустремленность) ( $p \leq 0,001$ ); с копинг-стратегией планирование решения проблемы ( $p \leq 0,05$ ). Выявлены отрицательные взаимосвязи с редукцией личных достижений; общим уровнем тревожности; с копинг-стратегиями — конфронтацией, принятием ответственности, бегством-избеганием. Таким образом, полученные данные позволяют нам говорить о том, что фактор «психофизиологический потенциал» как способность к действиям, направленным на сохранение своего здоровья, можно рассматривать в качестве ресурса, способствующего профессиональному развитию личности медицинского работника.

*Петрова Н.Н.*

*Пискун О.Е.*

## **Психологическое здоровье студентов**

Целью исследования явилось изучение адаптации студентов на основе мониторинга их психологических особенностей в динамике обучения. Обследовано более 200 студентов с помощью компьютерного психодиагностического инструментария, который включал шкалу тревожности Спилбергера, Торонтскую алекситимическую шкалу, методику определения уровня невротической астении (УНА). Полученные данные обработаны с использованием статистического пакета Microsoft Excel. Исследование выявило, что 70,67 % студентов в течение первого года обучения обнаруживали признаки невротической астении (34,11 балла исходно и 24,82 балла в динамике через 6 мес. по шкале УНА,  $p < 0,05$ ), причем вероятность наличия астении возрастала в процессе обучения (0,51 и 1,38 соответственно,  $p < 0,05$ ). 21,63 % студентов характеризовались отсутс-

твием признаков невротической астении, причем их состояние сохранялось стабильным на протяжении всего периода наблюдения: выраженность астении составила 123,95 балла исходно и 126,88 балла в первом и втором семестре соответственно, вероятность наличия астении — 0,89 и 0,83 соответственно. Только у 13,6% студентов уровень реактивной тревожности был изначально низким и колебался в пределах от 24 до 30 баллов (27,41 балла по шкале Спилбергера). В процессе обучения на первом курсе он практически не изменился и составил во втором семестре 31,45 балла. Показатель личностной тревожности этой группы находился на нижней границе умеренной тревожности (34,81 и 33,36 балла в первом и втором семестре соответственно,  $p > 0,05$ ). Только в 11,76% этих случаев было отмечено наличие высокой личностной тревожности. У 57,6% студентов первого курса была исходно установлена умеренная реактивная тревожность (37,2 балла). Несмотря на тенденцию к некоторому возрастанию, тревога не вышла за пределы умеренной степени. Личностная тревожность в среднем по этой группе также оставалась без изменений в большинстве наблюдений и не превышала умеренной степени (41,3 и 40,1 балла в первом и втором семестрах соответственно). Исходная реактивная тревожность в этой группе колебалась в пределах от 31 до 44 баллов, однако личностная тревожность находилась в более широких пределах и достигала в ряде случаев (33,3% от числа студентов этой группы сравнения) высокого уровня (максимальный показатель — 61 балл). В 9,72% наблюдений было выявлено увеличение реактивной тревожности во втором семестре до высокого уровня, однако заметно меньше — 18,06% — студентов этой группы имели высокую личностную тревожность в весеннем семестре ( $p < 0,05$ ). 30,4% обследованных студентов имели исходно высокий уровень ситуационной тревожности, что сопровождалось наличием высокой личностной тревожности (51,58 балла) в 86,5% случаев. В остальных 13,5% случаев личностная тревожность не превышала изначально умеренной степени. В процессе обучения наблюдалась тенденция к некоторому снижению уровня реактивной тревожности, что отражает успешность адаптации к обучению в вузе, однако личностная тревожность имела тенденцию к возрастанию. Более чем в 43% наблюдений было обнаружено повышение уровня алекситимии, который колебался в пределах от 35 до 87 баллов и составил в осеннем семестре первого курса 60,13 балла и 59,70 балла — в весеннем семестре. Средний показатель по группе не отличался от такового в контрольной группе здоровых людей —  $59,3 \pm 1,3$  балла. Выраженный «алекситимический» тип личности (74 балла и выше по Торонтской алекситимической шкале) был исходно установлен в 12,5% случаев и соот-

ветствовал уровню больных с психосоматическими расстройствами и больных неврозами. Пограничный тип был диагностирован в 31,2 % случаев. В 28,57 % случаев было отмечено снижение уровня алекситимии в процессе обучения. Заметно реже, у 12,86 % студентов наблюдалось повышение уровня алекситимии. Таким образом, тревожные расстройства установлены более чем у 30 % студентов первого курса, риск развития психосоматических расстройств — примерно у 43 % учащихся, наличие астении — более чем в 70 % случаев. Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте проблем психологического здоровья у студентов-первокурсников.

*Саулина Е.Б.*

*Дерманова И.Б.*

### **Влияние семьи на развитие интеллекта когнитивно-одаренных подростков**

Исследование влияния социальной среды на развитие способностей, по мнению многих ученых, является перспективным направлением современной психологической науки, актуальность которого определяется и недостаточной методологической и методической проработкой проблемы, и запросом со стороны образовательной и психологической практики (В.Н. Дружинин, Б.М. Теплов, Т.Н. Тихомирова, Е.И. Щербланова, Ф. Ганье, П. Торенс, Дж. Фримен, и др.). В нашем исследовании возрастных факторов динамики интеллектуально-творческих способностей когнитивно-одаренных подростков мы рассматриваем, в том числе, и влияние семейной среды, а именно детско-родительских отношений в субъективном восприятии подростков, на развитие их интеллектуальных способностей.

В исследовании приняли участие 185 подростков: 96 когнитивно-одаренных подростков (9–11 класс), набравших не менее 115 баллов по тесту структуры интеллекта «Универсальный интеллектуальный тест» («УИТ») или не менее 120 баллов по тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра, и 89 подростков со средним уровнем интеллекта (9–11 класс), набравших менее 115 баллов по тесту структуры интеллекта «УИТ» (сниженная норма и нижняя граница хорошей нормы). Для измерения уровня социально-психологической адаптации использовалась «Методика диагнос-

тики социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда; для исследования детско-родительских отношений в субъективном восприятии подростков использовался опросник «ADOR» («Подростки о родителях» Л.И. Вассермана, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромициной). В данной работе мы рассмотрим влияние на развитие интеллекта когнитивно-одаренных подростков аспекта поведения родителей в восприятии подростков по шкале «Враждебность», отражающей агрессивное и чрезмерно строгое поведение в отношениях, с проявлениями унижающей критики по отношению к подростку. Враждебность родителей можно отнести к одному из проявлений жестокого обращения их с детьми, провоцирующего появление интеллектуальных проблем у подростков, относящихся к дезадаптивным феноменам и симптомам дезонтогенеза (Гаямова С.Ю., Елшанский С.П., 2012). Данные нашего исследования, с одной стороны, частично согласуются с результатами, приведенными выше, т. к. показатели по шкале «Враждебность» (матери) в группе школьников со средним уровнем интеллекта отрицательно коррелируют с показателями способностей к дедуктивному мышлению и оперированию упорядоченной информацией, а также помехоустойчивости суждений (субт. «Умозаключение») ( $p = 0,001; 0,28$ ); показатели по шкале «Враждебность» (отца) отрицательно связаны с объемом долговременной памяти, развитием познавательных интересов и эрудированностью (субт. «Осведомленность») ( $p = 0,05; 0,23$ ); у 9-классников со средним уровнем интеллекта также выявляется обратная связь по шкале «Враждебность» (матери) с эффективностью оперативной памяти и процессов сосредоточения (субт. «Заучивание слов») ( $p = 0,05; 0,36$ ). С другой стороны, в группе когнитивно-одаренных подростков мы видим обратную тенденцию. Показатели по шкале «Враждебность» (матери) оказываются положительно взаимосвязанными с показателями вербальных, математических и характеризующих пространственное мышление субтестов: «Осведомленность» ( $p = 0,001; 0,30$ ), «Пропущенные слова» ( $p = 0,001; 0,23$ ), «Аналогии» ( $p = 0,001; 0,25$ ), «Умозаключения» ( $p = 0,001; 0,23$ ), «Числовые ряды» ( $p = 0,001; 0,26$ ), «Арифметические задачи» ( $p = 0,001; 0,24$ ); «Скрытые фигуры» ( $p = 0,001; 0,23$ ), «Исключение изображения» ( $p = 0,05; 0,18$ ); «Геометрическое сложение» ( $p = 0,05; 0,18$ ); а также субтестом, характеризующим мнестические способности «Заучивание слов» ( $p = 0,001; 0,27$ ) и общим интегральным показателем IQ ( $p = 0,001; 0,29$ ). Учитывая выше перечисленные факты и факт отсутствия достоверных различий по шкале «Враждебность» между исследуемыми группами, мы можем предположить, что адаптационные механизмы, включающиеся в ответ на проявления поведения матери, воспринимаемого как враж-

дебное, у когнитивно-одаренных подростков, задействуют их интеллектуальный ресурс, стимулируя его развитие, в отличие от школьников со средним уровнем IQ. Данное предположение подкрепляется также в исследовании взаимосвязей показателей по шкале «Враждебность» и параметров социально-психологической адаптации: у когнитивно-одаренных подростков мы видим надежные положительные связи показателей «Враждебность» и адаптивных тенденций, в то время как у подростков со средним уровнем интеллекта «Враждебность» положительно коррелирует только с дезадаптивными тенденциями.

*Силина Е.А.*

*Попова Т.А.*

## **Особенности эмоционально-личностной сферы подростков из патронатной семьи**

В современном российском обществе широко дискутируются вопросы усыновления и опеки, создания оптимальных условий для психического здоровья и развития детей, их социально-психологической адаптации в замещающей семье. Гибким вариантом социального родительства является патронатная (фостеровская) семья. Отсутствие родительской любви и заботы, воспитание в условиях приюта, детского дома приводит к «расстройствам привязанности» (Д. Боулби и М. Эйнсворт), «психической депривации» (Й. Лангмейер, З. Матейчек), нарушениям мотивационно-потребностной сферы, личностной идентичности (И.В. Дубровина, М.И. Лисина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых), дисгармонии семейных отношений (А.С. Спиваковская, Э.Г. Эйдемиллер) и др. Повышенная тревожность характерна для подростковой психики. Возрастание тревожности связано с переживанием эмоционального дискомфорта, ожиданием неблагоприятия, предчувствием грядущей опасности (А.М. Прихожан). У подростков, оставшихся без родительского попечения, тревожность усиливается факторами депривации (материнской, эмоциональной, социальной). Это может привести к неконструктивным формам поведения, отразиться на психоэмоциональном благополучии подростков и вызвать негативные личностные изменения. Способствовать формированию адекватных способов психосоциальной адаптации подростков может замещающая (патронатная) семья. В то же время помещение ре-

бенка в замещающую семью может быть связано с негативными эмоциональными состояниями и изменением самооценки подростка. Мы предположили, что существуют различия показателей эмоциональной сферы и самооценки подростков-сирот, живущих в детском доме и патронатной семье. Был использован следующий диагностический инструментарий: методика исследования уровня тревожности Б.Н. Филлипса; методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения САН; методика диагностики самооценки уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина; опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича для выявления и оценки невротических состояний (депрессия, астения, тревожность); методика диагностики самооценки А.С. Будасси. В исследовании приняли участие 60 подростков 13–14 лет, воспитанников ГКОУ «Детский дом № 3» г. Перми (30 воспитанников детского дома и 30 воспитанников, проживающих в патронатных семьях). Эмпирические данные были обработаны методами математической статистики (t-критерий Стьюдента и корреляционный анализ Пирсона). T-критерий Стьюдента выявил, что показатели общей тревожности, переживания социального стресса, реактивной, личностной тревожности и фрустрации потребности в достижении успеха выше у подростков из детского дома, чем у их сверстников, взятых в патронатную семью. В то же время страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих и низкая физиологическая сопротивляемость стрессу выше у подростков, воспитывающихся в патронатной семье. По мнению В.Н. Ослон, для замещающих семей характерна склонность к гиперопеке. Страх родителей не справиться с воспитанием может провоцировать тревогу и сверхконтроль. Подростки, по определению являющиеся «трудными», подкрепляют эту тревогу своим поведением. Таким образом, с одной стороны, потребность в принятии и любви, с другой — конфликтное взаимодействие усиливают страх несоответствия подростка ожиданиям окружающих и возвращения в детский дом. Анализ характера корреляций показателей эмоциональной сферы и самооценки показал, что в выборке подростков из патронатной семьи с отрицательными эмоциональными состояниями (депрессивностью, астенией, тревожностью) коррелирует личностная тревожность, а в выборке подростков из детского дома — ситуативная тревожность. Когда возникают трудности и сомнения в достижении успеха (в изменившейся социальной ситуации развития подростков, взятых в патронатную семью), их отрицательный эмоциональный опыт может усиливаться, закрепляться в поведении, компенсации, способах защиты и стать устойчивым личностным свойством. Таким образом, иной характер кор-



реляций, в котором задействованы личностная тревожность (связанная с ситуациями, опасными для самооценки, самоуважения, самопринятия личности), а также страх «проблемы отношений с учителями» отличают структуру симптомокомплекса эмоционально-личностной сферы подростков, воспитывающихся в патронатной семье.

*Ульянова И.А.*

## **Проявление эмпатии у подростков-сирот**

В нашем исследовании мы предположили, что подростки-сироты, учащиеся школы-интерната VII вида имеют более низкую способность к эмпатии, по сравнению с их сверстниками, проживающими в условиях семьи, что может быть связано с особенностями развития личности в условиях школы-интерната и периодом пребывания в ней.

Объект исследования. Экспериментальная группа — подростки-сироты, учащиеся школы-интерната VII вида — 30 человек. Средний возраст поступления в интернат в группе составляет 2,56 года, т. е. среднее количество лет, проведенных в интернатных учреждениях, составляет 10,4 года. Контрольная группа — учащиеся школы-интерната VII вида, воспитывающиеся в семьях, — 30 человек. Возраст испытуемых 12–14 лет.

Цель исследования: изучение особенностей проявления эмпатии у подростков-сирот, учащихся школы-интерната VII вида. Использовались методики: The Facial Meaning Sensitive Test; методика «Личностная агрессивность и конфликтность» Е.П. Ильин, П.А. Ковалев; методика диагностики межличностных отношений Т. Лири; методика «Диагностика уровня эмпатии» И.М. Юсупова; «Методика диагностики уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко, адаптированная нами под подростковый возраст; статистическая обработка производилась в программе SPSS Statistics, с использованием t-критерия Стьюдента и коэффициента корреляции Пирсона. Анализ результатов показал:

1. В экспериментальной группе по сравнению с контрольной наблюдались статистически достоверные различия по показателям: эмоциональный канал эмпатии более развит у подростков, воспитывающихся в семьях, что говорит о том, что дети склонны опираться на свои переживания и эмоции в проявлении эмпатии; рациональный канал эмпатии более развит у подростков-сирот и они склонны полагаться на свои

размышления о людях, чем на свои переживания по отношению к ним; также значимые различия видны по показателю «установка на эмпатию», это говорит о том, что подростки-сироты менее охотно идут на контакты с другими людьми, что ограничивает диапазон отзывчивости и эмпатического восприятия; по таким показателям, как «проникающая способность к эмпатии», которую рассматривают как коммуникативное свойство, позволяющее создавать атмосферу открытости, что способствует эмпатии, не было получено статистически достоверных различий по экспериментальной и контрольной группе.

2. Выявлены как общие для экспериментальной и контрольной групп корреляционные зависимости, такие как: обидчивость, вспыльчивость у девочек, у мальчиков напористость, бескомпромиссность и нетерпимость к мнению окружающих, так и те, которые свойственны подросткам, находящимся в интернатных условиях воспитания, такие как подозрительность и мстительность.

3. Выявлены взаимосвязи между периодом, проведенным подростками-сиротами в школе-интернате, и уровнем эмпатии. Таким образом, чем позже ребенок попадает на постоянное жительство в интернат, тем выше его уровень эмпатических способностей, и тем лучше он, соответственно, может определять эмоции других людей. Чем больше времени своей жизни ребенок проводит вне семьи, тем его эмпатические способности ниже и страдает способность распознавания чужих эмоций, тем самым снижается способность к сопереживанию.

Особенности проявления эмпатии у подростков-сирот с ЗПР: в отличие от своих сверстников, проживающих в условиях семьи, они обладают более выраженной агрессивностью, подозрительностью, мстительностью. В межличностном общении такие дети более авторитарны и агрессивны. Специфика контактов в условиях закрытого детского учреждения не способствует полноценному развитию навыков продуктивного общения. Эмпатические способности у подростков-сирот с ЗПР развиты слабее, чем у их сверстников из семей. У них преобладает рациональный канал эмпатии, тогда как у подростков с ЗПР, проживающих в семьях, более развит эмоциональный канал эмпатии (то есть способность к сочувствию, сопереживанию). В экспериментальной группе уровень эмпатии был выявлен ниже среднего, а в контрольной группе — средний уровень развития эмпатии. Также следует отметить, что в исследуемых группах у девочек уровень эмпатии выше, чем у мальчиков. Анализ результатов исследования показал, что существует прямая взаимосвязь между периодом пребывания в школе-интернате и уровнем эмпатии. Чем раньше

ребенок попадает в интернат и чем больше времени он проводит изолированно от семьи, тем в меньшей степени формируется у него способность к эмпатии, способность распознавать эмоции других людей по их внешним проявлениям.

*Ходаковская О.В.*

## **Поддержка окружающих — как аспект преодоления кризиса идентичности в юности**

Традиционно в качестве основных феноменов, образующих идентичность, принято рассматривать социальную идентичность, отражающую соотнесение личностью себя с группами, к которым она принадлежит; и личностную идентичность — как форму интеграции «Я», обеспечивающую тождественность человека самому себе в пространстве и времени, поддерживаемую другими людьми. Для современных представителей психоанализа, гуманистической, экзистенциальной психологии (П. Гринэкэр, О. Кернберг, Дж. Бьюдженталь, Р. Кочюнас и др.) достигнутая идентичность — самождественность, интегрированность, цельность, аутентичность — это показатель здоровой, зрелой и сильной личности. Существуют различные точки зрения на то, какой возрастной период является наиболее значимым для становления идентичности. Большое количество исследований посвящено проблеме кризиса идентичности в подростковом возрасте и в период ранней юности (Э. Эриксон, И. Кон, Дубровина, В.А. Алексеев, Е. Весна и др.). Результаты исследований Дж. Марсиа, А. Ватермана, Салли Л. Арчер, Т.М. Буякас и др. демонстрируют, что состояние кризиса личностной идентичности продолжает оставаться острой проблемой студенческого возраста. У студентов наблюдаются такие признаки нарушения самождественности, как прояснение образа «Я» деструктивными мерами, проявления «негативной идентичности», ярко выраженный конфликт «незнания себя» и т. п. В качестве одного из важнейших аспектов формирования идентичности многие ученые называют уверенность в поддержке и разделении тождественности личности окружающими. В работах С.Л. Франка, М.М. Бахтина, С.Л. Рубинштейна подробно рассматривается представление о диалогичности развития самосознания личности. Концепция Салливен и эксперименты, направленные на ее проверку, доказывают, что психологическое подтверждение и одоб-

рение со стороны близкого человека открывает личности ее истинную сущность и позволяет обрести устойчивое Я.

Наше исследование было посвящено изучению уверенности юношей и девушек в поддержке и разделении их личностной идентичности другими людьми и ее взаимосвязи с самооценкой уровня самоидентичности. С помощью специально разработанной анкеты мы изучали, насколько окружающие, по мнению юного человека, «видят его таким, какой он есть», и как часто ему удается «быть самим собой». В исследовании приняло участие 143 человека: юноши и девушки от 15 до 23 лет. Исходя из полученных результатов, в наибольшей степени юноши и девушки уверены в принятии их самоидентичности друзьями, затем родителями, учителями (или преподавателями), малознакомыми людьми. Корреляционный анализ показателей продемонстрировал, что оценка личностной идентичности интегральна в возрасте 15–17 лет, ключевую роль в ее структуре играет уверенность старшеклассника в принятии его личностной идентичности учителями. Мы можем предположить, что поддержка личностной идентичности учителем для старшеклассника имеет ключевое значение в связи с разносторонней социально-психологической позицией педагога. Учитель оказывается на стыке мира взрослых и сверстников, близких и малознакомых людей. При этом ученики, воспринимающие учителя как эксперта, и самооценку строят на основе образца его оценок. В представлении юношей и девушек 18–23 лет принятие их личностной идентичности родителями приближается к принятию друзьями. Данные перемены могут быть отражением снижения субъективного противопоставления возрастных групп «отцов и детей». В поздней юности девушки более, чем юноши, уверены в принятии их личностной идентичности окружающими людьми. У студентов наблюдается увеличение интегрированности различных аспектов оценки поддержки окружающими самоидентичности личности по сравнению со старшеклассниками. Сохраняется значимость позиции уверенности в принятии личностной идентичности преподавателями, а также увеличивается количество взаимосвязей у показателя поддержки личностной идентичности друзьями. В целом результаты корреляционного анализа демонстрируют, что при переходе от ранней юности к поздней происходит гармонизация, интеграция оценок того, насколько молодого человека понимают, «видят таким, какой он есть» представители различных групп. Также наблюдается сближение оценок поддержки окружающими самоидентичности юноши или девушки с их самооценкой возможности «быть самим собой», т. е. благополучного варианта преодоления кризиса идентичности.

*Шешукова Н.Н.*

## **Особенности классных коллективов подростков с задержкой психического развития**

Наше исследование посвящено сравнительному изучению классных коллективов как группового субъекта развития младших подростков с задержкой психического развития (ЗПР), находящихся в разных условиях организации их обучения. С этой целью мы изучали уровень сформированности классных коллективов, характерные особенности психологического микроклимата в классах младших подростков с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися сверстниками. Мы предполагаем, что уровень развития коллектива, психологический микроклимат класса, в котором находится младший подросток с ЗПР, оказывают своеобразное влияние на формирование личности подростка. Чем выше уровень развития группы как коллектива, положительней микроклимат, в котором находится подросток с ЗПР, тем благоприятнее условия для его личностного становления. Исследование проводилось на базе общеобразовательной школы, на базе общеобразовательных школ в классах VII вида для детей с ЗПР, в классах с совместным обучением школьников с ЗПР и НПР, а также в коррекционной школе VII вида. В исследовании принимали участие 150 младших подростков в возрасте от 11 до 13 лет. В исследовании принимали участие учителя коррекционной школы, учителя классов VII вида, учителя смешанных по составу классов НПР и ЗПР, учителя общеобразовательной школы. Общий объем выборки участников эксперимента составил 218 человек. В качестве экспериментальных методик мы использовали: 1) социометрическую методику (социометрические показатели), которая направлена на определение уровня развития коллектива в группе младших подростков, а также отношений, характерных для коллектива; 2) методику «Психологическая атмосфера в коллективе» (Л.Г. Жедунова), которая позволяет изучить психологическую атмосферу в коллективе; 3) методику компетентных судей, которая позволяет исследовать адекватность, уровень объективности развития в группе младших подростков отношений, характерных для коллектива. Перейдем к анализу фактических данных. Результаты сравнительного исследования уровня развития ученического коллектива подростков, по результатам использования социометрической методики, обнаружили наличие выраженного низкого уровня развития как достаточно частой характеристики школьных классов подростков с ЗПР. Выявлено, что у младших подростков с ЗПР, обучающихся в классах VII вида, и особенно

в классах с совместным обучением учащихся с ЗПР и НПР, классные коллективы находятся на низком уровне развития, в классах специальной (коррекционной) школы VII вида и в классах нормально развивающихся их ровесников — на более высоком. Результаты сравнительного исследования, полученные нами при изучении психологической атмосферы в классных коллективах у подростков экспериментальных групп, показали, что в изучаемых группах подростков и с НПР, и с ЗПР (обучающихся в школе VII вида, в классах VII вида, совместно с нормально развивающимися сверстниками) оценки классов по предложенным характеристикам выполнены на среднем и выше среднего уровнях. Статистически значимые различия в оценках класса подростками и экспертами были зафиксированы только в группе младших подростков с ЗПР, обучающихся в коррекционной школе VII вида по 4 характеристикам (увлеченность, сотрудничество, занимательность, успешность) из 10. Подростки этой группы оценивали класс значительно выше, чем эксперты. Во всех экспериментальных группах подростков и с НПР, и с ЗПР зафиксирован высокий уровень психологической атмосферы в классах. Такой результат, на наш взгляд, можно объяснить тем, что учителя, работающие с подростками и в классах VII вида, и в классах с совместным обучением учащихся с ЗПР и с НПР, стараются таким образом «скрыть» истинное положение вещей, поскольку в изучаемом нами направлении они целенаправленно не работают. Другой зафиксированный результат в группе подростков с ЗПР, обучающихся в специальной (коррекционной) школе VII вида, можно объяснить тем, что в условиях специального образования создан принципиально иной подход в работе с этими детьми. Таким образом, выявленные особенности развития детской группы (детского коллектива) подростков с задержанным развитием актуализируют проблему отсутствия целенаправленной коррекционно-развивающей работы с подростками, в том числе средствами группового субъекта, каким является класс.

# ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИИ

*Августова Л.И.*

## **Состояние профессионального здоровья и склонность к прокрастинации**

Состояние профессионального здоровья зависит от множества самых различных факторов, среди которых психологические занимают особое место. Феномен прокрастинации, означающий склонность человека к постоянному откладыванию неприятных дел или решений на неопределенное время, является одним из таких факторов. Прокрастинация проявляется в различных формах, существуют разнообразные подходы к объяснению причин возникновения этого явления, разрабатываются меры профилактики. Современная психология обратила внимание на феномен прокрастинации относительно недавно, хотя данное явление существует много столетий и интерес к нему проявляли выдающиеся представители науки древности. В психологических дисциплинах изучались сходные понятия: лень, отсутствие силы воли, неумение организовывать свое время, отсутствие трудолюбия и т. д. Но феномен прокрастинации не сводится к данным явлениям. Ряд авторов, изучающих прокрастинацию, указывают на личностные особенности, которые способствуют возникновению этого явления, такие как: тревожность, перфекционизм, мотивация избегания неудач, временная перспектива, неуверенность в себе. Однако результаты, получаемые различными авторами, не всегда оказываются сходными. В дипломной работе Ю.М. Сивриды на тему «Индивидуально-психологические особенности личности в зависимости от склонности к прокрастинации», выполненной в 2012 году на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета (научный руководитель Л.И. Августова), было установлено, что высокий уровень тревожности способствует прокрастинации, а ориентация человека на будущее ее снижает. Не была установлена взаимосвязь между

склонностью к прокрастинации с перфекционизмом и мотивацией избегания неудач. К сожалению, в задачу данного исследования не входило изучение профессионального здоровья и склонности к прокрастинации. В профессиональной деятельности прокрастинация может выражаться в том, что, прекрасно осознавая необходимость выполнения необходимых производственных задач, человек игнорирует это и занимается бытовыми проблемами или развлечениями, тем самым создавая в дальнейшем ситуацию цейтнота, загоняя себя в жесткие временные рамки. Однако практически отсутствуют исследования, рассматривающие явление прокрастинации относительно его влияния на состояние профессионального здоровья. Хотя можно предположить существование этой взаимосвязи, поскольку имеются косвенные свидетельства этого. Во-первых, выявленные личностные особенности, способствующие возникновению прокрастинации, связаны с состоянием профессионального здоровья, оказывая на него в основном негативное влияние. Во-вторых, прокрастинация способствует возникновению таких отрицательных эмоций и состояний, как дистресс, страх, тревога, беспокойство, чувство вины. Эти состояния связаны с тем, что человек не может выполнить в нужный срок работу по причине того, что он просто не может заставить себя действовать. При этом он в полной мере осознает все негативные последствия такого поведения и отношения к своим профессиональным обязанностям. В конечном итоге возникает порочный замкнутый круг, приводящий не только к дальнейшему нарастанию прокрастинации и ухудшению эмоционального состояния, но и к снижению продуктивности и успешности деятельности. Как отмечают исследователи, прокрастинация становится серьезной не только психологической, но и экономической проблемой. Поскольку в настоящее время нет очевидных эмпирических данных относительно взаимосвязи профессионального здоровья и склонности к прокрастинации, пока сложно говорить о том, какими они могут быть. Кроме того, существуют методические сложности при психологической диагностике профессионального здоровья. Это обусловлено тем, что исследователи не пришли к единой точке зрения по поводу определения понятия «профессиональное здоровье». Следовательно, психологи, ориентируясь на определенные концепции, выделяют в качестве основных различные показатели профессионального здоровья, например, адаптационный потенциал, профессиональную работоспособность, функциональные резервные возможности человека. Таким образом, явление прокрастинации можно рассматривать как некий симптомокомплекс, влияющий определенным образом на профессиональную деятельность и, следовательно, на сохранность профессионального здоровья, наряду



с такими феноменами, как профессиональные деформации личности и профессиональное выгорание.

*Антонова Н.В.*

## **Профессиональная идентичность как фактор психологического благополучия**

Профессиональная идентичность как феномен, соединяющий переживание себя как соответствующего самому себе и осознанную позицию, формируется в процессе деятельности и означает наличие выстроенного образа себя в профессии, связей с другими представителями профессионального сообщества и с делом. Специфика деятельности во многом определяет особенности идентичности людей, занимающихся данной деятельностью, поэтому мы предположили, что существуют особенности идентичности, характерные для представителей данного вида деятельности и связанные со спецификой последней. Особенности профессиональной идентичности обуславливают переживание психологического благополучия в профессиональном и социальном плане. Целью исследования было выявление особенностей профессиональной идентичности, ценностей и смысловых ориентаций субъектов бизнеса (предпринимателей и топ-менеджеров). Респонденты — предприниматели и топ-менеджеры коммерческих предприятий, 20 человек, в возрасте от 30 до 55 лет. Методы исследования: 1) модифицированный опросник для изучения профессиональной идентичности в аспекте «я и дело» Е.А. Климова; 2) модифицированный опросник Е.В. Харитоновой — в аспекте «я и другие»; 3) модифицированная методика личностного дифференциала для изучения образа «я» в профессии; 4) модифицированный опросник Д. Супера для изучения ценностей; 5) тест смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева для исследования личностных смыслов.

Результаты исследования. Согласно полученным результатам, респонденты имеют в большинстве выятный, цельный образ себя, связанный с профессиональной деятельностью. Наиболее высокие баллы были получены по факторам оценки и активности (модифицированная методика личностного дифференциала), что говорит об активной позиции в профессиональной деятельности. Связи с профессиональным сообществом оцениваются респондентами как высокие (в среднем 70 баллов из 98),

хотя общий балл складывается из разных факторов, имеющих разный балл. Тем не менее, наиболее высокие баллы получены по параметрам востребованности и сходства, что говорит о восприятии представителей профессионального сообщества как похожих на меня, идентичных мне. Другой параметр с высокими баллами — востребованность, т. е. характеристика выборки — стремление иметь вес, влияние и авторитет среди идентичных себе. Связи с делом выявлены на уровне 50–90 %. Затруднения в четком ответе вызвал вопрос: «Почему Вы занимаетесь именно этой профессиональной деятельностью?». Часто встречающийся ответ — так сложилось. По результатам исследования системы ценностей были выделены пять наиболее распространенных ценностей: достижение целей, безопасность, эстетика, экономический эффект, самоуважение. На основании полученных рангов можно сделать вывод о том, что наиболее значимая ценность — достижение поставленных целей. На основании сопоставления типа идентичности, ценностей и смысложизненных ориентаций были выявлены следующие типы предпринимателей:

- 1) «социальный»: тип идентичности «Преждевременная идентичность», связанный с принятием профессиональной роли «потому что так получилось» и низкой осознанностью выбора; для данного типа характерны более низкий уровень осмысленности жизни, преобладающие ценности: престиж, статус, власть;
- 2) «стабильный»: тип идентичности «Стабильная достигнутая идентичность», для которого характерны четкое понимание себя и своего места в жизни, осознанный выбор жизненного пути, связан с высоким уровнем смысложизненных ориентаций, преобладающие ценности: альтруизм, достижение, безопасность;
- 3) «развивающийся»: тип идентичности «Открытая идентичность», для которого характерны глубокое осознание себя и своего места в жизни при сохранении поиска и стремлении глубже понять себя, связан со средним уровнем осмысленности жизни и следующими ценностями: самоуважение, самостоятельность, эстетика, удовлетворение.

Диффузный тип идентичности среди предпринимателей и топ-менеджеров не обнаружен. Таким образом, можно заключить, что для предпринимателей и топ-менеджеров характерны достаточно высокий уровень профессиональной идентичности и смысложизненных ориентаций, однако тип идентичности связан с ценностями и уровнем смысложизненных ориентаций и может, следовательно, определять направленность личности, индивидуальный стиль деятельности и психологическое благополучие в профессиональном плане.

## **Уровень ролевого конфликта как показатель профессионального здоровья менеджеров**

В настоящее время проблеме конфликтов (в том числе ролевых) в психологии уделяется значительное внимание. Однако работ, в которых бы ролевой конфликт рассматривался в контексте проблем психологического обеспечения профессионального здоровья руководителей, пока недостаточно; хотя определение его как одного из стресс-факторов в управленческой деятельности является общепринятым. Следует отметить, что более активно в настоящее время в психологии профессионального здоровья разрабатывается тема конфликта «работа — семья» (work — family conflict), который также является разновидностью внутриличностного конфликта работающего человека. Чаще всего ролевой конфликт определяется как ситуация несовместимости ожиданий (требований), которым подвергается личность, выполняющая ту или иную роль; в такой трактовке он выступает как объективно существующее противоречие, субъективные репрезентации которого могут быть по-разному представлены в сознании руководителей, вовлеченных в ситуацию перекрестных ожиданий. Под нашим руководством было проведено исследование, целью которого было изучение уровня ролевого конфликта в зависимости от поведенческих особенностей менеджеров. Гипотеза заключалась в предположении, что высокий уровень ролевого конфликта характерен для менеджеров, которым свойственны такие поведенческие особенности, как доминантность в межличностных отношениях и предпочтение стиля соперничества в решении конфликтных ситуаций. В задачи исследования также входило изучение гендерных аспектов ролевого конфликта менеджеров. В работе использовались следующие методики: диагностика ролевого конфликта в деятельности руководителя, разработанная С.И. Ериной (2000), диагностика межличностных отношений Т. Лири, тест описания поведения в конфликте К. Томаса. Объект исследования: менеджеры, работающие в коммерческих компаниях Санкт-Петербурга (n = 80). Результаты исследования. Установлено, что в целом для респондентов характерен средний уровень выраженности общего уровня ролевого конфликта; наибольшую напряженность и негативное отношение по степени выраженности вызывают ситуации ролевого конфликта на внутриличностном уровне. Общий уровень ролевого конфликта выше у мужчин; в группе женщин более высокие показатели по внутриличностным, а в группе мужчин — по внутриролевым конфликтам. При этом

анализ взаимосвязей показал, что уровень ролевого конфликта выше у менеджеров, склонных к соперничеству в конфликтной ситуации и использующих стратегию доминирования в межличностных отношениях. Результаты исследования могут быть использованы для разработки программ психологического сопровождения менеджеров.

*Буенок А.Г.*

## **Особенности профессионального здоровья менеджеров в зависимости от стилей юмора**

В настоящее время проблема профессионального здоровья приобретает особую актуальность. Несмотря на возрастающее количество исследований, проводящихся на стыке психологии здоровья и психологии менеджмента, следует отметить, что работ, посвященных анализу профессионального здоровья менеджеров, недостаточно. Именно это и обуславливает актуальность выбранной нами темы. Целью работы является выявление взаимосвязей между особенностями профессионального здоровья менеджеров и используемыми ими стилями юмора. В исследовании приняли участие 178 менеджеров высшего и среднего звена производственно-коммерческих компаний г. Санкт-Петербурга, из них 117 мужчин и 61 женщина. Средний возраст респондентов составил 41 год; средний стаж управленческой деятельности — 9 лет. Методы исследования. Для реализации поставленной цели в работе использовался ряд методик. Для оценки профессионального здоровья менеджеров использовались следующие методики: многофакторный опросник поведения и переживаний, связанных с работой (AVEM), разработанный У. Шааршмидтом и А. Фишером, в адаптации Т.И. Ронгинской (2002); опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание», разработанный В.А. Винокуром (2009); для диагностики стилей юмора — опросник, разработанный Р. Мартином в адаптации С.Н. Ениколопова, Е.М. Ивановой, А.С. Зайцевой (2009).

Результаты исследования. В соответствии с задачами исследования нами был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена, результаты которого показали наличие различных взаимосвязей между изучаемыми стилями юмора и основными параметрами профессионального здоровья у менеджеров. Наибольшее количество взаимосвязей с показателями профессионального здоровья

имеют агрессивный и самоуничижительный стили юмора. Рассмотрим полученные результаты более подробно. Так, у руководителей, которые имеют высокие значения по агрессивному и самоуничижительному стилям юмора, наблюдаются следующие тенденции. Для них свойственно, с одной стороны, скорее негативное эмоциональное отношение к работе (чувство успешности в профессиональной деятельности ( $r = -0,232$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $r = -0,230$ ,  $p \leq 0,01$ , значение коэффициентов корреляции приведено для агрессивного и самоуничижительного стилей юмора соответственно); удовлетворенность жизнью ( $r = -0,352$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $r = -0,575$ ,  $p \leq 0,01$ ); чувство социальной поддержки ( $r = -0,295$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $r = -0,567$ ,  $p \leq 0,01$ )), а с другой — более высокая профессиональная активность (профессиональные притязания ( $r = 0,243$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $r = 0,314$ ,  $p \leq 0,01$ ); готовность к энергетическим затратам ( $r = 0,312$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $r = 0,568$ ,  $p \leq 0,01$ ); стремление к совершенству ( $r = 0,285$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $r = 0,473$ ;  $p \leq 0,01$ )). Теперь перейдем к описанию корреляционных связей, которые получены нами по так называемым адаптивным стилям юмора. У менеджеров, которые часто используют самоподдерживающий стиль юмора, наблюдается тенденция к более высоким показателям по таким параметрам профессионального здоровья, как профессиональная активность (профессиональные притязания ( $r = 0,287$ ;  $p \leq 0,01$ ); готовность к энергетическим затратам ( $r = 0,366$ ;  $p \leq 0,01$ ) и стремление к совершенству ( $r = 0,360$ ;  $p \leq 0,01$ )). При обращении менеджеров к affiliативному стилю юмора наблюдается совместная изменчивость с такими показателями, как эмоциональное отношение к работе (удовлетворенность жизнью ( $r = 0,329$ ;  $p \leq 0,01$ ); чувство социальной поддержки ( $r = 0,369$ ;  $p \leq 0,01$ )); здоровье и общая адаптация ( $r = 0,192$ ;  $p \leq 0,01$ ). При обращении к адаптивному стилю юмора также происходит снижение уровня профессионального выгорания по таким показателям, как эмоциональное истощение ( $r = -0,202$ ,  $p \leq 0,01$ ) и профессиональный перфекционизм ( $r = -0,222$ ,  $p \leq 0,01$ ). Подводя итоги и обобщая описанные выше результаты, отметим, что адаптивные стили юмора имеют связи с разными показателями профессионального здоровья. Связи у дезадаптивных стилей юмора с показателями профессионального здоровья почти идентичны. И хотя проблема изучения психологических особенностей управленческой деятельности для отечественной психологии не является новой, однако проведенное эмпирическое исследование — это одна из первых попыток изучить взаимосвязь показателей профессионального здоровья с четырьмя стилями юмора у руководителей, что, на наш взгляд, позволяет расширить перечень исследованных личностных ресурсов, используемых для разрешения профессионально-трудных ситуаций.

*Васильева О.С.  
Шинкаренко М.В.*

## **Особенности внутренней картины здоровья у медицинских работников**

Проблема здоровья актуальна, прежде всего, потому, что на фоне высоких достижений медицины и совершенства технических составляющих неуклонно растет уровень заболеваемости и смертности, в том числе среди врачей. Возникает потребность в поиске более эффективных способов и средств сохранения и развития здоровья. Здоровье человека относится к числу наиболее сложных общегуманитарных категорий и отражает наиболее значимые аспекты биологического, социального, психологического и духовного бытия. В связи с этим несомненна актуальность исследования психологических основ, факторов, механизмов здоровья и его внутренней картины. На кафедре «Психология здоровья» Южного федерального университета нами было проведено исследование, в рамках которого изучался комплексный анализ системно-структурных компонентов внутренней картины здоровья (ВКЗ) и показателей неблагополучия здоровья у медицинских работников и представителей технических профессий. Задачей исследования было выявление различий в структуре внутренней картины здоровья, иерархии терминальных ценностей и составляющих здорового образа жизни, а также уровня сформированности ВКЗ. В исследовании приняли участие медицинские работники и представители технических профессий. В основе исследования лежит предположение о важной роли психологических факторов в формировании здоровья и путях его восстановления. Совокупность психологических факторов, влияющих на здоровье, объединяет понятие ВКЗ, включающей в себя ценностно-мотивационные, когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты. Они отражают своеобразие ценностного осмысления, представлений, оценок, суждений, переживаний и поведения человека в связи с задачей сохранения и совершенствования здоровья. Для исследования компонентов ВКЗ применялся опросник «Отношение к здоровью», методика ценностных ориентаций, методика «Когнитивная ориентация (локус контроля)», шкала субъективного благополучия и авторский опросник для выявления представлений о здоровье, болезни и здоровом образе жизни. В нашей стране весьма высок уровень заболеваемости в профессиональной группе врачей, т. е. людей, которые обладают всеми необходимыми знаниями и умениями для сохранения и возвращения здоровья и по сути своей профессии

несут людям здоровье. Вероятно, необходимо сформулировать в наши дни «здоровотворящую» этику врача:

- Благоговейное отношение к делу, которому он служит — оздоровление людей не только в физическом, но и в духовно-нравственном отношении.
- Врач сам должен стремиться быть здоровым, глубоко знать и соблюдать принципы здорового образа жизни для себя лично и постоянно пропагандировать их для населения.
- Помимо острых и неотложных состояний назначать любые медицинские препараты только после того, как использовал все возможности применения принципов здорового образа жизни и немедикаментозного лечения.

В анализе ВКЗ медицинские работники показали высокую ответственность за свое здоровье в отличие от представителей технических профессий, для которых характерно стремление делегировать ответственность за свое здоровье внешним обстоятельствам. Отмечается также распространенность среди большинства исследуемых моделей поведения, направленных на эксплуатацию здоровья, то есть сознательно и систематически подвергающие организм сверхнормативным нагрузкам и вредным воздействиям. Удовлетворенность своим здоровьем выше у представителей технических профессий. Испытуемые обеих групп, достаточно много зная об особенностях здоровья и основных факторах, на него влияющих, имея высокую значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей и декларируя мотивацию на сохранение и укрепление здоровья, на поведенческом уровне часто практически ничего не делают для достижения этой цели. Чаще всего акцент делается на улучшение физического состояния и достижение телесного комфорта. Здоровье оценивается не как интегративная характеристика личности, а как особенное состояние, которое может быть достигнуто лишь при наличии благоприятных внешних условий, а не собственными усилиями. После исследования нами проводилась групповая практическая работа, как с врачами, так и со студентами медицинского университета, в рамках которой мы помогали сформировать адекватные представления о здоровье, которое, по нашему мнению, является естественным природосообразным состоянием человека, проявляющимся в самоопределении человека в направлении самопознания, совершенствования и самореализации.

*Верещагина Л.А.  
Шильков А.М.*

## **Факторы психологического благополучия работников восстановительного поезда**

Деятельность работников восстановительного поезда направлена на ликвидацию последствий транспортных происшествий на железной дороге, имеющих природный либо техногенный характер. Объем аварийно-восстановительных работ и время устранения таких последствий зависит от множества переменных, таких как: количество сошедших вагонов, степень разрушения пути и повреждение инфраструктуры, характер груза (опасный или нет); метеоусловий и многого другого. Работа восстановительного поезда ограничена временем, необходимым для разрешения ситуации. От действий каждого работника зависит успех общего дела, успешность и эффективность восстановительных работ. Производительность труда работников зависит от их профессионализма, сформированности практических навыков, требуемых профессионально важных качеств. Функционируя в сложных условиях, человек испытывает большие нагрузки, как физические, так и психологические. В связи с этим задача организаторов работы, руководителей, психологов сделать все возможное, чтобы обеспечить психологическое благополучие работников. Под психологическим благополучием в литературе, чаще всего, понимается сложное, многоуровневое образование, включающее в себя целый ряд близких, но не тождественных по своему значению понятий. К ним относят: психическое здоровье, нормальная и аномальная личность, эмоциональный комфорт и многое другое. Кроме того, считается, что сотрудники с высоким уровнем психологического благополучия показывают более хорошие результаты в деятельности и более привержены организации, по сравнению с сотрудниками, имеющими низкий уровень психологического благополучия. Многие исследователи рассматривают психологическое благополучие сотрудников во взаимосвязи с различными организационными аспектами, такими как: удовлетворенность работой, организационные коммуникации, партиципация и т. д. Реализовывалась попытка понимания того, какие факторы и каким образом могут влиять на благополучие сотрудников в рамках организации и процесса труда, и насколько психологическое благополучие зависит от этих факторов. Качество трудовой жизни — это удовлетворение различных потребностей индивида и важный предиктор удовлетворенности жизнью, здоровьем, и как результат — состояние психологического благополучия



(Д.А. Леонтьев, Е.И. Кузьмина, Г.А. Балл и др.). На наш взгляд, для обеспечения психологического благополучия работников восстановительного поезда необходимо наличие ряда условий: соответствие имеющихся профессионально важных качеств требованиям профессии, рациональная организация рабочего места и пространства, удовлетворенность базовых потребностей работников, эффективные мотиваторы. Для изучения этих переменных было проведено эмпирическое исследование. Исследование проходило в 12 восстановительных поездах Дирекции аварийно-восстановительных средств Октябрьской железной дороги. В исследовании принимало участие 112 человек: 12 человек — начальники восстановительных поездов, выступающие в качестве экспертов; 60 человек — машинисты кранов на железнодорожном ходу, 40 человек — машинисты бульдозеров. Для проведения исследования использовались следующие психодиагностические процедуры:

- Разработанный нами вариант опросного листа Липмана, направленный на выявление профессионально важных качеств работников.
- Модифицированный вариант эргономической контрольной карты, направленный на оценку работниками параметров рабочего места, рабочего пространства, состояния напряженности в труде.
- Методика «Потребности или парные сравнения (автор — В. Скворцов).
- Критерии профессиональной успешности работников.
- Биографическая анкета.

Результаты исследования показали, что профессионально важными качествами для работников восстановительного поезда являются: эмоциональная выносливость, твердость характера, психомоторные свойства, обучаемость. По результатам эргономической контрольной карты оказалось, что для работников важно оптимизировать пространство и организацию рабочего места; положение органов управления и приборов; устранить вредные факторы рабочего места и психическую напряженность. Обнаружены неудовлетворенные потребности, такие как материальные, в безопасности, социальные. Многих не удовлетворяют взаимоотношения с руководством и своими коллегами. Таким образом, проведенное исследование позволяет проанализировать особенности деятельности работников восстановительного поезда и разработать практические рекомендации по их оптимизации.

## **Психологическое благополучие специалистов в сфере информационных технологий**

Организационным психологам и психологам труда известно, что отношение работников к профессиональной деятельности нередко проявляется в их удовлетворенности (или неудовлетворенности) трудом. Удовлетворенность трудом работников влияет на их физическое и психическое здоровье, на профессиональное и физическое долголетие. Известно, что удовлетворенность работой обусловлена множеством переменных, и прежде всего состоянием мотивационно-потребностной сферы. Проводя много времени на работе, человек ориентирован на то, чтобы его деятельность отличалась разнообразием выполняемых заданий и действий, вызвала интерес и обеспечивала возможность показать себя, способствовала достижению успеха и признанию его достижений руководителями и коллегами. Для работника важно, чтобы была перспектива служебного роста и продвижения по карьерной лестнице. Вместе с тем, обеспечение удовлетворения базовых потребностей не менее значимо, чем возможность продвижения по службе или признание его достижений. Это относится и к компаниям, работающим в сфере информационных технологий. В условиях большого спроса на специалистов в области информационных технологий (IT-специалистов) важно не только подобрать нужных специалистов, но и сохранить персонал в компании. Для того чтобы нанять требуемого специалиста, необходимо предложить ему достойный уровень заработной платы и компенсационный пакет. Исследования показали, что специалисты в сфере информационных технологий предпочитают иметь в таком пакете: возможность учиться за счет работодателя, посещая курсы повышения квалификации, семинары и тренинги; оплаченный полис ДМС (добровольное медицинское страхование); оплату питания и мобильной связи (услуги интернет-провайдеров); оплату спортклуба или бассейна. Кроме того, многие специалисты хотели бы иметь ненормированный рабочий день или работать «удаленно», объясняя это тем, что много времени тратят на дорогу. Таким образом, чтобы обеспечить удовлетворенность базовых потребностей работников в сфере информационных технологий необходимо изучить состояние их мотивационно-потребностной сферы и по результатам разрабатывать практические рекомендации по мерам удовлетворения потребностей и мотивов работников. Для изучения состояния мотивационно-потребностной

сферы работников двух IT-компаний было проведено эмпирическое исследование. В исследовании участвовали 60 человек — специалисты двух компаний, работающих в сфере информационных технологий. В дальнейшем компании условно обозначим как компания «А» и компания «Б». Все испытуемые — мужчины, средний возраст — 33,7 года. Из них: 76,7 % имеют высшее образование, 13,3 % — неоконченное высшее, 10 % — среднее специальное образование. Психодиагностическое обследование включало следующие процедуры: методику «Потребности или парные сравнения» — В.В. Скворцова; «Мотивационный профиль личности» — В.Э. Мильмана; «Оценка удовлетворенности трудом» — В.А. Розановой; биографическая анкета. Результаты психодиагностического обследования и данные биографической анкеты были подвергнуты математико-статистической обработке с использованием соответствующей программы. Анализ результатов диагностики мотивов по методике В.Э. Мильмана показал, что наибольшие значения имеет шкала творческой активности (20,06 балла), затем по мере убывания: направленность на общение — 16,62 балла; мотив социальной полезности — 15,05 балла; общей активности — 14,77 балла; социального статуса — 13,05 балла; жизнеобеспечение — 12,73 балла и обеспечение комфорта — 12,38. Согласно полученным данным, специалисты в сфере информационных технологий ориентированы на творческую активность, общение и социальную полезность. Это свидетельствует о сформированной у работников рабочей (производительной) мотивации. Потребительные мотивы в этой группе выражены в меньшей степени. Результаты диагностики потребностей по методике В.В. Скворцова показали, что актуальными потребностями для IT-специалистов являются: потребности в признании (24,77 балла); потребности в самовыражении (22,8 балла) и материальные потребности (21,17 балла). Менее значимы: потребность в безопасности (19,12 балла) и социальные потребности (17,15 балла). Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что для работников в сфере информационных технологий доминирующими потребностями и мотивами являются: творческая направленность, социальная полезность и стремление к признанию.

*Винокуров Л.В.  
Лойкканен А.С.*

## **Психологический контракт в детерминации эмоциональных особенностей работника**

С. Argyris (2000) однажды заметил, что психологический контракт (ПК) в организации — это «внезапно появившаяся, но получившая собственную независимость область организационной психологии». Действительно, сложно назвать другую прикладную тему, столь стремительно сформировавшую в зарубежной психологической науке собственную нишу и интенсивно изучаемую специалистами в последние двадцать лет (см. например: Morrison D.E., 1994; Spindler G.S., 1994; Rousseau D.M., 1995–2010; Makin P.J., 1996; Sims R.R., 1997; Guest D.E., 1998; Coyle-Shapiro J., Kessler I., 2000; Millward L.J., 2000; Conway N., Briner R.B., 2009; и др.). При этом некоторые исследователи указывали на существование связей, взаимовлияние особенностей ПК с определенными индивидуально-психологическими характеристиками работника практически в любой профессии (Rousseau D., 1995; Millward L., Brewerton P., 2000). Целью нашего сообщения является постановка проблемы ПК между работником и работодателем как системообразующего фактора и решающего условия проявления определенных эмоционально-личностных особенностей субъектов различных профессиональных групп. Теоретико-логической предпосылкой к такой постановке проблемы являются зарубежные (Rousseau D., 1995–2001; Michael Syptak J., 1999; Millward L.J., 2000; Propp A.J. (Jim), 2004; и др.) и отдельные отечественные (Грязнова А.М., 2005; Ребрилова Е.С., 2006) исследования сущности ПК и специфики его связей с психологическими особенностями персонала организаций. Исследование данной проблемы и результатов ее решения для практики управления персоналом, в частности, повышения мотивации работников, а также для обеспечения психологического благополучия персонала в организациях весьма велико. Дело в том, что дефицит научных отечественных исследований в этой области организационной психологии, прежде всего с учетом российского социокультурного контекста, не преодолен до настоящего времени. Актуальной остается необходимость разработки гармоничной системы совместного (одновременного) формального заключения трудового договора и обоснованного по психологическому содержанию заключения контракта между работником и работодателем. Одним из ожидаемых результатов научно-практической реализации этого положения является обеспечение психологического комфорта и со-

знание дополнительного условия психологического здоровья персонала организации. Мы выполнили пилотажное исследование, в ходе которого были выдвинуты и получили предварительное подкрепление следующие гипотезы и положения: 1. Тип ПК влияет на содержание трудовых установок и эмоционально-личностные проявления в трудовом поведении работника. В данном случае мы изучали и анализировали влияние ПК на удовлетворенность профессиональной деятельностью, эмоциональный интеллект, эмоциональную направленность личности, базовые эмоции работника. 2. Содержательные особенности ПК определяют интер- и интрагрупповые различия актуализации эмоционально-личностных характеристик персонала в связи с профессиональными и непрофессиональными критериями оценки. Например, критерием могут быть различия специализаций субъектов внутри одной профессии или принадлежность к разным профессиям. В другом случае, критериями выступают гендерная принадлежность, формальные особенности трудового договора и т. д. 3. К общим вопросам, требующим обязательного решения в парадигме ПК в связи с эмоциональной сферой личности, мы относим: а) вопрос о явных и латентных (неосознаваемых субъектом) психологических предпосылках формирования связей между особенностями ПК и эмоционально-личностными характеристиками сотрудников организации. В отечественном социокультурном контексте представляется также полезным выявление и анализ общепрофессиональных (неспецифических) и узкопрофессиональных (типичных для группы профессий, специальностей) психологических предпосылок и содержательных особенностей ПК; б) комплекс вопросов, связанных с созданием системы оптимизации практических решений в связи с ПК в организации. Во-первых, это вопросы оптимизации самого процесса заключения ПК между одним работодателем и работниками из разных профессий, существенно различающихся по психологическим дескрипциям (например, с различными профессиональными Я-концепциями и др.). Во-вторых, объемной задачей оказывается создание батареи отечественных и адаптации зарубежных инструментов измерения и качественной оценки ПК в общепринятой парадигме.

## **Психологическая и психофизиологическая поддержка персонала Ленинградской АЭС**

На современном этапе развития психологического сопровождения профессиональной деятельности операторов в атомной отрасли существенно выросла роль лабораторий психофизиологического обеспечения (ЛПФО). Оновной целью ЛПФО является обеспечение надежности человеческого фактора, и поэтому особую важность занимает развитие направления психологической и психофизиологической поддержки (Psychological&psychophysiological support) персонала. На примере Ленинградской АЭС, где мероприятия по психологической и психофизиологической поддержке (ППП) работников проводятся в целях снижения риска возникновения негативных последствий неблагоприятных факторов, действующих на организм работника, повышения эффективности деятельности, а также снижения риска несчастных случаев. Индивидуальная психокоррекционная работа с работниками АЭС проводится для восстановления профессиональной работоспособности, улучшения функционального состояния, соматического и психического здоровья, повышения устойчивости к физическим и нервно-психическим перегрузкам, улучшения профессионально-значимых качеств. Основными негативными воздействиями на рабочую обстановку оперативного персонала АЭС являются: работа в смену (десинхроноз, неполноценный отдых, питание; монотония); высокий уровень ответственности; нештатные ситуации; сложные технологические операции; конфликты, трудности во взаимоотношениях с коллегами или руководством; отсутствие мотивации, неудовлетворенность деятельностью. Поэтому в рамках психологической и психофизиологической поддержки работников АЭС психологами ЛПФО выполняются следующие задачи:

- восстановление и поддержание необходимого уровня психологического и психофизиологического состояния работника Ленинградской АЭС;
- развитие и поддержание необходимого уровня психологических и профессионально важных качеств;
- формирование положительной и адекватной мотивации у персонала для обеспечения успешной и надежной профессиональной деятельности;
- профилактика нервно-психического напряжения;

- повышение стрессоустойчивости путем освоения приемов саморегуляции и формирование эмоциональной устойчивости в экстремальных ситуациях;
- повышение уровня культуры отношения персонала к своему здоровью, работоспособности и продлению профессионального долголетия.

Эффективность проведения мероприятий психологической и психофизиологической поддержки персонала (ППП) и их соответствие целям оценивается по следующим показателям: 1) с помощью ПАК «СМС» (current mental state) — ТПС (текущее психическое состояние), основанного на анализе вариаций РР-интервалов ЭКГ (пульса), а также по результатам психофизиологического обследования до и после проведения курса ППП; 2) субъективная оценка работником своего состояния определяется на основании опроса и результата методики «САН»; 3) объективная оценка психофизиологического статуса оценивается с помощью «Экспресс-диагностики работоспособности и функционального состояния человека» (М.П. Мороз). Индивидуальные и групповые занятия проводятся в специализированных помещениях ЛПФО: кабинете реабилитации с хромотерапией и массажными креслами; комнате психологической разгрузки (сенсорной комнате); комнате для индивидуальных психологических сеансов, оснащенной креслами-реклайнерами; комнате с аппаратом фитоароматерапии; кабинете для проведения БОС-тренингов и аудиовизуальной стимуляции. Анализ проведения мероприятий ППП позволяет улучшать состояние персонала и тем самым обеспечивать надежность в работе операторов АЭС. Поэтому развитие психологических служб в атомной отрасли вполне обоснованно рассматривается не как дань моде, а как настоятельная необходимость повышения качественной организации основных бизнес-процессов.

*Дерьяева М.К.*

## **Психологический склад личности и копинг в контексте профессионального здоровья**

Профессиональная деятельность является основной формой активности субъекта. Но часто в ней наступают моменты, когда профессиональное здоровье и психологическое благополучие личности становятся

неустойчивыми, и на первый план выходят такие проблемы, как профессиональные деформации и выгорание. Последнее возникает чаще всего вследствие стрессов, а также неумения справляться с ними. Поэтому для поддержания высокой работоспособности, обеспечения профессиональной надежности, сохранения профессионального здоровья и активного долголетия важно учитывать копинг-стратегии совладания со стрессом сотрудников организации. Изучением копинг-стратегий занимались такие зарубежные ученые, как Р. Лазарус, Д. Паркер, С. Хобфолл, С. Фолкман и др., и отечественные психологи В.А. Абабков, Т.Л. Крюкова, И.В. Шагарова и др. В нашем исследовании мы опирались на теорию Д. Паркера, Н. Эндлера. Согласно им, существует три типа копинг-стратегий, ориентированных на: решение задачи, эмоции, избегание, включающее стратегии отвлечения и социального отвлечения. Для определения психологического склада личности использовались положения из теорий личности Р. Кеттелла и Г.Е. Леевика. Согласно им, психологический склад личности включает в себя сферы: коммуникативную, эмоциональную, волевою, интеллектуальную, мотивационную, систему отношений, психодинамическую.

Цель нашего исследования — выявление особенностей взаимосвязи психологического склада личности и копинг-стратегий. Объект исследования — копинг-стратегии совладания со стрессом. Предмет исследования — взаимосвязь копинг-стратегий и психологического склада личности. Гипотеза исследования — между психологическим складом личности и копинг-стратегиями имеется значимая корреляционная связь. Исследование проводилось на ревизорах движения железнодорожного транспорта, в количестве 50 человек, при помощи методик: «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» в адаптации Т.А. Крюковой, «Комбинированный личностный опросник», автор Г.Е. Леевик. Данные методики прошли адаптацию и валидизацию на российской выборке и признаны пригодными для использования. Для подтверждения гипотезы применялись методы статистической обработки, а именно корреляционный анализ (при помощи коэффициента корреляции Спирмена). В результате были обнаружены положительные корреляционные связи между шкалами: «простота-изоэтрность поведения в обществе» и копингом, ориентированным на эмоции ( $r = 0,308$ , при  $p = 0,05$ ), «интраверсия-экстраверсия» и копингом, ориентированным на избегание ( $r = 0,340$ , при  $p = 0,05$ ). А также корреляционная связь между шкалами «бедность-богатство эмоциональных реакций» и копингами, ориентированными на избегание и социальное отвлечение, при  $p = 0,01$ ,  $r = 0,366$  и  $r = 0,403$  со-



ответственно. В случае, когда у ревизора движения высокие показатели по шкале «богатство эмоциональных реакций», они будут проявлять экспрессию и разговорчивость, порою могут вести себя беспечно, особенно не задумываясь о событиях, веря в удачу. Для таких людей важны социальное взаимодействие и поддержка, характерное для копинг-стратегии, ориентированной на социальное отвлечение. Выявлена отрицательная корреляционная связь между шкалами «низкий-высокий логический интеллект» и копинг-стратегией, ориентированной на избегание и отвлечение ( $r = -0,288$ , при  $p = 0,05$ ;  $r = -0,405$ , при  $p = 0,01$  соответственно). Данную связь можно объяснить тем, что у ревизоров движения с высоким логическим интеллектом хорошо развиты умственные способности, они быстро соображают и являются упорными и настойчивыми, все это необходимо им для эффективного выполнения трудовых обязанностей. Для них не характерно справляться с трудными стрессовыми ситуациями, применяя неэффективные копинг-стратегии, такие как избегание, в частности, отвлечение. Также отрицательные корреляционные связь были выявлены между шкалами «неуравновешенность-контроль эмоциональных реакций» и копинг-стратегиями, ориентированными на эмоции и отвлечение ( $r = -0,293$  и  $r = -0,337$  соответственно, при  $p = 0,05$ ), «низкий-высокий самоконтроль» и копингом, ориентированным на эмоции ( $r = -0,322$ , при  $p = 0,05$ ). Таким образом, полученные результаты можно использовать в работе с персоналом организации. А именно, в целях сохранения психического здоровья и благополучия сотрудников, предотвращения профессионального выгорания необходимо учитывать личностный склад личности, а также копинг-стратегии совладания со стрессом при подборе персонала, ротации и выдвигении в кадровый резерв.

*Идобаева О.А.*

## **Психологические условия начального этапа профессионализации студентов-медиков**

Высшее образование, в рамках которого начинается процесс профессионализации, не должно рассматриваться только как процесс усвоения знаний и формирование профессиональных навыков и умений; его следует рассматривать и как процесс становления характера, личност-

ного развития профессионала. Как показывают исследования, учебная и профессиональная адаптация студентов представляет собой многоуровневый социально-психофизиологический процесс и сопровождается значительным напряжением адаптационных возможностей человека, появлением эмоционального неблагополучия, тревожности, изменению функционального состояния человека (Агаджанян Н.А., 1997; Маркина Л.Д., Маркин В.В., 2002, 2003). Учебная нагрузка студентов-медиков в среднем в 2 раза выше, чем студентов технического вуза (Латышевская Н.И., Клаучек С.В., Москаленко Н.П., 2004), следовательно, специфика обучения в медицинском вузе и профессиональная деятельность после окончания учебного заведения, предъявляет высокие требования к состоянию психического здоровья обучающихся и личностным особенностям будущих врачей. Подготовка высококвалифицированного врача во многом зависит от организации учебного процесса в вузе, позволяющего сформировать общекультурные и профессиональные компетенции в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования. В этой связи, несомненно, актуальными являются вопросы форм и методов психолого-педагогического сопровождения профессионального и личностного становления и развития студентов.

В своем исследовании мы поставили цель выявить психологические условия адаптации студентов-медиков младших курсов к образовательной среде как начало процесса профессионализации. Акцент был сделан на изучении связей: тревожности и хронического утомления с механизмами психологической защиты; тревожности и хронического утомления с индивидуально-типологическими свойствами студентов-медиков младших курсов. Исследование проводилось в 1-м семестре учебного года через 1,5 месяца после начала занятий. Выборку составили студенты 1–2-го курсов очной формы обучения в возрасте от 17 до 20 лет. Всего в исследовании приняли участие 81 человек, из них юношей — 30, девушек — 51. Как показало наше исследование, психическое состояние студентов-медиков младших курсов характеризуется достаточно высоким уровнем тревожности и напряжением адаптационных ресурсов (хроническое утомление). Наиболее выраженными психологическими защитными, приводящими к невротическим нарушениям и социальной дезадаптации личности девушек, являются механизмы регрессии, компенсации, замещения, реактивное образование, а у юношей — отрицание, подавление, интеллектуализация и реактивное образование. Наиболее акцентированными индивидуально-типологическими свойствами у девушек

являются сензитивность, тревожность, эмотивность, у юношей — спонтанность, агрессия, сензитивность, эмотивность. У девушек снижение ситуативной тревожности и хронического утомления связано с повышением интенсивности психологической защиты по механизмам отрицания и интеллектуализации. А повышение интенсивности механизмов регрессии и замещения ведет к повышению уровня хронического утомления. У юношей повышение уровня личностной тревожности связано с повышением интенсивности психологической защиты по механизмам регрессии и проекции. Повышение интенсивности защиты по механизму отрицания ведет к снижению уровня хронического утомления, а повышение интенсивности по механизму подавления сопровождается повышением уровня хронического утомления. Чем более выражены у девушек такие индивидуально-типологические свойства, как экстраверсия, спонтанность, агрессия, ригидность, тревожность, эмотивность, тем более высокие показатели имеет механизм замещения, приводя к неадекватности защиты, невротическим нарушениям и, возможно, социальной дезадаптации личности. Чем более выражены спонтанность, агрессия и ригидность у юношей, тем интенсивнее формируется механизм подавления. Недостаточная выраженность спонтанности, агрессии, ригидности способствует формированию психологической защиты по механизму реактивного образования. Выявленные неблагоприятные тенденции в психологическом состоянии студентов-медиков младших курсов делают особо актуальным вопрос психолого-педагогического сопровождения обучения в медицинском вузе.

*Курмакаева Д.М.  
Искра Н.Н.*

## **Ценностные ориентации и идеалы медиков на разных этапах профессионализации**

Ценностные ориентации являются устойчивыми представлениями личности о системе значимых ценностей, определяющих наиболее общие ориентиры жизнедеятельности субъекта и участвующие в смыслообразовании. Они относятся к мотивационной сфере, с одной стороны, и к мировоззренческим структурам сознания — с другой, и являются важнейшим надситуативным регулятором деятельности и поведения,

в том числе и в профессиональном контексте. В современных исследованиях акцент делается на изучении ценностных ориентаций медиков через профессионально-важные качества врача (чаще всего акцент делается на деонтологическом аспекте), соответствующие инструментальным ценностям. Наша работа посвящена целостной системе ценностных ориентаций врачей, включающей в себя ценности-цели и ценности-средства. Также мы провели исследование ценностных идеалов, которое позволило выявить, какую роль в представлении медиков на разных этапах профессионализации занимают те или иные ценности для эталона врачебной деятельности. Выборка составила 116 врачей на разных этапах профессионального становления: 45 студентов первого курса (средний возраст  $18 \pm 0,8$  лет) и 43 студента шестого курса (средний возраст  $23,4 \pm 1,9$  лет) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и 28 работающих врачей ( $44,2 \pm 11,1$ ). Методы исследования: 1. Методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича в модификации Д.А. Леонтьева (ценностные ориентации и ценностные идеалы). 2. Тест смысло-жизненных ориентаций (адаптированный Д.А. Леонтьевым). 3. Тест «Реальная структура ценностных ориентаций» С.С. Бубновой. 4. Модифицированный опросник диагностики самоактуализации личности САМОАЛ (А.В. Лазукин в адаптации Н.Ф. Калиной) 5. Математические методы обработки данных с помощью программы SPSS 17.0: критерий Колмогорова–Смирнова, U критерий Манна–Уитни для непараметрических выборок, T-критерий Вилкоксона, H-критерий Краскала–Уоллеса, метод непараметрического корреляционного анализа по критерию Спирмана.

Результаты исследования: Анализ структуры ценностных ориентаций показал, что наиболее важной ценностью для всех групп медиков является ценность «здоровье», причем для работающих врачей она является наиболее часто выбираемой как основная ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 4,7 \pm 4,2$ ), а у студентов-медиков 1 курса делит свое место ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 5,8 \pm 5,3$ ) с ценностью «любовь» ( $\text{mean} \pm \text{SD} = 5,7 \pm 4,4$ ). Наибольшие различия между ценностными ориентациями и ценностными идеалами эталонного образа врача были получены у студентов-медиков первого курса ( $p \leq 0,001$ ). Для ценностных ориентаций было выявлено, что с увеличением уровня профессионализации возрастает значимость «материально обеспеченной жизни» ( $r = 0,255$ ;  $p = 0,006$ ), «высоких запросов» ( $r = 0,235$ ;  $p = 0,013$ ), «исполнительности» ( $r = 0,212$ ;  $p = 0,025$ ) и снижается значимость ценностей «наличие хороших и верных друзей» ( $r = -0,249$ ;  $p = 0,08$ ), «жизнерадостность» ( $r = -0,190$ ;  $p = 0,044$ ), «терпимость» ( $r = -0,208$ ;  $p = 0,028$ ).

Для ценностных идеалов с увеличением уровня профессионализации происходят следующие изменения: возрастает значимость ценностей «материально обеспеченная жизнь» ( $r = 0,262$ ;  $p = 0,005$ ), «непримиримость к недостаткам в себе и других» ( $r = 0,196$ ;  $p = 0,037$ ) и снижается значимость ценностей «счастье других» ( $r = -0,390$ ;  $p = 0,0001$ ), «воспитанность» ( $r = -0,239$ ;  $p = 0,011$ ). С увеличением уровня профессионализации происходят следующие изменения в самоактуализации: снижается уровень «креативности» ( $r = -0,203$ ;  $p = 0,037$ ). Таким образом, в результате исследования были выявлены значимые различия в ценностных ориентациях и ценностных идеалах обучающихся и работающих медиков, отражающие изменения личности, происходящие в процессе профессионализации.

*Лебедева А.Л.*

### **Возможности психодиагностики в индивидуальной работе организационного психолога**

Сегодняшние жесткие темпы и условия работы во многих современных организациях, направленные исключительно на достижение результата в бизнесе, нередко формируют потребность у отдельных сотрудников на обращение за психологической помощью. Существует ряд организаций, предоставляющих широкий спектр подобных услуг, как на коммерческой, так и на бюджетной основах. В некоторых компаниях периодически проводятся антистресс-тренинги и релаксационные группы, что значительно улучшает социально-психологический климат в коллективе. Однако в случае запроса, связанного с актуальной жизненной ситуацией, и краткосрочного индивидуального психологического консультирования, состоящего из 1–3 встреч, целесообразно применение соответствующих психодиагностических методик. При краткосрочной индивидуальной работе организационного психолога методы разностороннего и разноуровневого исследования личности, причем желательно компьютеризированные, позволяют значительно сократить время сбора, анализа и интерпретации психологической информации. На первичной консультации, на вводном, ознакомительном этапе важно прояснение следующих общих вопросов:

- актуальные (наиболее значимые сейчас) проблемы для данного сотрудника;

- психологические аспекты, на которые можно повлиять непосредственно и быстро;
- психотерапевтические и психологические подходы и методы для наиболее эффективной работы в условиях ограниченного периода времени.

Одним из наиболее мощных современных методов комплексного обследования личности является стандартизированный многофакторный метод исследования личности Л.Н. Собчик (СМИЛ). СМИЛ представляет собой модифицированный и рестандартизированный тест ММРП и базируется на ином концептуальном и методологическом подходе. Применение данного опросника позволяет достаточно быстро получить представление о структурных компонентах личности, мотивационной направленности, защитных механизмах, эмоциональном фоне, индивидуальном типе реагирования, полоролевом статусе, стиле межличностного взаимодействия, возможном типе дезадаптации, рекомендации по выбору профессии и коррекционному подходу, и т. п. В случае единственной встречи на ознакомительном этапе рекомендуется использование метода цветowych выборов (МЦВ). МЦВ представляет собой модифицированный и адаптированный Л.Н. Собчик вариант цветового теста М. Люшера и является глубинным, проективным методом исследования неосознаваемых переживаний, как ситуативных, так и связанных с базовыми индивидуально-типологическими особенностями личности конкретного клиента. Методика выявляет не просто состояние, а реакцию определенной личности на конкретную ситуацию. Цветовые предпочтения зависят от сочетания базисных личностных характеристик и актуального ситуативного состояния и основаны на связи конституционально заложенных свойств с типом реагирования на средовые воздействия. МЦВ используется для выявления степени эмоциональной напряженности и адаптированности к условиям окружающей среды, общей профессиональной направленности, актуальных потребностей и компенсаторных возможностей человека. В зависимости от полученной психологической информации специалист может понять, какие рекомендации наиболее эффективны для данного сотрудника в актуальных условиях. В заключение отметим, что для практического психолога психодиагностика не должна быть основным критерием в работе, однако необходимо иметь полное представление о ее возможностях. Психодиагностика необходима для краткосрочной терапии и консультирования в целях составления объективного мнения об обратившемся сотруднике, прояснения запроса, отслеживания терапевтических результатов, выявления акцентуаций

и пограничных состояний. Разумеется, результаты любой психодиагностической методики должны интерпретироваться в совокупности данных об изучаемом человеке.

*Лебедева Е.И.  
Воробьев И.А.*

## **Определение профессионально важных качеств сотрудников Петербургского метрополитена**

Построение психологических эталонов специальностей и изучение психологической сложности профессиональной деятельности сотрудников ГУП «Петербургский метрополитен» осуществлялось на основании анализа экспертных оценок с использованием пакета прикладных программ «Автоматизированная система психологического сопровождения деятельности» (АСПСД), разработанного Центром эргономических и психологических технологий на основании технологии, предложенной Т.П. Зинченко и А.А. Фрумкиным. В исследовании приняли участие 36 человек, руководители и руководители среднего звена Петербургского метрополитена. 18 человек — представители службы движения. Их основные функции: организация движения пассажиров на станциях, посадка и высадка, обеспечение порядка и безопасности. 18 человек — представители службы контроля. Служба контроля обеспечивает безопасный и оперативный вход и выход со станций метро.

В результате анализа полученных данных были выявлены такие профессионально важные качества общих для служб движения и контроля метрополитена. Наибольшая эффективность деятельности обеспечивается при уравновешенности параметра «аналитичность — синтетичность», за счет возможности сочетания у одного человека способов приема и обработки информации, характерных для разных полюсов. Некоторая склонность к аналитичности позволяет в большей степени ориентироваться на различия объектов, что способствует отбору более качественных вариантов решения задач. Предпочтительнее выраженность полнезависимости — способности в принятии решений ориентироваться на имеющиеся знания и опыт, а не на внешние ориентиры, если они вступают в противоречие с опытом. Высокая ответственность проявляется в организованности, хорошем самоконтроле эмоций и поведения, плановности и

упорядоченности действий, упорстве преодоления препятствий. Высокая социальная чувствительность способствует точности в делах, выполнению правил даже тогда, когда правила кажутся пустой формальностью. В конфликтных ситуациях сотрудникам важна склонность к компромиссности. Низкая агрессивность позволяет выстраивать гармоничные взаимоотношения с коллегами по работе и пассажирами.

Описание профессионально важных качеств, различающихся по степени выраженности для служб движения и контроля метрополитена. Для сотрудников службы движения оптимальна уравновешенность по свойству «образность — вербальность». В зависимости от обстоятельств им необходимо продуктивно работать с числовым, словесным материалом, а также с образной информацией (картинки, пиктограммы, схемы и т. д.). Для сотрудников службы контроля метрополитена отмечается тенденция к некоторому преобладанию значимости образной информации. Параметр «импульсивность — рефлексивность» характеризует индивидуальные особенности принятия решения в условиях неопределенности. По результатам исследований установлено, что для сотрудников службы движения оптимальна уравновешенность по этому свойству. Для сотрудников службы контроля метрополитена отмечается тенденция к некоторому преобладанию рефлексивности, то есть к более тщательному продумыванию действий. Для сотрудников службы движения важна гибкость когнитивного контроля, что позволяет легко менять планы, перестраиваться, быть способным на компромиссы. Для сотрудников службы контроля значимость гибкости несколько снижается, что может проявляться в отдельных чертах консерватизма. Значение высокого уровня развития коммуникативных способностей особенно актуально для сотрудников службы движения. Для службы контроля данный показатель несколько ниже. Выраженная эмоционально-волевая устойчивость важна для обоих направлений деятельности, однако профессиональная деятельность сотрудников службы контроля предъявляет более высокие требования по данному свойству. Высокая поведенческая регуляция включает такие параметры, как нервно-психическая устойчивость, высокая адекватная самооценка личности и социальная поддержка. Более жесткие требования относятся к сотрудникам службы движения.

Оценка психологической сложности деятельности. На основании результатов проведенных исследований коэффициент психологической сложности деятельности начальников станций службы движения составляет 2,16. Коэффициент психологической сложности деятельности начальников участков службы контроля составляет 2,08.



## **Психологическое благополучие персонала как особенность труда делопроизводителей**

Разработка проблемы эмоционального благополучия находит отражение в работах Аристотеля, Гоббса, Декарта, Спинозы и др. — аспект рассмотрения эмоционального благополучия преимущественно с точки зрения вопросов, связанных с наслаждением (гедонизмом), пользой, желаниями и влечениями. Современные психологические исследования рассматривают проблему эмоционального благополучия с точки зрения переживаний человека (Е.П. Ильин, К.Э. Изард, Ф.Е. Василюк, Л.М. Веккер, В.К. Вильюнас и др.). Отчетливо прослеживаются три направления исследований: социально-психологическое (В.А. Труфакин, М. Аргайл, Р. Бернс, Л. Фестингер, К. Хорни, У. Джеймс, Э. Эриксон и др.); психоаналитическое (М. Кляйн, Д. Пайнз, Д.В. Винникот и др.); психофизиологическое (В.М. Бехтерев, К.Э. Изард, П.В. Симонов, Д. Штерн и др.). Однако на данный момент проблема эмоционального благополучия изучена недостаточно, например, эмоциональное благополучие в профессиональной сфере деятельности. В качестве составляющих психологического благополучия (psychological well-being) человека (К. Рифф) выделяются: позитивные отношения с другими, принятие себя (позитивная оценка себя и своей жизни), автономия (способность следовать своим собственным убеждениям), компетентность (контроль над окружающей средой, способность эффективно управлять своей жизнью), наличие целей, придающих жизни направленность и смысл, личностный рост как чувство непрекращающегося развития и самореализации. Большое значение в работе управленческого аппарата имеет организация рабочих мест сотрудников и создание благоприятных условий труда. Профессиограмма делопроизводителя показывает, что обычно работа отличается малой двигательной активностью, монотонностью, длительным нахождением в закрытом помещении. Все это вызывает быструю утомляемость и отражается на результатах труда. И в конечном итоге снижает уровень эмоционального благополучия сотрудников. Поэтому при организации труда работников службы делопроизводства большое внимание должно уделяться: устройству и планировке служебных помещений, поддержанию в них соответствующего нормам освещения, температурного режима, устранению шумов, оборудованию рабочих мест в соответствии с выполняемыми функциями, установлению рационального режима труда. Важнейший фактор, от которого зависит эмоциональное благополу-

чие, а следовательно, и работоспособность и здоровье человека, — это освещение. Свет воздействует на психическое состояние и настроение, обмен веществ, гормональный фон и умственную активность. К сожалению, далеко не всегда в организации этому фактору уделяется должное внимание. Самым здоровым светом остается естественный дневной. Вследствии этого установлены нормативы, по которым глубина офисных помещений не должна превышать 6 м. Кроме того, хорошим решением будет наличие в одном помещении стеклянных перегородок между рабочими местами, обеспечивающих зрительную и звуковую изоляцию, но в то же время не препятствующих проникновению естественного света. Это позволяет максимально эффективно использовать естественное освещение (средний показатель — 500 люкс). При использовании искусственного освещения лучше всего устанавливать его по так называемой комбинированной системе, сочетающей прямой и рассеянный свет. При этом обычным лампам «дневного света» (вредное влияние их мерцания с частотой 50 Гц давно известно) стоит предпочесть галогенные. Их свет более естественен и гораздо меньше утомляет глаза и нервную систему. Различные виды световых или шумовых вибраций — это источник раздражения, приводящий человека в состояние повышенной возбудимости и нервозности, при котором также снижается уровень эмоционального благополучия. Привычка включать телевизор или радио для поднятия настроения на рабочем месте создает условия повышенной утомляемости. Специалисты считают, что 50–60 децибел — предельный уровень шума для офисной работы (для сравнения: громкая речь — 70 децибел). Более сильный шум начинает оказывать отрицательное воздействие. Поэтому дверная обивка, двойные двери, звукоизоляционные рамы и перегородки не излишества для офиса, а необходимость. Правильно оборудованное рабочее место, соблюдение техники безопасности работы, требований санитарных норм, а также стильный дизайн служебного помещения, здоровый микроклимат создадут хорошее рабочее настроение, повысят уровень эмоционального благополучия и производительность труда.

*Никифоров Г.С.*

## **Понятие профессионального здоровья**

В начале XX века сфера интересов психологии заметно смещается в сторону практической деятельности человека. В русле психотехники

поднимаются вопросы профессионального здоровья работников, в том числе проводятся исследования с целью отыскания эффективных мер по снижению производственного утомления, профилактике несчастных случаев, производственного травматизма. По сути дела, с этим периодом связано начало становления психологии профессионального здоровья как научно-практического направления, которое интенсивно развивается в настоящее время, сосредоточившись прежде всего на изучении того, как влияет содержание профессиональной деятельности и условия ее выполнения на здоровье занятого в ней человека. Вместе с тем обращает на себя внимание то обстоятельство, что до сих пор не достигнуто согласие в раскрытии самого понятия профессионального здоровья как в зарубежной, так и в отечественной психологии. Характерной особенностью большей части определений профессионального здоровья, представленных в российских публикациях, является включение в них тех или иных критериев, по которым осуществляется оценка успешности выполнения профессиональной деятельности и, соответственно, по изменению характеристик которых можно судить о степени влияния содержания и условий выполняемой профессиональной деятельности на здоровье субъекта этой деятельности. Чаще всего в число этих критериев входят надежность и эффективность. Вместе с тем понятно, что состав такого рода критериев может быть при необходимости расширен и вопрос их выбора будет в конечном счете решаться в зависимости от тех задач, которые поставлены применительно к конкретному виду профессиональной деятельности. Еще одна особенность известных определений связана с акцентом на роли организменного уровня в обеспечении здоровья. При этом сама включенность физиологических систем чаще всего рассматривается либо в процессуальном контексте, либо через привлечение категории состояния. На наш взгляд, наиболее оправданным является обращение к концепции целостного подхода для формулирования понятия профессионального здоровья. Кратко остановимся на основных вехах ее становления. Изначальная трактовка самого феномена здоровья связана с появлением Аюрведы как одной из самых древних врачебных наук. Главная отличительная особенность Аюрведы заключается в том, что здоровье раскрывается в ней с целостной или, как принято говорить сегодня, с холистической, системной точки зрения. Она подходит к человеку как к единому целому, пребывающему в единстве с окружающим его миром. Аюрведа учит, что определяющим условием формирования и поддержания здоровья является гармонизация физической, психической и духовной сфер в человеке. Впервые в научной практике В.М. Бехтерев подходит к изучению личности в ее здоровом и болезненном состоянии с

позиций комплексного подхода. Вопросы обеспечения ее здоровья изучаются в тесной взаимосвязи представленности в человеке биологического, психологического и социального начал. Тема профессионального здоровья была достойно представлена в научной и практической деятельности В.М. Бехтерева. В созданный им в 1918 году в Петрограде Институт по изучению мозга и психической деятельности вошла лаборатория труда. В основу исследований был положен комплексный подход к изучению работающего человека, разработке мер по сохранению здоровья и развитию личности трудящихся, рассмотрению вопросов гармонизации и оздоровления трудового процесса. В 1948 году из недр Всемирной организации здравоохранения выходит определение здоровья, получившее широкое распространение и востребованное по сей день. В нем в качестве позитивного признака здоровья констатируется полное физическое, психическое и социальное благополучие человека. Наконец, в 70–80-е годы XX века идея целостного подхода к определению здоровья человека обрела свое развитие в биопсихосоциальной модели здоровья и болезни. С учетом сказанного предлагаю рассматривать профессиональное здоровье не только как отсутствие профессиональных болезней или травм, но и как полное физическое, психическое и социальное благополучие человека в условиях выполняемой им деятельности. С позиций целостного подхода следует решать и такой ключевой вопрос, как выделение и систематизация критериев профессионального здоровья на разных уровнях его проявления.

*Панова О.В.*

### **Стрессоустойчивость сотрудников МВД как компонент психологического здоровья**

Профессиональное здоровье — это определенный уровень характеристик здоровья специалиста, отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность. Профессиональная деятельность человека может быть осложнена воздействием стрессоров разной природы. Г.С. Никифоров предлагает следующую систематизированную совокупность наиболее типичных стрессоров, распространенных в различных сферах профессиональной деятельности. Первым видом стрессоров является организация и содержание профессиональной деятельности. Следующим видом стрессоров

является профессиональная карьера. Немаловажное значение в возникновении стресса в профессиональной деятельности играет оплата труда и взаимоотношения на работе (Никифоров Г.С.). По мнению ряда исследователей (А.А. Деркач, В.Г. Зазыкин, А.П. Чернышев), важнейшим условием эффективной и надежной деятельности при действии стресс-факторов является профессионализм субъекта труда. Под профессионализмом личности понимается высокий уровень профессионально важных качеств. Профессионально важными качествами специалистов системы МВД отмечают такие качества, как высокая эмоционально-волевая устойчивость, личная и социальная ответственность, чувство долга, чувство собственного достоинства, уважения, эмпатийность, адекватная самооценка, низкая тревожность, стрессоустойчивость. Стрессоустойчивость рассматривается как набор личностных черт, определяющих устойчивость к различным видам стрессов. Стрессоустойчивость состоит из трех связанных между собой компонентов: ощущение важности своего существования; чувство независимости и способности влиять на собственную жизнь; открытость и интерес к изменениям, отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития. Стрессоустойчивость способствует и сохранению психологического здоровья. Исследования, проведенные Г.Х. Селье, У.Б. Кэннон, Д.А. Голдстоун и другими учеными, позволяют рассматривать стрессоустойчивость в концепциях исследования стресса, профилактики стресса. В нашем исследовании принимали участие 51 человек, сотрудников МВД г. Сухой Лог, от 25 до 40 лет, из них 18 женщин и 33 мужчины. Для решения поставленных задач применялись методики «Стрессоустойчивость и социальная адаптация» Холмса и Раге, «Оценка нервно-психического напряжения, астении и сниженного настроения», созданная Л.Д. Малковой и адаптированная Т.Г. Чертовой. Результаты исследования показали, что существуют различия по степени проявления стрессоустойчивости в группе женщин и мужчин. Женщины более стрессоустойчивы. Степень проявления стрессоустойчивости зависит от стажа работы. Степень сопротивляемости стрессу в группе женщин, проработавших менее 5 лет, высокая (153). Результаты стрессоустойчивости в группе мужчин, со стажем работы менее 5 лет (207), и от 5 лет до 10 лет работы (209), показали пороговую степень сопротивляемости стрессу. В то время как у женщин со стажем работы от 5 лет до 10 лет высокая сопротивляемость стрессу (171). Сравнительный анализ результатов стрессоустойчивости мужчин и женщин, работающих в системе МВД, выявил закономерность: что чем больше стаж работы (больше 10 лет) у женщин, степень сопротивляемости стрессу пороговая (220), у мужчин, наоборот, чем больше стаж работы (больше 10 лет) степень

сопротивляемости стрессу становится высокой (194). При возрастании стажа работы мужчины меньше подвергаются стрессу, тем самым степень сопротивляемости к стрессу выше. Это можно объяснить привыканием к работе, связанной с риском, предсказуемостью ситуаций. В группе женщин наоборот, чем больше стаж работы, тем больше женщины подвержены стрессу, и тем самым степень сопротивляемости к стрессу уменьшается. Результаты по методике «оценка нервно-психического напряжения» показали, что уровень выраженности нервно-психического напряжения в группе женщин, со стажем работы менее 5 лет, умеренный. В группе мужчин со стажем менее 5 лет, уровень выраженности нервно-психического напряжения выражен слабо. Но с увеличением стажа работы в группе мужчин и женщин уровень выраженности нервно-психического напряжения повышается. Таким образом, результаты исследования стрессоустойчивости сотрудников МВД позволяют констатировать необходимость дополнительных исследований в области профессионального самосохранения и психологического сопровождения профессиональной деятельности сотрудников, работающих в силовых структурах.

*Ракицкая А.В.*

*Козьячая Е.В.*

## **Взаимосвязь СЭВ и различных видов агрессии у фрилансеров**

В век информационных технологий компьютер как техническое средство нередко выступает необходимым условием для осуществления профессиональной деятельности, в частности, для разработки программных продуктов, создания и продвижения сайтов, создания рекламных текстов, менеджмента, бизнес-консультирования. Для осуществления этих производственных процессов требуется большое количество сотрудников, а именно фрилансеров. Фрилансер — человек, выполняющий работу без заключения долговременного договора с работодателем, нанимаемый только для выполнения определенного перечня работ (внештатный работник). Особенности профессиональной деятельности фрилансеров заключаются в необходимости поддерживать высокий уровень сосредоточенности, профессиональной компетентности, в связи с постоянным обновлением информационных технологий, которые фрилансеру

необходимо знать и успешно применять в своей работе, что зачастую приводит к повышению психического, эмоционального напряжения и синдрому эмоционального выгорания (СЭВ). Единичные исследования свидетельствуют об особенностях структурной организации личностных детерминант выгорания в профессиях «субъект-объектного» типа, что обусловлено особенностями предмета труда и его содержания. Специфика выгорания заключается в меньшей степени интенсивности и глубине проявлений отдельных компонентов выгорания по сравнению с профессиями «субъект-субъектного» типа. В соответствии с моделью К. Маслач и С. Джексон, выгорание рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающая в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений. По результатам ряда исследований, агрессивность оказывает влияние на риск возникновения синдрома эмоционального выгорания. Вместе с тем отсутствуют исследования изучения связи синдрома эмоционального выгорания и агрессивности у фрилансеров.

Объект нашего исследования — синдром эмоционального выгорания, предмет — связь синдрома эмоционального выгорания и агрессивности у фрилансеров. Цель исследования: выявить наличие взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и различных видов агрессии фрилансеров. Степень выраженности синдрома эмоционального выгорания и его отдельных компонентов у педагогов диагностировалась при помощи опросника на выгорание МВИ К. Маслач и С. Джексон, адаптированного Н.Е. Водопьяновой. Для исследования выраженности агрессивности у педагогов использована «Шкала измерения агрессивных и враждебных реакций» А. Басса и А. Дарки. Исследование проводилось интерактивно на базе интернет-ресурса «Клуб фрилансеров! Фриланс, работа в Интернете». В исследовании приняло участие 50 человек, 33 мужчины и 17 женщин, в возрасте от 20 до 29 лет. В результате корреляционного анализа установлено, что существует положительная взаимосвязь между показателями синдрома эмоционального выгорания и физической агрессии ( $r = 0,279$ ,  $p \leq 0,05$ ), косвенной агрессии ( $r = 0,308$ ,  $p \leq 0,05$ ), вербальной агрессии ( $r = 0,357$ ,  $p \leq 0,05$ ). По результатам исследования установлено, что существует положительная связь между показателями эмоционального истощения и физической агрессии ( $r = 0,404$ ,  $p \leq 0,01$ ), косвенной агрессии ( $r = 0,450$ ,  $p \leq 0,01$ ), вербальной агрессии ( $r = 0,537$ ,  $p \leq 0,001$ ). Установлено, что существует положительная связь между показателями деперсонализации и физической агрессии ( $r = 0,388$ ,  $p \leq 0,01$ ), косвенной

агрессии ( $r = 0,381$ ,  $p \leq 0,01$ ), вербальной агрессии ( $r = 0,436$ ,  $p \leq 0,01$ ). В результате корреляционного анализа установлено, что существует отрицательная связь между показателями редукции личных достижений и физической агрессии ( $r = -0,413$ ,  $p \leq 0,01$ ), косвенной агрессии ( $r = -0,431$ ,  $p \leq 0,01$ ), вербальной агрессии ( $r = -0,509$ ,  $p \leq 0,001$ ). Таким образом, можно утверждать, что существует взаимосвязь между показателями синдрома эмоционального выгорания и различных видов агрессии у фрилансеров. Опираясь на полученные данные, можно предположить, что чем выше показатели физической, косвенной, вербальной агрессии, тем в большей степени проявляется у фрилансеров синдром эмоционального выгорания, эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений (шкала «редукция профессиональных достижений» носит обратный характер). Требуют дополнительного изучения особенности связи рассматриваемых переменных.

*Сабанчиева Р.З.*

## **Моббинг как фактор, препятствующий профессиональной самореализации**

В последние годы участились стрессы, связанные с профессиональной деятельностью. Фактором, негативно влияющим на профессиональное здоровье и психологическое благополучие сотрудников, и следовательно, препятствующим успешной профессиональной самореализации, является моббинг. Моббинг (от англ. *mob* — толпа) — форма психологического насилия в виде травли сотрудника в коллективе, как правило, с целью его последующего увольнения. Моббинг — это «травля толпы» по отношению к одному человеку, в частности — на рабочем месте, целенаправленное преследование, нападки, ущемляющие чувство собственного достоинства, подрывающие репутацию и профессиональную компетентность. Человек прямо или косвенно подвергается эмоциональному насилию. Здоровье и психическое состояние человека сильно страдают, появляются заболевания на нервной почве и чувство социальной неполноценности, и на самом деле снижаются профессиональные достижения. Результатом всегда является психологическая травма и увольнение. Как ни странно, жертв делают самих в этом виноватыми, представляют их людьми, которые сами навлекли на себя эти несчастья. И во многих



случаях, после того как человека уволили или он сам ушел, возникшие проблемы со здоровьем могут остаться и даже усилиться, и привести к такому диагнозу, как посттравматический стресс. Проблема моббинга актуальна не только в нашей стране, но и во всем мире. Впервые исследование такого явления на рабочих местах в Швеции провел в начале 1980-х гг. психолог и ученый-медик доктор Ханц Лейман. Он назвал такое поведение моббингом и охарактеризовал его как «психологический террор», который включает «систематически повторяющееся враждебное и неэтичное отношение одного или нескольких людей, направленное против другого человека, в основном одного». Лейман определил 45 вариаций поведения, типичных для моббинга: утаивание необходимой информации, социальная изоляция, клевета, непрекращающаяся критика, распространение необоснованных слухов, высмеивание, крики и т. д. Среди причин возникновения моббинга — и неоднозначно очерченный круг деловых обязанностей сотрудников, и плохая организация труда, и отсутствие нужной мотивации у сотрудников, и стремление руководства выжить того или иного работника. Коллективы, в которых существует моббинг, не развиваются, не достигают профессиональных успехов, т. к. творческая атмосфера отсутствует, энергия направлена на травлю. Максимальная профессиональная и личностная самореализация при сохранении здоровья и жизненного потенциала возможна при наличии такого важного качества личности, как жизнестойкость. Для того чтобы противостоять моббингу, нужно развивать у себя жизнестойкость. Понятие «жизнестойкость» характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. В модели жизнестойкости С. Мадди большое внимание уделяется ведению здорового образа жизни, трансформационному совладанию, поиску социальной поддержки. В практике психологического консультирования мы применяем индивидуальные тренинги по росту личной эффективности, развитию всех показателей жизнестойкости. В каждом отдельном случае проводится индивидуальное консультирование на основе метода ТМО — техники модификации опыта. Большое внимание уделяется повышению самооценки клиентов, которая неизбежно страдает, определяются перспективы профессионального развития, цели и способы их достижения, проводится обучение методу ТМО для предотвращения новых негативных опытов, вырабатываются новые эффективные модели поведения. Индивидуальные тренинги по росту личной эффективности дают хорошие результаты. У клиентов повышается самооценка, уверенность в себе, появляется надежда и вера в себя.

Изучение и анализ проблемы моббинга позволяет сделать следующие выводы. Моббинг — это психологическое и эмоциональное насилие, и является фактором, препятствующим успешной профессиональной самореализации. Последствия моббинга как психологического и эмоционального насилия очень опасны, даже выйдя из экстремальной ситуации, у человека состояние не улучшается, а часто ухудшается, что может привести к ПТСР, инфарктам, инсультам, суициду. Психологические последствия моббинга могут быть разрушительными для человека, и ему нужна квалифицированная психологическая помощь. Проблема моббинга и его последствий требует более углубленного изучения со стороны ученых, психологов, врачей, юристов и более внимательного отношения со стороны руководителей разного уровня, общества и самих пострадавших.

*Седунова А.С.*

*Мазанова О.С.*

### **Репрезентации жизненных представлений как фактор позитивной профессиональной идентичности**

Выполнено в рамках реализации ФЦП «Атрибутивные процессы в различных жизненных ситуациях», ГК № 14.В37.21.0718. В современных исследованиях профессионального развития все чаще уделяется особое внимание сохранению психологического здоровья специалиста, а также возможностям эффективной самореализации личности в профессиональной сфере. Анализ факторов активного самоопределения субъекта труда, становления профессиональной идентичности позволит, на наш взгляд, разработать программы психологического сопровождения и способствовать раскрытию резервов личностного и профессионального развития специалистов. В современных исследованиях представлены различные аспекты идентичности — личностный, гендерный, профессиональный (Л.Б. Шнейдер), эго-идентичность (Н.М. Аксёнова), социальная идентичность и другие. Для понимания индивидуальных и социальных механизмов идентичности, в первую очередь личностной идентичности, мы обращаемся к биографическим представлениям человека, к предпосылкам формирования образа будущего и репрезентаций личности. Представления субъекта о жизненных

событиях рассматривались как в рамках событийно-биографического подхода, так и в отечественных исследованиях. Значительное влияние на ракурс исследования проблемы оказали работы Бориса Герасимовича Ананьева и его научной школы. В частности, типология событий жизни, предложенная Б.Г. Ананьевым и дополненная Н.А. Логиновой, позволяет дифференцировать события внутренней жизни человека от событий внешней среды и поведения человека в среде. Представленная в нашем исследовании модель жизненных ориентаций Е.Ю. Коржовой также позволяет оценить направленность субъекта на самоосуществление «сквозь» различные жизненные ситуации и включает такие векторы, как трансситуационный локус контроля, трансситуационная изменчивость, трансситуационная направленность освоения мира, трансситуационная подвижность и т. д. Таким образом, в отечественной психологии сложились предпосылки для исследований семантических моделей и репрезентаций на основе применения не только традиционных семантических методик (методики Дж. Келли, Ч. Осгуда и др.), но и с помощью анализа биографических событий, их уникальности и субъективной обусловленности. Проведенное исследование особенностей репрезентаций жизненных представлений было осуществлено на основе сравнительного анализа личностных характеристик и жизненных ориентаций молодых специалистов с различным уровнем профессиональной идентичности. В качестве теоретической модели профессиональной идентичности был рассмотрен подход Л.Б. Шнейдер, согласно которому выделено пять уровней идентичности; при этом только один — позитивная идентичность — может рассматриваться как относительно благополучный уровень, на котором субъективные характеристики (цели, ценности, убеждения) структурированы и обеспечено переживание направленности и осмысленности жизни. Отметим, что достижение этого уровня нестабильно, и является результатом внутренней работы личности, ее самоопределения. Другие четыре уровня — преждевременная идентичность, мораторий (кризис) идентичности, диффузная идентичность и псевдопозитивная идентичность — оцениваются автором как недостаточно благополучные, т. к. на каждом из уровней субъективно переживаются нестабильность самовосприятия, низкая рефлексия или же недостаток стратегий для успешного самоосуществления. Отмечаются эмоциональные и даже психосоматические реакции на переживание состояния диффузной идентичности и моратория идентичности. Результаты сравнительного анализа позволяют сделать следующие выводы: молодые специалисты с позитивной идентичностью характеризуются такими чертами, как

транситуационная подвижность и транситуационное творчество, транситуационный локус контроля, а также ряд индивидуально-личностных характеристик, в частности, смелость и тревожность (факторы «Н» и «О» методики Р. Кеттелла). Дальнейшая разработка и апробация программы психологического сопровождения с учетом дополнительных факторов, в том числе особенностей представлений в структуре профессиональной Я-концепции, позволит расширить потенциальные возможности субъекта труда в период принятия профессионально-значимых, судьбоносных решений, помочь в разрешении профессиональных кризисов, а также способствовать сохранению профессионального здоровья и работоспособности.

*Снегирькова Т.С.*

*Корзун С.А.*

## **Взаимосвязь карьерных ориентаций и самоактуализации у студентов**

Проблема реализации человеком стратегий саморазвития в профессии и карьере в условиях преобразований современного общества становится весьма актуальной, поскольку предполагает выбор, основанный на осознании ценностей жизненного, в том числе профессионального и карьерного, пути, придающего жизни смысл и равновесие в постоянно меняющемся мире. Исследования, посвященные изучению карьерных ориентаций студентов, а также построению и развитию карьеры в данном возрасте, недостаточно представлены в современной психологии (С.Т. Джанерьян, Д.А. Ткач, О.П. Поминова, С.Н. Чистякова, О.Л. Бегичева, А.А. Жданович). Карьерные ориентации выражают направленность личности на определенные нормы и ценности в области карьеры. Функцией карьерных ориентаций является то, что они выступают в качестве внутреннего источника карьерных целей человека, выражая соответственно то, что является для него наиболее важным и обладает личностным смыслом в профессиональной деятельности. Таким образом, система карьерных ориентаций определяет пути для саморазвития и личностного роста (Щелокова, 2012). Среди основных видов карьерных ориентаций в научной литературе выделяется ориентация на вертикальную (стремление к социально-должному росту) и горизонталь-

ную карьеру (стремление к профессиональному мастерству) (Жданович, 2008). В свою очередь, Э. Шейн выделил и описал следующие типы якоря карьеры, или карьерные ориентации: менеджмент, профессиональная компетентность, автономия, стабильность, вызов, предпринимательство, служение, интеграция стилей жизни (Шейн, 1990). В студенческие годы происходит решающий этап формирования мировоззрения как выбор своего будущего социального положения и способов его достижения, формируются ценностные ориентации и происходит выбор жизненных ценностей. Т. к. в этом возрасте достигают максимума в своем развитии психологические свойства и высшие психологические функции, то этот период жизни максимально благоприятен для профессиональной подготовки. При этом самоопределение как личностное, так и профессиональное становится характерной чертой данного возраста (Бегичева, 2012).

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи карьерных ориентаций и самоактуализации у студентов выпускных курсов педагогического вуза. В качестве диагностического инструментария были использованы опросник «Якоря карьеры» (Э. Шейн, в адаптации В.А. Чикер) и САТ (Л.Я. Гозман и др.).

Проведенное исследование показало, что для большинства респондентов характерно демонстрировать такие карьерные ориентации, как «стабильность» и «интеграция стилей жизни». Корреляционный анализ позволил выявить связи между некоторыми шкалами самоактуализационного теста и карьерными ориентациями. Так, выявлены отрицательные взаимосвязи карьерных ориентаций «менеджмент» и «автономия» со шкалой «познавательные потребности» ( $p \leq 0,05$ ). Карьерная ориентация «предпринимательство» положительно коррелирует с такими шкалами, как «ценностные ориентации» и «синергии» ( $p \leq 0,05$ ). На основе проведенного исследования можно предположить, что для респондентов с ярко выраженной карьерной ориентацией на интеграцию усилий других людей и ориентацией относительно независимости в достижении профессиональных целей характерно снижение стремления к приобретению знаний. В случае, когда более выражена карьерная ориентация личности на создание чего-то нового и на преодоление препятствий в профессиональной сфере, тем более выражена у респондентов тенденция по принятию ценностей самоактуализирующейся личности и способности к целостному восприятию мира и людей. Таким образом, проблема карьерных ориентаций студентов является перспективным направлением современной психологии.

## **Переживание времени как фактор психологического благополучия менеджеров**

Важным моментом в психологии менеджера в организации является своеобразие его социального статуса, способа включения в систему социальных отношений, организацию как социальный институт. Заняв определенную ячейку в обществе, человек, в частности офисный работник, реализует не только предметную деятельность, но и целый комплекс ролей по отношению к другим людям (см., например, Никифоров Г.С.), реализуя себя как общественного индивида. Согласование индивидуальных целей с общей целью организации становится возможным благодаря тому, что организация не просто заставляет индивида выполнять внешнюю, отчужденную от него цель, но и обладает чем-то необходимым или желанным для индивида (см., например, Занковский А.Н.). Таким образом, организация формирует определенные мотивы, которые могут как положительно, так и отрицательно влиять на процесс взаимодействия людей, что выступает фактором развития благоприятных отношений в коллективе. В контексте нашего исследования можно выделить наличие двух типов взаимодействия между индивидами внутри коллектива: активное и пассивное взаимодействие. При этом стоит понимать, что данные типы являются границами континуума вариантов взаимодействия, которые мы можем наблюдать. Мы считаем, что переживание времени каждой конкретной личностью играет важную роль в формировании общего психологического климата организации. В качестве аспектов, отражающих индивидуальные аспекты переживания времени, нами были рассмотрены параметры временной перспективы по Ф. Зимбардо: гедонистическое настоящее, будущее, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее и негативное прошлое. Для оценки организации взаимодействия нами был применено моделирование совместной деятельности на аппарате-приборе «Арка» (А.С. Чернышев и др.) и метод формализованного наблюдения. Для оценки параметров личностной организации временной перспективы — методика Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой. Выборку исследования составили 140 сотрудников офиса и производственных предприятий компании «Разгуляй» в г. Курске. Для статистического анализа нами был использован непараметрический критерий U Манна–Уитни. В результате проведенного исследования нами были получены результаты, демонстрирующие роль индивидуальных особенностей временной перспективы в организации взаимодействия менеджеров предприятий. При сравнении

групп эффективно и не эффективно взаимодействующих испытуемых, нами были получены статистически значимые различия по показателю «гедонистическое настоящее» на достоверном уровне статистической значимости, при  $p = 0,015$ . При этом уровень показателя «гедонистическое настоящее» ниже в группе эффективно взаимодействующих менеджеров. Можно указать, что человек, имеющий выраженную ориентацию на получение удовольствия и возбуждения в настоящем, отсутствие заботы о последствиях, будущих выгодах и наградах, не склонен к организации эффективного взаимодействия. При сравнении групп эффективно и не эффективно взаимодействующих испытуемых нами были получены различия по показателю «позитивное прошлое» на достоверном уровне статистической значимости, при  $p = 0,045$ . При этом уровень показателя «позитивное прошлое» выше в группе эффективно взаимодействующих испытуемых. Таким образом, человек, склонный к сентиментальному, ностальгическому и теплomu отношению к своему прошлому и характеризующийся позитивной его реконструкцией, более продуктивно, с позитивным настроем включается в совместную деятельность. При сравнении групп эффективно и не эффективно взаимодействующих испытуемых нами было получены статистические различия по показателю «будущее» на достоверном уровне статистической значимости, при  $p = 0,038$ . При этом уровень показателя «будущее» выше в группе испытуемых, демонстрирующих эффективное взаимодействие в совместной деятельности. Менеджеры, ориентированные на будущее, когда их жизнь определяют планы и стремления к достижению поставленных целей и вознаграждению будущего, характеризуются более активным, планомерным и целенаправленным включением в совместную деятельность, что определяет эффективность и благополучный психологический климат работы всего трудового коллектива. Таким образом, можно утверждать, что необходимо проведение психологических мероприятий, направленных на оптимизацию переживания времени сотрудниками различных предприятий, что приведет к улучшению психологического климата трудового коллектива.

*Старченкова Е.С.*

### **Личностные детерминанты проактивного копинг-поведения**

В настоящее время отмечается большой интерес к проблеме поиска факторов, определяющих избирательность стратегий совладающего по-

ведения в процессе преодоления человеком стрессов и трудных жизненных обстоятельств на пути своего личностного и профессионального развития. В исследованиях копинг-поведения установлено, что факторами, влияющими на выбор стиля и стратегии совладающего поведения, являются как особенности ситуации, ее когнитивная оценка и воспринимаемый контроль над ней, так и особенности личности. Одна и та же ситуация может иметь разное значение для людей и оказывать разное воздействие на них, поэтому важно изучать совладающее поведение и через специфику содержания ситуации, и через изучение личности и ее особенностей, которые выступают опосредующим звеном между ситуацией и поведением. Личностная детерминация копинг-поведения лежит в основе личностного подхода к проблеме преодоления человеком трудных жизненных ситуаций. Для изучения взаимосвязи личностных особенностей и совладающего поведения у служащих ( $n = 117$ ) нами были использованы 16-факторный личностный опросник (Р. Кеттелл), методика УСК (уровень субъективного контроля, Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, Л.М. Эткин), методика «Шкала оптимизма и активности» (Н.Е. Водопьянова, М. Штейн), опросник «Проактивное совладающее поведение» (Э. Грингласс и соавт., в адаптации Е.С. Старченковой). Результаты исследования показали, что для реализации проактивного совладающего поведения существенное значение имеет общительность (фактор А,  $p < 0,05$ ), прежде всего, за счет умения обратиться за социальной поддержкой. Проактивная копинг-стратегия была отрицательно взаимосвязана с тревожностью (фактор О,  $p < 0,05$ ). Тревожность, по нашему мнению, выступает сдерживающим фактором для актуализации проактивного поведения, поскольку мешает перспективной рефлексии, сужает видение будущего за счет аффективной напряженности, концентрации на пугающем, тревожном, полном трудностей настоящем. Стратегическое планирование было положительно связано с эмоциональной устойчивостью (фактор С,  $p < 0,05$ ), самоконтролем (фактор Q3,  $p < 0,01$ ) и отрицательно — с экспрессивностью (фактор F,  $p < 0,05$ ). Таким образом, эмоционально устойчивые, зрелые люди с высоким уровнем самоконтроля более способны к построению детального плана действий по достижению целей, в то время как импульсивность и беспечность приводят к тому, что человек предпочитает не думать о будущем, пускает дела на самотек, не хочет концентрироваться на детальном планировании жизненной стратегии. Превентивная копинг-стратегия положительно коррелировала с эмоциональной устойчивостью (фактор С,  $p < 0,05$ ). Превентивное совладание включает в себя широкий спектр возможных типов поведения (поддержание здорового образа жизни, работа с ресурсной базой, в том числе



накопление денежных средств, формирование социальных связей и др.), поэтому оно может обеспечиваться и разными личностными ресурсами. Однако умение прогнозировать и предпринимать действия до возникновения возможных проблем должно обеспечиваться высокой стрессоустойчивостью, работоспособностью и эмоциональной стабильностью. Стратегия поиска эмоциональной поддержки положительно коррелировала с тревожностью (фактор О,  $p < 0,01$ ), общительностью (фактор А,  $p < 0,01$ ), чувствительностью (фактор I,  $p < 0,05$ ), мечтательностью (фактор М,  $p < 0,05$ ). Таким образом, за эмоциональной поддержкой чаще склонны обращаться общительные, тревожные, мягкие, непрактичные люди. Оказалось, что за инструментальной поддержкой (советами, информацией, практической помощью и т. п.) чаще обращаются экстерналы по сравнению с интерналами ( $p < 0,05$ ). В целом за социальной поддержкой (как эмоциональной, так и инструментальной) реже обращаются подозрительные, недоверчивые (фактор L,  $p < 0,05$ ), эмоционально устойчивые (фактор С,  $p < 0,05$ ), доминантные (фактор Е,  $p < 0,05$ ) люди, а также испытуемые с интернальным локусом контроля ( $p < 0,05$ ). Особое внимание следует обратить на то, что ответственные, уверенные в себе и независимые люди реже обращаются за инструментальной и эмоциональной поддержкой, предпочитая решать свои проблемы самостоятельно. Тем самым они лишают себя возможности находить нужные для более быстрого и эффективного разрешения ситуации ресурсы в своем окружении, что будет препятствовать реализации проактивного совладания.

*Столярчук Е.А.*

## **Психологическое благополучие военнослужащих запаса**

В условиях настоящего времени необходимо учитывать динамику изменения психического состояния военнослужащих после увольнения с военной службы с целью формирования психологического благополучия в новых условиях жизнедеятельности. После службы в Вооруженных Силах многие военнослужащие запаса чувствуют свободу от жестких, иерархичных отношений в армии, открывающиеся перспективы профессионального и личностного роста, многие стремятся в государственные структуры и сферу бизнеса. В проведенном исследовании изучались индивидуально-психологические особенности: ценности, субъективный

контроль, адаптационный потенциал личности и удовлетворенность работой военнослужащих запаса, работающих в государственных и коммерческих структурах, в количестве 43 человека (20 женщин); показатели средних значений: возраст — 47 лет, военная выслуга — 23,9 лет, стаж гражданской деятельности — 6,9 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Военнослужащие запаса имеют общий экстернальный уровень субъективного контроля, им свойственна экстернальность в отношении здоровья и болезни, в области неудач, в производственных отношениях. Интернальный уровень субъективного контроля личности над значимыми событиями своей жизни определен: в области достижений, в семейных отношениях, в области межличностных отношений. Выявленное в исследовании сочетание интернальности на успех с экстернальностью на неудачи может играть адаптивную, защитную роль, снижая уровень тревожности и неуверенности в себе военнослужащих запаса. В целом, они удовлетворены работой, считают свой социальный статус в гражданской сфере деятельности более высоким, чем в период службы в армии. Изменения связаны с повышением уровня заработной платы. Данные свидетельствуют об удовлетворительных и заниженных адаптационных возможностях военнослужащих запаса. Получены достоверные различия между группами мужчин и женщин военнослужащих запаса по следующим показателям: «личностный адаптационный потенциал», «поведенческая регуляция». Показатели адаптационного потенциала личности и поведенческой регуляции у мужчин выше, чем у женщин. В результате корреляционного анализа были выявлены следующие взаимосвязи. Показатель «морально-нравственной нормативности» положительно коррелирует с экстернальным локусом контроля личности в области здоровья ( $r = 0,41$ ,  $p = 0,01$ ), «стремлением к перемене жизни» ( $r = 0,44$ ,  $p = 0,01$ ) и отрицательно — с ценностью военной службы «материально обеспечить семью» ( $r = -0,37$ ,  $p = 0,01$ ) военнослужащих запаса. Это можно объяснить высокой ответственностью за результаты работы организации, опасениями подвести коллег по работе. Показатель «коммуникативный потенциал» положительно коррелирует с показателем «удовлетворенность работой» ( $r = 0,40$ ,  $p = 0,01$ ). Чем выше коммуникативный потенциал, тем выше удовлетворенность работой. Коммуникативный потенциал является составной частью адаптационного потенциала личности и является одним из ключевых профессионально важных качеств военнослужащих запаса. Военно-профессиональная деятельность способствовала развитию таких качеств характера военнослужащих запаса, как общительность,

взаимопомощь, коллективизм. Военнослужащие запаса оказывают помощь и поддержку коллегам по работе, легко устанавливают деловые и дружеские связи, постоянно обмениваются опытом и знаниями с более молодыми сотрудниками, пользуются заслуженным авторитетом у коллег и руководства. Таким образом, сформировавшиеся стереотипы поведения в годы армейской службы оказывают влияние на формирование психологического благополучия. В новой профессиональной деятельности все силы мобилизуются на выполнение оперативных задач. Их заслуги оценивают по достоинству, в том числе и материально, что в целом способствует как самореализации и саморазвитию, так и удовлетворенности работой военнослужащих запаса. Но при этом им не до себя в области сохранения своего здоровья, а главное — это нежелание привлекать внимание к этим проблемам. Чем выше нравственные установки военнослужащих запаса, тем выше экстернальность в области здоровья. Следовательно, военнослужащим запаса необходимо психологическое сопровождение с проведением превентивных мероприятий для сохранения благополучия в области здоровья.

*Терёхина Н.В.*

*Ковешников Н.С.*

## **Связь синдрома профессионального выгорания и ценностных ориентаций у врачей**

На настоящий момент все большую актуальность приобретает исследование профессионального выгорания врачей и его связи с личностными ценностями специалистов. Ценностные ориентации как отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве стратегических жизненных целей и общих мировоззренческих ориентиров, сопровождают профессиональное становление врача и влияют на его дальнейшую деятельность, обеспечивая эмоциональную устойчивость личности, преобладание определенного типа поведения. Нами было проведено исследование, целью которого являлось изучение связи синдрома профессионального выгорания и ценностных ориентаций у врачей разных специальностей. Практическая значимость данного исследования состоит в том, что при определении актуальных ценностных ориентаций личности врача и их связи с выраженностью симптомов выгорания становится

возможным прогнозировать вероятность возникновения выгорания, а также доминирование тех или иных его симптомов, от которых зависит качество результатов профессиональной деятельности врача. Данное исследование является пилотажным и требует дальнейшего исследования. В исследовании использовался опросниковый метод (методики МВИ и «Тест ценностных ориентаций» М. Рокича). Для обработки полученных результатов применялись методы математической статистики (критерии Манна–Уитни, Спирмена). Были получены следующие результаты: профессиональное выгорание обнаружено у 30,3 % врачей. При этом у женщин при сравнении по средним значениям преобладала выраженность деперсонализации как компонента выгорания, а у мужчин — эмоционального истощения. При установлении взаимосвязи между выраженностью симптомов выгорания и предпочтением терминальных и инструментальных ценностей в группе врачей с выявленным выгоранием были выявлены следующие значимые корреляционные связи: 1. Между эмоциональным истощением и ценностью красоты природы и искусства (0,812 при  $p < 0,01$ ), жизнерадостностью (0,789 при  $p < 0,01$ ), что может свидетельствовать о компенсаторном значении контакта с природой, созерцания произведений искусства, возможности непосредственного выражения позитивных эмоций. 2. Отрицательные связи выявлены между эмоциональным истощением и ценностью интересной работы (-0,720 при  $p < 0,05$ ), а также ценностью рационализма (-0,755 при  $p < 0,05$ ), самоконтроля (-0,729 при  $p < 0,05$ ) и «твердой воли» (-0,652 при  $p < 0,05$ ). При увеличении эмоционального истощения значимость интересной работы будет уменьшаться. Становятся невозможными эмоциональная вовлеченность в процесс взаимодействия с пациентами, проявления эмпатии, поэтому работа начинает угнетать, появляется чувство постоянной усталости и теряется интерес к своей работе. При появлении чувства эмоционального перенапряжения снижается способность специалиста к волевой регуляции, что может проявляться в недостаточном упорстве в достижении цели. Ценность рационализма и способности к саморегуляции также снижается, что свидетельствует о снижении осознания и оценки субъектом собственных действий, психических процессов и состояний на фоне эмоционального истощения. Это может приводить к аффективным реакциям в конфликтной ситуации, эмоциональной нестабильности. 3. Между редукцией личностных достижений и значимостью любви как ценности (0,771 при  $p < 0,01$ ). При снижении самооценки и появлении склонности к обесцениванию результатов профессиональной деятельности духовная и физическая близость с любимым человеком приобретает большое значение, помогая скомпенсировать возникший

психологический дискомфорт. 4. Между редукцией личностных достижений и наличием хороших и верных друзей обнаружена отрицательная связь ( $-0,702$  при  $p < 0,05$ ). При увеличении редукции личностных достижений значимость наличия хороших и верных друзей снижается, потому что у специалиста возникают негативные тенденции оценивания себя и окружающих, снижение чувства собственного достоинства и обязательности по отношению к другим и, вследствие этого, он становится более замкнутым. 5. Между деперсонализацией и «уверенностью в себе» ( $0,805$  при  $p < 0,01$ ). Уверенность в себе приобретает все большее значение, т. к. специалисту важно сохранить самооценку в условиях нарастания затруднений в профессиональном общении. Таким образом, при профессиональном выгорании происходят видимые изменения ценностных ориентаций специалиста, что проявляется в снижении значимости для него интересной работы, общения, рационализма и самоконтроля и повышении ценности любви, красоты природы и искусства и уверенности в себе.

*Узлов Н.Д.*

### **Синдром профессионального выгорания у массажистов, работающих с детьми**

По данным Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой (2008), по числу публикаций проблема выгорания медсестер и специалистов по уходу за больными занимает второе место после рассмотрения педагогических профессий. Между тем такая категория средних медицинских работников, как массажисты, фактически осталась без внимания исследователей. Профессия массажиста предполагает не только физическую выносливость, сильные чувствительные руки, но и высокую ответственность, доброжелательность, склонность к общению и умение находить общий язык с разными людьми. К числу значимых личностных качеств массажиста относят также любовь к людям, терпение, внимание, чуткость, добродушие, умение контролировать собственные эмоции (проводить массаж, находясь в плохом настроении, недопустимо). Высокая эмоциональная загруженность сопровождает труд массажиста, работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Среди эмоциогенных факторов его деятельности можно выделить следующие: постоянная

работа с больными детьми, страдающими тяжелой патологией (ДЦП, наследственные дегенеративные заболевания, последствия родовых травм, умственная отсталость, сложные дефекты и др.); чувство бессилия, осознание того, что многих детей невозможно полностью вылечить; жалобы недовольных родителей и плач детей во время процедур; напряженный график работы и др. Специалисту по массажу в работе с этим трудным контингентом приходится быть и тонким психологом, и чутким педагогом. Все это создает условия для формирования синдрома профессионального выгорания. С помощью опросника МВИ К. Маслач и С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой и методики «Градусник» (автор Н.П. Фетискин) обследовано 60 массажистов-женщин в возрасте 20–47 лет, сотрудников бюджетных медицинских организаций, реабилитационных центров, профилакториев и оздоровительных лагерей; из них 28 чел. — работающих с детьми-инвалидами, 32 чел. — с относительно здоровыми детьми (включая спортивный массаж). Получены следующие результаты: по опроснику МВИ выявлены статистически значимые различия между указанными группами специалистов по шкалам «эмоциональное истощение» (показатели 26,5 и 19,2;  $p < 0,001$ ), «деперсонализация» (соответственно 12,0 и 8,8;  $p < 0,001$ ), «редукция личных достижений» (26,7 и 33,7;  $p < 0,001$ ). Было также установлено, что среди массажистов, работающих с детьми с ограниченными возможностями, высокий уровень эмоционального истощения имеет место у 64,3%, в то время как у их коллег, работающих с детьми без отклонений, только у 31,2%. Аналогичные данные получены и по параметрам «деперсонализация» — 57,2 и 34,5%; «редукции личных достижений» — 57,1 и 31,2%. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что массажисты, работающие с детьми-инвалидами, более склонны к эмоциональному выгоранию, чем массажисты, работающие с детьми без тяжелых отклонений в развитии. С помощью методики «Градусник» исследовалось эмоциональное состояние респондентов по следующим критериям: восторженное, радостное, приятное, спокойное, уравновешенное, безразличное, скучное, дремотное, раздражительное, пресыщенное. Статистически значимые различия получены по параметру «раздражение» с преобладанием у массажистов, работающих с детьми-инвалидами ( $p < 0,01$ ). В процессе клинической беседы было выяснено, что причиной повышенной раздражительности большинства из них является недовольство жизненной ситуацией (отсутствие карьерного роста, низкая оплата труда, обида на администрацию за недостаточную оценку их деятельности, большие объемы работы, однообразии проводимых процедур и их слабая результативность и др.), недовольство собой из-за неспособности либо нежелания что-либо из-

менить. Только 12 чел. (20 %) сообщили, что довольны работой и считают ее своим призванием. Остальные считают работу массажиста престижной, однако при возможности хотели бы поменять место работы, устроившись в массажные и SPA-салоны, либо заняться частной практикой, хотя не предпринимают для этого никаких усилий.

**Флоровский С.Ю.**

## **Отношение к здоровью: личностные, гендерные и статусно-ролевые переменные**

Субъектная позиция личности по отношению к своему здоровью выступает значимым психологическим предиктором его реальной динамики. Одним из валидных операциональных индикаторов данной позиции является тип локализации субъективного контроля человека по отношению к проблемам здоровья и болезни. При этом один и тот же тип позиции по отношению к здоровью (интернальный, экстернальный, амбиальный) может иметь различное психологическое содержание, будучи функцией актуализации во многом не совпадающих механизмов личностной регуляции и саморегуляции. Профиль актуализируемых личностно-регулятивных механизмов существенно варьирует в различных социально-демографических группах, национальных культурах, мезо- и микросоциальных контекстах (Leavitt H.J. & Bahrami H., 2003; Никифоров Г.С. с соавт., 2005). Данное обстоятельство указывает на актуальность научно-практических исследований в масштабах отдельных организаций, типологических кластеров организационной культуры, социально-профессиональных сообществ, поскольку получаемые в этом случае результаты, обладая высоким уровнем «контекстуальной валидности», могут служить надежной ориентировочной основой планирования и реализации профилактических и лечебных мероприятий.

Цель нашего исследования заключалась в выявлении компонентного состава и структуры детерминационного поля субъектной позиции работающих женщин и мужчин по отношению к своему здоровью. Исследование проводилось на двух промышленных предприятиях с типологически родственными профилями организационной культуры. В выборку вошли 218 руководителей и сотрудников, из них 83 женщины и 135 мужчин. Исследование являлось частью консалтингового проекта по пост-

роению партнерских отношений между предприятиями и коммерческим медицинским центром в рамках договора предоставления лечебно-профилактических услуг по программе добровольного медицинского страхования. Отношение личности к проблемам здоровья диагностировалось по соответствующей парциальной шкале опросника для изучения локализации субъективного контроля личности (Ксенофонтова Е.В., 1999). В качестве гипотетически значимых факторов этого отношения (наряду с иными личностными параметрами, не обсуждаемыми в данном сообщении) рассматривались другие характеристики локуса контроля, пол и должностной статус респондентов. Кроме того, использовались методы анализа документации и структурированного интервью. Математико-статистическая обработка данных включала в себя вычисление показателей средних выборочных значений, стандартного отклонения, оценку достоверности межгрупповых различий по t-критерию Стьюдента, частотный и корреляционный анализ. Для персонала рассматриваемых организаций оказалось характерно преобладание экстернальных и амбинальных вариантов отношения к здоровью. Также обнаружилось, что связи между степенью субъективного контроля личности над сферой здоровья и местом индивида в иерархической структуре организации в мужской и женской подвыборках имеют противоположную направленность. У мужчин данная связь носит положительный характер, что выражается в нарастании субъективного контроля над своим здоровьем в процессе карьерного роста. Женщины, напротив, по мере должностного продвижения склонны утрачивать чувство подконтрольности здоровья их собственным усилиям. При этом установки мужчин по отношению к здоровью связаны с другими характеристиками их локуса контроля по синергетическому принципу, у женщин — по компенсаторному. Активизация позиции женщин в профессиональной деятельности, межличностных отношениях, семейной жизни сопровождается существенным ослаблением субъективного контроля над сферой здоровья. Выявленные особенности влияния личностных, гендерных и статусно-ролевых переменных на систему механизмов психологической поддержки субъектной позиции личности по отношению к своему здоровью позволяют уточнить психологические ориентиры организации медико-профилактической и лечебной работы. Повышение уровня субъективного контроля мужчин над сферой собственного здоровья наиболее органично будет достигаться вследствие формирования и поддержания у них общей установки на жизненный успех, высокие профессиональные достижения, карьерный рост. Стратегия профилактической деятельности с работающими женщинами должна быть направлена на преодоление их убеждения в том,



что ослабление (потеря) субъективного контроля в отношении здоровья и болезни является некой «естественной платой» за активную позицию в сфере социально-трудовых отношений, профессиональную успешность и карьерное продвижение.

*Храмов Р.В.*

*Неруш Т.Г.*

## **Профессиональные деструкции на ранних этапах профессионализации**

Ситуация современной действительности выставляет высокие требования к профессиональной деятельности современного человека, его личности, а также личностным особенностям. Важным моментом является неизбежное появление и развитие профессиональных деструкций личности человека. Нельзя отрицать, что деструкции распространяются на все стороны деятельности человека, включая профессиональную. Личностное и профессиональное развитие молодых специалистов необратимо сопутствует возникновению деструкций, а как следствие, их изучение, коррекция является первоочередной задачей, особенно на ранних этапах профессионализации. Рассматривая работы А.К. Марковой и Э.Ф. Зеера, мы можем увидеть представление профессиональных деструкций как элемента дезадаптации личности, распространение профессиональных поведенческих структур на непрофессиональные сферы. На ранних этапах становления профессионалов освоение профессии сопровождается неизбежными изменениями в структуре личности и характера специалиста, происходит усиление или ослабление тех или иных качеств, а зачастую изменение структур и связей (Зеер Э. Ф., 2005). Профессиональные деструкции приводят к тому, что круг способностей молодого специалиста, его инструментарий сокращается, появляется безразличие к профессии, нарастает уровень профессиональной усталости. В качестве первопричины этих деструкций выделяют узкую направленность профессиональной деятельности специалистов. Решение типовых рабочих задач на протяжении длительного периода времени ведет к формированию привычек, стереотипизации деятельности, и это далеко не единственный пример деструктивного воздействия. В начале профессионального пути стереотипы упрощают деятель-

ность, ускоряют процесс, но в дальнейшем могут нарушить целостность рабочего процесса. Профессиональные деструкции могут быть заметны при деформации уже закрепленных способов деятельности. Стоит отметить, что не только профессиональная сфера специалиста оказывает влияние на внепрофессиональную, но, также, определенно существует и обратное влияние (Грановская Р.М., 1984). Важным моментом является разделение профессиональных деструкций по их стойкости. Часть могут иметь жесткую, сложнопреодолимую структуру, другие же могут являться гибкими и исчезать при преодолении внешнего раздражителя. Последствием деструкций будет являться хронический профессиональный стресс, как следствие, часть специалистов будет растрачивать эмоциональные ресурсы, другие же будут скудны в эмоциональных проявлениях. Говоря о работе с профессиональными деструкциями, стоит отметить необходимость комплексного сопровождения профессиональной деятельности. С каждым специалистом необходима индивидуальная модель работы, повышение мотивации, профессиональной активности. Принимая во внимание работы С.Л. Рубинштейна, стоит отметить его мнение о том, что профессионалам, достигая вершин карьерной лестницы, необходимо не исчерпывать себя до самого предела, сохранять мотивационную сферу, силы (Рубинштейн С.Л., 1959). Работа с профессиональными деструкциями молодых специалистов может быть выстроена в виде индивидуальных консультаций, групповых занятий и тренингов, чему обязательно сопутствует диагностическая часть, а также непосредственное оказание помощи. В плане коррекции существующих деструкций мы можем рассматривать как консультативную практику, так и проведение постоянных мероприятий по повышению профессионального уровня и квалификации (Сыманюк Э.Э., Егорова Н. Н., 2007). Виды и динамика профессиональных деструкций зависят от комплекса факторов, индивидуальных, профессиональных качеств каждого отдельного специалиста, событий, стадий и пройденных им профессиональных этапов. В условиях постоянного динамичного развития современного мира огромное значение приобретает возможность работы с профессиональной деятельностью специалистов, организации процесса труда и профессионализации для достижения максимальных результатов. Такая работа со специалистами на всех этапах труда и профессионализации затрагивает не только сферу знаний и умений, но и глубинные образования личности специалистов.

*Церенова К.Д.  
Никифоров Г.С.*

## **Становление охраны и гигиены труда в России в XVIII-XIX веке**

Эпоха Петра Первого связана с зарождением российской медицины, в том числе санитарной науки и культуры. В это время закладываются основы для создания профессиональной системы труда и образования, делаются первые шаги в направлении охраны здоровья населения. Особая роль в вопросах охраны здоровья российского народа и развития гигиены труда принадлежит М.В. Ломоносову. В 1763 году в своем труде «Первые основы металлургии или рудных дел» он пишет о работе «горных людей», безопасности их труда. Ученый говорит о ситуациях, при которых работники могут получить травмы и увечья, о том, как это можно предотвратить, улучшая условия труда. Он пишет о требованиях к рабочей одежде, подчеркивая, что она должна быть в соответствии с условиями выполняемой работы. Он останавливается на вопросе о потенциальных факторах профессиональных заболеваний, в том числе о парах, которые собираются в шахтах и очень вредны для работников, в связи с чем предлагает свои варианты вентиляции шахт, а также меры по поддержанию должной температуры воздуха в шахтах в летний и зимний периоды. Мысли ученого-энциклопедиста об улучшении условий профессионального труда были обусловлены прежде всего заботой о здоровье людей. Развитие медицины в России в XIX веке и рост промышленного производства способствовали возникновению новой отрасли научно-практической деятельности в медицине — гигиены труда. Основателем профессиональной гигиены в России считается профессор Московского университета Ф.Ф. Эрисман. Он широко ставил и изучал задачи в области профессионального здравоохранения, профессиональной гигиены, охраны труда. Исследуя санитарные условия фабрично-заводского труда Московской губернии, ученый впервые обратил внимание на то, как условия работы женщин и подростков влияют на состояние их здоровья. Жилищные условия рабочих, заработная плата, предоставление «здоровых» помещений для работы — все это Эрисман относил к числу капитальных вопросов социальной гигиены. В результате его совместной работы с врачами Е.М. Дементьевым и А.В. Погожевым был издан 20-томный труд, в котором подробно представлено описание санитарных исследований фабричных заведений Московского земства за 1879–1885 годы. Большое значение в улучшении условий труда рабочих Эрисман

придавал общественным учреждениям, в первую очередь земствам, полагая, что именно они должны издавать постановления относительно санитарной и врачебной деятельности на фабриках и заводах, контролировать ее и способствовать развитию гигиены труда на производстве. В середине XIX века выходит в свет книга А.Н. Никитина «Болезни рабочих с указанием предохранительных мер». Автор описал в своей работе условия труда для 120 профессий. Одним из основоположников гигиены считается А.П. Доброславин, который возглавил первую кафедру гигиены в Петербургской медико-хирургической академии (1871), основал Русское общество охраны народного здоровья и научно-практический журнал «Здоровье» (1874). Он первым в России написал учебники по гигиене: «Гигиена. Курс общественного здравоохранения», «Курс военной гигиены». Конец XIX века был ознаменован целым рядом основательных исследований по охране и гигиене труда. Среди них следует особо отметить работу, которую провел Р.Н. Рума, изучавший широкий спектр условий производственной деятельности в Нижне-Тагильском руднике. В круг его интересов вошли вопросы безопасности спуска и подъема рудников, освещения, химического и физического свойства воздуха в рудниках, возможности вентиляции, рабочая одежда, качество питания, заработная плата, причины несчастных случаев. По итогам проделанной работы Рума предложил целый ряд мер, направленных на обеспечение безопасности труда рудокопов и их профессионального здоровья. Еще одно исследование, проведенное И. Спасским, было посвящено изучению влияния условий профессиональной деятельности на здоровье рабочих Ижевской оружейной фабрики. Было установлено, что особенно пагубное влияние на здоровье работников оказывало чрезмерное количество минеральной и металлической пыли, выделяемых в процессе производства. В своей диссертации «Материалы к вопросу о колебании мышечной силы рабочих под влиянием фабричной работы» П. Руднев пишет, что среди этиологических факторов, предрасполагающих организм к тому или иному заболеванию, бесспорно на первом месте стоит его изнуренность, обусловленная чрезмерным физическим трудом. И только в первые десятилетия XX века в России в раскрытие темы профессионального здоровья начинают все более заметно вовлекаться собственно психологические факторы.

*Чикер В.А.  
Горбашкова Ю.С.*

## **Организационное доверие в малом бизнесе и психологическое здоровье персонала**

Проблема доверия в настоящее время позиционируется психологами как одна из центральных для большинства направлений теоретической и прикладной психологии и имеет прямое отношение к психологическому здоровью личности (К. Роджерс, А. Маслоу, И.В. Антоненко и др.). Создание доверительных отношений между участниками трудовых взаимоотношений является не менее важным, чем другие организационные мероприятия, т. к. обнаруживается взаимосвязь доверия с показателями удовлетворенности трудом и позитивным психологическим климатом в организации. Нами было проведено прикладное эмпирическое исследование, целью которого стало изучение доверия между сотрудниками и руководителями в малом бизнесе. Мы предположили, что существуют различия в уровне и оценке доверия в организациях малого бизнеса в разных по численности и качеству жизни городах. Мы также считаем, что существует связь между организационным доверием и делегированием полномочий сотрудникам, а также умением руководителей осуществлять обратную связь. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе гипотезы были проверены на малой выборке, в ходе чего нами была выдвинута дополнительная гипотеза о связи доверия в организации с базовым доверием к людям. На втором этапе работы мы проверили это предположение и расширили выборку. Эмпирическую базу исследования составили респонденты разных возрастов, работающие в компаниях малого бизнеса, в количестве 107 человек, из Санкт-Петербурга и городов Восточной Сибири РФ (Красноярск и Ачинск), из них 66 женщин и 41 мужчина. Первый город обозначается нами как крупный, второй — как средний, а третий как малый. Для изучения доверия внутри организации нами применялись авторская анкета, тест К.Л. Вилсона «Цикл управленческих умений», методика оценки уровня доверия в организации Р.Б. Шо, методика изучения доверия к себе Н.Б. Астаниной, а также методика «Вера в людей» М. Розенберга. При статистическом анализе полученных данных были выявлены результаты, указывающие на самый низкий уровень организационного доверия в среднем городе. Наибольший уровень доверия характерен для малого города. При этом такие оценки больше присущи женщинам, чем мужчинам. В организациях крупного города показатель доверия имеет промежуточную — сред-

ною — оценку. Причину полученных различий, на наш взгляд, необходимо искать в социальных характеристиках организаций, их региональных особенностях, социально-демографическом составе, личностных особенностях и др. Как мы и предполагали, делегирование полномочий руководителями своим подчиненным, действительно, связано с доверием к ним и к организации в целом ( $p \leq 0,01$ ). Гипотеза о взаимосвязи умения руководителей давать обратную связь подчиненным и внутриорганизационным доверием также нашла свое подтверждение ( $p \leq 0,01$ ). Нами установлено, что в малом и среднем городах сотрудники старшего возраста, долгое время работающие в организации, ниже оценивают уровень доверительных отношений и удовлетворенность ими. В крупном городе доверие связано только со стажем работы в организации — чем больше стаж, тем меньше сотрудники доверяют окружающим ( $p \leq 0,05$ ). Взаимосвязь оценки уровня базового доверия и доверия в фирме, а также доверия к руководителю и сотрудникам нашла свое подтверждение ( $p \leq 0,01$ ). Более того, обнаружена связь базового доверия, доверия по отношению к себе и удовлетворенностью деловыми взаимоотношениями ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, показано, что организационное доверие связано с удовлетворенностью деловыми взаимоотношениями и трудом в целом. Сформированный в организации позитивный психологический климат, в свою очередь, безусловно, отражается на психологическом здоровье и благополучии персонала организаций малого бизнеса. Однако специфику выявленных закономерностей необходимо определять в связи с основными социально-демографическими характеристиками каждой изучаемой организации и, в частности, региональными условиями их функционирования.

*Шаповал В.А.*

*Потарыкина М.С.*

## **Я-структурные особенности сотрудников ОВД, склонных к аддиктивному поведению**

Результаты проведенной в 2011 году внеочередной аттестации сотрудников ОВД не оправдали в полной мере ожидания граждан, связанные с недопущением их противоправного поведения. Дальнейшее реформирование ведомства связывается с задачей создания новой популяции

полицейских, заслуживающих доверие общества. Данное направление неразрывно связано с возрастанием требований к профессиональным, морально-нравственным и личностно-психологическим качествам сотрудников полиции и совершенствованием их профессионально-психологического отбора. В СМИ регулярно появляется информация о случаях неправомерного применения насилия сотрудниками полиции, включая ряд правонарушений, подавляющая часть которых совершается ими в состоянии алкогольного опьянения. Подобные негативные факты дискредитируют правоохранительные органы в глазах граждан, бросают тень на всех сотрудников полиции и наносят болезненный удар по их авторитету. Учитывая экстремальный характер служебно-профессиональной деятельности сотрудников полиции, недостаточное развитие навыков конструктивного совладания со стрессом и широкую доступность алкоголя, традиционно используемого в качестве одного из самых популярных стресс-протекторов, анксиолитиков, тимолептиков и психостимуляторов, проблема алкогольной аддикции сотрудников попадает в число высокоактуальных. Поскольку возникновение аддиктивного поведения и алкоголизма в решающей мере детерминирована определенными личностными особенностями сотрудника, то их выявление для ведомственных психологов представляется нам чрезвычайно важным. Цель исследования заключалась в выявлении психодинамических характеристик Я-структуры личности сотрудников ОВД, склонных к аддиктивному поведению (на примере сотрудников, злоупотребляющих алкоголем и склонных к нарушениям служебной дисциплины). В качестве объекта исследования выступили молодые сотрудники подразделений Управления вневедомственной охраны ГУ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области мужского пола в возрасте 20–35 лет, имеющие стаж службы от 1 года до 3 лет, общей численностью 1646 испытуемых, участвовавших в психопрофилактическом обследовании в период с 2009-го по 2011 год. Результаты были использованы при проведении внеочередной переаттестации сотрудников в 2011 году. Обследование проводилось с использованием психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс» (Шаповал В.А., 2006), построенного на основе гуманструктуральной модели личности (Ammon G., 1979). После анализа заключений Центра психофизиологической диагностики (ЦПД) при приеме на службу (маркеров факторов риска), экспертных оценок руководителей, подтвержденных объективными данными о злоупотреблении алкоголем на службе или в быту, были сформированы 2 полярные группы сотрудников: экспериментальная ( $n = 29$ ), включающая лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем и нарушениям служебной дисципли-

лины, и контрольная ( $n = 438$ ), состоящая из «успешных» испытуемых, эффективно адаптирующихся к службе и не склонных к алкогольной аддикции. Данные психодиагностического обследования полученных групп были подвергнуты математико-статистической обработке с помощью программы SPSS Statistics 17.0 и сравнивались с помощью критерия U-Манна-Уитни (учитывались показатели, имеющие достоверные отличия при  $p < 0,05$ ). В результате проведенного исследования удалось установить, что сотрудники, склонные к алкогольной аддикции, отличались от контрольной группы испытуемых достоверно более высокими показателями по ряду деструктивно-дефицитарных шкал Я-структуры личности ПОЛО «Ресурс»: деструктивной агрессии, дефицитарного страха, дефицитарного внутреннего Я-отграничения; а также по шкалам типов дезадаптации (психосоматической, поведенческой, невротической), шкале аггравации и по интегральной шкале общей социо-психо-соматической проблемности личности. На основании полученных данных мы можем предположить, что склонность к аддиктивному поведению у сотрудников ОВД детерминируется преобладанием в Я-структуре их личности деструктивных и дефицитарных уровней развития вышеуказанных центральных Я-функций. Результаты проведенного исследования имеют практическое значение для повышения эффективности профессионально-психологического отбора, адресной психопрофилактической и субъектно ориентированной психокоррекционной работы, проводимой в рамках системы психологического обеспечения сотрудников ОВД.

*Шаповал В.А.*

## **Система оценки и прогнозирования психологического здоровья сотрудников полиции**

С учетом экстремального характера большинства видов профессиональной деятельности и высокой социальной опасности сотрудников полиции с психическими и психологическими отклонениями, проблема превентивной диагностики и прогнозирования их профессионально-психологического здоровья сегодня продолжает оставаться чрезвычайно актуальной. Как показывают случаи громких ЧП с участием сотрудников правоохранительных органов, большинство из отклонений в их психическом и психологическом здоровье носят скрытый под фасадом



внешней психической нормальности и успешности характер. В силу чего выявление такого рода отклонений с помощью традиционно используемых методов и критериев для ведомственных психологов, в большинстве своем не имеющих специальной клинико-психологической подготовки, представляется трудноразрешимой задачей. Единственно доступным для них средством получения превентивной психодиагностической информации о сотрудниках могут служить результаты регулярно проводимых массовых психопрофилактических обследований. Существующая при этом проблема достоверности получаемых данных может быть решена за счет применения адекватных задачам валидных и надежных методов, разработанных на основе релевантной психодиагностической концепции. Последняя должна совмещать в себе возможности как патцентрической, так и ресурсоцентрической донозологической и прогностической диагностики; выходить за рамки измерения контролируемых сознанием «фасадных» психологических характеристик на уровне глубинных, неосознаваемых личностных структур; а также позволять разрабатывать алгоритмы для градации испытуемых на критериальные группы с разным уровнем профессионально-психологического здоровья и др. Указанные организационно-методологические принципы были реализованы нами при разработке «Психодинамически ориентированного личностного опросника» (ПОЛО) «Ресурс» (Шаповал В.А., 2006, 2012), построенного на основе гуманструктуральной модели личности (Ammon G., 1979) и Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA). В качестве первичных психодиагностических мишеней нами в реоперационализированном после тщательной психометрической экспертизы виде использовались 6 центральных (репрезентирующих бессознательное) Я-функций личности: агрессии, страха, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности. Каждая из центральных Я-функций представлена в тесте триадой шкал, отражающей их конструктивную (здоровую), деструктивную (патологически измененную) и дефицитарную (задержанную в своем развитии) составляющую. С помощью специальных психометрических процедур наиболее значимые утверждения шкал конструктивных Я-функций были объединены в шкалу общей конструктивности, а деструктивных и дефицитарных — в шкалу общей социо-психо-соматической проблемности. Интегральный индекс, отражающий разность показателей данных шкал в принудительно нормализованном Т-приведении, был назван «Ресурсом психологического здоровья» (Re). На материале обследования объемных институциональных выборок сотрудников ОВД мужского (n = 13344) и женского (n = 5094) пола индекс Re был рассчитан сначала для каждой из 6 половозрастных

категорий, на которые были разбиты все испытуемые, после чего для каждой из них он был подвергнут процедуре процентильного разбиения на 7 групп психологического здоровья (ГПЗ): 4 основных (I, II, III, IV) и 3 промежуточных (I-II, II-III, III-IV). В результате был создан алгоритм градации испытуемых на 4 основных ГПЗ с учетом пола и возраста для автоматизированной экспертно-диагностической системы. Принцип их формирования отражал ту или иную степень преобладания ресурсных (I-II ГПЗ) или лимитирующих (III-IV ГПЗ) компонентов Я-структуры личности сотрудника. Таким образом, переход от многокомпонентных характеристик к интегральному «ресурсно-лимитирующему» показателю психологического здоровья сотрудника ОВД, учитывающему его половозрастные отличия, облегчает и объективизирует в условиях массовых психодиагностических обследований диагностические заключения, экспертно-прогностические выводы, а также способствует принятию более обоснованных организационных решений в отношении той или иной ГПЗ сотрудников. Информация о долях лиц с различными ГПЗ позволяет дать обобщенную качественную характеристику профессионально-психологического здоровья обследуемого контингента, а также отслеживать его динамику. Разработанная психодиагностическая технология является эффективным средством совершенствования психопрофилактического обеспечения сотрудников ОВД.

*Шингаев С.М.*

## **Программы сохранения профессионального здоровья менеджеров в зарубежных странах**

За рубежом программы укрепления профессионального здоровья работающих (в том числе и менеджеров) создаются на уровне государств и корпораций. Так, в Великобритании Университет Джона Мура по поручению министерства здравоохранения разработал для предприятий принципы оценки программ по укреплению здоровья на производстве. Анализ кодексов поведения 269 японских корпораций показывает, что в 11 % из них здоровье сотрудников выступает как один из приоритетов организации. Ряд компаний организуют шаги, направленные на организацию рационального питания сотрудников. Практика эффективных западных бизнес-структур показывает, что средства, вложенные в укреп-

ление здоровья работников, приносят больше пользы, чем еще большие средства, потраченные на лечение. Инвестируя в здоровье сотрудников \$1, компании зарабатывают \$7–8 за счет предотвращения потерь, связанных с болезнями работников. Необходимо признать, что специально разработанных для менеджеров программ сохранения профессионального здоровья в западной практике пока не так много. Западные компании только начинают разработку и внедрение подобных программ. Основными целями таких программ, как правило, выступают:

- 1) предупреждение феномена burn-out («выгорания»);
- 2) улучшение морально-психологического климата в коллективе организации;
- 3) повышение производительности труда за счет улучшения физического и психического состояния сотрудников;
- 4) снижение числа прогулов и травматизма на работе.

Как следствие усиливающегося внимания к сохранению здоровья работников и, в частности, к повышению их стрессоустойчивости — динамичное развитие индустрии борьбы со стрессом (по разным оценкам, ее годовой оборот в США составляет \$11 млрд): услуги психоаналитиков, массаж, книги по стресс-менеджменту, дзен-медитация, средства для ароматерапии, стрессболлы (релаксаторы), различные продукты (от парфюмерии и косметики до предметов домашнего обихода, таких как домашние тапочки, аэрозоли) с успокаивающим эффектом. Все многообразие программ сохранения и развития профессионального здоровья менеджеров в зарубежных странах можно объединить в две большие группы:

- 1) программы health management (управление здоровьем);
- 2) программы stress management (управление стрессом).

При этом отметим, что зачастую в программах health management также присутствует и блок, связанный со стресс-менеджментом. Health management выступает неотъемлемой частью корпоративной культуры, предполагающей комплекс мероприятий по охране труда, профилактике физических и психических заболеваний. Практика показывает, что правильно организованное управление здоровьем снижает заболеваемость в коллективе на 40–50 %, сокращает период нетрудоспособности на 20 %, повышает выявляемость хронических заболеваний на 10–15 % и в итоге уменьшает средний срок временной нетрудоспособности на 30 %. Рассматривая программы health management в западных организациях, можно выделить ряд модулей:

- 1) информационно-диагностический, предполагающий информирование работников (лекции, беседы) и оценку индивидуального здоровья работников;
- 2) восстановительно-профилактический, заключающийся в разработке индивидуальных программ развития здоровья работников.

Программы по укреплению профессионального здоровья менеджеров, кроме того, что способствуют повышению эффективности профессиональной деятельности сотрудников, также и создают позитивный образ работодателя, повышают лояльность и приверженность персонала, снижают текучесть кадров. Для разработки и внедрения программ stress management в западных странах созданы специализированные учебные центры, в том числе на государственном уровне, а также реализуются разнообразные обучающие программы. Так, в Великобритании в 2003 г. принят новый Закон об охране труда, установивший шесть стандартов, направленных на уменьшение стресса, воздействующего на работников, облегчение пребывания в офисе (в цеху). Цель закона — борьба со стрессом на рабочем месте. К основным программам stress management в западных странах относят:

- 1) программы помощи, решающие проблемы алкоголизма, наркомании, опирающиеся в основном на применение психотерапевтических приемов;
- 2) программы оздоровления и адаптации, направленные на снижение психосоциальных рисков, общее оздоровление.

Методами таких программ выступают рациональная организация режимов труда и отдыха, структурные и функциональные изменения в организации, физические упражнения, диета, психомышечная релаксация.

# ПОЛИТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ

*Дейнека О.С.  
Дианова Е.А.*

## **Отношение к коррупции у российских и итальянских служащих**

Коррупция как суррогатная форма регуляции жизнедеятельности в обществе в той или иной степени присутствует во всех странах. Если уровень коррупции превышает допустимые пределы, то ее можно рассматривать как своего рода социальную болезнь, свидетельство слабой эффективности социальных регуляторов (закона и морали). Изучение отношения к коррупции и образа государства в разных странах позволяет получать наглядную сравнительную картину отражения этой социальной болезни в обыденном сознании граждан и предоставлять обратную связь субъектам политики. Цель настоящего исследования состояла в выявлении общего и особенного в отношении к коррупции и государству у граждан двух стран — России и Италии. Пилотажное исследование представителей двух стран было выполнено на выборках, которые были сходными по половозрастным показателям и относились к одной социальной группе наемных работников сферы малого бизнеса. Общий объем выборки составил 80 чел., по 40 чел. в каждой группе. Методический инструментарий исследования (разработан О.С. Дейнекой) состоял из опросника отношения к коррупции, метода ранжирования ассоциаций с понятием «государство» и модифицированного семантического дифференциала (МСД). Были получены высоко достоверные различия данных по опроснику отношения к коррупции. Итальянцы не считают борьбу с коррупцией бессмысленной, тогда как в российской группе большая часть испытуемых разделяют такое мнение. Выше у россиян и констатация слабой заинтересованности власти в борьбе с коррупцией, а также оценка коррумпированности правоохранительных органов. Итальянцы продемонстрировали высокий, а россияне, напротив, низкий экономический оптимизм (при  $p < 0,001$ ). Такая психологическая дефектность законов, как пробелы, предоставляющая чиновникам полноту дискреци-

онной власти из-за различий в трактовке, в большей степени нашла отражение в оценках российских испытуемых. При этом в группе итальянских служащих отмечена значительно более высокая опасность активной борьбы с коррупцией для бизнеса и конкретно фирмы, в которой они служат. Эффективность санкций материального (штрафы) и морального (осуждение в СМИ и Интернете) характера в борьбе с коррупцией значительно ниже оценивается итальянцами. А вот в необходимости антикоррупционного гражданского воспитания и образования убеждены представители обеих стран. Результаты факторного анализа данных опросника в обеих группах представлены матрицей из четырех сходных факторов. Тем не менее, структурный анализ данных показал содержательные отличия в группах, подтверждающие страновую специфику. Результаты исследования образа государства своей страны, полученные с помощью ранжирования направленных ассоциаций, свидетельствуют о расхождении образов реального и идеального государства в обыденном сознании граждан обеих стран, но образ реального государства у итальянцев намного благоприятней, чем у россиян. В нем на первых позициях ранжирования присутствуют продукты политического труда (социальная защита, стабильность) и функции власти (руководство и управление), а также партии. Из продуктов труда выявлен дефицит законности и свободы. У россиян государство ассоциируется в первую очередь с президентом, бюрократией, правящим классом, партиями и такой функцией власти, как господство. Результаты обследования с помощью МСД показали статистически достоверные различия по 12 дескрипторам из 20. Испытуемые из Италии оказались более лояльны своему государству. У россиян государство внеправовое ( $M = -1,30$ ;  $\sigma = 1,52$ ), безответственное ( $M = -1,07$ ;  $\sigma = 1,49$ ), принуждающее ( $M = -1,18$ ;  $\sigma = 1,35$ ), не заслуживающее доверия ( $M = -1,00$ ;  $\sigma = 1,48$ ) и даже опасное ( $M = -1,02$ ;  $\sigma = 1,21$ ). У граждан Италии картина по указанным дескрипторам является почти зеркальным отражением, но в положительной зоне семантического пространства, т. е. оно представлено как правовое, ответственное, заслуживающее доверия, стимулирующее и безопасное. Образ государства у россиян отражает его как контролирующее, но все еще тоталитарное, а у итальянцев при значительно более высокой оценке по дескриптору «контролирующее», государство оценивается как демократическое. К тому же, оно созидательное и прибыльное, а также более гуманное и спокойное, чем в образе россиян. Результаты корреляционного анализа данных всех методик показали тесную взаимосвязь характеристик образа государства как института управления социумом с оптимизмом по поводу перспектив и эффективности конкретных мер борьбы с коррупцией.

*Соловьева М.А.*

*Куртеева Е.А.*

## **Морально-политические чувства школьников как индикатор «здоровья» государства**

Современное российское государство характеризуется сложной политической и социокультурной ситуацией в области формирования морально-политических чувств подрастающего поколения. Отметим, что государство — это не только центральный институт власти в обществе, но и концентрированное осуществление этой властью политики. Деидеологизация современного российского общества и кризис общественного целеполагания, утрата значительной частью населения идентификации себя с обществом и государством (Решетников М.М., 2008; Свешникова Н.О., 2007, 2012; и др.) привели к обесцениванию морально-политических чувств у значительной части общества. Наиболее негативно эта ситуация отразилась на молодом поколении граждан нашей страны и способствовала отчуждению молодежи от политической сферы, социальной разобщенности и снижению эффективной гражданской социализации молодого поколения (Свешникова Н.О., Соловьева М.А., 2012). Морально-политические чувства являются частью высших чувств человека, в которых заключено все богатство эмоциональных отношений человека к социальной действительности. Они проявляются в эмоциональном отношении к различным общественным учреждениям, организациям, коллективам, а также к государству в целом (Сырицо Т.Г., 2004; и др.). Одной из важнейших особенностей морально-политических чувств является их действенный характер, поскольку они могут выступать как побудительные силы общественно значимых поступков. В связи с чем одной из важнейших политических задач любого государства было и остается целенаправленное воспитание таких морально-политических чувств, как патриотизм, чувство долга, ценностное отношение к труду и др. Целью проведенного нами в марте 2013 года эмпирического исследования было выявить и описать содержание морально-политических чувств школьников старших классов. Объектом исследования выступили старшеклассники Санкт-петербургских школ в количестве 100 человек. Отметим, что подростковый возраст характеризуется рядом особенностей. Прежде всего, как отмечал Д.Б. Эльконин, весь подростковый период проходит под знаком решения задач на установление взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, которые соответствовали бы усваиваемым морально-этическим нормам (Эльконин Д.Б., 1969).

Таким образом, в этом возрасте происходит ориентировка в системе признаваемых обществом норм и правил, а результатом становится при-своение подростком социокультурных и политических ценностей, что обеспечивает всестороннюю и эффективную социализацию. На основе теоретического анализа изучаемой проблемы нами был составлен семан-тический ряд политически и морально значимых объектов-символов, со-ставляющих содержание морально-политических чувств. Это позволило исследовать их эмпирически с помощью методики «Семантический диф-ференциал», состоящей из 20 дескрипторов (Дейнека О.С., 2000). Кроме того, мы разработали и апробировали анкету «Пословицы и поговорки», направленную на исследование представлений старшеклассников о тра-диционных для русской (российской) культуры морально-нравственных компонентах и степени их актуальности на современном этапе развития нашего общества. Также нами использовалась методика «Шкала совест-ливости», разработанная В.В. Мельниковым и Л.Т. Ямпольским. В целом, как мы и предполагали, результаты исследования позволяют говорить о том, что содержание морально-политических чувств старшеклассников характеризуется противоречивостью. Однозначно позитивные чувства они испытывают к такому политически и морально значимому объекту-символу, как «Родина». Характеристики, которыми школьники наделяют этот объект-символ, позволили выявить желаемый и, в определенном смысле, «идеальный» образ страны подрастающего поколения росси-ян. Однозначно негативные чувства у респондентов к таким объектам-символам, как «Государство», «Армия», «Судебная власть». К «Труду» как общественной и политической ценности подрастающее поколение граждан нашей страны испытывает противоречивые чувства. В заклю-чение отметим, что морально-политические чувства старшеклассников могут выступать своеобразным индикатором «политического здоровья» государства. Проведенное эмпирическое исследование показало необхо-димость моральной и политической реабилитации не только государ-ства, как центрального института власти, но и всего комплекса объектов морально-политических чувств в глазах нового поколения российских граждан.



# ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Айдаралиева Н.М.*

## **Половой вопрос как психолого-педагогическая проблема в концепции В.М. Бехтерева**

Вся научная деятельность отечественного психолога В.М. Бехтерева была направлена на поиск взаимосвязей между первичными природными свойствами человека, по результатам которого он делал выводы относительно процесса воспитания, лечения и охраны здоровья человека. Исследования полового развития ребенка, начатые Бехтеревым в конце XIX века, легли в основу созданной им концепции полового воспитания детей. В современной Бехтереву эпохе доминировала концепция врожденного сексуального влечения, в которой предполагалось, что сексуальный механизм организма может быть запущен достаточной сексуальной стимуляцией. Бехтерев не был склонен биологизировать проблему полового воспитания. Он был одним из первых, кто стал утверждать, что половое влечение возникает у человека не как прирожденное влечение, а как влечение, развивающееся под влиянием социальных факторов в период детства и юношества. Следовательно, первооснова полового инстинкта, состоящая в органических условиях полового развития, может претерпевать изменения под влиянием социальной сферы. В этой связи ученый выступал за половое просвещение, за своевременное ознакомление детей с половым вопросом и деторождением. Отсутствие должного полового просвещения, по мнению ученого, являлось значимой причиной развития различных половых извращений (Бехтерев В.М., 1926). Половое воспитание в психолого-педагогической концепции Бехтерева представляет собой систему медико-педагогических мер по воспитанию у детей и подростков правильного отношения к вопросам пола. Большое значение в ней придавалось: исследованию природы и закономерностей сексуальности, ее отклонениям в форме «половых извращений», механизмам осуществления половой функции; этическим вопросам сексуальных отношений, проблеме оздоровления половой жизни; особенностям различий женского и мужского пола; таким явлениям половой жизни, как

мастурбация и боязнь полового бессилия. Половой вопрос исследовался русским психологом В.М. Бехтеревым как психолого-педагогическая проблема, его взгляды основывались на позициях объективности, научной доказательности, имеющей достаточное экспериментальное подтверждение. Бехтерева по праву можно считать основателем полового образования в России. Вопросам пола были посвящены многочисленные работы ученого: «О половом воспитании» (1907), «О половом оздоровлении» (1910), «Вопросы пола в юношеском возрасте» (1911), «О половом влечении, как сочетательном рефлексе» (1918), «Об извращении и уклонении полового влечения с рефлексологической точки зрения» (1926), «Половая деятельность с точки зрения рефлексологии» (1926), «Значение полового влечения в жизнедеятельности организма» (1928) и др.

*Гинецинский В.И.  
Габеля И.В.*

## **Диверсификация образовательных технологий и четыре аспекта категории «здоровье»**

1. Одним из вариантов целостной характеристики содержания категории «образование» является ее рассмотрение как единства обучения, воспитания и консультирования. При этом в качестве положений, акцентирующих требование их единства, формулируются принципы воспитывающего обучения, обучающего воспитания, развивающего обучения и воспитания. В общем случае дифференциация указанных составляющих образовательного процесса может быть проведена разграничением их целей и средств: обучение имеет целью формирование у учащегося картины мира, воспитание — системы ценностных ориентаций, консультирование — коррекцию и профилактику нарушений развития.
2. Базисным требованием к разработке и реализации современных образовательных технологий выступает требование здоровьесбережения. Очевидно, что общей предпосылкой удовлетворения этого требования является определенная трактовка содержания категории «здоровье», а также понятия «технология». В свою очередь, понимание «здоровья» выражает в своей основе определенную трактовку концепта «человек». Если в качестве основания разграничения ас-

пектов существования человека используется пентабазис: природное — социальное, внешнее — внутреннее, конечное — бесконечное, общее — единичное, то в содержании категории «здоровье» следует разграничивать следующие аспекты: здоровье соматическое, социальное, психическое, нравственное. Из рассмотрения образовательных технологий как единства операциональных и оперантных структур вытекает следующая классификация учебных дисциплин: естественнонаучные, социогуманитарные, психологические, философско-мировоззренческие. В основу разграничения соответствующих технологий должна быть положена характеристика предметных областей этих дисциплин. При решении воспитательных задач должна учитываться специфика ценностей и средств физического, умственного, социально-политического и духовного воспитания.

3. Характеристика используемых консультативно-профилактических стратегий предполагает квалификацию природы соответствующих патогенных факторов, трактовку действия, применяемых средств их устранения (компенсации), экспликацию взаимных обязательств и функций консультанта и клиента.
4. Общей целью обучения, воспитания и консультирования является формирование механизмов саморегуляции и одновременно содействие самореализации индивидуума на пути повышения гармонизации взаимоотношений в системе «человек — мир». При этом следует дифференцировать мир природный, мир социальный, мир психологический, мир трансцендентный и соответствующие им эго-структуры: Я-физическое, Я-социальное, Я-духовно-нравственное, что должно получать продолжение также в вырабатываемых и реализуемых программах самообразования.

*Данилюк И.В.  
Пащенко С.Ю.*

## **Психологическое сопровождение детей с ослабленным здоровьем в инклюзивной школе**

Идеи, связанные с гуманизацией современной образовательной среды, сегодня не только разрабатываются в теории философии образования, психологии, педагогики и других наук, но и все активнее внедряются

в практику образования во многих странах. Гуманизм, экологичность, приоритет здоровьесберегающих подходов в организации обучения детей в полной мере реализуются в условиях инклюзивного образования. Инклюзивные школы ориентированы не только на полноценное совместное обучение детей, но также на восстановление и поддержание их психического и физического здоровья, необходимую коррекцию и психологическую помощь в их развитии. Психологи и педагоги инклюзивных школ зачастую осуществляют психологическое сопровождение членов семей, в которых воспитываются дети с ослабленным здоровьем, и педагогов, работающих в инклюзивных классах. Психологическое сопровождение в данных образовательных учреждениях сочетается также с терапевтической и медицинской помощью, которая по необходимости оказывается детям с особыми потребностями. Учеными и практиками определены этапы психолого-педагогического сопровождения инклюзивного обучения:

1. Психодиагностический этап.
2. Разработка индивидуальных программ обучения и развития детей с рекомендациями для педагогов и родителей, выполненная с участием врачей, практического психолога, социального педагога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда.
3. Создание коррекционно-развивающих программ.
4. Мониторинг результативности учебно-воспитательного процесса, включающий социально-психологическую и медицинскую составляющие.

Целью нашего исследования выступило изучение содержания, форм и методов работы психолога в инклюзивной школе, направленной на создание развивающей среды для полноценной адаптации ребенка с особыми потребностями к образовательному пространству «школы для всех». Полученные результаты и их анализ, индивидуальный подход к работе с каждым ребенком, имеющим проблемы со здоровьем, позволили разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу для младших школьников — учеников инклюзивных классов — на основе анимационных и арт-терапевтических техник и технологий, а также программу тренингов для их родителей. При разработке развивающей коррекционной программы нами были учтены философские и методологические положения теории социальной инклюзии, которые находят отражение в современной системе образования, в общественном сознании и в психолого-педагогической практике работы с детьми, учителями и родителями. Комплексный подход к изучению данного феномена обусловил построение логических схем созависимости социальных и

личностных структур в рамках инклюзивного образования. Коррекционно-развивающая программа имела целью повышение уровня развития познавательной и эмоциональной сфер, поведенческой саморегуляции у детей как с ограниченными возможностями здоровья, так и без таковых, а также формирование социальных навыков и позитивной социализации детей с особыми образовательными потребностями. Использование данной программы в работе психолога инклюзивной школы позволило говорить о предоставлении учащимся психологических средств, обеспечивающих их личностное саморазвитие; развитие и становление познавательных сил; понимание самих себя и своего места в мире, других людей, а также закономерностей мира, в котором они живут; понимание перспектив собственного будущего. Задачи коррекционно-развивающей программы заключаются в пробуждении у ребенка познавательной деятельности, образного, творческого мышления; формировании системных представлений об окружающем мире, о роли и месте человека в нем; развитии способности целенаправленно наблюдать, исследовать, давать эстетическую оценку предметам и явлениям, видеть и чувствовать красоту; пробуждении потребности выражать свое отношение к миру средствами искусства в творческой деятельности; воспитании у ребенка умения любить, сострадать, сопереживать, сорадоваться, проявлять милосердие, творить добрые дела. Результаты внедрения авторской программы позволили сделать вывод о том, что высокая квалификация педагогов и специалистов психологической службы, специальным образом сконструированная развивающая среда и комплексный индивидуально подобранный психолого-педагогический инструментарий являются основными условиями успешной реализации коррекционной деятельности по инклюзии ребенка с особыми потребностями в образовательное пространство современной школы.

*Демина В.Э.*

*Смирнова С.И.*

## **Особенности самооценки старшеклассников с нарушением слуха**

Ведущим показателем психологического здоровья, по данным ВОЗ, является социальная адаптация человека в обществе. У большинства детей и подростков с нарушениями слуха различной степени отме-

чается неспособность своевременно и успешно усваивать необходимые социальные роли. Отсутствие привычных социальных контактов, неустойчивость эмоциональной сферы ведут к нарушению психической деятельности у ребенка, что способствует возникновению состояния социальной депривации. Ребенок с нарушенной слуховой функцией почти всегда чувствует свое невыгодное положение, что может отразиться в удручающем чувстве неполноценности. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья «наталкивается» на определенные нормы, ожидания, требования и сравнивается со здоровыми людьми. Вследствие этого происходит усиление чувства неполноценности, что отрицательно влияет на формирование самооценки и личности в целом. Явно выраженная и стабильно пониженная самооценка и самоуважение ослабляют способность личности неслышащего ребенка к активному приспособлению к жизни и реализации личных возможностей и внешних жизненных обстоятельств. Часто результатом этого может стать появление патологических признаков и более глубоких нарушений личности. Таким образом, отношение общества к людям с нарушением слуха, и главным образом их ближайшего окружения, имеют существенное значение. В связи с нарушением слуха между аномальным ребенком и социумом создается специфическое взаимодействие. В связи с обозначенной проблемой целью нашего исследования стало изучение самооценки и тревожности старшеклассников с нарушением слуха. Базой исследования явилась школа-интернат I вида и школа № 57 г. Кирова. Объем выборки — 32 подростка, из них 16 подростков с нарушением слуха и 16 подростков с сохраненным слухом. В экспериментальном исследовании использовались следующие методики: опросник Г.Н. Казанцевой, методика Дембо–Рубинштейн, «Несуществующее животное». Анализ результатов средних значений по методике Дембо–Рубинштейн показал, что у подростков с сохраненным слухом уровень самооценки выше, чем у подростков с нарушением слуха, значение этого показателя в контрольной группе — 90,1, а в экспериментальной — 85,4 (при  $p < 0,01$ ). Полученные экспериментальные данные частично подтверждают точку зрения о том, что подростки с нарушением слуха в отличие от своих здоровых сверстников имеют неадекватную самооценку. Также результаты демонстрируют, что как и подростки с нарушением слуха, так и их здоровые сверстники имеют неадекватно заниженную самооценку. В результате наблюдений мы пришли к выводу, что неправильная оценка характера обследованных подростков с нарушением слуха является не только результатом незрелости, слабости протекания мыслительных операций, нарушений эмоционально-волевой сферы, необъективной оценки окружающих людей, чаще всего

взрослых, а также отсутствием в сегодняшней школе организованной, систематической работы по ее коррекции и формированию. Отношение к самому себе, характеру, его чертам формируется в современной школе лишь самым ходом образовательного процесса, что, конечно, не может обеспечить адекватной, устойчивой самооценки у подростка с нарушением слуха. Изучение и, отсюда, знание особенностей самооценки характера подростков с ограниченными возможностями здоровья дает возможность активно управлять ее развитием. Своевременно корректировать отрицательные черты характера и личности, развивать положительные, расширять круг осознания моральных требований, ускорять ее развитие. Таким образом, становится ясно, что подростки с нарушением слуха нуждаются в специально организованном и, прежде всего, индивидуальном сопровождении специальным психологом и учителем с целью формирования у них в процессе учебной деятельности адекватной, устойчивой самооценки своего характера.

*Казикова Е.П.*

### **Особенности эмоционально-личностного и психофизиологического развития девочек**

На сегодняшний момент времени развитие физической культуры и массового детско-юношеского спорта — центральное направление деятельности по формированию, сохранению и укреплению здоровья детей и подростков. Один из видов спорта, предъявляющий высокие требования не только к физическим, но и к психологическим особенностям ребенка — художественная гимнастика. Также отметим, что тенденция современного спорта — увеличение объемов и интенсивности физических нагрузок, его очевидное «омоложение». Тем не менее, информация относительно реальной «цены» ранних спортивных достижений в исследованиях не представлена. Это и обусловило актуальность темы нашего исследования. В связи с вышесказанным целью нашего исследования выступало изучение особенностей эмоционально-личностного и психофизиологического развития девочек 7–10 лет, занимающихся художественной гимнастикой, в связи с уровнем их спортивных достижений. В исследовании принимали участие 23 гимнастки младшего школьного возраста, тренирующиеся в спортивном клубе художественной гимнастики.

тики, из которых: группа № 1 с высоким уровнем спортивных достижений; группа № 2 с низким или средним уровнем спортивных достижений. В контрольную группу входило 20 девочек 7–10 лет, обучающихся в младших классах средней образовательной школы с углубленным изучением иностранных языков Санкт-Петербурга. Все испытуемые разделены на 2 подгруппы: 1) 7–8 лет; 2) 9–10 лет.

Методика проведения исследования. Нами были отобраны следующие методы психологической диагностики: 1. Метод экспертной оценки (осуществлялась тренерами с целью выявления уровня спортивных достижений гимнасток). 2. Опросники и тесты:

- Многомерная оценка детской тревожности (МОДТ) (Л.И. Вассерман, Е.Е. Малкова);
- Модифицированная шкала личностной соревновательной тревожности (СЛТ) Р. Мартенса (адаптация Ю.Л. Ханина);
- Методика «Нерешаемая задача» (Н.И. Александрова, Т.И. Шульга);
- Цветовой тест М. Люшера;
- Опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля» в модификации С.В. Зверевой.
- 3. Психофизиологический метод вариационной пульсометрии.
- 4. Методы статистической обработки данных:
- подсчет среднегрупповых значений и среднеквадратического отклонения признаков;
- оценка достоверности полученных различий с помощью Т-критерия Стьюдента;
- оценка достоверности полученных внутригрупповых различий с помощью биномиального Z-критерия;
- корреляционный анализ данных в программе Microsoft Excel;
- факторный анализ в программе SPSS 15.0 Evaluation Version Production Facility.

Основные результаты исследования. В 9–10 лет выявлены очевидные различия между школьницами и гимнастками, которые заключаются в более высоком уровне развития волевых качеств, высокой ОНЗ, способности сочетать скорость с качеством выполнения деятельности, низкой тревожности во взаимоотношениях с родителями в сочетании с учащенным сердцебиением и превышением возрастной нормы по ряду показателей пульсометрии у гимнасток (вариационный размах, сопротивление сосудов). Эмоционально-личностное и психофизиологическое развитие



гимнасток 7–10 лет с высоким уровнем спортивных достижений имеет ряд принципиальных отличий в сравнении с другими гимнастками. Физиологическая «цена» высоких спортивных достижений со стороны ССС достаточно высока, что выражается в превышении нормативных значений по ряду параметров пульсометрии (сопротивление сосудов, вариационный размах, коэффициент вариации) у гимнасток с высоким уровнем спортивных достижений, что подразумевает риск существенного нарушения кардиорегуляции. Показано, что высокие спортивные достижения в художественной гимнастике обеспечиваются за счет определенного механизма, представляющего собой сочетание психофизиологических и эмоционально-личностных особенностей, который является полностью сформированным к 9–10 годам и имеет свойство переноситься на учебную деятельность. Подобный механизм, безусловно, способен однозначно негативно отразиться на состоянии и даже здоровье гимнасток в будущем. Подводя итог, отметим, что просто необходимым является наличие определенной системы мониторинга функционального и психологического состояния и здоровья юных гимнасток в рамках массового детского спорта, а также организация и стандартизация тренировочного процесса в рамках секций художественной гимнастики.

*Котова Е.Е.*

### **Диагностика когнитивно-стилевого потенциала студентов в среде обучения**

Подготовка специалистов в сфере информационных технологий, и в особенности в условиях информационной нагрузки, связана с вопросами, касающимися обеспечения общественного здравоохранения и системы медико-санитарной помощи необходимыми ресурсами. Информационная перегрузка процесса обучения отмечается многими авторами. Учебная деятельность происходит под влиянием больших потоков информации. Также это может быть одной из существенных причин усложнения учебной деятельности и академической неуспеваемости студентов. Когда объем и темп поступления информации превышает возможности человека по приему и переработке, поток информации становится стресс-фактором и свидетельствует об информационной перегрузке. Наша работа посвящена учебной деятельности студентов, вопросу диагностирования

обучаемости и параметров когнитивно-стилевого потенциала, определяющих продуктивность учебной деятельности, насыщенной большими объемами информации. Овладение необходимыми компетенциями в процессе обучения требует восприятия больших объемов информации, переработки ее в смысловые структуры, умения интерпретировать, выдвигать гипотезы, составлять планы решения проблем, анализировать разные точки зрения, делать выводы из противоречивых суждений и др. Учебная деятельность в условиях больших объемов информации предъявляет повышенные требования к таким качествам, как способность к переключению и распределению внимания, скоростные характеристики восприятия и переработки информации, объем памяти, индивидуальные способы представления, обработки знаний и др. Уровень сформированности этих качеств влияет на продуктивность учебной деятельности. Актуализация информации, нерелевантной для решения задачи, зачастую конфликтной, может оказать отрицательное воздействие на результаты, вызывая эффект интерференции, что приводит к появлению различного рода ошибок, снижая эффективность деятельности. Этим определяется актуальность исследования эффектов интерференции. Необходимо проведение диагностики когнитивно-стилевого потенциала с целью формирования индивидуальных приемов, оказания помощи и корректировки условий выполнения учебной деятельности. Stroop-эффект (Дж. Струп, 1935) является достаточно давно изученным в рамках когнитивной психологии, но все еще интересует исследователей, занимающихся вопросами восприятия и переработки информации человеком, принятия решений в условиях дефицита времени в ситуациях информационной перегрузки, требующих оперативности действий. Степень выраженности эффектов интерференции диагностируется свойством «ригидный-гибкий познавательный контроль». Данная характеристика относится к одному из факторов, влияющих на обработку стратегической информации. Высокая гибкость познавательного контроля позволяет быстро переключаться от одной стратегии или стиля обработки информации к другой. При выполнении методики Струпа студентами (версии компьютерной модификации, разработанной авторами — <http://ontomaster.ru/diagnostic/St-metod>) нами обнаружилось ключевое отличие в учебной деятельности ригидных-гибких ориентированных студентов. Эффект интерференции ведет к возникновению нежелательных явлений: пропуску информации, возникновению ошибок, увеличению времени выполнения заданий, возникновению напряженности в работе, развитию утомления и т. п. Оказалось, что 9% респондентов от всей экспериментальной выборки студентов 1 курса обнаружили лучшие результаты во всех трех сериях

предъявления методики, что характеризует их высокий и устойчивый к помехам уровень деятельности по восприятию и переработке информации. Показателями являлись: скорость обработки информации, точность, коэффициенты продуктивности и интерферируемости. Достоинством методики является включение в выполнение заданий механизма обучения, что позволило нам ввести для диагностики дополнительные показатели: коэффициент имплицитной обучаемости и применение индивидуальных стратегий обработки информации.

Вывод. Учет интерференции позволяет выделить студентов, у которых проявляются сложности восприятия и переработки больших объемов информации, обработки конфликтной информации при решении совмещенных задач различной модальности. Сравнительный подход на основе дифференциации когнитивно-стилевого потенциала может оказать мощную поддержку в организации процессов обучения, в выборе технологии обучения, учитывающей индивидуальные особенности учащихся.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 11-07-00140-а).

*Кудайбергенова С.К.*

### **Дети начальных классов с трудностями обучения: нейропсихологический анализ**

Среди детей младшего школьного возраста растет число различных отклонений и нарушений развития, не всегда достигающих уровня выраженной патологии, но приводящих к снижению школьной успеваемости. Особую остроту проблеме нейропсихологического анализа трудностей в обучении у детей младшего школьного возраста придает и тот факт, что в суверенном Казахстане до сих пор ни теоретических, ни экспериментальных исследований в этой области практически не проводилось. Между тем переход на 12-летнюю систему среднего образования, а также особые условия в нашей стране — этнопсихологические особенности, билингвизм, наличие разных школ и программ обучения (от «обычных» до лицеев, гимназий) — делают эту проблему чрезвычайно актуальной. Объект исследования — дети младшего школьного возраста (1–4 класс). Предмет исследования — нейропсихологические особенности развития детей с трудностями школьного обучения и низкой успеваемостью.

Методы исследования — нейропсихологическая методика исследования высших психических функций (стандартизированный вариант по Т.В. Ахутиной–Т.А. Фотековой), SPSS-15.1. Далее по тексту — дети с низкой успеваемостью — экспериментальная группа (ЭГ), дети с высокой успеваемостью — контрольная группа (КГ). Подводя итоги данного этапа исследования, можно сформулировать следующие выводы:

1. Существуют значимые различия в нейропсихологической организации школьников с разным уровнем школьной успеваемости, они проявляются в значительном отставании в созревании морфофункциональных основ психической деятельности у детей с низкой успеваемостью.
2. Наибольшие различия между младшими школьниками с высокой и низкой успеваемостью отмечаются в развитии задних и правополушарных отделов мозга, особенно в 1–2 классе. В 3 классе на передний план выходит недоразвитие левополушарных отделов мозга, а к 4 классу нейропсихологические профили неуспевающих и успевающих детей практически выравниваются.
3. Выявлены 3 основных подгруппы детей с трудностями школьного обучения, каждая из которых характеризуется преимущественным недоразвитием определенных отделов мозга. В дальнейшем более глубокий системный анализ позволит дать более четкую характеристику каждой из выявленных подгрупп.
4. В диагностической и коррекционной работе с неуспевающими детьми необходимо учитывать их нейропсихологические половозрастные особенности.

*Кузмицкая Ю.Л.  
Фурманов И.А.*

## **Дисциплина и структура дисциплинарных воздействий детей подросткового возраста**

Поведение ребенка может быть нормативным или индивидуальным. Дисциплина является частью нормативного поведения, принятого в определенной культуре и восходящего к ее традициям. Следование или нарушение дисциплины ребенком можно рассматривать как проявление

нормативности или индивидуальности. Родительско-детские конфликты представляют собой конфликт между линией индивидуального развития (удовлетворение потребностей ребенка) и линией социализации (удовлетворение потребностей социума). Большинство родителей имеют собственную систему представлений о должном поведении ребенка, и в зависимости от этого судят о нормативности поведения детей. Нарушение ребенком дисциплины вызывает у родителя переживание состояния диссонанса, что и приводит к родительско-детскому конфликту. Состояние консонанса достигается действиями родителя, в особенности дисциплинированием, направленным на исправление проступка ребенка. Дисциплинирование ребенка является базовым компонентом воспитания. Диапазон определений понятия «дисциплины» широк. Дисциплина — это контроль над поведением ребенка посредством наказаний или осторожного манипулирования. Дисциплина понимается также как участие взрослых в процессе формирования у детей самоконтроля, волевых черт характера, уважения к другим и подчинения правилам. Эффективность тактики дисциплинирования в сфере социализации ребенка может зависеть от того, с какими другими тактиками они сочетаются. В литературе существуют фрагментарные данные о структуре (сочетание тактик разрешения проступков ребенка) стиля дисциплинирования родителей по отношению к мальчику и девочке. С целью получения данных о дифференцированности и сочетании родительских тактик дисциплинирования было проведено данное исследование. Выборка исследования: 97 учащихся подросткового возраста средней общеобразовательной школы г. Гродно № 3 (46 мальчиков, 51 девочка). Методика исследования: «Шкала тактики поведения родителей в дисциплинировании ребенка К. Меберта и М.А. Строоса». Проведенное эмпирическое исследование позволило обнаружить различия в структурах материнских и отцовских тактик дисциплинирования. Структура материнского дисциплинарного воздействия в подростковом возрасте определяется использованием психологической агрессии и телесных наказаний (положительная корреляция  $r \leq 0,05$ ), телесных наказаний и проявления жестокости (пол. корреляция  $r \leq 0,01$ ). Можно предположить, что данные тактики в таком сочетании используются как взаимоусиливающие, для усиления эффекта дисциплинарного воздействия. Во-первых, для усиления использования психологической агрессии в случае невозможности выполнения контроля над поведением подростка посредством вербальной и символической активности (лишение его родительской любви, стимуляция чувства вины, повышение голоса родителями, произнесение ругательств). Во-вторых, в случае неэффективности использования психологической

агрессии как запасной вариант выбираются более сильные физические способы дисциплинарного воздействия (применение физической силы, что вызывает у ребенка различные по силе болевые ощущения, но без нанесения серьезного ущерба здоровью ребенка). Структура дисциплинарного воздействия со стороны матерей в отношении девочек определяется использованием психологической агрессии, телесных наказаний, проявления жестокости, в то время как закреплённой структуры в разрешении конфликтов мамой с сыном не выявлено. Структура отцовского дисциплинарного воздействия определяется использованием дисциплинирования (разъяснение, предоставление возможности исправиться, лишение привилегий) (пол. корреляция  $p \leq 0,01$ ), психологической агрессии (пол. корреляция  $p \leq 0,01$ ), телесных наказаний (пол. корреляция  $p \leq 0,01$ ), проявления жестокости (использование физической силы, что вызывает у ребенка различные болевые ощущения и наносящие ущерб здоровью) (пол. корреляция  $p \leq 0,01$ ). Дисциплинарное реагирование отцов с мальчиками отличается большим разнообразием паттернов физического реагирования (психологическая агрессия, телесные наказания, проявление жестокости), в то время как по отношению к девочкам отмечается использование дисциплинирования и психологической агрессии.

*Латушкина В.М.*

## **Методическое обеспечение научно-исследовательской работы аспиранта**

Институт аспирантуры можно рассмотреть как элемент инфраструктуры экономики знания, которая основана на потоке инновационных изменений. Осуществление инновационных изменений предъявляет высокие требования к системе подготовки научно-педагогических кадров. Научная деятельность, которую аспирант выбрал для себя в качестве профессиональной, предполагает устойчивое развитие исследовательских компетенций, позволяющих получать высокую результативность в сложной и изменчивой информационной среде. Отдельная задача — оптимизация распределения времени научно-исследовательской работы аспиранта в течение всего периода подготовки диссертации. Повышение результативности его использования предполагает анализ и учет затрат времени на конкретные виды научно-исследовательской работы, оценка

ресурсов, темпа продвижения к цели в реальных условиях, соотношение планов и полученных результатов, контроль рисков и коррекция отклонений. Расширение самоуправленческого инструментария научной деятельности будущего ученого обеспечит возможность планомерной целенаправленной работы в период обучения в аспирантуре. Самостоятельность и самоорганизация аспиранта — основа результативности разных сфер жизни аспиранта. Взаимосвязь непрерывного самообразования и его совмещения с другими видами текущей деятельности ставит вопрос о координации текущих процессов жизнедеятельности и актуальных профессиональных и личных потребностей аспиранта. Эти потоки задач опираются на одну основу — распределение собственных ресурсов и управление своим временем. Время — общая база всех самопроцессов, любой совокупности деятельности человека. Методическое обеспечение технологий научно-исследовательской работы аспиранта предполагает совершенствование функциональной грамотности аспиранта на уровне владения — как набора компетенций и технологий, обеспечивающих организационную эффективность научно-исследовательской работы аспиранта и подготовку диссертационного исследования вовремя.

*Лю Ц.Ф.*

### **Фрустрационная толерантность студентов как ресурс их социального здоровья**

В настоящее время для высших учебных заведений как России, так и Китая важны две взаимодополняющие задачи: 1) формирование у студентов и выпускников вузов готовности к высокоинтеллектуальной, высоконравственной, ответственной профессиональной деятельности; 2) развитие у студентов здоровьесберегающей системы отношений и поведения, как значимого ресурса личного благополучия, социальной и профессиональной эффективности. Особенно это важно для примерно 20% студентов, нуждающихся в профилактике нарушений здоровья, связанных с глубокой фрустрированностью и «выгоранием» в трудных учебных ситуациях, например ситуации экзамена. Эмпирические доказательства трудности для студентов ситуации экзамена получены многими российскими авторами. Экзамен вызывает у студентов напряжение, волнение, тревогу, страх (Крейнина О.В., 2007; Кринчик Е.П., 2009 и др.),

способствует возникновению соматических нарушений (Щербатых Ю. В., 2000). Вопрос о профилактике нарушений здоровья у студентов вузов, о создании оптимальных условий для «сглаживания» нарушений здоровья в период вузовского обучения неоднократно являлся темой научных и практических работ у представителей разных специальностей: психологов, валеологов, педагогов (Никифоров Г.С., 2006; Лещинский В. А., 2007; Малярчук Н.Н., 2009; Семенова Е.А., 2010 и др.). Все указанные авторы солидарны в том, что профилактическая работа со студентами из группы психологического риска, имеющими «высокую фрустрационную готовность», должна быть организована в условиях вуза, однако каждый автор видит содержание этой работы по-своему. Выполненные в Китае за последнее десятилетие исследования по данному направлению выявили сходную по содержанию информацию. Так, Чжэнжичан, используя методику «Ударопрочность», констатировал низкий уровень фрустрационной толерантности у китайских студентов. На основе результатов своего исследования этот автор разработал рекомендации по развитию толерантности, включающие три этапа: приготовления к взаимодействию в ситуации, ведущей к фрустрации; активной борьбы и отступления или избегания фрустрирующей ситуации. Успешность профилактики нарушений здоровья в российских и китайских вузах во многом зависит от качества организации и содержания психодиагностики студентов, обеспечивающей конкретность и корректность целей профилактических и развивающих программ. Одной из задач нашего исследования было изучение уровня выраженности фрустрационной толерантности у российских и китайских студентов, т. к. эту характеристику личности можно рассматривать как ресурс преодоления и психологического здоровья студентов. Было обследовано 40 студентов Пекинского и 40 студентов Санкт-Петербургского университетов разных факультетов. Возраст испытуемых — от 18 до 22 лет. Результаты нашего исследования показали, что для китайских реципиентов наиболее характерны экстрапунитивные направленности реакций (38,4%); для россиян этот тип направленности реакции соответствует 46–52%. Интрапунитивные направленности реакции в нашем исследовании составили 32,6%; нормативы здоровых россиян 25–27%. Импунитивная направленность реакции китайцев — 29,8%; у россиян — 23–26%. Уровень выраженности фрустрационной толерантности российских студентов выше, чем у китайских. Между сравниваемыми группами не выявлены различия в показателях, отражающих «волевой потенциал личности», «мотивацию успеха и боязнь неудачи», «способность самоуправления». Констатированы значимые различия в показателях, отражающих «уровень коммуникативной толерантно-



ти» — этот показатель лучше сформирован у российских студентов; «самооценку» — выше у китайских студентов. Изучение корреляционных связей между исследуемыми характеристиками выявило особенности: для китайской группы характерны множественные корреляционные связи между почти всеми показателями элементов самосознания и характеристиками поведения личности (в группе российских студентов значимые связи не выявлены). Принимая во внимание эти взаимосвязи, мы считаем целесообразным разработать программу коррекционно-развивающего тренинга, направленного на повышение уровня фрустрационной устойчивости и коммуникативной толерантности для студентов Пекинского университета. В этом мы видим содержательный вклад в оптимизацию социального здоровья студентов, в том числе тех, кто принял участие в нашем эмпирическом исследовании.

*Милованов К.Ю.*

*Петрова Т.В.*

## **Новые образовательные стандарты в области физической культуры**

Новые образовательные стандарты в области физической культуры становятся реальностью теории и практики современного российского образования. Происходящие в обществе кардинальные перемены определяют необходимость создания социально-педагогических условий модернизации системы и развития физической культуры в национальной системе образования. Нормативно-правовую основу и стратегические задачи развития этого направления определяют приоритетный национальный проект «Образование», национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», основные положения и требования, содержащиеся в новых образовательных стандартах. Разработка теоретических представлений о физическом воспитании осуществлялась в последние годы в тесной связи с воспитательной практикой, нормативными требованиями, отраженными в ряде государственных актов и нормативно-правовой документации. Практическую реализацию многих воспитательных концептов сдерживает неопределенность статуса воспитания в нормативно-правовой базе. Физическое воспитание является неотъемлемой частью всех воспитательных систем, как традиционных, так и

инновационных. Реализуя приоритетные направления образовательной деятельности государства и общества по преодолению духовного кризиса, наука и практика сегодня уделяет значительное внимание вопросам физического воспитания детей и молодежи. Принимая во внимание различные меры на государственном уровне по развитию национальной системы физического воспитания, а также заметное в последние годы расширение масштабов и видов деятельности различного рода организаций спортивной и оборонно-спортивной направленности, вполне правомерно считать, что идеи и ценностный смысл традиционных ориентиров российской спортивной культуры остаются в качестве ведущего стимула духовного и физического развития. Открытое образовательное пространство способствует формированию ценностно-целевых установок и взглядов на физическую культуру, включающих понятия здоровья, здорового образа жизни, физического совершенствования, формирует мировоззренческие представления о роли ценностей физической культуры. Так, одним из приоритетных направлений в области наук об образовании является развитие идеи гуманизации физического воспитания. Частью единой социокультурной системы, которой свойственны характеристики не только общего уровня культуры, но и специфического, является физическая культура. Физическая культура довольно давно уже перестала быть просто отраслевой культурой. Она выступает как составная часть совокупной культуры общества, играя роль важнейшего компонента социального образа жизни. Как неотъемлемая часть общей культуры, физическая культура воспринимается как ведущий ориентир образа жизни людей в социуме. Категориальный социокультурный ряд ценностных императивов фиксирует накопленный за многие годы опыт приобщения человека к ценностно-целевым установкам физической культуры. Ориентированность социума на ценности физической культуры реализуется в процессе формирования нравственных представлений в открытом образовательном пространстве физической культуры. Физическая культура предстает как совокупность ценностей, норм и идеалов, связанных с укреплением здоровья, развитием человеческого потенциала, достижением высокого физического уровня. Научной классификации подверглись различные ценности и группы ценностей физической культуры (физические, социально-психологические, психофизические и др.). Под ценностями физической культуры стали понимать определенную совокупность материальных и духовных объектов и явлений, в которых наиболее ярко проявились материальные, духовные и художественные ценности. В предметном пространстве физической культуры ее ценности реализуются не только в собственно физкультурной ценностно-ори-

ентрированной деятельности, но и по отношению к социокультурным ценностям, научным знаниям, конструируемому содержанию процесса восприятия физической культуры. Физкультурная деятельность как системный элемент физической культуры является ценностным ориентиром, который транслирует социальный опыт целостного отношения человека к физическому здоровью как к онтологической ценности. Данная деятельность является одним из важнейших механизмов практической реализации ценностей физической культуры, определяющих ценностно-целевые основания спортивной и физической культуры. Разработка механизмов внедрения здоровьесберегающих и здоровьесохраняющих технологий в образовательную практику — первоочередная социально-ориентированная задача современного российского общества.

*Невзорова С.Ю.*

### **О проблемах групповой дифференциации подростков коррекционной школы 7 вида**

Насколько значима тема отвержения в подростковом коллективе, не только известно из художественной литературы (Железников В., «Чучело»; Тассиес Х., «Украденные имена») и научных источников. Каждый ученик занимает свой статус в системе межличностных отношений в зависимости от личностных, деловых качеств: с одним можно серьезно поговорить, с другим — пошалить, одному можно довериться, другому — нельзя. Изучением особенностей взаимоотношений среди одноклассников особенно активно занимались Я.Л. Коломинский, А.В. Сперанский, М.М. Кравцова. Коломинский предложил методику, направленную на изучение взаимоотношений детей в классе. Сперанский определил виды изгоев, сформулировал рекомендации для педагога по работе с детьми-изгоями. Кравцова дополнила список детей-изгоев, предложив методы борьбы с отвержением в коллективе, как для детей, так и для родителей, педагогов. Существуют публикации, предлагающие общие рекомендации по работе с детьми-изгоями в школьном коллективе, а также игры, упражнения для повышения сплоченности класса (Битянова, Грецов, Прутцманн, Фопель и др.). Существуют исследования, рассматривающие проблемы остракизма, в том числе в подростковом возрасте (Kipling D. Williams, Карпиков, и др.). Однако в публицистике

недостаточно широко освещена проблема, касающаяся влияния психологических факторов на статус ученика в подростковом коллективе коррекционной школы. В проведенном нами в 2008–2009 учебном году экспериментальном исследовании, направленном на выявление особенностей факторов групповой дифференциации в подростковом возрасте у детей 7–9 классов, обучающихся в массовой и коррекционной школах, приняла участие 90 учащихся в возрасте 13–17 лет. Наше исследование ставило перед собой цели ответить на следующие вопросы: что обуславливает расслоение группы? Как подростку самостоятельно изменить свой статус в группе? Социометрический статус накладывает отпечаток на личность подростка или психологические качества влияют на статус? Каким образом влияет социальная среда (семья, школа) на положение ученика в классе? Диагностическое обследование включало методики для выявления личностных характеристик, а также социометрическое и аутосоциометрическое исследование (по Я.Л. Коломинскому) для исследования осознания и переживания межличностных отношений учащихся в классе. Также был собран анамнез на каждого ребенка, проведена беседа с классными руководителями о семейной ситуации каждого учащегося. На основании исследования нами были получены результаты, достоверность которых подтверждена с помощью компьютерной программы SPSS-15. Среди факторов, определяющих статусную категорию в подростковом коллективе, можно выделить: тип акцентуации характера, состояние здоровья, социометрические установки, показатели нейротизма, самооценку. Так, изгои чаще воспитываются в неблагоприятной семейной обстановке, имеют ухудшенное здоровье (здоровые дети занимают наиболее комфортное статусное положение в классе), высокие показатели нейротизма, неадекватное оценивание своего положения в группе. Однако можно выделить интересный факт, если сравнивать детей-изгоев с детьми-лидерами: у лидеров более высокие показатели демонстративного и гипертимного типов акцентуации характера. Вероятно, большая выраженность этих типов акцентуации у лидеров (по сравнению с изгоями) в возрасте 13–17 лет дает им статусное преимущество и возможность занимать главенствующее положение в группе. Отметим, что и лидеры, и изгои чаще остальных детей ошибочно определяют свой статус в группе, соответственно: занижая (лидеры) или завышая (изгои) его. Надо отметить, что в классах коррекционной школы более угнетающая обстановка в плане взаимоотношений между учениками, что, возможно, связано с неадекватным стилем воспитания в семье, асоциальным кругом внешкольного общения, обуславливающим для многих детей из коррекционной школы наличие выраженных девиант-

ных, в частности агрессивных, проявлений в поведении. Мы надеемся, что наше дальнейшее изучение факторов групповой дифференциации в подростковом коллективе позволит определить здоровьесберегающий вектор в образовании учащихся коррекционной и массовой школ: сформулировать четкие рекомендации специалистам служб сопровождения, педагогам, родителям, ученикам для создания комфортного микроклимата в классе, благотворно влияющего на положение каждого члена подросткового коллектива.

*Петанова Е.И.*

### **Факторы риска нарушений здоровья преподавателей вузов**

Современные как медико-педагогические, так медико-психологические исследования демонстрируют проблемную ситуацию со здоровьем и деструкцией личности вузовских преподавателей (Козлова А.В., 2006; Микерова М.С., 2007; Степкина Т.В., 2007; Лобанова А.В., 2008, и др.). Негативные тенденции в отношении состояния здоровья у преподавателей вузов формируются еще на этапе их обучения в университете или педагогическом вузе и усугубляются в процессе профессиональной деятельности (Ахметова Е.В., 2003; Мухамедрахимова Л.В., 2004). По данным валеологических исследований, особенно заметное ухудшение соматического и психического здоровья приходится на самый продуктивный для преподавателей возраст 35–45 лет (Волинская Е. В., 2004). Психологические исследования также подтверждают то, что данный возраст можно расценивать как фактор риска деструктивного изменения функционального состояния организма у вузовских преподавателей (Антипина И.Ю., 2007; Шверина О.В., 2007; Ширшина Г.И., 2007). Выявлено, что 40 % преподавателей этого возраста проявляется синдромом «профессионального выгорания», что требует специальных мер психологической профилактики и коррекции (Сафронова М. В., 2008; Буртовая Н.Б., 2010; Валиева Ф.И. и Потапова М.В., 2009). В выполненном под нашим руководством исследовании изучались психологические факторы риска нарушений здоровья у молодых преподавателей СПбГУ (обследовано 50 преподавателей с разных факультетов — 20 мужчин и 30 женщин в возрасте 27–32 лет со стажем профессиональной деятельности до 5 лет). Предполагалось, что одним из таких факторов является типология характера преподавателя. Наиболее выражены

ми особенностями характера, определяемыми как «тип личности», у обследованных преподавателей оказались: гипертимный, эмотивный и демонстративный типы личности. Молодые преподаватели обладают такими свойствами личности, как целеустремленность и готовность к деятельности, деловитость и оптимизм, контактность, словоохотливость (гипертимический тип); умение поддержать партнера по общению и проявить толерантность и эмпатию (эмотивный тип); упорство, умение увлечь других, легкость в установлении контактов, стремление к лидерству, психологическая пластичность (демонстративный тип). Перечисленные характеристики позволяют прогнозировать для молодых преподавателей эффективную самореализацию и способность стать проводниками профессионального и личностного роста для студентов. Однако выявленные типологии личности детерминируют проявление и неконструктивных стилей поведения. Так, при гипертимном типе личности возможна необоснованная раздражительность, некоторая легкомысленность и неготовность выполнять правила жесткого распорядка или подчиняться дисциплинарным требованиям. Эмотивный тип личности, в связи с повышенной эмоциональной чувствительностью, недостаточно стоек в совладании с ситуациями несправедливости и глубоко переживает разочарования и утраты. Демонстративный тип личности содержит такую «скрытую» проблемность, как нетерпимость в ситуации, в которой ущемляются собственные интересы, неготовность смириться с недооценкой личных заслуг. У обследованных преподавателей наиболее выраженными симптомами, отражающими риск нарушения здоровья, оказались: «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неадекватное эмоциональное реагирование», «редукция профессиональных обязанностей», «эмоциональная отстраненность». Гендерная специфика в формировании симптомов выявилась в следующем: у женщин наиболее выражены симптомы: «неадекватное эмоциональное реагирование», «расширение сферы экономии эмоций»; у мужчин: «редукция обязанностей», «тревога и депрессия», «неадекватное эмоциональное реагирование». Указанные симптомы составляют «потенциал риска» возникновения эмоционально-поведенческих ситуационных срывов или истощения в результате продолжительного совладания с неприемлемыми обстоятельствами в профессиональной деятельности молодых преподавателей. Выявленные тенденции в содержании взаимосвязей особенностей характера и симптомов нарушения здоровья указывают на актуальность применения психопрофилактических и коррекционных мер компенсации.

*Посохова С.Т.*

*Шахова А.В.*

## **Картина мира детей с задержкой психического развития**

Картина мира понимается, с одной стороны, как определенное видение мира, обусловленное физическими, социально-экономическими, культурными, экологическими и многими другими факторами. С другой — как способ такого видения, своеобразный фильтр, через который проходит вся поступающая к человеку информация. Оба подхода не исключают, а скорее дополняют друг друга. По мере накопления социального опыта и личностного взросления формирующаяся картина мира превращается в регулятор поведения, определяя социальные и личные достижения человека. Детская картина мира по сравнению с картиной мира взрослого человека имеет свои особенности. В детском возрасте основа для формирования представлений о мире заложена прежде всего в эмоциональном видении окружающей действительности, опосредованном деятельностью и личным опытом. Кроме того, отношение к разным сферам жизни: предметам окружающей среды, людям, к себе — имеет не столько понятийную, сколько образно-визуальную графическую представленность. Как оказалось, детская картина мира изучена фрагментарно. Хотя понимание особенностей содержательного наполнения картины мира позволяет раскрыть внутренний мир ребенка во взаимосвязи с действительностью. Это с полным основанием относится к детям с ограниченными возможностями здоровья, например при задержке психического развития. Задержку психического развития принято рассматривать как проявление незрелости психических, психомоторных функций, как проявление замедленного созревания морфофункциональных систем мозга под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов. Изучение задержки психического развития как особого вида дизонтогенеза сфокусировано преимущественно на особенностях познавательной и коммуникативной сферы и, следовательно, на школьных проблемах и социально-психологической адаптации. Значительно меньше внимания уделяется раскрытию личностных особенностей детей, имеющих задержку в развитии. Картина мира таких детей практически не раскрывается ни в теоретическом, ни в эмпирическом планах. Если же обратиться к тенденции развития современной специальной психологии, то можно увидеть нарастающую потребность в поисках научно обоснованных технологий оказания психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с задержкой психического

развития. Картина мира — это уникальная субъективная реальность, раскрывающаяся в единстве особенностей специфики психических процессов и трансформирующаяся под влиянием социокультурных факторов. Важно, что коррекционная работа, направленная на формирование целостной картины мира, обеспечивает эффективную интеграцию детей с задержкой психического развития в социум. Отсутствие исследований, затрагивающих содержание и структуру картины мира таких детей, существенно затрудняет интеграционные процессы.

В связи с этим цель проведенного нами пилотажного исследования заключалась в раскрытии особенностей картины мира детей с задержкой психического развития. В нем картина мира понималась как представленность в сознании детей системы отношений к предметам и явлениям, людям и собственному Я в эмоциональных, смысловых и поведенческих проявлениях. Мы предполагали, что одна из особенностей картины мира детей с задержкой психического развития заключается в бедности содержательного наполнения и слабой представленности образа Я. В ходе исследования потребовалось определить содержание и модальность картины мира. Если учитывать, что картина мира — это полимодальная система, то необходимо было также вычленить те компоненты, которые описывают ее содержание. Не менее важен вопрос о вариативности картины мира, ее социокультурных и психологических детерминантах. В исследовании наши усилия были сконцентрированы на разработке гипотетической модели картины мира и методическом аппарате ее изучения у детей с задержкой психического развития. Картина мира рассматривалась как целостная система рефлексивных, социальных и феноменологических компонентов, отражающая субъективную реальность как отношение личности к эмоциональным, смысловым и поведенческим проявлениям. Для исследования компонентов картины мира были использованы такие методики, как рисуночная проба «Мой мир», детский тест «рисуночной фрустрации» Розенцвейга, методика измерения самооценки Дембо–Рубинштейн. Для исследования ценностного отношения детей к миру в визуально-графической форме нами была разработана графическая методика «Картина мира».



## **Половые различия в проявлениях СЭВ у педагогов с различным уровнем враждебности**

Концепция здоровьесберегающего образования подразумевает заботу о здоровье участников педагогического взаимодействия. Современные исследователи все больше внимания уделяют здоровьесбережению учащихся в учебно-воспитательном процессе. Вместе с тем здоровье учителя вызывает озабоченность в связи со спецификой педагогической деятельности. В ряде случаев у педагогов отмечается развитие синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Изучению синдрома эмоционального выгорания посвящено ряд работ как зарубежных (Х. Фройденберг, К. Маслач, С. Джексон, Э. Пайнс, В. Шауфели, М. Ляйтер, Х. Фишер, К. Чернисс, Дж. Еделвич, Р. Бродский, Д. Этзион), так и отечественных исследователей (Т.В. Форманюк, Т.И. Ронгинская, М.М. Скугаревская, Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, Н.В. Гришина, В.Е. Орёл, А.А. Рукавишников, Т.В. Темиров, Е.А. Трухан). Мы, вслед за К. Маслач и С. Джексоном, понимаем под эмоциональным выгоранием синдром, включающий в себя эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей синдрома эмоционального выгорания у женщин-педагогов и мужчин-педагогов с различным уровнем враждебности.

В исследовании приняло участие 448 педагогов (г. Гродно). Среди педагогов приняло участие в исследовании 346 женщин и 102 мужчины. Степень выраженности СЭВ у педагогов диагностировалась при помощи опросника на выгорание МВІ К. Маслач и С. Джексон, адаптированного Н.Е. Водопьяновой. Для исследования выраженности враждебности у педагогов использован опросник измерения агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки. В результате исследования установлено, что эмоциональное истощение в большей мере характерно для женщин с высоким уровнем враждебности ( $p \leq 0,001$ ). Показатели эмоционального истощения у женщин и мужчин с низким уровнем враждебности существенно не различаются. Результаты корреляционного анализа подтверждают наличие связи между показателями эмоционального истощения и враждебности у женщин ( $r = 0,395$ ,  $p \leq 0,001$ ). Значимая корреляционная связь между показателями эмоционального истощения и враждебности у мужчин не выявлена. В большей степени деперсонализация проявля-

ется у женщин с высоким уровнем враждебности ( $p \leq 0,01$ ). Показатели деперсонализации у женщин и мужчин с низким уровнем враждебности существенно не различаются. Корреляционный анализ позволил выявить положительную связь между показателями деперсонализации и враждебности у женщин ( $r = 0,376$ ,  $p \leq 0,001$ ). Связь между показателями деперсонализации и враждебности у мужчин не выявлена. В показателях редукции профессиональных достижений у педагогов половые различия не установлены. Но вместе с тем, результаты корреляционного анализа указывают на существование обратной связи между показателями редукции профессиональных достижений и враждебности у женщин ( $r = -0,297$ ,  $p \leq 0,001$ ). В результате корреляционного анализа не установлена связь между показателями редукции профессиональных достижений и враждебности у мужчин. Синдром эмоционального выгорания в большей степени проявляется у женщин с высоким уровнем враждебности ( $p \leq 0,001$ ). Показатели синдрома эмоционального выгорания у низковраждебных женщин и мужчин существенно не различаются. Проведенный корреляционный анализ подтверждает наличие связи между показателями синдрома эмоционального выгорания и враждебности у женщин ( $r = 0,321$ ,  $p \leq 0,001$ ). Связь между показателями синдрома эмоционального выгорания и враждебности у мужчин не выявлена.

Таким образом, в результате исследования синдрома эмоционального выгорания у педагогов с различным уровнем враждебности выявлены следующие особенности. Эмоциональное истощение, деперсонализация, СЭВ в большей степени характерно для женщин, которым свойственно переживание обиды — зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева на весь мир за действительные и мнимые страдания, характеризующиеся недоверием по отношению к людям, основанные на убеждении, что окружающие намерены причинить вред, т. е. с высоким уровнем враждебности. Между показателями эмоционального истощения, деперсонализации, редукции профессиональных достижений, синдрома эмоционального выгорания у низковраждебных женщин и мужчин различия не установлены. А также половые различия в показателях редукции профессиональных достижений у педагогов с высоким уровнем враждебности не выявлены.

## **Развитие мотивации здоровья и здорового образа жизни студентов ЮФУ**

Мотивация здоровья и здорового образа жизни является одной из важнейших составляющих формирования и сохранения здоровья человека. Под мотивацией здоровья следует понимать осознание человеком необходимости сохранения здоровья как основы для проявления в различных сферах жизнедеятельности и фундамента его развития. А также выполнение тех или иных мероприятий по сохранению и поддержанию здоровья. Основными составными частями понятия ЗОЖ являются: 1) психологические факторы (мотивация, эмоции, самосознание и др.); 2) здоровое поведение (культура отношений между людьми, культура поведения на природе, культура питания, культура потребностей и чувств, культура гигиены и закаливания, культура организации биоритмов жизнедеятельности (режим дня), культура быта, культура отдыха, культура умственной деятельности, культура физической деятельности, культура самооздоровления, культура самолечения); 3) социально-бытовые условия (временные и финансовые возможности, быт, семейные условия, наличие специального оборудования и т. д.). Детальное рассмотрение мотивации здорового поведения открывает множество аспектов этого понятия (возрастной, физиологический, психологический, социальный, культурологический, техногенный, экологический, национальный, религиозный, профессиональный, семейный и др.). Известно, что в формировании любой деятельности человека участвуют одновременно несколько мотивов, из которых один является ведущим, а остальные — подчиненными, второстепенными, которые могут играть роль в дополнительной ее стимуляции. Ведущие мотивы определяют субъективный личностный смысл деятельности человека. Мотивация к здоровому образу жизни — необходимое и важное условие сбережения здоровья студентов. При этом вопрос о методиках и механизмах формирования такой мотивации остается малоизученным. В большинстве программ, посвященных здоровому образу жизни, вообще не уделяется место вопросу мотивации. Считается очевидным, что для того, чтобы студент смог приступить к осуществлению программы оздоровления, достаточно подробно изложить ее механизмы и методы. Таким образом, возникает огромная дистанция между потоком информации, связанным с оздоровлением, и реальной оздоровительной деятельностью человека. В то же время понятно, что именно образование в высшей школе должно обеспечивать

студенту и будущему специалисту формирование жизненного приоритета здоровья, мотивации к здоровому образу жизни и обучение методам, средствам и способам достижения здоровья. Центральным звеном в системе образования, направленного на развитие мотивации здоровья и здорового образа жизни, является обучение студентов в сфере современных представлений об индивидуальном интегративном здоровье, механизмах его становления и развития. В рамках курса «Культура здоровья», традиционно проводящегося на всех факультетах ЮФУ в 5–6 семестре, студенты получают знания о физическом, психическом, социальном и духовном здоровье, осваивают базовые технологии самодиагностики здоровья на всех уровнях и получают представление о простейших методах его развития на каждом из перечисленных уровней. В настоящий момент в ЮФУ проводится исследование динамики мотивации студентов к здоровью и здоровому образу жизни в процессе изучения курса «Культура здоровья».

*Селезнёв А.А.*

## **Педагогическая психология здоровья — новое направление науки XXI века**

Проблема взаимосвязи психологической культуры и психологического здоровья учащейся молодежи является актуальной в контексте методологии и стратегии профессионального образования начала III тысячелетия. Предметом педагогической психологии здоровья являются механизмы и закономерности влияния психологической культуры на психологическое здоровье личности в условиях образовательного процесса. Педагогическая психология здоровья призвана решать задачи: разработки теоретико-методологических подходов к развитию психологической культуры и улучшения психологического здоровья учащейся молодежи; исследования соотношения общей и профессиональной психологической культуры и психологического здоровья, критериев психологической культуры, психологического здоровья личности; определения природы и сущности становления психологического здоровья личности в условиях образовательного процесса; обоснования психологических основ диагностики психологической культуры и психологического здоровья личности; раскрытия механизмов и закономерностей

формирования психологического здоровья обучаемого; изучения психологических основ здоровьесберегающей деятельности педагога; оценки эффективности организации здоровьесберегающей психолого-педагогической деятельности и ее управления; разработки психологических здоровьесберегающих основ дальнейшего совершенствования образовательного процесса и др. Психологическая модель здоровья отличается от модели психического здоровья прежде всего философским смыслом: в первом случае — это наиболее полное выявление и развитие личностного потенциала человека, модель психологического ресурса здоровья, развития личности; в другом — адаптация, модель условной психической «нормы». Психологическое здоровье проявляет себя через присутствие определенного ряда достоинств в структуре личности, формирующийся новый тип строения личности и, соответственно, ее деятельности, которые определяют весь ход дальнейшего развития, что находит свое отражение в следующих функциях психологического здоровья личности как психологического средства: рефлексивно-гармонизирующей (обеспечение гармонии собственного мира индивидуума — субъективного мира самосознания, уравновешенности и духовной автономии); коммуникативно-гармонизирующей (обеспечение гармонии мира общения — социального мира, гуманизация межличностных, профессиональных отношений, социализация личности); психофизиологической (обеспечение гармонии с миром природы. Наше тело и окружающая нас природа — единственный «храм», дарованный нам на Земле, требующий регулярных физических упражнений, заботы и внимания); актуализирующей (самопознание, самоактуализация, самореализация творческого, духовно-нравственного потенциала, смысла жизни); психокорректирующей (управление психической деятельностью в условиях стресса); психосинтезирующей (создание личностной целостности на базе формирования более широкой структуры отношений в психике человека, сохранение чувства индивидуальности на уровне всеобщности, где личные планы и интересы перекрываются более широким взглядом на целое, реализация трансперсонального «Я»). Очевидно, что психологическое здоровье конкретного человека может иметь особенности, вызванные наличием либо отсутствием тех или иных личностных характеристик. Психологическое здоровье личности может выступать в качестве центрального понятия в профессиональной психолого-педагогической деятельности. Здоровьесберегающий подход к оценке качества образования, профилактической психолого-педагогической деятельности должен стать одним из приоритетных, способствовать утверждению в отечественной психологии новой области научного знания — педагогической психологии здоровья.

*Семенова Г.В.  
Никитина Л.Н.*

## **Особенности семей, выбирающих дистанционное обучение для детей с ДЦП**

В исследовании участвовало 116 человек с ДЦП в возрасте от 8 до 19 лет, а также их родители (опекуны), все женщины. Экспериментальную группу составили 78 человек, обучающихся по надомной форме в очно-дистанционной модели. Все дети живут в семьях с родителями или опекунами. В полных семьях проживают 29 человек, что составляет менее половины от общего числа исследуемых, в том числе 4 человека с отчимами. 42 человека являются единственными детьми в семье. В неполных семьях проживают 49 человек: 44 человека проживают с матерью, 5 человек с бабушкой, две из которых являются опекунами. Контрольная группа состояла из 38 человек, обучающихся по надомной форме в традиционной модели. Для обучения данной категории учащихся не применяются дистанционные образовательные технологии в связи с нежеланием родителей или медицинскими противопоказаниями для работы с компьютером. Все дети живут в семьях с родителями. В полных семьях проживают 21 человек, в том числе 6 человек с отчимами. В неполных семьях проживают 17 человек: 14 человек проживают с матерью, 3 человека с бабушкой. 13 человек являются единственными детьми в семье. Экспериментальная и контрольная группы были поделены на подгруппы в зависимости от возраста детей: младшие школьники, младшие подростки и старшие подростки. Исследование экспериментальной группы проводилось на базе ГБОУ «Центр «Динамика»» № 616 Санкт-Петербурга для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (VI вида), где в течение последних 5 лет внедрена и функционирует очно-дистанционная модель обучения, а также в общеобразовательных школах Адмиралтейского, Калининского, Выборгского, Невского районов Санкт-Петербурга, в которых на дому обучались учащиеся контрольной группы. Методы и методики исследования: анализ медицинских анамнезов и психологических сведений о развитии ребенка, интервью, авторская анкета для матерей (опекунов). Количество полных семей, имеющих младших и старших подростков с ДЦП, с увеличением возраста детей сокращается как в экспериментальных, так и в контрольных группах. Большая часть детей являются единственными в семье либо старшими из двух детей.

Результаты расчетов по  $\varphi^*$ -критерию Фишера показали значительную разницу по количеству полных семей в экспериментальной и контрольной группах младших школьников: в экспериментальной группе полных семей достоверно меньше ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,376$ ;  $p \leq 0,01$ ). Выявлена значительная разница по количеству родителей, получивших высшее и неоконченное высшее образование и работающих по специальности в экспериментальной и контрольной группах младших школьников: в экспериментальной группе таких родителей достоверно больше ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,584$ ;  $p \leq 0,01$ ). При изучении ожиданий родителей от обучения получены следующие данные. Родители экспериментальной ожидают: социальной адаптации ребенка и его инклюзии в общество здоровых людей (61 %); качественного, конкурентоспособного образования (36 %); получения ребенком новых знаний (28,6 %); общения (25 %); формирования положительных личностных качеств (21,4 %); освоения компьютерных технологий (17,9 %). Видно, что общение и инклюзия преобладают в ожиданиях по сравнению с получением качественного образования. Обнаружены различия в оценках условий, созданных школой для общения учащихся надомного обучения: оценки выше в экспериментальной группе ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 7,158$ ;  $p \leq 0,001$ ). Сравнение этих групп также показало разницу в оценке удовлетворенности моделью надомного обучения: у родителей в экспериментальных группах эта оценка значимо выше ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 6,46$ ;  $p \leq 0,001$ ). Изучение удовлетворенности родителей моделью обучения показало, что традиционная надомная форма оценивается как малоэффективная, имеющая много недостатков. Традиционная модель надомного обучения не создает условий для неформального общения со сверстниками. Напротив, родители, дети которых обучаются с использованием очно-дистанционной модели надомного обучения, довольно высоко оценивают возможности, предоставляемые школой, и эффективность самого обучения. Ограничения в общении отмечают 76 % родителей детей, обучающихся на дому в традиционной модели, и только 23 % родителей детей, обучающихся на дому с применением очно-дистанционной модели. Таким образом, особенности семей, выбирающих дистанционное обучение для детей с ДЦП, следующие: меньше полных семей, больше родителей с высшим образованием, в ожиданиях от обучения преобладают не учебные, а личностные цели (общение, инклюзия), большая степень удовлетворенности обучением.

## Школьная тревожность девиантных подростков со склонностью к химическим аддикциям

В настоящее время отмечается рост числа школьников, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ): наркотики и алкоголь, а также обладающих школьной тревожностью (ШТ) — состояниями беспокойства, эмоциональной неустойчивости в процессе школьного обучения. Она выражается в виде низкого уровня усвоения знаний, трудностей взаимодействия с учителями и одноклассниками, а также девиантного поведения — в первую очередь, употребления ПАВ. Мы исследовали недостаточно изученную на настоящее время ШТ учеников 7–11 классов с просоциальным (25 человек) и девиантным поведением (29 испытуемых), употребляющих ПАВ, предполагая, что у последних испытуемых она выражена слабо. Средний возраст обследуемых составил 14 лет. Гипотетически мы ожидали обнаружить имплицитную тревожность, могущую быть и причиной, и следствием указанной формы отклоняющегося поведения. Используются следующие методики: «Диагностика ШТ» Б. Филиппа; тест «Исследование тревожности» Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина; а также индивидуально проведенные проективные рисуночные методики: «Я в школе», «Я в безопасном месте», «Моя семья». Последние применялись с целью обнаружить невербальные проявления вероятной тревожности, ускользающие от цензуры вербального сознания. Экспериментальное исследование ШТ с помощью вербальных тестов у девиантных подростков, употребляющих ПАВ — в отличие от просоциальных школьников — выявило на высоком уровне значимости ( $p < ,05$ ) слабую выраженность уровня ШТ по всем показателям (м-ка Б. Филиппа), а также личностной и ситуативной тревожности (м-ка Ч.Д. Спилберга). Низкие показатели тревожности являют собой форму защитного поведения в виде подростковой бравады, демонстрации отсутствия сомнений, неадекватного обесценивания ситуаций успеха и неудач при стремлении сохранить эмоциональное благополучие. На фоне повышенной ситуативной тревожности подростков с нормативным поведением выявлена способность к рефлексии с чувствительностью к переживаниям общей тревожности в школе. Для выявления именно ШТ, имплицитно присущей подросткам, употребляющим ПАВ, уместно сравнить разные сюжеты рисунки. Изображения «Я в школе» преимущественно схематичны, формальны (безлюдные здания, в т. ч. без прорисовки себя, несмотря на инструкцию), со слабым нажимом, меньшим размером. Все



это — проекция закрытости, недоверия, тревожности. Тогда как рисунки «Я в безопасном месте» — напротив, наполнены с большей энергетикой, прорисованностью линий, большей детализацией, а также уединенностью персонажа (в бункере, доме) при наличии внешней угрозы. Эти рисунки подростки выполняли с большим желанием за счет проявления подавленного внутреннего конфликта через представленность неинтегрированного «Я»: «Я-жертва» («в домике») и «Я-агрессор». Сравнивая изображения девиантных испытуемых себя в школе и в семье (рисунок «Моя семья»), где они также включены в общение, мы обнаруживаем во 2-м случае менее выраженные характеристики тревожности. Сюжеты не отличаются повышенной опасностью. На всех рисунках авторы изобразили и себя. Это подтверждает наличие ощущения небезопасности, тревожности, защитного поведения, связанного в большей степени со школьными процессами. Указанная форма отклоняющегося поведения представляет собой способ, с одной стороны, псевдокомпенсаторного совладания с ШТ и другими субъективно тягостными переживаниями и, с другой стороны — может быть обусловлена трудностями социальной адаптации из-за употребления ПАВ. Рисунки контрольной группы отражают большую способность к сотрудничеству, интенцию на продуктивное взаимодействие с учителями и товарищами в процессе учебы, оптимистичностью, расслабленностью, доверием к миру, способностью к самоподдержке (сюжеты отражают взаимодействие с окружающими в семье, школе, на природе, отдыхе). Таким образом, асоциальные подростки, употребляющие ПАВ, в отличие от нормосообразных, менее осознают на когнитивно-вербальном уровне ШТ, имплицитно присущую им. Девиантное же поведение с употреблением ПАВ может выступать как реактивная форма, защищающая от переживания внутренней тревожности и внешних, в том числе и школьных, угрожающих ситуаций. Просоциальные подростки находят способы преодоления данной тревожности в стремлении к учебе и конструктивному общению в школе. Психокоррекция должна быть направлена на создание атмосферы безопасности и уважения с целью формирования подобного самоотношения.

## **Проблемы и пути решения в здоровьесберегающем образовании**

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 11-06-00739а. В системе российского образования на сегодняшний день проблема здоровья участников образовательного процесса не вызывает сомнений. Данная проблема решается многими организациями и ведомствами, при этом говорить о единстве подходов и точек зрения пока не приходится. При этом педагог является основной фигурой при реализации на практике основных нововведений и инноваций, а руководитель-администратор несет ответственность за реализацию здоровьесберегающих технологий в общем и целом в образовательном учреждении (ОУ). Опыт нашей практической деятельности (Городской центр психолого-медико-социального сопровождения, диагностики и консультирования школьников г. Ярославля, директор Ю.В. Гоголев, — ГЦ) показал, что для успешной реализации идеи сохранения и укрепления здоровья всех участников образовательного процесса требуется, прежде всего, надситуативно-перспективный взгляд на проблему здоровья руководителей ОУ. О вариантах достижения сотрудничества с руководителями ОУ по проблеме здорового образа жизни (ЗОЖ) и основных результатах практической психологической работы с завучами ОУ и пойдет речь в данной статье.

Первый год работы показал, что руководители ОУ не всегда достаточно глубоко и осознанно понимают проблемы здоровьесбережения и механизмы их реализации в конкретной школе. И задачей первого года было мотивирование администрации на совместное сотрудничество с ГЦ по привлечению педагогов ОУ к решению проблемы ЗОЖ. Цель стратегическая: разработка компонентов практической программы взаимодействия ГЦ и школьных коллективов по формированию у школьников мотивации на здоровый образ жизни. Общая характеристика выборки: 59 заместителей директоров школ г. Ярославля (администраторы пяти районов города). Все проблемные ситуации, описанные завучами школ, нами были классифицированы по нескольким группам, и итоговый анализ позволяет заключить, что, в целом, самый большой процент проблемных ситуаций по проблеме здорового образа жизни связан с пятью основными направлениями: с низким уровнем принятия на себя ответственности педагогами, присутствием внешне-

го locus контроля; с неглубоким и не целостным пониманием целей обучения ЗОЖ; с низкой мотивацией педагогов на решение данной проблемы — ценностно-смысловой компонент здоровья; с неумением определять приоритеты («нет времени») — поведенческо-деятельностные компоненты здоровья; с незнанием («нет знаний по проблеме сохранения здоровья») — интеллектуально-когнитивный компонент здоровья.

Во второй год работы нам удалось обобщить результаты практической деятельности психологических семинаров в виде наглядных рекомендаций для управленцев по системе мотивирования педагогов на решение проблемы ЗОЖ. Практические рекомендации, созданные в ходе решения реальных проблем управленческой деятельности, не только способствовали решению конкретной проблемы, но и мотивировали администрации на глубокую и плодотворную психологическую работу с собой. Результатом такой работы стал запрос со стороны управленцев на работу с администрацией не только по решению проблемы ЗОЖ учеников и педагогов, но и по умению использовать здоровьесберегающие технологии по отношению к себе как к администратору и как к личности. Таким образом, задачи стратегические (развитие стремления на здоровый образ жизни и его реализацию у администраторов ОУ и формирование оптимально позитивного профессионального педагогического мышления, прогнозирующего ближайшие и отдаленные последствия реализации принципа здоровьесберегающих технологий в педагогическом коллективе) переросли в тактические, из планируемых в реальные, из желаемых в возможные и позволили спланировать занятие по развитию личности управленца и формированию его творческого потенциала.

Третий год работы был направлен, прежде всего, на работу с личностью завуча и реализацией творческого потенциала. В качестве задач выступали: сплочение команды завучей, выработка компонентов творческого единomyслия и взаимопомощи. Таким образом, в ходе трехлетней семинарской, психолого-педагогической деятельности были сделаны шаги, направленные на формирование и развитие профессионального управленческого мышления управленцев среднего звена ОУ (завучей) в проблеме сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса.

*Серафимович И.В.*  
*Юдина А.В.*  
*Фатеева Е.А.*

## **Структурный компонент здоровьесберегающей модели школы — школьный театр**

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 11-06-00739а. В условиях социально-экономических преобразований подрастающее поколение оказалось одной из наименее защищенных групп населения, что привело к обострению таких проблем, как беспризорность, безнадзорность, проституция, рост алкоголизма и наркомании, преступности, суицидов и прочих негативных явлений. Узкий аспект нездоровья современного поколения трансформируется в широкое неблагополучие физического, социального, психологического и духовного здоровья. Поэтому современные школьники (подростки, как особая группа детей) остро нуждаются не только в медицинском сопровождении, но и в квалифицированной социально-психологической поддержке. Именно это обусловило вхождение МОУ СОШ № 84 с углубленным изучением английского языка в муниципальную базовую площадку по здоровьесбережению, которая в данный момент объединяет 20 общеобразовательных школ, осуществляющих свою деятельность в системе взаимодействия в рамках муниципального ресурсного центра (руководители — Ю.В. Гоголев, М.Ф. Луканина), созданного на базе МОУ ГЦ ПМСС. Здоровый человек имеет гармоничное физическое и умственное развитие, быстро и адекватно адаптируется к непрерывно меняющейся природной и социальной среде, у него отсутствуют какие-либо болезненные изменения в организме, он обладает высокой работоспособностью. На базе нашей экспериментальной площадки апробируется модель, включающая в себя среди основных ее структурных компонентов, обеспечивающих формирование культуры ЗОЖ и успешную социализацию, «Школьный театр». Мы предприняли попытку сделать структурный анализ того, как основные моменты, связанные с работой театра, влияют на сохранение и укрепление психологического здоровья школьников, а именно предложить механизм реализации программы «Школьного театра», обеспечивающий формирование культуры ЗОЖ и успешную социализацию подростков.

Во-первых, в спектакле задействованы многочисленные персонажи с различными качествами, ролями и это развивает умение работать в партнерстве, способность адекватно самовыразиться, коммуникабельность (как компоненты психологического здоровья).

Во-вторых, искусство театра предполагает коллективное творчество. В спектакле у всех разные роли, но они объединены общей целью, общей идеей. Успех выступления зависит от успеха каждого актера и это влияет на когнитивно-ценностный компонент психологического здоровья — воспитание ответственности, чувства коллективизма, умение подчинить свои интересы общему делу.

В-третьих, выбор персонажа, представление персонажа на сцене, вживание в роль способствует формированию гибкости в поведении и смене социальных ролей. Репетиция представления себя и своего дела в жизни. Это первые шаги личностного включения во внешний мир. Умение не только исполнять разные роли, но и достойно их менять и достойно же уступать другому (если это необходимо).

В-четвертых, учащиеся должны вовремя приходить на репетиции, планировать свое время, быть ответственными за свои костюмы и реквизит, за счет этого приобретаются волевые качества (дисциплинированности, ответственности, исполнительности).

В-пятых, неопределенность и непредсказуемость ситуации во время спектакля: могут возникнуть накладки с фонограммой, потеряться реквизит, актеры могут забыть слова роли — и приходится быстро искать выход из положения, импровизировать. Это формирует умение реагировать в стрессовых ситуациях, учит адаптироваться к различным ситуациям, оперативно решать сложные вопросы. Ребенок, побывавший на сцене и успешно выступивший в роли, уже не будет в жизни пасовать перед трудностями.

В-шестых, учащиеся заучивают роли, им приходится работать с текстом разной сложности и характера, за счет чего происходит развитие психических процессов (речь, память), освоение вербальной и невербальной коммуникации.

В-седьмых, в ходе работы над спектаклем создаются костюмы, декорации, выбирается музыкальное оформление, накладывается грим, что влияет на развитие эстетического вкуса, воображения, навыков взаимопомощи, самообслуживания.

Новое качество образования может быть достигнуто лишь при создании определенных условий, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся. Все это требует от педагогов особых подходов в образовании и воспитании, основанных на принципах здоровьесбережения.

*Сулейманов Р.Ф.  
Дакинов А.В.  
Тубол Е.Е.*

## **Саморегуляция психических состояний как основа сбережения здоровья студентов**

Умение регулировать свое психическое состояние может рассматриваться как одна из проблем, решение которой позволит сохранить здоровье студентам вуза. Нами была предпринята попытка рассмотреть, как саморегуляция психического состояния взаимосвязана с активностью полушарий головного мозга. За счет активности какого полушария, левого (связанного с абстрактно-логическим мышлением) или правого (связанного с эмоционально-образным мышлением), головного мозга эффективнее происходит саморегуляция психоэмоциональных состояний. Анализ психологической литературы показал, что такого рода исследований в нашей стране проводилось недостаточно. Для эксперимента была выбрана группа студентов-психологов (9 человек) 17–22 лет. В исследовании использовался прибор «Активациометр», при помощи которого измерялась активность психоэмоционального состояния (ПС) и функциональная асимметрия полушарий (ФАП) головного мозга. Эксперимент состоял из 2-х этапов. Каждый этап длился 4 мин. На 1 этапе задача испытуемого — понизить активность ПС (2 мин.), затем повысить (2 мин.). На 2 этапе наоборот — повысить активность ПС (2 мин.), а затем понизить (2 мин.). Мы использовали обратное позиционное уравновешивание, когда предъявляются условия в определенном порядке, а затем делается это еще раз, изменяя порядок на противоположный. Это дает возможность контролировать эффект последовательности. В эксперименте использовалась одна музыка для всех: активная для повышения и лирическая для понижения психоэмоционального состояния. Эксперимент показал: на 1 этапе при понижении ПС, а затем повышении частота сдвигов у испытуемых осуществлялась по-разному: при понижении ПС снижение наблюдалось у 6 человек, а повышение у 3-х. При повышении ПС у 7 испытуемых ПС повысилось, а у 2 испытуемых наблюдалось понижение. При этом понижение с повышением (как это предполагалось инструкцией) наблюдалось лишь у 5 испытуемых, повышение-повышение наблюдалось у 2 испытуемых, понижение-понижение у 1 и повышение-понижение — у 1 испытуемого. Таким образом, у 55,5% испытуемых наблюдается эффективная саморегуляция психическим состоянием. На 2 этапе при повышении-понижении повысили свое ПС всего 3 ис-

пытуемых, 5 человек его понизили, и у одного наблюдалось отсутствие изменения ПС. При понижении (по инструкции) у 6 наблюдалось снижение ПС, у 3-х повышение. Повышение-понижение, как было определено инструкцией, наблюдалось лишь у 2 испытуемых. Таким образом, мы видим, что процессы саморегуляции происходят эффективнее в порядке понижения, а затем повышения, что необходимо учитывать в процессе проведения тренингов. Что касается изменений функциональной асимметрии полушарий головного мозга, то результаты показали, что при повышении психоэмоционального состояния по всей группе частота сдвига ФАП в сторону правополушарности, левополушарности и межполушарной симметрии осуществлялось равномерно, а при понижении — изменение по ФАП в основном осуществлялось со сдвигом в сторону правополушарности (у 8 из 9 испытуемых; при  $p \leq 0,05$ ). Таким образом, «расслабление» в целом происходило за счет эмоционально-образного мышления. Эту этапность необходимо учитывать на практике для повышения эффективности саморегуляции. Таким образом, выявленные закономерности по саморегуляции психического состояния студентами и учет их на практике позволят облегчить образовательный процесс в вузе и способствовать сохранению здоровья.

*Тищенко Ю.В.*

## **Формирование зрелой идентичности как фактор здоровьесберегающего образования**

Одной из основных задач развития личности в юности является формирование идентичности, создание целостного Я, в котором бы гармонично сочетались различные элементы личности. Во многом именно особенности идентичности определяют возможности взаимоотношений с социумом и закрепление наиболее благоприятных способов взаимодействия. Исследования показывают, что вне зависимости от области «самоопределения» определившиеся имеют более высокие показатели по многим личностным параметрам, в том числе связанным с процессом здоровьесберегающего образования и обучения разнообразным специальностям. Обнаружено, что способность к саморегуляции и саморегулируемые стратегии взаимосвязаны с навыками эффективного поведения в сложных жизненных ситуациях, что особенно важно для лиц,

избравших в качестве своей будущей профессии учительскую деятельность. Так, просоциальное поведение, меньшая подверженность чувству беспомощности, беспомощности взаимосвязаны с хорошей успеваемостью и высокими притязаниями. Способность противостоять социальному давлению, побуждаемому к рискованному (пагубному) поведению, является прогностическим фактором академических успехов, препятствует развитию депрессивных тенденций и благоприятствует формированию высоких притязаний. В проведенном нами исследовании было выдвинуто предположение о том, что психологические характеристики идентичности, пронизывающие взаимодействие человека с социумом, должны быть связаны с доминирующими стратегиями поведения в сложных жизненных ситуациях. В исследовании использовались следующие методики: МИС (С.Р. Пантилеев), экспериментально-психологическая методика исследования фрустрационных реакций С. Розенцвейга; диагностика коммуникативной установки В.В. Бойко. Общее число выборки составило 250 человек. По результатам проведенного исследования были сделаны следующие выводы: 1. Наименее готовы к управлению собственным поведением юноши и девушки в статусе «диффузной идентичности». Стремление к манипулированию, отрицание ответственности, переадресация действий — качества, препятствующие академической успеваемости, ведут к нарушению психического здоровья, меньшей устойчивости к стрессу. Однако отсутствие собственной жизненной позиции может компенсироваться такими сторонами идентичности, как потребность в постоянной социальной поддержке, что может служить основой для благоприятного личностного роста в процессе дальнейшего обучения в вузе. 2. Молодые люди в статусе «моратория идентичности» требуют повышенного внимания в процессе адаптации к обучению в вузе. Низкие показатели по параметрам «самопринятие, самопривязанность», «самоуверенность», «брюзжание», высокие по параметру «обоснованный негативизм», «внутренняя конфликтность» свидетельствуют о наличии острого кризиса, не столько о действительном понимании ситуации, сколько о многократном преувеличении ее негативных аспектов и своей неспособности справиться с ней самостоятельно. Молодые люди в статусе «моратория идентичности» требуют повышенного внимания в процессе адаптации. Анализ проведенного исследования позволяет сделать вывод о необходимости включения в процесс обучения более широкого комплекса методов, в том числе направленных на создание благоприятных условий для личностного роста обучающихся. Интенсификация как преподавания, так и учения предполагает опору на знания индивидуальных особенностей, чтобы, выстраивая процесс обучения,



иметь возможность опереться на положительные и компенсировать отрицательные особенности обучающихся в целях повышения уровня подготовки будущего профессионала.

*Федорова А.В.*

*Прохоров А.О.*

## **Рефлексия и психические состояния студентов с различными защитными механизмами**

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 12-06-00043а.

Психическое состояние — самостоятельная, целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени. Как правило, они эмоционально окрашены и возникают под влиянием складывающихся обстоятельств жизнедеятельности, состояния здоровья человека и т. д. При этом психические состояния, в которых может находиться человек, зависит от рефлексии. Рефлексия — обращенность сознания человека на познание самого себя и других, в частности на познания собственных и чужих психических состояний, процессов, свойств. В свою очередь, защитные механизмы психики — устойчивые психологические процессы, предназначенные для защиты человека от того, что угрожает его психологическому благополучию, то, что может нарушить психическую целостность.

Для проведения исследования использовались различные методики диагностики рефлексии, психических состояний и защитных механизмов. Исследование проводилось на смешанной выборке студентов-психологов 19–20 лет в повседневной (лекция, семинар) и напряженной ситуациях (экзамен) учебной деятельности. Результаты исследования показали, что в повседневной ситуации высокий уровень рефлексии коррелируется с таким защитным механизмом, как рационализация ( $r = 0,458$ , при  $p < 0,05$ ). Корреляция выражена в физиологических проявлениях (сердечнососудистая система ( $r = -0,431$ , при  $p = 0,05$ ), органы дыхания ( $r = -0,436$ , при  $p = 0,05$ )). Было установлено, что показатель социорефлексии значимо коррелирует с гиперкомпенсацией ( $r = -0,537$ , при  $p < 0,01$ ), с осознанностью восприятия ( $r = -0,442$ , при  $p = 0,05$ ), двигательной активностью ( $r = -0,478$ , при  $p = 0,05$ ), сердечнососудистой системой

( $r = -0,420$ , при  $p = 0,05$ ). В повседневной ситуации ауторефлексия коррелирует с рационализацией ( $r = 0,544$ , при  $p = 0,01$ , а механизм компенсации связан с осознанностью восприятия, что проявляется в живости переживаний ( $r = 0,402$ , при  $p < 0,05$ ). Кроме того, регрессия коррелирует с осознанностью восприятия ( $r = -0,483$ , при  $p = 0,01$ ), продуманностью ( $r = -0,412$ , при  $p = 0,05$ ) и управляемостью поведения ( $r = -0,411$ , при  $p = 0,05$ ). Обратимся к напряженной ситуации, где высокий уровень рефлексии связан с рационализацией, что проявляется со стороны поведения (координацией движений ( $r = 0,398$ , при  $p < 0,05$ ), продуманностью поведения ( $r = 0,398$ , при  $p < 0,05$ )). Было установлено, что показатель социорефлексии значимо коррелирует с гиперкомпенсацией ( $r = -0,537$ , при  $p < 0,01$ ), с осознанностью восприятия ( $r = -0,442$ , при  $p = 0,05$ ), с двигательной активностью ( $r = -0,478$ , при  $p = 0,05$ ), с сердечнососудистой системой ( $r = -0,420$ , при  $p = 0,05$ ). В напряженной ситуации состояние испытуемого будет характеризоваться адекватностью поведения ( $r = -0,423$ , при  $p < 0,05$ ). В напряженной ситуации ауторефлексия коррелирует с рационализацией ( $r = 0,544$ , при  $p = 0,01$ ). Это проявляется в изменениях со стороны органов дыхания ( $r = -0,425$ , при  $p < 0,05$ ) и отмечается склонность к состоянию ( $r = -0,426$ , при  $p < 0,05$ ). В свою очередь, механизм компенсации в напряженной ситуации коррелируется с осознанностью восприятия ( $r = -0,437$ , при  $p = 0,05$ ). Здесь регрессия коррелирует с конативной стороной, продуманностью поведения ( $r = -0,391$ , при  $p < 0,05$ ), управляемостью ( $r = -0,587$ , при  $p < 0,01$ ) и адекватностью поведения ( $r = -0,470$ , при  $p < 0,05$ ). Защитные механизмы психики в повседневных ситуациях имеют корреляции, связанные с отрицательными состояниями. В напряженных ситуациях корреляционные связи имеют обратную зависимость. Это связано с тем, что в напряженных ситуациях психика человека стремится к постоянству, что проявляется в обратной реакции на внешние ситуации. В повседневной ситуации защитные механизмы продолжают функционировать, тем самым ухудшая общее состояние. Остановить их работу невозможно, т. к. они функционируют на бессознательном уровне, и почувствовать их работу невозможно. Но с помощью рефлексии можно замедлить их влияние и сделать их производительность менее значимой для организма. Человек с высоким уровнем рефлексии может определить, что для него значимо, видеть всю действительность, в зависимости от ситуации, и осознать ее, несмотря на действующий в это время «фильтр» в виде защитных механизмов.

Таким образом, использование защитных механизмов способствует определенному изменению в проявлениях психических состояний

субъекта. Влияние защитных механизмов на состояние определяется не только их особенностями, но также зависит от уровня рефлексии и конкретной ситуации жизнедеятельности, ее повседневности или напряженности.

**Фоминова А.Н.**

## **Развитие жизнестойкости личности ребенка в процессе обучения в школе**

Проблема устойчивости человека перед лицом жизненных трудностей всегда была интересна и значима, привлекала и привлекает внимание философов, медиков, просветителей, поэтов и писателей, педагогов, психологов. В настоящее время эта тема преодоления и оптимального проживания сложных жизненных периодов весьма актуальна. Бурные социальные, экономические, политические изменения в обществе, увеличивающийся информационный поток, скорость технических и технологических изменений отражаются на психологическом здоровье человека, провоцируя стрессы, неврозы, неадекватное поведение, депрессивные состояния. Все это обуславливает интерес к феномену жизнестойкости личности человека — установки на преодоление трудностей жизни без ущерба для своего психологического состояния и даже с возникновением позитивных личностных изменений (С. Мадди). Жизнестойкость как свойство личности развивается в процессе жизни человека и связана как с его индивидуальными особенностями, процессами его самосознания, так и с влиянием внешних факторов среды — социальных взаимодействий, культурных ритуалов и традиций. Учащийся взрослеющий человек (ребенок, подросток, юноша), жизнь которого тесно связана с таким общественным институтом, как школа, во многом вырабатывает определенные установки и модели устойчивости к стрессам жизни именно во время учебных занятий и перемен, в процессе общения с педагогами и одноклассниками. Представляется важным рассмотреть возможность развития жизнестойкости личности ребенка в условиях образовательного процесса, роль учителя в ориентировке учащегося в жизненном пространстве. Рассматривая психику человека как уровневую систему, можно говорить о том, что жизнестойкость связана с психофизиологическими особенностями, особенностями наших психических процессов

и личностных свойств, а также с социокультурной составляющей. Психофизиологические особенности человека создают предрасположенность, играют роль факторов в продуцировании эмоций определенного знака и определенной силы, в проявлении определенного диапазона возможностей интеллектуальной переработки поступающей информации и оптимальной саморегуляции поведения. Поэтому понимание и учет психофизиологических особенностей (общая активность, эмоциональность, структура базовых потребностей), а также расширение диапазона проявления психофизиологических характеристик, так или иначе, отражается на развитии жизнестойкости человека. Использование приемов саморегуляции в ходе занятий, ориентировка учащихся в навыках саморегуляции в ходе выполнения учебных заданий, помощь в выработке оптимального индивидуального стиля деятельности способствует развитию жизнестойкости ребенка, что проявляется в эффективности деятельности в стрессовой ситуации (контрольные работы, ЕГЭ). К факторам психологического уровня можно отнести общий уровень интеллектуального развития, социально-психологическую компетентность ребенка, личностные особенности (интересы, цели, ценности, мотивы). Самооценка человека во многом складывается в процессе учебной деятельности ребенка, затем подростка и молодого человека под воздействием оценочного отношения других людей; при анализе мотивов, целей и результатов своих поступков; при сравнении своих действий с нормами поведения, принятыми в обществе. Поэтому очень важно не только задавать ориентиры нормативного поведения, учить детей самоанализу, но и создавать условия эмоционального принятия, позитивного образа такого поведения. Развитие саногенного мышления учащегося, гибкого стиля объяснений своих успехов и неудач, понимания неоднозначности происходящих явлений и событий жизни способствует развитию жизнестойкости учащегося через усиление таких составляющих, как уровень контроля и принятие риска. Роль социокультурной среды в развитии жизнестойкости человека связана с созданием значимых ценностей, идеалов, которые являются опорой внешней, а затем уже и внутренней, в решении человеком жизненных задач. Учитель, мотивируя учащегося к овладению знаниями через смысловые, ценностные структуры, ориентирует его тем самым в способах нахождения смыслов в последующих видах деятельности, отношениях с окружающим миром. Конечно, от учителя, ставящего перед собой цель с помощью своего предмета подготовить ребенка к жизни, требуется не только широкая эрудиция, хорошая психологическая подготовка, но и постоянная работа над собственным развитием, обращение к гуманитарной парадигме образования.

## **Работа с семьей по укреплению психического здоровья детей в детском саду**

В связи со спецификой современного состояния психо-физического здоровья детей дошкольного возраста проблема формирования здорового образа жизни у детей в детском саду представляет особый интерес для педагогического сообщества. Традиционно в воспитательно-образовательной работе в дошкольных образовательных учреждениях ставился акцент на сохранении и формировании физического здоровья. Однако эти программы недостаточно учитывают личностные аспекты формирования здорового образа жизни конкретного ребенка, а также влияние семьи и педагогического коллектива учреждений. Рост различных нарушений поведения и саморегуляции, склонность к зависимостям уже с дошкольного возраста ставит проблему личностного и мотивационного компонентов формирования здорового образа жизни у детей уже в детском саду. Кроме этого, в настоящее время значительно исказился стереотип образа жизни у взрослых членов семьи — родителей ребенка, в связи с изменением мировоззрения и принципов социального поведения. Таким образом, работа по здоровому образу жизни в детском саду должна опираться на взаимодействие с семьей и быть направлена на сохранение и укрепление психического здоровья ребенка. Для решения данной проблемы под руководством Администрации Ленинского района г. Екатеринбурга была разработана и внедрена в работу всех образовательных учреждений «Программа социального партнерства по формированию здорового образа жизни от ДООУ к вузу «Мы — за здоровое будущее» на 2009–2013 годы». Одна из главных задач программы — формирование у детей и молодежи социальной компетентности, жизненных навыков стресс-преодолевающего поведения, системы ценностей, ориентированной на ведение здорового образа жизни.

В работе над программой мною был разработан раздел для детских садов, направленный на закрепление навыков и умений сохранения и укрепления здоровья как основы качества жизни. Компоненты раздела программы включали:

1. Участие в программе всех субъектов воспитательно-образовательно-го процесса с внесением в Устав учреждений и Договор с родителями пунктов о взаимодействии педагогического коллектива и семьи ребенка по здоровому образу жизни.

2. Регулярное взаимодействие с семьей ребенка для выявления факторов, влияющих на психо-физическое здоровье ребенка, и определения влияния семьи на формирование здорового образа жизни.
3. Выявление групп семей в учреждениях:
  - семей, ведущих здоровый образ жизни;
  - семей, нуждающихся в просвещении и профилактических мероприятиях;
  - семей с риском дезадаптивного, аддиктивного и экстремального поведения.
4. Определение критериев готовности ребенка-дошкольника к здоровому образу жизни:
  - когнитивный: знания о значении здоровья в жизни человека и здоровьесберегающих методиках;
  - эмоциональный: позитивное отношение к здоровью и желание вести здоровый образ жизни;
  - поведенческий: избегание способов поведения, которые могут привести к потере здоровья и соблюдение правил ЗОЖ в самостоятельной жизни.
5. Готовность семьи к здоровому образу жизни ребенка: использование ЗОЖ в повседневной практике семейных отношений и уровень поддержки получаемых ребенком в детском саду знаний, умений и навыков.

Для мониторинга результатов внедрения программы был разработан и внедрен в практику работы детских садов «Паспорт здорового образа жизни ребенка», который заполняется педагогами и специалистами ДОУ и передается родителям ребенка при поступлении в школу вместе с медицинской картой. В ходе реализации программы особое внимание было привлечено к научно-методическому сопровождению практической деятельности педагогических кадров по здоровому образу жизни. Так, были проведены семинары, конференции и различные мероприятия по обмену опытом для повышения квалификации педагогов и специалистов детских образовательных учреждений в создании условий для закрепления здорового образа жизни и профилактики нарушений в психическом здоровье ребенка-дошкольника. Кроме того, у сотрудников детских садов была актуализирована необходимость применения методов укрепления и сбережения собственного психического здоровья педагогических работников и здорового образа жизни для профилактики формирования

ния психосоматических заболеваний и профессиональной деформации. В настоящее время основные параметры программы «Мы — за здоровое будущее» включены в городскую программу работы с детьми и внедряются в образовательные учреждения других районов города.

*Шлыкова Н.Л.*

*Шлыкова А.П.*

## **Психологическое сопровождение развития речи у студентов с патологией ЦНС**

Актуальность проблемы развития вербальной способности обусловлена рядом противоречий, основным из которых является следующее: с одной стороны, существует потребность в создании условий для психологического обеспечения развития речи у студентов, имеющих патологию центральной нервной системы (ЦНС), с другой — отсутствуют научно обоснованные подходы к деятельности психолога при решении данной проблемы. Также остаются нераскрытыми вопросы подбора необходимого комплекса упражнений для конкретного случая; возможности использования личностного потенциала студента в процессе развития вербальной способности; закономерности воздействия социально-культурных факторов. В процессе теоретического и практического исследований нами были определены условия, при которых развитие речевой функции достигает оптимального уровня, необходимого для выполнения соответствующей речевой и мыслительной деятельности субъекта образовательного процесса. С целью формирования условий развивающей деятельности мы определяем результат этой деятельности, который в общем виде можно рассматривать как такой уровень развития вербальной способности, при котором субъект воспринимает речь другого, формулирует речевое высказывание, передавая семантически ориентированную информацию, соответствующую актуальной ситуации. При этом показателями развития вербальной способности выступают: законченность речевого отрезка по интонации; законченность речевого отрезка по смыслу; целесообразность речевого высказывания; осмысленность; соотносимость с предметной ситуацией; соотносимость с условиями общения; последовательность отображения смысловых элементов в речевом высказывании; лексико-грамматическая оформлен-

ность речевого высказывания. Важным условием обогащения комплекса вербальных средств является разработка индивидуального маршрута с учетом личностных особенностей человека. С целью определения индивидуального маршрута необходимо учитывать положения Б.Г. Ананьева, Е.И. Бойко, Л.С. Выготского, А.А. Залевской, А.А. Леонтьева, Т.Н. Ушаковой и многих других отечественных и зарубежных ученых. В этой связи значимым является использование индивидуальных особенностей и способностей субъекта, различающихся в элементах каждого функционального блока вербального механизма. Необходимо учитывать, что произнесение и восприятие речи являются периферическими блоками, которые выполняют лишь задачи доставки речевой информации субъекту и ее передачи вовне. Это приводит к необходимости в процессе психологического сопровождения активизации языковых структур, кумулятивно-побудительного блока, психологических состояний, личностных образований, интеллектуально-когнитивного понимания речи как центрального смыслообразующего звена речи. Реализация индивидуального подхода возможна и становится наиболее эффективной, если выполнять следующие условия психологической коррекции: во-первых, развивать навыки создания схемы будущего высказывания, основываясь на принципах развития умственных операций; во-вторых, способствовать обогащению смысловых значений слова, поиску значимых для субъекта ситуаций с целью повышения его мотивации речевого высказывания; в-третьих, развивать рефлексивные способности субъекта с целью полного его осознания собственных трудностей, проблем, успехов; в-четвертых, определять эмоциональные состояния субъекта и способствовать развитию навыков эмоциональной регуляции с целью адаптации взаимодействующих субъектов к ситуации общения и к личностным особенностям партнера по общению. Практика показывает, что индивидуальный маршрут развития вербальной способности должен строиться с учетом эмоциональных переживаний человека. Важно создать предпосылки такого отношения к процессу развития, при котором будут доминировать адекватно позитивные установки по отношению к собственным усилиям, совместной работе с психологом. Стратегия работы включает также прогнозирование результата, который может быть получен при использовании запланированных форм коррекции и развития. При этом важно обратить внимание на очередность включаемых в работу действий. На этом же этапе разрабатываются приемы достижения ожидаемого результата, т. е. тактика коррекционно-развивающей работы.



*Юркина М.С.  
Смирнов А.А.*

## **Пол как фактор, определяющий специфику адаптации студентов-первокурсников**

По мнению М.С. Яницкого, процесс адаптации студентов к вузу является одним из наиболее важных периодов в жизни, а в частности, в становлении индивида как личности, профессионала. Поэтому изучение механизмов и закономерностей адаптации студентов является актуальным вопросом в педагогической психологии. В данном исследовании мы основываемся на классификации видов адаптации А.А. Смирнова, которая содержит три компонента: дидактический, профессиональный и социальный. Новизна данной работы заключается в том, что предпринята попытка взглянуть на адаптацию первокурсника с учетом места его проживания до поступления: местный или иногородний, и на основе этого разработать практические рекомендации, которые будут служить мерой профилактики для дезадаптации студентов. У иногородних помимо вузовской адаптации параллельно происходит адаптация к городу, к новым бытовым условиям и т. д. Именно поэтому важно исследовать процесс адаптации, учитывая специфику места проживания до поступления в учебное заведение. В качестве диагностического инструментария нами были использованы следующие методы исследования: методика «Социально-психологическая адаптированность личности (СПА)» (К. Роджерс и Р. Даймонд в адаптации А.К. Осницкого), «Опросник терминальных ценностей (ОТеЦ)» (И.Г. Сенин), методика «Мотивация обучения в вузе (МОВ)» (Т.И. Ильина), методика оценки копинг-поведения WCQ (копинг-тест) (R. Lazarus, S. Folkman), опросник «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткин), методика «Адаптация студентов к вузу» (М.С. Юркина). Объективные данные изучались через анализ документации: личных карточек, сессионной успеваемости, данных аттестата. Субъективные данные изучались посредством разработанной нами анкеты. Данная анкета позволяет выявить уровень удовлетворенности условиями проживания, мотивацию при выборе вуза, факультета, какие трудности испытывает первокурсник и почему, на его взгляд, а также отражает, каких навыков, по личному мнению студента, ему не хватает для успешного обучения. Математическая обработка данных проведена с использованием методов параметрической статистики: проверка нормальности распределения, определение достоверности и значимости различий полученных результатов по Т-критерию Стьюдента, корреляции-

онный анализ с использованием  $\rho$ -критерия Пирсона, метод измерения нелинейных связей между переменными (корреляционное отношение  $\eta^2$ ). Также применялся ряд разработок, предложенных отечественными исследователями. В частности, применен метод установления базовых компонентов. Для подсчета степени организованности корреляционных структур использовались специальные индексы, предложенные А.В. Карповым: когерентности структуры, дивергентности структуры и организованности структуры. Для описания структур использовался метод структурного анализа (В.Д. Шадриков, А.В. Карпов, В.Е. Орёл). Вычисления проведены с использованием компьютерного статистического пакета PsychometricExpert 8. Местных студентов, студентов из области и других регионов мы разделили по половому признаку. В исследование приняли участие 274 студента 1-го курса факультета психологии, физического, экономического, юридического факультетов ЯрГУ им. П.Г. Демидова. Возраст испытуемых от 17 до 24 лет. Проанализировав и обобщив полученные эмпирические данные, мы пришли к следующим выводам: 1. Социально-демографические характеристики студентов, в частности пол, определяют специфику протекания процесса адаптации в группе местных студентов, первокурсников из области и других регионов, в частности для структуры личности девушек характерно большее значение семейной сферы и их роли в данной структуре, а в структуре личности юношей базовые позиции занимают копинг-стратегии. То есть при работе с группой женского пола важно ориентироваться на семейные ценности, а в группе молодых людей делать упор на ознакомление и проработку основных копинг-стратегий. 2. Общим фактором для первокурсников независимо от пола и места проживания до поступления в университет является наличие в базовых качествах структуры адаптации интернальности — общей или в определенной сфере. Данный факт дает нам в качестве основания для дальнейшей работы выбрать данный параметр. Таким образом, при разработке программы психологического сопровождения адаптации студентов-первокурсников важно учитывать не только место проживания до поступления в университет, но и специфику, определяемую половым признаком.

# ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Вдовина Д.В.*

## **Проявление волевых качеств личности спортсменов-подростков**

Воля — одно из основных психических качеств человека. В спортивной деятельности она позволяет спортсмену преодолевать препятствия различной степени трудности. Проявление воли связано с сознательно поставленной целью, т. е. с тем, что должен и хочет сделать человек, и с мотивами — с теми внутренними побуждениями, из которых исходит человек в своих действиях и поступках. Одной из важнейших задач тренера в психологической подготовке спортсмена является необходимость приблизить условия тренировочных занятий к условиям соревновательной деятельности, создавать ситуации, требующие проявления волевых качеств. В подростковом возрасте происходит коренная перестройка структуры волевой активности. Волевая сфера подростков весьма противоречива, т. к. при значительно возросшей общей активности подростка механизмы его волевой активности еще недостаточно сформированы. Целью нашего исследования было изучение волевой организации и акцентуаций характера спортсменов подросткового возраста. В исследовании приняли участие спортсмены г. Ярославля: хоккеисты команды «Локомотив-97», футболисты клуба «Шинник-97»; футболисты СДЮШОР № 13; всего 70 человек, возраст спортсменов 13–15 лет. Диагностический аппарат исследования составили: опросник «Диагностики волевых качеств личности», М.В. Чумаков; методика «Диагностики акцентуаций характера», К. Леонгард–Г. Шмишек (подростковый вариант). В результате исследования выявлена связь целеустремленности с настойчивостью ( $r = 0,613$ ,  $p = 0,003$ ) и внимательностью ( $r = 0,567$ ,  $p = 0,007$ ). Это свидетельствует о высокой мотивации, т. к. игроки по-настоящему увлечены хоккеем, а также высокой энергичности в течение длительного периода, невзирая на трудности. Получены значимые различия у команд «Локо-

мотив-97» и «Шинник-97» по показателям выдержки ( $U = 3,451, p = 0,01$ ), настойчивости ( $U = 1,248, p = 0,05$ ) и внимательности ( $U = 1,259, p = 0,05$ ). Степень напряженности игры в хоккее отличается от игры в футбол. Игра проходит в более динамичных условиях, при высоких скоростях, силовой борьбе. Последствиями несобранности, недостатка концентрации может быть не только потеря инициативы, пропущенная шайба, но и серьезная травма. Анализируя средние показатели волевых качеств двух футбольных команд, мы получили следующие различия по показателям ответственности ( $U = 1,924, p = 0,01$ ) и внимательности ( $U = 1,586, p = 0,01$ ). Футболисты ДЮСШ № 13 более ответственны, чем игроки команды «Шинник-97», возможно, это объясняется тем, что организационные моменты их деятельности требуют проявления большей самостоятельности, в то время как у клубной команды, ориентированной на профессиональный уровень, более жестко заданы требования, стандарты тренировочной и соревновательной деятельности. Исследование взаимосвязей акцентуаций характера и волевых качеств юных спортсменов команды «Локомотив-97» выявило обратную связь циклотимной акцентуации и инициативности ( $r = -0,766, p = 0,001$ ). Смена настроения циклотимного типа мешает инициативности в деятельности спортсмена. Установлена связь ответственности и демонстративности ( $r = 0,518, p = 0,05$ ). Демонстративность проявляется в самоутверждении личности, в постоянном стремлении произвести впечатление, привлечь к себе внимание, быть в центре внимания. Хоккейный матч — это публичное действие. Спортсмен осознает, что зрители на трибунах, родители, друзья, болельщики следят не только за ходом игры, но и за его индивидуальными действиями, точностью передач, меткостью бросков, взаимопониманием с партнерами по звену. Сыграть ярко, красиво, забить гол стремится каждый игрок, выходя на площадку. Хоккеисты с дистимной акцентуацией имеют низкие показатели целеустремленности, установлена обратная связь ( $r = -0,535, p = 0,05$ ). Дистимики обычно сконцентрированы на мрачных, печальных сторонах жизни. Это проявляется в поведении, общении, особенностях восприятия жизни, что противоречит целеустремленности, для которой важна позитивность мышления. В результате проведенного исследования рассмотрены особенности волевой сферы личности спортсмена-подростка. Волевые качества выступают как взаимно дополняемая структура личности. Диагностика акцентуаций характера позволяет реализовать индивидуальный подход в разработке программ личностного развития спортсмена, осуществления психологического сопровождения спортивной деятельности, решения проблемы стабильности спортив-

ных результатов. Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства образования и науки РФ, проект 6.4569.2011.

*Колпаков Я.В.  
Абросимов И.Н.*

## **Оценка рискованного поведения и мотивации спортивной деятельности молодых мужчин**

Основные положения исследования. Целью исследования было изучение склонности к рискованному поведению и мотивов занятия спортивной деятельностью, а также их связей у мужчин молодого возраста. Объектом исследования выступили мужчины молодого возраста (от 18 до 30 лет) из общей популяции г. Москвы. Выборку составили 26 испытуемых (средний возраст —  $21,8 \pm 3,7$  года). У 4 испытуемых (15,34 % выборки) было полное среднее образование, у 5 испытуемых (19,23 % выборки) — оконченное среднее специальное образование, у 11 испытуемых (42,31 % выборки) — неоконченное высшее образование, у 5 испытуемых (19,23 % выборки) — оконченное высшее образование. Профили образования в выборке были гуманитарно-экономического, технического и медицинского характера. 13 испытуемых (50,00 % выборки) не работали, 5 испытуемых (19,23 % выборки) — подрабатывали, 8 испытуемых (30,77 % выборки) — работали. Результаты исследования. По тесту на изучение выраженности склонности к рискованному поведению распределение показателя составило от -22 до 21 балла (средний показатель —  $2,73 \pm 10,50$  балла). По тесту на изучение мотивов занятия спортивной деятельностью было установлено, что преобладающими мотивами занятия спортивной деятельностью у мужчин молодого возраста являются достижение физического совершенства ( $78,31 \pm 17,07$  %) и укрепление здоровья ( $62,98 \pm 14,12$  %); наименее выражен мотив познания окружающего мира через спортивную деятельность ( $43,85 \pm 18,07$  %). Полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу с использованием непараметрического критерия R Спирмена. Выявлены статистически достоверные отрицательные корреляционные связи между показателем возраста и мотивом занятия спортивной деятельностью с целью получения материальных благ ( $-0,396$ ,  $p < 0,045$ ). Такая же связь с данным мотивом выявлена для уровня образования ( $-0,503$ ,  $p < 0,009$ ) и трудового

статуса ( $-0,410$ ,  $p < 0,037$ ). Уровень образования статистически достоверно отрицательно коррелировал с выраженностью таких мотивов занятия спортивной деятельностью, как получение одобрения ( $-0,420$ ,  $p < 0,033$ ), повышение престижа ( $-0,497$ ,  $p < 0,010$ ) и коллективизма и командности ( $-0,492$ ,  $p < 0,011$ ). Обсуждение результатов исследования. Полученные данные позволяют судить о нормативной выраженности склонности к рискованному поведению у обследованной группы мужчин молодого возраста, т. е. при разработке образов, привлекающих мужчин молодого возраста к спорту, необходимо избегать образов, которые отражают рискованность, экстремальность занятий спортом. В структуре мотивов занятия спортивной деятельностью у мужчин молодого возраста преобладают мотивы физического совершенствования и укрепления здоровья, т. е. при разработке образов, привлекающих мужчин молодого возраста к спорту, необходимо использовать образы, которые отражают данные мотивы: например физически развитого, здорового молодого мужчину, занимающегося спортом. Выявленные корреляционные связи позволяют сделать следующие заключения. У более молодых, менее образованных и неработающих мужчин важным привлекающим мотивом спортивной деятельности является возможность получения материальных благ, т. е. при разработке образов, привлекающих данную категорию молодых мужчин к спорту, необходимо использовать образ успешного физически развитого, здорового молодого мужчины, занимающегося спортом, например известного спортсмена, чемпиона мира, олимпийского чемпиона, а также слоган о возможности стать успешным при занятии спортом. У молодых мужчин студенческого возраста важными являются такие мотивы занятия спортивной деятельностью, как получение одобрения, повышение престижа и коллективизма и командности, т. е. при разработке образов, привлекающих данную категорию молодых мужчин к спорту, необходимо использовать образ группы (команды) физически развитых, здоровых молодых мужчин, занимающихся спортом, а также слоган о престижности, «крутизне», «популярности» занятий спортом и духе единения и сплоченности. У молодых мужчин, имеющих высшее образование, работающих, описанные экстринсивные, социально-ориентированные мотивы занятия спортивной деятельностью менее значимы; они ориентированы в большей степени только на самосовершенствование, улучшение своего физического состояния и здоровья (интринсивные мотивы), т. е. при разработке образов, привлекающих данную категорию молодых мужчин к спорту, необходимо использовать образ самодостаточного, физически развитого, здорового молодого мужчины, занимающегося спортом.

## **Монотония как фактор риска развития психических депривационных расстройств**

В настоящее время одной из важных проблем медицины и психологии является проблема психической депривации, под которой понимается недостаточность или лишение экзогенной стимуляции психических функций человека в процессе их развития в детском возрасте, особенно на этапе раннего онтогенеза. Несмотря на то, что многие виды психической депривации (эмоциональная, сенсорная, когнитивная, социальная депривация) исследованы и описаны, остаются малоизученными специфические формы депривации, такие как депривационная монотония, которая представляет собой одну из форм сенсорной депривации и возникает в результате перманентной однообразной (монотонной) деятельности. Было изучено 100 детей в возрасте от 5 до 17 лет. Исследование касалось оценки психосоматического статуса детей и подростков (юниоров), занятых в спорте высоких достижений, находившихся перманентно в состоянии однообразной спортивной, тренировочной деятельности. У них были выявлены изменения в психической и соматической сферах. Соматическое состояние обследуемых характеризовалось наличием очагов инфекции и воспалительных изменений, имеющих тенденцию к хронизации со стороны ЛОР-органов, ЖКТ и сердечнососудистой и легочной системы. Психическое состояние наблюдаемых характеризовалось выраженными колебаниями настроения, эпизодами повышенной тревожности, в ряде случаев достигающими степени паники и, напротив, гипоманиакальные состояния с элементами экзатичности. В 20 % случаев отмечалась повышенная подозрительность, рудиментарные идеи отношения и самообвинения и психосенсорные расстройства. Кроме того, были выявлены искажения работоспособности по типу пресыщаемости, скачкообразности и неравномерности в сочетании с расстройствами внимания. Проведенный нейробиологический (иммунологический статус) и психологический анализ объективизировали выявляемые психические и соматические нарушения. Психические и психосоматические отклонения носили, с одной стороны, реактивный характер и зависели от длительности воздействия психогенного фактора (в данном случае монотонии) и редуцировались при прекращении его воздействия. С другой стороны, у ряда наблюдаемых с неблагоприятным преморбидным фоном (наличие хронических соматических заболеваний, степень истощения центральной нервной системы, личностные акцентуации) психи-

ческие отклонения переросли в нарушения пограничного уровня. В то же время своевременно проведенные коррекционно-профилактические мероприятия позволяли предупредить вышеуказанные отклонения в психическом здоровье.

*Котова М.Г.  
Кашипов А.С.*

## **Особенности педагогической направленности начинающего тренера**

В современных условиях, в связи с перестройкой системы образования и изменениями социальной жизни среды, постоянно возрастают требования к общей профессиональной подготовке педагогических кадров, в том числе и тренеров, работающих в системе массового спорта и дополнительного образования. В последнее время все больше тренеров обращаются за психологической помощью к специалистам, и поэтому психологическое сопровождение спортивной деятельности, и тренерской деятельности в частности, становится не только роскошью большого спорта, но и реальностью в ДЮСШ и даже любительском спорте. Может ли молодой начинающий тренер добиться высоких результатов без жизненного опыта, ведь быть тренером невозможно, искренне не полюбив эту работу. Тренер должен уметь настраивать ученика на победу, поддерживать в нем боевой дух и стремление покорять все новые и новые рубежи. Представитель этой профессии должен быть авторитетом для своих подопечных во всем: в отношении к работе, в образе жизни, в своих взглядах и оценках повседневных событий.

Наше исследование направлено на определение наиболее важных, актуальных задач, которых стоит придерживаться начинающему тренеру, чтобы достичь высоких профессиональных результатов, а также выявление профессиональных качеств, которые необходимо развивать спортивному тренеру на первых этапах своей карьеры. В исследовании приняли участие 23 тренера ДЮСШ г. Ярославля.

В результате исследования установлено, что ведущими задачами в начале карьерного пути являются:

1. Формирование у спортсменов мотивов (стремлений) к достижению наивысших спортивных результатов.



2. Планирование групповой и индивидуальной работы с обучающимися и родителями.
3. Выявление предрасположенности (задатков) к занятиям тем или иным видам спорта.

Чаще всего молодой начинающий тренер сам является спортсменом, и основой своей будущей работы он видит заложение фундамента — мотивирование спортсменов на высокие результаты, а именно формирование такого же большого интереса к деятельности, как и у самого себя. Ведущим звеном в работе становится постановка целей у воспитанников, направленность на высокий результат.

Ведущей педагогической направленностью в начале карьерного пути, по мнению выборки, являются:

1. Творческое мышление в разрешении конфликтных ситуаций.
2. Навыки общения (грамотная спортивная терминология в совокупности с умением слушать, сопереживать).
3. Особенности теории и практики учебно-тренировочного процесса.

Начинающий тренер заинтересован в конструктивном выходе из проблемных, конфликтных ситуаций с родителями, воспитанниками, судьями. Необходимость в развитии умения творчески подойти к сложной ситуации, чтобы сохранить как свое авторитетное положение, так и контакт с конфликтующей стороной (не потерять важное звено в цепочке своей будущей карьеры). Также для начинающего тренера важно грамотно оценивать проблемные ситуации, поэтому творческое мышление, как необходимый инструмент, является ведущим навыком в успешном формировании не только рабочего окружения, но и внутренних установок тренера. В процессе работы было выявлено, что квалификационная категория тренера не связана ни с одной задачей, которая является актуальной для тренера в начале карьерного пути. Это говорит о том, что ведущие задачи, которые ставит тренер в начале своей работы, не взаимосвязаны с результативностью его деятельности в будущем. Задачи, которые ставит тренер в начале своей карьеры, взаимосвязаны между собой, и постановка одной задачи следом за собой подталкивает к формированию и решению других важных задач. Также были установлены значимые связи таких качеств, как «навыки общения» (грамотная спортивная терминология в совокупности с умением слушать, сопереживать); «особенности теории и практики учебно-тренировочного процесса». В процессе работы, на основе составленной нами анкеты, которую мы предоставляли тренерам различной категории, мы смогли опреде-

лить, какие задачи являются ведущими в работе начинающего тренера. А также смогли выделить, какие важные навыки в начале карьерного пути взаимосвязаны с высокой категорией тренера. Эти результаты можно использовать как рекомендации для начинающего тренера в процессе формирования планирования работы, что поможет им достичь более успешного результата в своей деятельности. Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства образования и науки РФ, проект 6.4569.2011.

*Леонова Е.В.*

*Комарова И.Н.*

### **Влияние занятий ЛФК на психоэмоциональное состояние студентов**

Адаптация в образовательной среде вуза и успешность обучения является одной из острых проблем современной высшей школы. Одной из групп риска являются студенты с хроническими заболеваниями, у которых процесс адаптации более длителен и сложен, что негативно сказывается на эффективности учебного процесса и дальнейшей профессиональной деятельности. В последнее время число студентов с хроническими заболеваниями возрастает: до 45 % первокурсников имеют хронические заболевания, наиболее часто встречаются заболевания сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, органов зрения. Одним из средств, стабилизирующих состояние студента, являются занятия лечебной физкультурой, являющейся стимулятором защитно-приспособительных реакций организма. Физические упражнения осуществляются с одновременным участием и психической, и физической сферы человека. Применяемые в ЛФК упражнения имеют целевую направленность и специально организованы для укрепления здоровья, восстановления нарушенных функций.

Нами было проведено исследование, в ходе которого изучалось влияние содержания занятий лечебной физкультурой на психоэмоциональное состояние студентов ИАТЭ НИЯУ МИФИ. В исследовании приняли участие 45 первокурсников (11 юношей и 34 девушки), которые занимались в трех группах ЛФК: I (17 чел.) — группа общесоматических заболеваний с большей степенью выраженности; II (18 чел.) — группа заболеваний

опорно-двигательного аппарата; III (10 чел.) — группа общесоматических заболеваний с меньшей степенью выраженности (аэробная). Занятие ЛФК состоит из трех частей: вводная часть (1/6–1/8 часть общего времени занятия), основная (3/4) и заключительная (1/8). Вводная часть занятия, независимо от группы заболеваний, представляет собой выполнение студентами либо друг другу, либо каждый сам себе массажа по методике Уманской. Цель выполнения массажа — общеукрепляющее действие организма, независимо от типа заболевания. Содержание основной и заключительной части занятия отличаются в зависимости от типа заболевания. В группах I и II основная часть занятия состоит из отдельных упражнений, оказывающих общеразвивающее и укрепляющее действие на организм. Это упражнения на укрепление мышц туловища и шеи, дыхательные упражнения. Большинство упражнений выполняется в положении лежа на спине, на боку и на животе. Темп выполнения — медленный, умеренный и средний. В среднем упражнения повторяют 8–16 раз. Заключительная часть строится из упражнений на расслабление, выполняемых в исходных положениях лежа на спине, дыхательных и специальных упражнений на ощущение правильной осанки. В группе III основная часть занятий состоит из общеразвивающих и танцевальных упражнений, объединенных в непрерывно выполняемый комплекс, которые стимулируют работу сердечнососудистой и дыхательной систем. Упражнения выполняются под музыкальное сопровождение. В ходе исследования каждый испытуемый был обследован до и после занятия (опросник САН, тест Люшера, по результатам которого вычислялись показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы — СО и вегетативный коэффициент — ВК).

По результатам исследования было установлено, что на фоне отсутствия гендерных различий по всем измеренным показателям положительная динамика наблюдается лишь в группе III. В этой группе с помощью Т-критерия Вилкоксона были выявлены статистически значимые изменения показателей «активность» ( $T = 4, p = 0,028$ ), СО ( $T = 0, p < 0,01$ ), ВК ( $T = 0, p < 0,01$ ), а также тенденция положительных изменений показателя «настроение» ( $T = 8, p = 0,085$ ). В остальных двух группах было отмечено снижение показателей САН (более выраженное во II группе), однако эти изменения статистически незначимы. Таким образом, положительное влияние на психоэмоциональное состояние оказывают не все занятия лечебной физкультурой. Наиболее эффективными в данном аспекте оказались занятия лечебной физкультурой, выполняемые под музыку, объединенные в непрерывный комплекс, включающий танцевальные упраж-

нения. По результатам исследования получено еще одно подтверждение известного со времен Древней Греции благотворного влияния музыкальной стимуляции на результат выполняемой под нее деятельности. Мы планируем далее изучить особенности влияния различных музыкальных произведений, сопровождающие занятия ЛФК в различных группах, на скорость процесса освоения упражнений, утомляемость и психоэмоциональное состояние студентов. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ № 13-16-40020 а(р).

*Лоскутова М.Е.*

*Огородова Т.В.*

### **Характеристики направленности школьников, занимающихся любительским спортом**

Неоценимо значение спорта, как деятельности, способствующей формированию здорового образа жизни, самовыражению личности, обретению определенного социального статуса, проявлению своей жизненной позиции. Е.П. Ильин отмечает, что абсолютное большинство школьников заявляют о своем интересе к физической культуре. Они систематически смотрят телепередачи на спортивные темы, многие регулярно посещают спортивные соревнования. Однако интерес этот пассивный, т. к. большинство этих школьников физкультурой не занимаются. Так, «знаемый» мотив, сформировавшийся под влиянием родителей и средств массовой информации, не превратился в действенный мотив. Мотивы, наряду с волевыми качествами, идеалами и ценностными ориентациями, составляют направленность личности как ее структурный компонент.

Целью нашего исследования было изучение структурных компонентов направленности личности подростков, занимающихся любительским спортом. В исследовании приняли участие 40 учащихся 9–11 классов (мальчики) Бурмакинской средней общеобразовательной школы № 1, активно занимающихся в спортивных секциях (волейбол, баскетбол, мини-футбол, самбо, тайский бокс) и не занимающихся спортом. Важно отметить, школьники-спортсмены, участвующие в исследовании, не планируют связать свою жизнь с профессиональным спортом, живут в небольшом поселке и занимаются в спортивных секциях, ор-

ганизованных при школе, т. е. относятся к категории спортсменов-любителей.

В ходе исследования были выявлены взаимосвязи ценностно-мотивационных (жизнеобеспечение, творческая деятельность, общение, комфорт, социальная полезность, социальный статус), личностных характеристик (инициативность, целеустремленность, настойчивость, выдержка, самостоятельность, решительность, энергичность, ответственность, уверенность в себе, самоконтроль, жизнерадостность, неприимчивость к недостаткам в себе и других, образованность, смелость в отстаивании своего мнения) и показателей направленности (направленность на себя, на дело, на общение). Также были установлены различия исследуемых характеристик у школьников-спортсменов и не спортсменов. Школьники-спортсмены имеют низкие показатели «направленности на себя», поскольку спорт требует значительных вложений сил, времени, готовности отказаться от многих «удовольствий». Кроме того, занятия спортом тесно связаны с межличностным общением. Высокий уровень корреляции выявлен между мотивацией общения и ценностью «наличие хороших и верных друзей» ( $p = 0,004$ ). Уверенность в своем партнере, готовность прийти на выручку являются очень важными в спорте, особенно в командных видах. Спортсмен-любитель, так же как и профессионал, чувствует ответственность за результат своих действий, рискуя подвести команду, тренера, прежде всего думая не о собственной выгоде или удовлетворении своих потребностей, а о достижении общего максимально высокого результата. Связь мотивации общения и ценности «неприимчивость к недостаткам в себе и других» ( $p = 0,027$ ) отражает осознание школьником-спортсменом значение самоанализа как необходимого условия спортивного совершенствования. Критическое отношение к собственным ошибкам, недостаткам дает почву для личностного роста и, тем самым, повышения собственной продуктивности. Важно отметить связь мотива жизнеобеспечения и ценности «смелость в отстаивании своего мнения, взглядов» ( $p = 0,027$ ). Занятия спортом способствуют укреплению представления школьников о том, что в современном мире всего нужно добиваться самому, т. е. материальное благополучие, здоровье и эффективное выполнение повседневных дел, характеризующие показатель «жизнеобеспечение», достигается наличием твердой жизненной позиции, целеустремленности, работы над собой. Анализ результатов исследования позволил создать психологический портрет школьника, занимающегося любительским спортом. У спортсменов, в отличие от школьников, не занимающихся спортом, значимо выражены такие со-

ставляющие элементы направленности личности, как социальная полезность, целеустремленность, внимательность, энергичность, выдержка, инициативность, ответственность, аккуратность и чуткость. Полученные различия подчеркивают значение спорта в жизни этих школьников. Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства образования и науки РФ, проект 6.4569.2011.

*Моисеева А.А.*

*Шляпникова О.А.*

### **Ценностно-мотивационная сфера личности спортсмена-подростка**

Как выявить и сформировать мотивацию к занятиям спортом? Этот вопрос является одним из ведущих при обращении к психологу спортивного тренера. Ценностно-мотивационная сфера формируется в течение всей жизни, начиная с детства, и подвержена влиянию множества факторов. Для тренера важно понимать и отслеживать динамику ценностно-мотивационной сферы в соответствии с возрастными изменениями воспитанников, а также изменениями квалификации и статуса спортсмена. Целью нашей работы было исследование ценностно-мотивационной сферы подростков, занимающихся спортом. В качестве диагностического аппарата использовались методика «Изучение мотивов занятий спортом» В.И. Тропникова и опросник терминальных ценностей «ОТеЦ» (подростковый вариант), адаптированный И.Г. Сениным. Выборку исследования составили спортсмены-футболисты ДЮСШ № 13 г. Ярославля, команды 1999–2000 (младшего подросткового возраста) и 1995–96 (старшего подросткового возраста) годов рождения. Анализ результатов сравнения выраженности мотивационных факторов игроков двух футбольных команд показал, что по 6 из 11 шкал мотивов (мотив общения и познания, мотив получения материальных благ, мотив развития характера и психических качеств, мотив коллективистской направленности, мотив получения полезных навыков и знаний) игроки старшего подросткового возраста имеют более высокие показатели. Общий уровень мотивации в данной выборке значимо выше, чем у спортсменов младшего подросткового возраста. Поэтому старшие подростки более смелы в своих ожиданиях. Мотив развития

характера и психических качеств является ведущим в обеих выборках. Для обучающихся в ДЮСШ спортивная деятельность является ведущей и в большинстве случаев приоритетной по сравнению с учебной деятельностью. Требования, которые предъявляет спорт к физическим и психическим качествам спортсменов, ориентированных на достижение высоких результатов, стремящихся к развитию именно спортивной карьеры, определяют необходимость постоянной работы над собой, которая не ограничивается тренировочным процессом. Большинство юных спортсменов осознают важность формирования спортивного характера, под которым они в первую очередь понимают развитие воли и способности преодолевать себя, постоянно совершенствовать мастерство. Важно отметить, следующими после мотива развития характера в иерархии стоят мотивы общения и коллективистской направленности, что подтверждает специфику их проявления в командных видах спорта, к которым относится футбол. Для футболистов старшего подросткового возраста ценностным компонентом, имеющим особое значение, является собственный престиж. Данная ценность имеет большое количество связей с другими ценностями и мотивами: с мотивом физического совершенствования, с ценностью активных социальных контактов, с ценностью высокого материального положения, с ценностью духовного удовлетворения, с жизненной сферой увлечений, с жизненной сферой обучения и образования, с жизненной сферой семейной жизни (уровень значимости 0,01). Для спортсменов старшего подросткового возраста не достаточно просто общения со сверстниками, для них важно то место в иерархии команды, которое они занимают. Составляющими собственного престижа для спортсменов-футболистов являются: заниматься спортом, чтобы поддерживать оптимальную физическую форму, активно общаться в команде как во время тренировочного процесса, так и в свободное время, иметь достаточные материальные возможности. Футболисты имеют свои собственные командные правила чести, соблюдение которых является обязательным для всех участников команды, что способствует формированию чувства гордости за свой клуб, команду. Удовлетворение ценности собственного престижа они видят в своих увлечениях (в данном случае можно говорить об увлечении футболом), в будущем обучении в спортивных вузах или по смежным со спортом специальностям. В результате проведенного исследования установлено, что существующие взаимосвязи между компонентами ценностно-мотивационной сферы личности спортсменов-подростков характеризуют взаимодействие, общение с внешним миром. Ценностно-мотивационная структура подростков-спортсменов

старшего подросткового возраста более концентрирована на удовлетворении одной ценности — собственный престиж. У спортсменов-подростков младшего подросткового возраста ведущим мотивом является общение, которое в большей степени направлено на познание. Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства образования и науки РФ, проект 6.4569.2011.

*Сурьянинов А.С.*

*Акатов Л.И.*

### **Психологические факторы успешности спортивной деятельности юных баскетболистов**

Одним из важнейших факторов, побуждающих школьников заниматься на начальном этапе физкультурно-спортивной деятельностью, является мотивация на эту деятельность. Для спорта характерно большое разнообразие мотивов. В их числе могут быть: стремление быть сильным, ловким, физически крепким, потребность в самоутверждении среди сверстников, это может быть также популярность того или иного вида спорта среди молодых людей, и многие другие. Однако когда школьник определяется с видом спорта и включается в тренировочную деятельность, на его отношение к спортивным занятиям начинает влиять другие факторы и формироваться другого вида мотивация. Таким важным фактором для него становится группа, в которую он включился. Мы поставили цель изучить некоторые особенности влияния уровня развития баскетбольной команды как коллектива на мотивацию спортивной деятельности юных баскетболистов.

Для реализации поставленной цели и гипотезы исследования нами использовались следующие методы: формирующий эксперимент, наблюдение за членами спортивной группы во время тренировок и соревнований, карта-схема психолого-педагогической характеристики группы школьников (авторы Л.И. Уманский, А.С. Чернышев и др.), оценка уровня притязаний В.К. Гербачевского, тест на определение выраженности волевой активности личности А.И. Высоцкого, шкала самооценки Н.В. Киршевой. Для того чтобы реализовать названные задачи и гипотезу исследования, нами был организован формирующий эксперимент. Суть его состояла в следующем. Во-первых, в учебную программу трени-



рочной деятельности, наряду с физическими упражнениями, необходимыми для овладения юными баскетболистами спортивным мастерством, были включены вопросы, связанные с формированием личности учащихся и, прежде всего, морально-нравственных и волевых качеств. Во-вторых, для расширения возможности влияния на сплоченность и организованность спортивной команды использовались методики, моделирующие групповую деятельность, такие как: «Арка» и «Групповой сенсомоторный интегратор». В-третьих, широко использовались такие средства воздействия на членов баскетбольной команды, как: позитивная оценка, личный пример, психолого-педагогическая поддержка учащихся, создавались условия для их самореализации и самоутверждения среди сверстников. Исследование проводилось в период с сентября 2012 года по февраль 2013-го. В исследовании приняли участие 21 человек — баскетболисты юношеской команды школы № 6 г. Курска (баскетбольная секция школы).

В результате проведенного исследования было выявлено две группы спортсменов по оценке уровня развития своей команды: первая группа — спортсмены, оценивающие уровень развития своей команды выше среднего, вторая группа — оценивающие уровень развития своей команды ниже среднего. Оценки спортсменов своей команды первой группы превышали средние, т. е. находились в диапазоне: направленность активности группы — от 24 до 40 баллов; организованность, интеллектуальное единство, психологический климат группы — в диапазоне от 34 до 55 баллов. Оценки спортсменов своей команды второй группы были ниже средних и находились в диапазоне: направленность — от 23 до 8 баллов; организованность, интеллектуальное единство, психологический климат группы — от 33 до 11 баллов. При сравнении первой и второй группы спортсменов были обнаружены различия по целому ряду параметров мотивационно-волевой сферы баскетболистов. Средние показатели уверенности в себе, выраженности волевого компонента, уровня мотивации были выше у баскетболистов, оценивающих уровень развития своей команды выше среднего. Различия по уровню уверенности в себе и выраженности волевого компонента достигли у них уровня статистической значимости по критерию Манна-Уитни ( $p \leq 0,05$ ). В целом изучаемые нами группы, в соответствии с критериями методики «Карта-схема психолого-педагогической характеристики групп спортсменов», по оценке самих школьников, находились на третьем этапе развития и достигли уровня развития группы-кооперации. Однако объективные данные говорят о том, что школьники про-

являют активность не только в собственных интересах, но и болеют за команду, школу, уважительно относятся друг к другу, т. е. наблюдается положительная динамика движения группы в своем развитии к уровню развития группы как коллектива. Об этом свидетельствуют и спортивные достижения баскетбольной команды. В 2012 году она заняла 2-е место на первенстве г. Курска по баскетболу среди школьных команд, в текущем году — 5-е место.

*Токарева В.Б.*

*Огородова Т.В.*

### **Значение локуса контроля в становлении личности спортсмена**

Физическая культура и спорт занимают важное место в жизни современного общества, не только обеспечивают всестороннее развитие человека, но содействуют воспитанию его морально-волевых качеств. Психологическое сопровождение спортивной деятельности позволяет активизировать психические ресурсы спортсмена, осознанно подойти к решению сложных задач спортивного развития, достижения высоких результатов. Спортсмен в своей деятельности должен не только правильно оценить сложившуюся ситуацию, но и также правильно среагировать на нее. Для хоккеиста, как и любого другого спортсмена, можно выделить два уровня настроения или отношения к ситуации: только я сам (команда) могу и сделаю все возможное для победы, либо «если повезет, то все будет хорошо». В первом случае мы имеем дело с проявлением интернального локуса контроля — уверенностью, что источник управления находится внутри самого человека, что он сам может осуществлять высокий уровень личного контроля. Второй случай отражает проявление экстернального локуса — веры, что жизнью человека в большой степени управляют внешние силы, такие как случай, судьба или поведение других людей.

Целью нашего исследования было изучение уровня субъективного контроля у спортсменов-подростков.

Диагностический аппарат исследования составили: методика «УСК» Е.Ф. Бажина (адаптированная для спортивной деятельности) и опросника на эмоциональный интеллект Д.В. Люсина «ЭМИн». В процессе

исследования проводилось сравнение показателей локуса контроля спортсменов — хоккеистов, футболистов и баскетболистов. Все три вида спорта являются командными, но имеют выраженную специфику. Участвовавшие в исследовании спортсмены относятся к одной возрастной группе (97 года рождения). Сравнивая команды по показателям интернальности, необходимо отметить, что внутренний локус контроля у хоккейной команды значимо выше, чем у баскетбольной и футбольной команд. Возможно, высокая интернальность у хоккеистов объясняется стажем и большим опытом тренера, который не только развивает выносливость и физическую силу ребят, но и помогает им советом как наставник. Тренер команды баскетболистов, еще только начинающий свою тренерскую карьеру, испытывает трудности в установлении контакта с ребятами, в формировании у воспитанников навыков самоанализа. Для наиболее полного изучения уровня субъективного контроля нами было проведено исследование взаимосвязи локуса контроля и эмоционального интеллекта. В спорте необходимо четко разделять личное и профессиональное: если спортсмен во время соревнований или тренировок умеет блокировать эмоции из «личной жизни», то это говорит о высоком уровне эмоциональной компетентности. Данный факт подтверждается установленной связью общей интернальности и внутриличностного эмоционального интеллекта у хоккеистов-подростков ( $r = 0,476$ ;  $p = 0,05$ ). Следовательно, такой спортсмен не впадает в панику или не будет склонен вести себя агрессивно при отрицательном результате, он будет задавать себе вопрос «что я мог сделать в данной ситуации?» или «что я сейчас буду делать?». Тем самым он актуализирует логическое мышление и начинает искать решение задачи. Взаимосвязь интернального локуса контроля и межличностного эмоционального интеллекта, подтверждает, что общение является неотъемлемой частью деятельности спортсмена. Совершенствуя способности познания себя, самоконтроля, самомотивации и соучастия, спортсмены приобретают навыки создания более эффективных взаимоотношений в команде и с тренером. Эта компетенция касается установления успешных контактов и способности управлять эмоциями других. Такой спортсмен обладает широкими навыками социального общения и тем самым располагает лучшими возможностями общения и установления сотрудничества. На основе полученных результатов можно сделать вывод, что тренеру необходимо готовить спортсменов не только в физическом и тактическом плане, но и в личностном, нравственном и духовном. А также развивать у своих воспитанников способность противостоять многим соревновательным факторам, оказывающим нега-

тивное влияние на личность спортсмена и результат, т. е. проявления высокой надежности в соревновательной деятельности. Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства образования и науки РФ, проект 6.4569.2011.

# КУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕ

*Бурмистров С.Л.*

## **Индийская религиозная культура и современная психология: точки контакта?**

В индийском религиозном сознании обращает на себя внимание восприятие реальности, в которой пребывает человек, как всегда не-благой. Эта черта вообще характерна для религиозного сознания, однако в некоторых направлениях индийской религиозной философии (в первую очередь адвайта-веданты) сама эмпирическая реальность рассматривается как иллюзорное порождение творящей силы Брахмана-майи, проявляющейся на уровне индивидуального сознания как неведение (*avidyâ*), которое человек должен преодолеть, чтобы осознать свое изначальное тождество с Брахманом. В адваите проводится различие между эмпирическим «я» — обычным сознанием, выступающим как субъект по отношению к объектам и как объект — в ситуации саморефлексии, — и истинным «Я», которое по определению не может быть объектом. В философской поэме «Аштавакрагита» мудрец Джанака сравнивает истинное «Я» с пеной на воде, не отличающейся по природе от самой воды, и говорит, что все порожденное Атманом не отличается от самого Атмана, а Вишвешвара в комментарии на поэму пишет: «То, что вышло из Атмана, единоприродно Атману», в силу самого факта эманации всего сущего из Атмана. Подобно тому, пишет он, как пузыри на воде возникли из самой воды и поэтому имеют одинаковую с ней природу, так и все, возникшее из Атмана, единоприродно с ним. В рукописи *Daivaúlokivedânta* из Индийского фонда ИВР РАН божество описывается как пронизывающее собой все сущее и причастное и блаженству, и страданию. В гимне *Dattamahimnâkhyastotra* говорится, что для божества и для адепта, поклоняющегося ему, все сущее «имеет один вкус» (*samarasa*) — вкус освобождения. С другой стороны, божество может описываться и как повелитель демонических существ. Интерес представляет образ богини Кали, которая предстает как жестокое божество, питающееся мясом и украшенное человеческими черепами. Во многих случаях культ ее, равно как и культ ее супруга Шивы, характеризуется очень отчетливым акцентом на сексуальности, и было бы весьма инте-

ресно сопоставить ее иконографию, мифологию и ритуальные практики, связанные с нею, с аналогичными культурами женских божеств в других культурах. В то же время широко известны исследования С. Грофа с его базовыми перинатальными матрицами, первая из которых включает переживания единения с Вселенной, стирающего границы между «я» и остальным миром и наполняющего человека глубоким покоем. При всей сомнительности самих этих исследований и общей вторичности идей Грофа по отношению к восточной философии интересен сам вопрос, на который он по мере своих сил попытался ответить: как все эти переживания, традиционно приписываемые лишь религиозной сфере, могут быть достигнуты без использования религиозных понятий и образов, только конкретными техническими средствами? Вряд ли возможно отрицать продуктивность такого сциентистского подхода к религиозному сознанию. Далее, хорошо известно традиционное для индийской медицины представление о пяти жизненных дыханиях, работа с которыми не только способствует физическому и душевному здоровью, но и имеет прямое отношение к тем религиозным целям, которые ставят перед индивидом различные школы индуизма. Конечно, индуизм как комплекс религиозно-философских систем и культовых практик достаточно сложен, однако он включает в себя такие практики, которые требуют от адепта тщательной работы с этими жизненными дыханиями. Известны также представления о структуре личности, принимавшиеся рядом наиболее крупных и влиятельных религиозно-философских систем. Так, в системе санкхья эмпирическая личность рассматривалась как комплекс, состоящий, помимо физического тела, из buddhi (инстанция, ответственная за отличие субъектом себя от объектов и принятие решений касательно последних), ahamkâra (инстанция, ответственная за формирование и поддержание представления субъекта о постоянном и относительно неизменном «я» и примысливание ко всем психическим процессам понятий «я» и «мое») и manas (структура, отвечающая за формирование представления об объекте). Эти представления о психике были порождены определенной культурой, однако если исходить из тезиса о единстве организации психики независимо от культурной принадлежности субъекта, можно поставить вопросы, во-первых, о поиске соответствий между индийскими учениями о душе и современной научной психологией, а во-вторых, о материальном субстрате тех религиозных переживаний, которые были целью индийских религиозных практик.

*Гришина Н.В.*

## **Психологическое благополучие: к экзистенциальному пониманию**

Проблема здоровья в психологической науке и практике является частью более широкой темы психологического благополучия, понимание которого обусловлено не только научными представлениями, но также историческими и культурными факторами. Определение понятий психологического здоровья и благополучия связано с самими смыслами психологической работы, ее направленностью и миссией психологов в современном мире. При этом данная тематика сама «встроена» в более широкое проблемное поле обсуждения качества жизни, удовлетворенности жизнью, ее «высших смыслов» и т. д. За столетие развития идей в этой области ее представления претерпели значительные изменения.

В классическом психоанализе главной целью практической работы было освобождение человека от любых проблем, порождающих трудности и переживания (Фрейд: «Когда кто-то спрашивает о смысле или ценности жизни — он болен»); соответственно задачей работы было максимально возможное уменьшение напряжения и достижение компромисса равновесия. Идеалом человеческого существования становится «беспроблемность», а психологическое благополучие человека связывается с приспособительными формами поведения. Сама «приспособительная» идея имела свои основания в социальных представлениях того времени, касающихся идеалов человеческого существования.

Отношение к психологическим проблемам человека и соответственно понимание его психологического благополучия меняется с возникновением идей, объединенных так называемой «гуманистической» парадигмой. Именно в ее рамках А. Маслоу сформулировал задачу создания и развития психологии здоровья, которая, по его мнению, будет более плодотворным подходом, чем типичный для психологии того времени вопрос «Как не быть больным». Исходя из убеждения, что «приспособление не является необходимым синонимом психологическому здоровью» (Маслоу), гуманистические психологи утверждают понимание психологического здоровья через развитие и реализацию потенциала человеческой личности. Именно благодаря их усилиям переживаемые конфликты и кризисы перестают рассматриваться как симптом неблагополучия человека, но интерпретируются как возможное следствие трудностей самореализации. Появление новых подходов к пониманию психологического благополучия человека было во многом инспирировано интеллектуаль-

ным климатом 40–60-х годов с его лозунгами «движения к самому себе». Дальнейшее развитие идеи гуманистической психологии в области психологии здоровья получают в позитивной психологии, делающей здоровье, благополучие, счастье человека не только фокусом своего внимания, но и общей целью позитивной психологии.

Таким образом, современная психология в трактовке психологического благополучия начинает переходить от формата глубинной, интраперсональной феноменологии ко все большей связи благополучия человека с его открытостью и самореализацией в окружающем мире и далее прямого соотнесения психологического благополучия человека с общим контекстом жизненного благополучия. Новые векторы в понимании психологического здоровья могут быть развиты на основе экзистенциального подхода, который рассматривает переживание человеком экзистенциальных проблем как необходимое условие подлинности его существования и обретения душевного здоровья. Проблема благополучия человека обсуждается в формате «бытия-в-мире» и описывается понятиями «онтологической уверенности» (Р. Лэйнг), «мужества быть» (П. Тиллих), жизнестойкости (С. Мадди) и др. Разрабатывается понятие мудрости как определенного уровня душевной зрелости человека, проявляющейся в способности решения жизненных проблем. Считается, что само возникновение экзистенциального направления является ответом психологии на самые насущные проблемы нашего времени.

Своеобразие решения экзистенциальных проблем — в необходимости ухода от их «дихотомизации»: конструктивное решение «жизненных дилемм» находится не предпочтением или отказом от одного из очевидных выборов, но альтернативой, индивидуально выстраданной и пересматриваемой. Тем самым акцент делается на внутренних ресурсах человека, его способах «проживания» экзистенциальных проблем. Ответы на экзистенциальные «вызовы» составляют сущность «жизнетворчества», а конструктивные способы внутренней работы с экзистенциальными проблемами являются основой душевного здоровья как высшей формы психологического здоровья человека.



*Гуриева С.Д.  
Михалюк О.С.*

## **Идентификационная матрица национально-культурного образа «Я»**

Целью данной статьи явилось изучение национально-культурных различий в образе «Я». Структурные и динамические составляющие образа «Я» системно были разработаны С. Московичи в идентификационной матрице сознания человека, в основе которой находится множество идентичностей: общечеловеческая, половая, религиозная, этническая, профессиональная и др. Идентификационная информация в матрице распределяется таким образом, что тот вид идентичности, который является актуальным и, следовательно, становится ведущим в определенный момент времени, определяет иерархию идентичностей в идентификационной матрице.

Задача — раскрыть механизм отношения к себе как процесс личностной и социальной идентификации.

Для реализации поставленной задачи были использованы: тест М. Куна «Кто Я?», «Кем бы я не хотел быть?» в авторской модификации. Объект исследования — респонденты, проживающие в двух полиэтнических, поликонфессиональных городах Российской Федерации (Владикавказ, Санкт-Петербург), представители русской и осетинской национальностей, всего в исследовании приняло участие 1140 человек. Множественный образ «Я» был подвергнут контент-анализу, распределяя все ответы респондентов в две идентификационные матрицы: личностная и социальная. Собираемый образ социального «Я» состоял из объективных характеристик, связанных с полоролевой принадлежностью (мужчина, женщина, девушка, юноша и т. д.), профессиональной (врач, строитель и т. д.), этнической (русский, осетин и др.), семейно-родственной (муж, жена и т. д.), конфессиональной (мусульманин, христианин и др.). Собираемый образ личностного «Я» анализировался субъективными характеристиками, особенностями личности, позитивными или негативными самооценками респондента.

Данные, полученные по выборке СПб, показывают значимые различия в соотношении личностного и социального в структуре образа «Я» по фактору «этническая принадлежность». Так, например, у представителей русской национальности наблюдается пропорциональное соотношение личностного и социального в структуре образа «Я». Для русских

респондентов оказались значимыми как личностные характеристики в структуре образа «Я», так и социальная идентификация (профессиональная, семейно-родственная, этническая, конфессиональная). У осетин (Владикавказ) социальная идентичность доминирует над личностной идентичностью в структуре образа «Я», для них наиболее значимой является принадлежность к группе — «мы» (кровно-родственной, семейной, этнической и др.). Однако наибольший интерес представляют данные, полученные по тесту «Кем бы я не хотел быть?», которые выявляют отрицательную идентификацию человека. В данном случае в ответах респондентов наблюдается согласованность представлений о структуре отрицательного образа «Я», которая проявляется в повышении значимости социального окружения человека: не хотят быть безработными, бездомными, занятыми «непрестижными» профессиями, принадлежащими к другой религии, представителями другой национальности, больными и т. д. Резкое понижение значимости «Я» в ответе на вопрос «Кем бы я не хотел быть?» сопровождается усилением потребности «мы» во всех группах респондентов. Отрицательное «Я» проявляется в активном поиске четких и определенных социальных границ приемлемого окружения. В ответах русских респондентов, проживающих в СПб, выявлена следующая структура диспозиционной иерархии образа «Я». Первое место — 43 % — занимает личностная идентичность (личность, человек); на втором месте — 22 % — профессиональная принадлежность (врач, коммерсант, учитель и т. д.); на третьем месте — 13 %, упоминаются полоролевые установки — «мужчина», «женщина». В основе идентификационной матрицы образа «Я» находится множество идентичностей, но соотношение этих идентичностей проявляется различно, с разной степенью их выраженности. Значимость собственной группы, осознание своей принадлежности к ней дает чувство защиты и психологического комфорта у осетин, что характеризуется высокими показателями этнической идентичности. Высокая степень осознания и принятия этнической принадлежности в структуре образа «Я» влияет на личные предпочтения, сопровождается защищенностью и душевным комфортом. У русских в собирательном образе «Я» важными компонентами являются уважение и принятие себя как личности, профессиональная реализация в работе и жизни. Реализация и защита этих компонентов в идентификационной матрице образа «Я» нередко отесняет конфессиональную, этническую принадлежность, усиливая личностную значимость, положительный и независимый образ «Я».

## **Ценностные основания моделей душевного здоровья**

Одна из важнейших задач психологической науки и практики состоит в том, чтобы помогать человеку в обретении и укреплении душевного здоровья. Эта задача решается как теоретиками в фундаментальных трудах, так и практиками — посредством пособий и тренинговых программ. Создано немало продуктивных концепций и рекомендаций. Представляется, однако, что недостаточное внимание специалистов уделено ценностным основаниям различных моделей душевного здоровья и соответствующих практик. Мы предполагаем, что существующие модели и практики опираются на имплицитные представления об относительной важности для личности и культуры, в которой она формируется, тех или иных ценностей. В соответствии с концепцией Ш. Шварца, ценности мы понимаем как эмоционально заряженные убеждения, которые определяют цели деятельности, трансцендентны по отношению к конкретным поступкам и ситуациям, служат в качестве критериев для оценки действий, людей и событий, создают упорядоченную систему ценностных приоритетов, характеризующих личность и ее поведение (Schwartz, 1992, 1996, 2006).

На наш взгляд, можно выделить две принципиально различные модели душевного здоровья. Они, в частности, представлены в работах К.-Г. Юнга. Первая модель трактует душевное здоровье как характеристику развитой личности. Душевно здоровый человек — тот, которому удастся преодолеть диссоциацию сознания, индивидуального и коллективного бессознательного, поэтому главная его характеристика — целостность. Другим показателем и условием душевного здоровья человека является наличие у него смысла жизни, который соответствует его Самости, переживается как индивидуальное предназначение. Еще одна важная характеристика — способность адаптироваться к тем условиям, в которых ему приходится жить. Обретение душевного здоровья на пути развития личности неизменно включает в себя страдание. Требования Самости могут не соответствовать предписаниям общества и часто вызывают резкую негативную реакцию со стороны окружающих людей. Другой источник внутреннего напряжения и дискомфорта — необходимость решать сложные нравственные проблемы. Самость может склонять человека к поступкам, противоречащим законам общественной жизни и внутренним установкам самой личности. Однако страдания человека, стремящегося к развитию личности, принципиально отличаются от

страданий человека, пребывающего в состоянии невротической диссоциации. «Невротик болен потому, что не осознает своей проблематики, а человек, имеющий осознанную проблему, страдает от нее, не становясь больным» (Юнг, 1950/1991). Душевному здоровью как идеалу развития личности Юнг противопоставляет подчинение культуре как различного рода общественным установлениям (конвенциям). Подчинение моральным, политическим, философским, религиозным конвенциям позволяет человеку благополучно пройти заранее предписанный жизненный путь и защищает его и общество от опасностей, которые таит в себе проявление Самости. Однако некритическое следование общественным установлениям несет потенциальную опасность. Незрелость индивидуального сознания препятствует способности адаптироваться к нестандартным ситуациям. Обозначим представленные здесь модели как «модель Самости» и «модель конвенций». Они предполагают разные цели и способы их достижения и, соответственно, различные ценностные основания поведения человека. Для обозначения приоритетных ценностей воспользуемся классификацией Шварца. «Модель Самости» подразумевает в качестве приоритетной ценность «самостоятельность»; «модель конвенций» — ценности, которым Шварц дает название «традиции», «конформность» и «безопасность». То, какая из этих моделей душевного здоровья получает распространение, зависит от приоритетных ценностей культуры.

Образ душевно здорового человека, каким он нарисован в трудах западных психологов XX века (Г. Олпорт, А. Маслоу, А. Элис и др.), в целом соответствует «модели Самости». В этом проявляется актуальная задача западной психологии — помочь человеку найти свой способ жизни в условиях индивидуалистического общества. В традиционных же обществах, как показывают исследования антропологов, сохранение душевного здоровья обеспечивалось подчинением традициям, что соответствует «модели конвенции». Ориентация же конкретного человека на ту или другую модель душевного здоровья может отражать присущую ему иерархию ценностей на том или ином этапе жизненного пути.

Исследование проводится в рамках гранта РГНФ № 13-06-00638а.

*Захарова А.М.  
Гуриева С.Д.*

## **Понятие межкультурной компетентности**

На сегодняшний день процесс глобализации охватил все страны мира и вместе с этим затронул и все аспекты человеческой жизни, значительно усилил и интенсифицировал потребность во всех формах общения и взаимодействия стран, народов и их культур. На протяжении всей жизни человек непременно сталкивается с представителями разных национальностей, это могут быть сокурсники, коллеги, соседи или просто знакомые. Стоит отметить, что в каждом обществе имеются свои нормы и ценности. Чаще всего людям сложно понять и принять те вещи, которые не соответствуют их обществу. В такой ситуации требуется развитие эмпатии, толерантности, гибкости мышления и способности адекватно реагировать на отличные от своей культуры ценности и нормы, с тем чтобы эффективно взаимодействовать и выстраивать качественную систему коммуникаций. В целом все это можно выразить одним научным термином «Межкультурная компетентность». Что такое межкультурная компетентность? Понятие межкультурной компетентности является многоаспектным и неоднозначным. В зарубежной литературе понятие «межкультурная компетентность» появилось в начале 1970-х гг., во время становления межкультурной коммуникации самостоятельным научным направлением. Таким образом, в 1970–1980-х гг. стали актуальными проблемы взаимоотношения разных культур и их ценностей (Захарова А.М., 2012). Проанализировав научную литературу, посвященную межкультурной компетентности, можно утверждать о том, что межкультурная компетентность содержит в себе: систему знаний, которая составляет основу кросскультурной грамотности (ознакомление с культурой и историей других народов и национальным своеобразием); навыки межкультурной коммуникации и восприятия реальности; владение иностранным языком; знание соответствующих правил поведения в обыденной, профессиональной и религиозной сферах, плюс ко всему выработка умений, необходимых в ситуации межкультурного диалога; комплекс характерных черт личности и навыков, такие как культурная эмпатия, толерантность, доверие, открытость к проявлениям культуры; осознание своей культурной идентичности и понимание своего культурного влияния в контексте межкультурной коммуникации; развитая способность к пониманию других культур. Судя из определения, можно утверждать, что межкультурная компетентность способствует налажи-

ванию эффективных контактов, пониманию культур, разрешению конфликтов, и как следствие — исключению войн между государствами. Изучение межкультурной компетентности имеет особую значимость для всего человечества.

*Иванов М.В.*

## **Душевное здоровье, жизнь и смерть в культуре сентиментализма**

Знание культурно-исторических типов личности является составной частью профессиональной эрудиции практического психолога — и не только работающего в области арт-терапии. Они в интеллектуально-чувственной форме выражают стиль и «гештальт», которые особенно близки конкретному человеку, обратившемуся к психологу в ситуации душевного кризиса. Культурно-исторический тип сентиментальной личности, воплощенный, прежде всего, в художественной прозе середины XVIII — начала XIX веков, служит полезной познавательной моделью при анализе современной личности, поверхностные черты которой, разумеется, оформлены по меркам современной моды. Жизнь и смерть во все эпохи представляли те полюса бытия, посреди которых и располагалось представление о душевном здоровье. В Средние века оно приближалось к полюсу смерти (благая цель существования помещалась в загробном мире, а выздоровление мыслилось как рост смирения при преодолении житейских невзгод), так что требовались специальные идеологические усилия, чтобы предотвратить ускорение своей кончины (самоубийство считалось смертным грехом). В эпоху Возрождения самоубийство даже из высших соображений вызвало бы скорее недоумение, т. к. здоровое существование ценилось как путь к титаническому развитию всех телесных и духовных сил. Для героев официального классицизма самоубийство представлено как кратчайшая дорога в ад, ибо жизнь благородного человека не принадлежит ему самому, а дана для служения общественному благу. Только в эпоху Просвещения, когда идея разума соединилась с идеалом политической справедливости, трагические герои могли через самоистребление достойно приносить себя в жертву гражданскому долгу и зову свободы («Вадим Новгородский» Княжнина, «Житие Федора Ушакова» Радищева). Но во всех случаях это было деяние, соответствующее

нормам большой группы (государства, нации, сословия). Иное положение создалось в эпоху доминирования сентиментализма. В основе сентиментального идеала лежал идиллический хронотоп (описанный в трудах М.М. Бахтина). Сентиментальный герой — это человек природы и тесного, теплового круга близких людей. Если классицистический тип — мужской или мужеподобный (мудрый государственный деятель в расцвете сил), то сентиментальный тип ориентирован на женское доминирование, возвеличивает мать семейства, верную супругу, добродетельную хозяйку. Основной ход времени — природный, связанный со сменой времен года и поколений, быт конкретен и опоэтизирован. Позитивные чувства заботы, симпатии, любви и дружбы объединяют людей в неформальный круг. Здесь восстанавливается единение людей с природой (хижина, дворянская усадьба, дача). Этическая красота переживается непосредственно как эмоциональная совместная жизнь. Это мир женщин, детей, стариков, всех тех, кто «тянет ляжку» на работе, а затем отдыхает «на лоне». Сентиментальный тип богат непосредственным переживанием конкретного бытия как насыщенного красотой быта, мягок, добросердечен, чувствителен, альтруистичен, слит с природой, склонен к «натуральному» потреблению простой, но здоровой жизни, человек уединяется в скромном, но тихом и уютном жилище. Исторически идиллический хронотоп развился из фольклорной традиции, как реализация жизни простолюдинов. А в сентиментализме он тематически представлен прежде всего как воплощение дворянской усадьбы и соединился с житийным хронотопом, где уединенность личности совмещалась с интенсивной работой души. Идиллия психологизировалась. И оптимистичность идиллии (с воспеванием весьма простой «природной» гармонии духа и тела) модифицировалась в неудовлетворенность наличным бытием, где «чувствительная» и уже «сложная» душа не находила полного отклика среди окружающего мира. И в критических случаях восстановление утраченной гармонии осуществлялось через самоубийство, что (при признании авторитета христианского учения!) считалось проявлением чистоты и здоровья духа. В самой популярной русской сентиментальной повести — в «Бедной Лизе» Карамзина — самоубийство главной героини, не смирившейся с изменой возлюбленного, получает такую оценку: «Таким образом скончала жизнь свою прекрасная душою и телом». Переживание предательства настолько потрясло ветреного Эраста, что он умер, считая себя убийцей Лизы, и, по мысли автора, настолько очистился от содеянного зла, что может рассчитывать на примирение с ней после смерти, — разумеется, в раю. Исследование проводится в рамках гранта РГНФ № 13-06-00638а.

## **Подростковая аутодеструкция как феномен культуры**

В процессе работы с детьми мы обнаружили, что растет число подростков с выраженными аутодеструктивными мотивами поведения, направленными на деформацию и саморазрушение. Это и раннее приобщение к потреблению ПАВ (табак, алкоголь, наркотики), а также компьютерная зависимость, попытки суицида, прогулы школьных занятий, бессодержательное времяпрепровождение. Аутодеструкция — это аномальное состояние личности, выражающееся в стремлении индивида к саморазрушению вследствие искажения его социализации. Мы полагаем, что причины, порождающие данные проблемы, являются культурно-, социально-психологическими. С одной стороны, причины в самом человеке, его психологической природе, с другой стороны — в социуме, его организации. Что в природе подростка (человека) позволяет сформировать аутодеструкцию? На наш взгляд, это:

1. Человек рождается со способностью стать личностью. Он становится личностью только в процессе социализации по мере освоения языка и культуры. Культура — это опыт жизнедеятельности, передаваемый из поколения в поколение. Человек в своей жизни опирается не на инстинкты, а на опыт, воспринятый от предшественников. Но этот опыт не во всем хорош. Опыт, порождающий аутодеструкцию, резонно назвать антикультурой.
2. Способность перенимать опыт предполагает, что человек существо внушаемое.
3. Подросток бессознательно копирует действия и поведение окружающих.
4. Аутодеструкция обусловлена не только антикультурой, но и личностными детерминантами.

В подростковом возрасте чрезвычайно важен поиск идентичности (кто я? кем буду в этом мире?). У подростков актуализируется потребность в социализации, в самоутверждении, в общении, в авторитете. Формируется мировоззрение, развивается способность к абстрактному мышлению. Эти свойства подрастающего поколения и используют производители болезнетворной продукции (алкоголь, табак), обрушивая на неокрепшую психику подростка рекламу. Реклама обыгрывает неудовлетворенные, формирующиеся потребности подростка и предлагает для их удовлетворения суррогаты и заведомо болезнетворные средства. Ак-



тивно развивается потребитель, но суррогатом удовлетвориться нельзя. Происходит потребительское извращение личности. Что делать в такой ситуации? Прежде всего, не надо поддаваться иллюзии, что подросток свободен в своем выборе. В действительности человек не рождается свободным. До поры социальной зрелости человек крайне внушаем, и действует на основе воспринятых внушений. Ему только кажется, что это его собственные решения. Нужно как можно больше сил тратить на то, чтобы развивать сознание подростка, его разум. Надо стараться приобщать его к исторически позитивному опыту решения личностной проблематики, к знаниям о природе собственной организации, прививать интерес к самосовершенствованию. Подросток, если правильно направить его усилия, может действительно стать человеком разумным, сознательным и потому свободным от аутодеструктивных внушений.

*Исанова М.О.*

### **Самоотношение и эмоциональные реакции в исполнительской деятельности**

Концертные выступления — это необходимая часть деятельности музыканта — исполнителя классической музыки. Состояние музыканта во время выступления вариативно и зависит от свойств нервной системы, уровня готовности к выступлению, общего физического состояния, а также возраста и уровня мастерства. Однако есть и общее — эта ситуация является стрессовой подобно ситуациям выступления на спортивных состязаниях или ответа на экзамене. Во всех вышеперечисленных случаях стресс связан с оценкой результата деятельности, происходящей здесь и сейчас, что повышает цену ошибки и значительно увеличивает напряжение психики, что влечет за собой повышенные эмоциональные реакции, негативные физиологические состояния, затрудняет когнитивные и волевые процессы. По сложившемуся у профессионалов-исполнителей мнению, одним из факторов, негативно влияющих на способность полностью управлять ситуацией во время выступления, является сосредоточенность не на задаче выступающего, а на себе, т. е. на собственной личности. Ситуация оценки деятельности превращается в таких случаях в оценку личности исполнителя, ее Я-концепции. В связи с этим мы предположили, что ситуация концертного выступле-

ния воспринимается неодинаково личностями с разным качеством самооценки и самоотношения: личности с негативным самоотношением ощущают потенциальную угрозу для своей Я-концепции, что выражается в повышенной тревожности и в сфере исполнительского результата ведет к потере контроля, что выражается в мышечном напряжении, временном расстройстве памяти (забывание музыкального текста), искажении музыкальной перцепции (чаще всего это выражается в неоправданном изменении темпа исполнения в сторону увеличения или, наоборот, сильного замедления) и некоторых других индивидуальных проявлениях; личности с позитивным самоотношением не чувствуют подобной угрозы и способны выполнить все исполнительские задачи на том же уровне, какой они демонстрировали в классной работе и на репетициях. Целью нашего исследования было выявить взаимосвязь между преобладанием позитивных эмоций во время концертного выступления (как индикатора отсутствия экстремального напряжения в связи со стрессом) и преимущественно позитивным самоотношением личности исполнителя. Выбранная нами группа исследуемых: молодые люди и девушки 16–19 лет. Одной из задач исследования стало также определение имеющихся взаимосвязей между основными интересующими нас параметрами: самоотношением и главенствующими эмоциями при выступлении с характеристиками детско-родительских отношений как факторами, влияющими на самоотношение. Мы поставили следующие задачи: 1) рассмотреть ситуацию концертного выступления как феномен; 2) определить преобладающие позитивные и негативные эмоции исполнителей при выступлении; 3) провести исследование взаимосвязи между показателями глобального самоотношения и испытываемыми во время выступления эмоциями, а также параметрами детско-родительских взаимоотношений. В исследовании приняли участие 40 учащихся музыкального училища по специальности «фортепиано», «скрипка», «духовые инструменты», из них 10 юношей и 30 девушек. В качестве методик были использованы: — шкала дифференцированных эмоций по К. Изарду, — опросник самоотношения Столина, — опросник ДРОП Трояновской. Результаты проведенного исследования выявили особенности эмоционального реагирования исполнителей во время концертного выступления; основная гипотеза исследования о взаимосвязи самоотношения и эмоциональных состояний во время выступления не была подтверждена; вместе с тем были выявлены связи между эмоциональными состояниями молодых музыкантов и некоторыми характеристиками детско-родительских отношений.

## **Эстетизация суицида в современной культуре**

Самоубийство как эстетически оформленный экзистенциальный акт стоит особняком в ряду суицидов как таковых. Причиной суицида, как принято считать, может быть, например, невыносимая обуза жизни либо этическая тупиковость той или иной ситуации, — но добровольный уход, ориентированный на чисто эстетические ориентиры, вполне вписывающийся в понятия человека о прекрасном, на первый взгляд, неуместен. Но, тем не менее, суицид вполне может быть источником вдохновения и мерилom прекрасного — как бы гармоничным продолжением жизни, может быть даже ее квинтэссенцией. Или даже самой жизнью — как бы парадоксально это ни звучало. Смерть в этом случае, вопреки обычной логике, становится воспринимаемой предпочтительнее и прекраснее земного существования, поскольку суицид проявляет себя некой точкой бифуркации, в которой, «наконец-то», соединяются вместе все модусы и доминанты конкретной человеческой судьбы. У нас в стране, где, по понятным причинам, междисциплинарные исследования в области суицидологии практически прекратились после 1917 года и лишь в 90-е годы XX века были возобновлены, суицид до сих пор принято квалифицировать как результат психического расстройства, сводя его в область своего рода патологии. Но как раз междисциплинарные исследования в области суицидологии говорят о том, что лишь около 30 % суицидов связаны с тем или иным психическим заболеванием, т. е., соответственно, около 70 % самоубийств совершают вполне здоровые в психическом отношении люди. И среди этих 70 % у какой-то части самоубийц суицид становится именно культурно-значимой моделью поведения, переходя в разряд источника вдохновения в своем приближении к стандартам прекрасного, — т. е. актом, в котором существует то, что можно назвать «очарованием самоубийства», даже неким духовным действием, направленным на своеобразную гармонизацию бытия. В настоящее время у нас в стране появляются исследования на тему эстетизации суицида — прежде всего тут нужно вспомнить работу Л.З. Трегубова и Ю.Р. Вагина «Эстетика самоубийства». Однако эти исследования, отражая сам факт эстетического суицида, никак не связывают его с процессами трансформации, или лучше будет сказать мутации, сознания европейца, которое претерпело необратимые изменения в XIX–XX веках. Эстетика самоубийства, например в вышеупомянутой работе, рассматривается в неизменном аспекте: с глубокой древности и до наших дней. Но ведь именно XIX век внес в

феномен суицида поистине осмысленную эстетическую составляющую — самоубийство состоялось как факт культуры. Это произошло во времена романтизма, может, несколько ранее, в эпоху сентиментализма, когда начал культивироваться образ эстетически организованной смерти, как некоего дополнительного оттенка смысла в добровольном уходе из жизни. И говоря, например, об эстетическом суициде нашего времени, необходимо обращаться именно к этому периоду в истории европейской культуры. Также необходимо проследить то, как менялось европейское сознание в процессе разрушения цельного восприятия христианского мира; становления позитивизма как мировоззренческой позиции; возникновения философских течений, вводящих понятие абсурда как основы существования; изменения культурного фона вследствие появления «массового сознания»; появления декаданса; психоанализа, философии постмодернизма и прочих доминант трансформации европейского сознания последних двух веков. Современный человек, потерявший свою самоидентификационную целостность, не способный уже наследовать нечто целое, тем не менее являет в своей культуре феномен эстетического суицида, созвучный романтическим образцам. Но это созвучие состоятельно лишь по форме, — по сути дела являясь фактом феномена, квалифицированного как массовая культура. Этот феномен синтезировал в себе практически все культурные образцы, превратив их в своего рода штампы. И рассматривать практику современного эстетического суицида необходимо, учитывая именно эти особенности. Но, так или иначе, даже в наше время человеком, задумавшим совершить суицид, может руководить своеобразная тяга к прекрасному, как бытийственная установка, никак не связанная с чем-либо еще.

*Милованов К.Ю.*

### **Аксиологические приоритеты формирования культуры здоровья личности в образовании**

В ряду основных приоритетов развития национальной системы образования отчетливо прослеживаются направления, связанные с различными проблемами физической и спортивной культуры как ведущего фактора формирования культуры здоровья личности. Очевидно, что профессиональная готовность педагога к формированию здорового

образа жизни учащихся обладает вполне определенной спецификой по сравнению с готовностью к другим видам и типам педагогической деятельности, т. к. продуктивная профессиональная деятельность в данной области предполагает развитие личностных и профессиональных качеств. Новейшие образовательные стандарты в области физической культуры становятся реальностью теории и практики современного отечественного образования. Происходящие в социуме кардинальные перемены определяют необходимость создания социально-педагогических и психологических условий модернизации и развития физической культуры в рамках национальной системы образования. Общественная потребность в формировании культуры здорового образа жизни в свете новой стратегии образования вызрела не одно десятилетие, прежде чем стала осознанной и вылилась в требование смены традиционной педагогической парадигмы. В настоящее время ведущими отечественными учеными в области физического воспитания систематизированы научные подходы и механизмы формирования у подрастающего поколения культуры здоровья и здорового образа жизни. Разработаны технологии, базирующиеся на реализации здоровьесформирующей функции физической культуры, в которых приоритетом является не только здоровьесбережение, но и комплексное формирование здоровья школьников средствами физической культуры и спорта. Реализуются инновационные модели формирования духовного здоровья личности средствами и методами физической и спортивной культуры. В рамках реализации приоритетных национальных проектов и президентских инициатив обоснованы инновационные формы и стратегия модернизации системы физического воспитания и спорта детей и молодежи. Комплексное физическое развитие учащихся нацеливает деятельность образовательных систем на признание самоценности и уникальности личности ученика, формирование здорового образа жизни, на формирование активной позиции гражданина современного социума, способного вносить свой весомый вклад в развитие правового и безопасного общества. Включение в стандарты нового поколения для начальной и основной школы специального раздела «Здоровый и безопасный образ жизни» предполагает разработку и реализацию в каждом образовательном учреждении комплексных программ по формированию здорового образа жизни. Пристального внимания требует и научно-методическое обоснование системной психолого-педагогической профилактики различного рода зависимостей, выстроенное с учетом возрастных особенностей и специфики познавательной деятельности детей разного возраста. В настоящее время необходимо решение целого комплекса актуальных проблем,

связанных с организацией здоровьесберегающей инфраструктуры общеобразовательных учреждений, учебного процесса, подготовки и переподготовки педагогических кадров, просветительской работы с родителями. Качество здоровья подрастающего поколения отражается на индивидуальном уровне и характеризует различные возможности личности в успешной самореализации и полноценной жизнедеятельности. К числу важнейших проблем следует отнести апробацию и внедрение в непосредственную практику работы школы паспорта здоровья учащегося, включающего обобщенные данные о развитии школьника. Создание условий для сохранения и укрепления здорового образа жизни школьников через внедрение здоровьесберегающих технологий, модернизацию содержания физической подготовки — вот основные задачи, которые стоят перед российской школой. Существует необходимость в углубленном изучении специальных дисциплин по психолого-педагогическому обеспечению физкультурно-спортивного сегмента в рамках различных интегрированных курсов. Усиление взаимосвязи между дисциплинами способствует формированию полидисциплинарных связей по всем теоретическим, предметно-специальным знаниям, укреплению практической основы теории и методики физического воспитания и спорта. Актуальные здоровьесберегающие технологии в образовании являются основным звеном непрерывного процесса развития культуры здоровья человека, ориентированным на расширение знаний о здоровом образе жизни. Необходимо не просто обеспечить здоровьесберегающее образование, а сформировать ценностное отношение к культуре здоровья.

*Митрофанова О.Г.*

## **Ценностные приоритеты китайских студентов в процессе приобщения к новой культуре**

В современной кросс-культурной психологии существует большое количество исследований, посвященных проблемам влияния культурного контекста на психологическое здоровье, среди которых наиболее остры проблемы адаптации, «культурного шока», несоотнесенности культурных традиций, ценностных ориентаций и др. Огромное количество исследований подтверждают то, что обычно среди мигрантов

больше психических заболеваний, чем среди коренных жителей. Особое место среди исследований связи культуры и здоровья занимает проблема ценностных ориентаций. Так, исследования Г. Триандиса, М. Бонда и Д. Мацумото показали зависимость заболеваемости от культурных ценностей. Выяснилось, например, что люди, принадлежащие к индивидуалистским культурам, более подвержены сердечнососудистым заболеваниям, а люди из коллективистских культур — инфекционным и паразитарным заболеваниям (Мацумото Д., 2002). Актуальность исследования ценностных приоритетов иностранных студентов в процессе адаптации к иной культуре обусловлена возможностью облегчить психологические состояния, связанные с приобщением к новой социокультурной среде, переживанием нового опыта межкультурного взаимодействия. Для изучения ценностных приоритетов китайских студентов нами был использован ценностный опросник Ш. Шварца. В силу своей универсальности методика применима для исследования ценностей в разных культурах, а также для кросс-культурных исследований (Карандашев Ю.Н., 2013). В методике Шварца ценности группируются вокруг трех осей измерения: «аффективная/интеллектуальная автономия — включенность», «равенство — иерархия», «гармония — овладение», которые представляют собой мотивационные домены, содержащие соответствующие ценности. В нашем исследовании приняли участие 106 китайских студентов 1-го и 3–4-х курсов некоторых вузов Беларуси. Исходя из положения о том, что ценности — это не застывшие образования, а динамическая система, мы предположили, что они могут изменяться в зависимости от времени пребывания в иной социокультурной среде. Исследование показало, что наиболее предпочитаемыми ценностями студентов из Китая, обучающихся на 1-м курсе, являются ценности, входящие в домены «иерархия», «аффективная автономия» и «гармония». Домен «иерархия» содержит такие ценности, как подчинение, социальная власть, авторитет и благосостояние. «Гармония» включает ценности, связанные с необходимостью быть в гармонии с природой и с другими людьми. «Аффективная автономия» включает такие ценности, как удовольствие, увлекательная и разнообразная жизнь. В качестве наименее предпочитаемых ценностей китайских студентов 1-го курса выступают ценности, входящие в домены «овладение», «интеллектуальная автономия» и «включение». Домен «овладение» занимает промежуточную позицию между наиболее и наименее предпочитаемыми ценностями. Ценности, входящие в данный домен, связаны с активным самоутверждением, честолюбием, успехом, мужеством и компетентностью. Домен «интеллектуальная автономия» противоположен «равенству».

Ценности, входящие в домен «равенство», тесно связаны с ценностями домена «включенность». Люди, для которых «равенство» является основополагающим принципом жизни, ценят равноправие, сотрудничество и заботу о других. Ценности, входящие в домен «включенность», характеризуют стремление индивида к включению в социальные группы, смысл их жизни в отношениях с другими людьми. У студентов из Китая, обучающихся на 3–4-х курсах, ценностные приоритеты отличаются от ценностных приоритетов китайцев 1-го курса. Сходство наблюдается в наиболее предпочитаемой ценности домена «иерархия». Далее следуют ценности «равенство» и «аффективная автономия». «Аффективная автономия» менее предпочитаемая ценность данной культурной группы. В качестве наименее предпочитаемых ценностей студентов-китайцев 3–4-х курсов выступают ценности, которые входят в домены «интеллектуальная автономия», «овладение», «включение» и «гармония». Таким образом, изучение ценностных приоритетов иностранных студентов в процессе адаптации к иной культуре позволит облегчить психологические состояния, связанные с приобретением к иной социокультурной среде, и тем самым добиться положительных результатов в межкультурных контактах.

*Нурлыгаянов И.Н.*

## **Прототипы человека-хама в сознании современных россиян**

В связи с упадком и кризисом в сфере духовной жизни общества и людей для ученых особо актуальными становятся вопросы психологии нравственности. Свидетельством этому является целый ряд публикаций, изданных в последнее время Институтом психологии РАН. В данных работах значимое место отводится индикации нравственного состояния общества. Однако негативным явлениям социальной жизни отводится малое внимание. В качестве такого дисфункционального феномена выступает хамство. Хамство «отравляет» межличностные отношения, несомненно, является фактором, разрушающим психическое здоровье людей. При столкновении с хамом трудно конструктивно разрешить конфликтную ситуацию в благополучном контексте. Целью данной работы выступило изучение типологических вариантов представлений



о личности хама. Для исследования феномена была составлена анкета, процедура которой основывается на методе, разработанном японскими психологами Азума и Кашиваги, и адаптированной Н.Л. Александровой (Смирновой) к российской выборке. Первый этап включил сбор дескрипторов, характеризующих хама, и составление специальной анкеты. Второй этап предполагает заполнение анкеты испытуемыми, а также последующую обработку. Факторизация данных позволила выделить в модели хама шесть значимых факторов, прототипов личности хама. В первый фактор вошли дескрипторы: употребляющий ненормативную лексику, бестактный, грубый, конфликтный, эмоционально незрелый, неуживчивый, невоспитанный, дерзкий, несдержанный. Стремление по любому, даже малейшему поводу вступить в конфликтную ситуацию объясняется эмоциональной незрелостью и неспособностью толерантно относиться к людям. При этом у потерпевшей стороны формируется негативный опыт коммуникативного взаимодействия, т. е. средствами выражения хамского поведения зачастую являются нецензурная речь и высказывания, унижающие достоинство и честь противоположной стороны. Данный прототип проинтерпретирован: проявление вербальной агрессии и незрелости в межличностных отношениях. Второй фактор вобрал переменные: настойчивый, самоуверенный, прямолинейный, упрямый, циничный, эгоистичный. В целом, переменные, образующие фактор, показывают, что человек чувствует безнаказанность за собственные действия, тем самым поднимает свою самооценку за счет других. Возможно, волевые усилия сопряжены с эгоистической направленностью и выступают средством, удовлетворяющим необходимые потребности и желания человека, но без соотнесения их с подобными качествами других людей. Этот прототип обозначен как проявление волевой активности, обусловленное заботой о собственном «Я». Третий фактор объединил показатели: общительный, трусливый, скрытный, тщеславный. Рассматриваемый прототип — конкуренция — характеризует тенденцию индивида добиваться своей цели обходными путями, что часто приводит к непониманию со стороны окружающих и, как следствие, к разного рода барьерам в межличностном взаимодействии. Четвертый фактор включил переменные: корыстный, вредный, лицемерный. Фактор отражает, с одной стороны, двуличность и услужливость хама, а с другой, желание нанести какое-либо негативное воздействие, урон своим собеседникам из-за собственного унижения перед ними. Зависимость, униженность, внешнее раболепие лишь еще больше невротизируют личность и актуализируют развитие таких личностных качеств, как мстительность и злопамятность. Содержательный анализ фактора позволяет его толковать как прототип двойственности

в отношениях, обусловленный достижением какой-либо выгоды. Пятый фактор образован следующими дескрипторами: небрежный, недоверчивый, неприятный. Хам, проявляющий соответствующее поведение, прекрасно осведомлен, что совершаемые им поступки и действия будут воспринимать в негативных красках. К сожалению, эта тенденция расширяет диапазон своего присутствия в жизненных реалиях, становится обыденной и привычной. Такая установка в сознании хама будет лишь подкрепляться и развязывать руки его очередным «подвигам». Прототип интерпретирован как соответствие негативным оценкам в глазах социума. Шестой фактор определяется следующими дескрипторами: жестокий, злой, применяет физическую силу, агрессивный. Достижение каких-либо результатов посредством физической силы — последний прием, используемый хамом. Любому человеку, сталкиваясь с повсеместным хамством, трудно найти в себе нравственные императивы, придающие силы отказать от данной незгичной модели поведения. Прототип может быть определен как проявление физической агрессии и жестокости.

*Проект Ю.Л.  
Богдановская И.М.*

## **Представления о психотерапевтической роли чтения у читателей разного возраста**

В условиях существенных преобразований темпов жизни, возрастания психологических и информационных перегрузок, под воздействием чрезвычайно насыщенной и высокотехнологичной жизненной среды особое значение для современного человека приобретают его компетенции в области сохранения и поддержания психологического здоровья личности. Одной из форм самоподдержки и самопомощи, издавна используемых человеком, является чтение художественной литературы. Приобщение человека к миру художественной литературы позволяет ему расширять свой опыт переживаний, развивать эмоциональную сферу, обогащать свои представления о мире и о себе. Несмотря на широкие психотерапевтические возможности чтения, сегодня ученые отмечают ярко выраженную тенденцию снижения интереса к чтению. Развитие информационно-телекоммуникационных технологий, расширение возможностей досуга и общения с помощью легкодоступных технических

устройств существенно преобразили саму культуру чтения. Современный человек чаще читает новостные сайты и блоги, предпочитая короткие формы текстовых сообщений. Для того чтобы привлечь внимание современного читателя, литература должна в большей степени проявлять релаксационно-развлекательное содержание, соответствовать мейнстриму, быть раскрученной и модной. В таких условиях литература, требующая серьезной интеллектуальной проработки, глубоких раздумий и рефлексии собственного Я, отходит на второй план. В предпринятом нами исследовании изучались представления о психотерапевтической роли чтения художественной литературы людьми молодого и зрелого возраста и их взаимосвязь со стратегиями совладания с трудными жизненными ситуациями. В исследовании приняли участие 44 испытуемых (9 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 23 до 54 лет. Средний возраст выборки молодых читателей составил 29,6 лет, выборки читателей зрелого возраста — 46,3 года. В целях раскрытия представлений испытуемых о психотерапевтической роли чтения была разработана анкета, включавшая три блока вопросов. Первый блок был посвящен сбору информации о читательском поведении испытуемых, второй блок — о внутренней активности в процессе чтения, третий блок — непосредственно представлениям о психотерапевтической роли чтения. Также применялись методики: копинг-тест Лазаруса, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге. Результаты исследования показали, что испытуемые обеих групп в наибольшей степени полагают, что чтение помогает добиться изменений в личной жизни и карьере, что отражает прагматический интерес к чтению. Действительно, по данным социологических исследований, наиболее востребованными жанрами книг являются различные самоучители и руководства. В наименьшей степени оценивается возможность понять что-то очень важное и увидеть свою жизненную ситуацию с другой стороны. Это подтверждает тенденцию поверхностного отношения к чтению, низкую включенность рефлексии в процессе чтения. Проведенный корреляционный и факторный анализ представлений о психотерапевтических возможностях чтения показал, что для испытуемых молодого возраста характерна синтетическая установка в данных представлениях. Они либо придают значимость всем аспектам психотерапевтического потенциала чтения, либо отказывают ему в таких возможностях. У испытуемых зрелого возраста структура представлений более дифференцирована и включает три различных компонента: усиление личностного потенциала, достижение социального успеха, развитие рефлексии. Корреляционный анализ выявил только отрицательные взаимосвязи представлений о психотерапевтических

возможностях чтения со стратегиями совладающего поведения. В группе испытуемых и молодого, и зрелого возраста выявлена обратная взаимосвязь копинга на поиск социальной поддержки с таким психотерапевтическим аспектом чтения, как возможность увидеть свою жизненную ситуацию с другой стороны. Выраженность этого копинга снижает веру испытуемых молодого возраста в возможность почувствовать прилив сил, укрепить отношения с другими людьми в результате чтения. Положительная переоценка выражена у испытуемых зрелого возраста, отрицающих возможность понять что-то важное и увидеть свою жизненную ситуацию со стороны в ходе чтения. В целом, отмечаются слабые связи представлений о психотерапевтических возможностях чтения и стратегий совладающего поведения испытуемых обеих групп. Проведенное исследование выявило тенденцию недостаточного понимания современными читателями психотерапевтических возможностей чтения, его потенциала в самопомощи и самоподдержке.

*Пронякина Е.Д.*

*Зайцева Ю.Е.*

### **«Нарратив о талисмани» как элемент личной идентичности современного человека**

Феномен талисмана, как некоего магического атрибута, амулета или тотема, связанного с определенными магическими ритуалами, давно и подробно описан в работах социальных философов и культурных антропологов (Frazer, 1923; Levy Bruhl, 1922; Тейлор, 1989). Однако в психологической науке проблематика талисманов как конструкторов личной идентичности практически не изучена. В настоящем исследовании мы исходим из того, что у большинства людей сегодня есть свои «талисманы» — вещи, которые несут определенную смысловую нагрузку и потому обладают для них особой значимостью. Как правило, люди придают значение самим вещам, а не своему отношению к ним. В то же время, сам по себе «нарратив о талисмани» во многих культурах тесно вплетен в жизненную историю человека, в становление его как личности. Именно поэтому представляется интересным исследовать феномен талисмана в рамках нарративного подхода (Bruner, 1986; Gergen, 1992; McAdams, 1993, 1996, 2000). Под талисманом мы понимаем символически значимый в

рамках индивидуальной истории, наделенный уникальным личностным смыслом объект, который по суеверным представлениям владельца приносит ему удачу, способствует достижению успехов и служит оберегом. Анализ ответов респондентов позволяет нам говорить о двух основных функциях талисмана: защитной (талисман как «волшебный помощник» и оберег) и символической (талисман как «хранилище» личной идентичности). Цель нашего исследования: описать «талисман» как психологический феномен и объяснить, каким образом он встраивается в жизненную историю человека. Для реализации поставленной цели планируется выполнение следующих задач:

1. Описать психологические механизмы включения вещи в личную историю.
2. Поиск психологических функций в рамках модели становления идентичности.
3. Проанализировать наличие и характер связи нарративов о талисмане с личностными особенностями, структурными и содержательными особенностями Я-нарратива, со стилем формирования идентичности и степенью ее достигнутой.

В ходе исследования предстоит проверить следующие гипотезы:

- Мы сами «встраиваем» талисман в свой контекст, создавая для него историю, включая его в реальные или вымышленные события своей жизни. История талисмана, таким образом, влияет на нашу Я-историю. Для проверки этой гипотезы планируется использовать интервью МакАдамса (McAdams D.P., 2001–2005), а также опросники Identity Style Inventory (Burzonsky M., 1999) и The Objective Measure of Ego Identity Status (Adams G.R., 1998).
- Между талисманом и его носителем существуют уникальные проецируемые субъект-субъектные отношения. Для проверки этой гипотезы предполагается использовать метод семантического дифференциала (выявление Я — Оно и Я — Ты отношений, отношения к талисману как к живому или неживому) (Бубер, 1995; Шнейдер, 2007, 2008). Ответ на вопрос: «Анимлируем ли мы талисман?» позволит нам установить степень и характер влияния талисмана на формирование личной идентичности. Предполагается, что полученные результаты позволят сделать ряд выводов относительно изменения характера отношений между человеком и талисманом в процессе конструирования личной идентичности. Главный страх эпохи постмодерна — страх «потерять себя». Сегодня не вещь дает нам смысл, а мы наделяем ее значением. Таким образом, мы конструируем сами себя при помощи талисманов.

Не идентичность «привязывает» нас к талисманам, а мы «привязываем» себя при помощи талисманов к своей идентичности. В результате проведения серии неструктурированных интервью нами было выведено определение талисмана как психологического феномена и обозначены его основные функции. Также подтвердилась гипотеза о включении талисманов в личную историю людей: испытуемые не просто описывают свои талисманы, а рассказывают о них истории, нарративы. Талисман всегда является для испытуемых символом их актуальной или прошлой идентичности.

*Протанская Е.С.*

## **О здоровье и исцелении в системе ценностей культуры**

В современном мире здоровье является абсолютной ценностью, и прогресс общества, каждой страны измеряется продолжительностью жизни населения, распространенностью заболеваний, уровнем развития медицины. Однако и в историческом прошлом здоровье рассматривалось как дар, ассоциировалось с красотой, а болезнь — с наказанием. Способности исцелять придавали особую значимость. Это было почетно. Лечение болезней занимались цари и жрецы в Египте, маги в Персии, придворные чародеи в других странах Востока. Одним из главных божеств древнего Египта был бог письма и знаний Джехути (Тот), считавшийся изобретателем медицины, ему посвящались храмы, где приносились жертвы, возносились молитвы и оказывалась помощь больным. Передачу медицинских знаний доверяли лучшим. Целителям не только верили, но ждали и информирования, поскольку уже тогда именно пациент принимал решение, довериться этому или обратиться к другому. В древнем Египте от врача требовалось, чтобы, приступая к лечению, он поставил диагноз и высказал прогноз, «применив одну из трех возможных формул: 1. «Это болезнь, которую я могу вылечить». 2. «Это болезнь, которую я, может быть, смогу вылечить». 3. «Это болезнь, которую я не смогу вылечить» (История Древнего Востока, 1979). Таким образом, врач непременно информировал больного о своих возможностях и намерениях в отношении больного, предсказывал возможный исход болезни. Греческих врачей Асклепия и Гиппократов почитали наравне с богами. Отношение к врачам сохранялось особенно уважительным, поскольку впервые именно они стали давать клятву в верности своей профессии, установленную Гиппократом: «Чисто

и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство». Он установил ответственность («не навреди! только для пользы больного...»), конфиденциальность («Я не дам никому ... смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла... Что бы ... я ни увидел или ни услышал ... из того, что не следует ... разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»). Наступление Новой эры от рождения Христа связывалось, в том числе, и с чудесами исцеления, сотворенными Иисусом, и с предсказанным им чудом воскресения. В христианской церкви сам дар исцеления считался и считается одним из оснований для причисления к лику святых. Хотя в Западной церкви критерий святости — чудо исцеления — должен подтверждаться наличием ряда свидетельств (определенный период времени, несомненность в медицинском диагнозе, ясность в плане реальности чуда), при этом важно, чтобы подтвердили люди уважаемые и известные, но и здесь — это одно из важнейших даров Святого. В церкви православной чудо исцеления не понимается настолько формально, но и без него не обходится, что подтверждает гуманистическую сущность христианской традиции. Несмотря на языческий характер клятвы Гиппократова, она сохраняется в христианской Европе, хотя и в видоизменной форме. Сохраняется существо профессии, от которой общество ждет чуда продления жизни, исцеления, а от профессионалов — предсказания о его возможности, информирования о ситуации и возможном исходе. В современности в результате распространения идей биоэтики, принятия законов о правах пациентов складывается практика диалога врача и пациента, которая призвана отвечать определенным стандартам, в основе которых «добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации» (Покуленко Т.А., 1994). Это называется «информированным согласием пациента». При этом «врачу вменяется в обязанность информировать пациента о: а) характере и целях предлагаемого ему лечения; б) связанном с ним существенном риске; в) возможных альтернативах данному виду лечения» (Покуленко Т.А., 1994). Информированное согласие означает согласование с больным предполагаемых мер лечения, уведомление о лекарственных препаратах и их действии, целях и предполагаемых результатах всех осуществляемых с больным процедур. Этический смысл этого — в превращении больного из объекта лечения в его субъекта и соавтора собственного исцеления вместе с врачами и персоналом. Принципы медицинской профессии, имевшие истоком сакральное служение, распространились и на другие профессии. Ответственность, профессиональная тайна и информированное согласие с клиентом, уважение его воли составляют основу этих норм.

*Сорокин В.М.  
Бучкина И.П.*

## **Образ инакости в искусстве**

Произведения литературы и живописи содержат многочисленные образы лиц с отклонениями в развитии, что представляет собой богатейший материал для клинико-психологического анализа. Образ незрячего встречается чаще остальных форм инвалидности, т. к. обладает особой аномальной пластической выразительностью. В подавляющем большинстве образ слепого представлен как символическое воплощение беззащитности, страдания, одиночества, несправедливости, нищеты. Складывается впечатление, что образ незрячего с точки зрения решения идейных, художественных задач, воплощения авторского замысла весьма удобен для однозначного воздействия на нравственное и эстетическое сознание зрителя. Редкими в этом отношении исключениями являются картины М.В. Нестерова «На Руси. Душа народа» и Г.М. Коржева «Беседа». Первая из них трагико-эпическое произведение, над которым художник работал с 1905 по 1917 гг. — в наиболее драматичный период в новейшей истории России. По своему сюжету картина воспроизводит многолюдье крестного хода. Но это символическое шествие, ибо оно объединяет персонажей разных периодов русской истории. Не случайным можно считать и то, что на самом переднем плане картины помещен не образ Спасителя или писателей и мыслителей. На переднем плане мы видим ослепшего солдата в шинели образца Первой мировой войны, которого ведет за руку сестра милосердия. Именно эти образы для М.В. Нестерова являются смыслообразующими для всей картины. Незрячий солдат — прежде всего, бескорыстие и жертвенность в служении отечеству. Вместе с тем это стойкость, мужество и душевная сила, не дающая пасть духом даже в отчаянной ситуации. И, наконец, подвиг, не возвышающий героя над народом, а только сплывающий его еще сильнее с ним. Размышлениям о прошлом и будущем в судьбах России посвящено другое полотно выдающегося российского художника Г.М. Коржева (1925–2012) — картина «Беседа», создававшаяся с 1980 по 1985 гг. На картине запечатлен момент беседы В.И. Ленина со слепым крестьянином. Картина Г.М. Коржева исключительна и по необычности сюжета, и по смелости реализации замысла для поздней ленинианы 80-х гг. в силу очевидной двойственности трактовки. Использование образа инвалида в советском искусстве вообще редкость. А в лениниане первый и исключительный случай. Интересно отметить, что в образе слепого изображен именно крестьянин, а не



рабочий или солдат, потерявший зрение в боях за революцию. Крестьяне воспринимались большевиками настороженно, как носители собственной идеологии, как что-то природное и неуправляемое. Канон не допускает изображать рядом с Лениным больных, калек, инвалидов. Рядом с вождем должны быть сильные физически и духовно люди. Здесь же рядом с вождем мы видим гигантскую фигуру незрячего седого старика. В его исполинской фигуре есть что-то былинное. Речь идет скорее не о беседе, а о законченном споре, где каждая из сторон осталась при своем мнении. В облике Ленина сквозит неуверенность и подавленность. Незрячий же старик не выглядит слабым и беспомощным инвалидом, пришедшим просить у Ленина помощи, поддержки, защиты или, по крайней мере, совета. Он олицетворяет собственную правду и силу, он символ патриархальной Руси, воплощенной в образе седовласого слепого старика. Слепота крестьянина — метафора. Народ слеп физически в своем бесправии, но духовно зряч. Власть духовно слепа и глуха. Народ мудр, несмотря на свою слепоту. Вождь слеп, несмотря на свою просвещенность. Оба художника смогли подняться над бытовым стереотипным символизмом образов слепых. Они смогли вложить в них высокую социальную идею, не связанную с физической увечностью, что мало кому удавалось в практике мирового искусства. Подобные произведения реально способствуют формированию позитивных социальных установок общества в отношении инвалидов и тем самым содействуют эффективной их интеграции. Таким же антропоцентризмом, в противовес дефектцентризму, проникнуты работы П. Брейгеля, в произведениях которого фигурирует великое множество калек, представлявших в то время обычное явление, что способствовало их примитивной и спонтанной интеграции: «Битва Поста и Масленицы» 1559 г., «Калеки» 1568 г. и др. Не случайно многие искусствоведы считают его знаменитое произведение «Притча о слепых» картиной бытового жанра.

*Тромбиньски П.К.*

## **Кросскультурный анализ проявления невротических черт у больных и здоровых мужчин**

«У каждого времени свои неврозы — и каждому времени требуется своя психотерапия» — В. Франкл. Невроз является одним из самых

распространенных психических заболеваний нашего времени, являясь насущной проблемой современной психологии и психиатрии. Наше исследование построено на изучении и сравнении проявления невротических черт у больных и здоровых мужчин в РФ и Польше. Базой для исследования является «Опросник невротической личности KON 2006» (автор проф. Е. Александрович). Методика содержит 24 шкалы, которые послужили факторами изучения возникновения невротической симптоматики. К ним относятся: зависимость от окружения, низкая мотивированность, рискованное поведение, рефлексивность, чувство беспомощности, сложность эмоциональных взаимоотношений, одиночество, чувство опасности, сложность в принятии решений, нарциссизм, чувство вины, чувство эмоциональной и физической перегрузки, иррациональность, чувство отсутствия влияния. По результатам исследования можно сказать, что среди здоровых испытуемых в РФ эти характеристики незначительно выраженные. Внимание обращает шкала рискованного поведения, которая в этой группе имеет самые высокие показатели. Это говорит о том, что стремление к рискованному поведению этой группе испытуемых не свойственно. Типичному представителю группы больных свойственно отсутствие внутренних потребностей и решений. Человек не в состоянии проявлять инициативу и не самостоятельный. Этот вывод сделан на основе значений, полученных по шкале низкой мотивированности. Импульсивность, эскапизм и астения тоже свойственны этим людям. Это объясняет вспыльчивость, склонность к ссорам, раздражимость, физическую агрессию и, одновременно, непринятие испытуемым такого поведения. Низкая толерантность по отношению к фрустрации, утомляемость. Стремление человека к строению больших фантазии и представлений с целью приобрести симпатию общества. Этим людям свойственна склонность к раздумьям, преобладающая над чувствами и действенной активностью. То, что для большинства является критической ситуацией, этими лицами расценивается иначе в силу своеобразия их иерархий ценностей. Так же и стресс вызывает состояние растерянности, что приводит к интеллектуальной переработке тревоги и уход в мир мечтаний. Сравнивая больных и здоровых в польской части выборки, можно сказать, что по всем шкалам значения у здоровых испытуемых ниже, чем у больных. Исключением является шкала рискованного поведения, где ситуация аналогична группе испытуемых в РФ. Обеим группам свойственно выраженное чувство усталости. Эта шкала описывает отсутствие жизненной динамики и осознание пациентом этой дисфункции. Характерно: общая психологическая, физическая слабость, неуверенность в себе, склонность к ипохондрии, социальная

пассивность. Сравнивая российских и польских испытуемых из группы больных, можем заметить, что результаты, полученные у российских испытуемых, ниже результатов у польской выборки. Здесь тоже имеются исключения. Это шкала рискованного поведения, а также шкалы нарциссизма и иррациональности. Нарциссизм описывает человека, который требует к себе особенного отношения и привилегий, который хочет иметь больше, чем есть у других, который ощущает себя лучше других, высокомерен и эгоцентричен. Иррациональность понимаем как свойство человека, жизнь которого состоит из нерациональных установок, а также мышление, построенное на желаниях. В обеих группах (польских и российских больных) эти шкалы имеют низкие значения, что может говорить о невысоком уровне выраженности этих свойств. Сравнивая выборки здоровых испытуемых, можем заметить, что значения, полученные польскими испытуемыми, ниже значений, полученных в российской части выборки, кроме: сложности в принятии решений, демобилизации, сложности эмоциональных взаимоотношений, чувства усталости, чувства зависти, экзальтированности поведения, иррациональности, рефлексивности и чувства эмоциональной и физической перегрузки. Здесь можем сделать вывод о том, что российские здоровые мужчины более собранные и решительные, им менее свойственны затруднения в контактах с людьми и связанная с этим недоверчивость в отношениях с окружающей средой, а также зависть, излишняя чувствительность, изменчивость настроения, иррациональность и задумчивость. Российские испытуемые меньше, чем здоровые мужчины в Польше, описывают себя как человека, который подчиняется правилам, обязательствам и задачам, много от себя требует, чересчур загруженный и меньше отмечает отсутствие жизненной динамики.

*Щербакова О.В.*

### **«Магическое мышление» в структуре когнитивного опыта личности**

Феномен «магического мышления» представляет собой систему рассуждений, основанную на веровании во всемогущество мыслей и предполагающую субъект-субъектный способ коммуникации (Барский, Хлебосолова, Канушкина, 2012) с действительностью. Магическое мыш-

ление является притягательной для исследователей темой и изучается в рамках этнографии, когнитивного религиоведения, психологии (Леви-Брюль, 1930; Subbotsky, 2010; Wilson, 2013). В традиции, основоположником которой является Ж. Пиаже, принято считать магическое мышление особенностью допонятийного рассуждения и противопоставлять его «правильному» мышлению взрослого образованного человека. Тем не менее современные работы показывают, что элементы магического осмысления действительности присутствуют в когнитивном опыте взрослых людей, образуя своего рода континуум с более зрелыми формами рассуждения (а не дихотомию, как считалось ранее). Наше исследование было направлено на выявление взаимосвязи уровня субъективного контроля (УСК) и напряженности психологических защит с выраженностью феномена магического мышления в кратком автобиографическом нарративе. Мы предполагали, что чем выше уровень субъективного контроля испытуемого, тем в меньшей степени присутствуют в его опыте «общепринятые» (укорененные в культуре и устойчиво воспроизводящиеся), «индивидуальные» (сформированные самостоятельно в результате «магического» осмысления событий собственной жизни) мистические верования и ритуалы, а также т. н. «магические истории» — краткие автобиографические нарративы, в которых жизненные события респондента представлены как результат вмешательства сверхъестественного агента. Мы также предполагали, что у лиц, в опыте которых обнаруживается большое количество «общепринятых» (ОВ), «индивидуальных» (ИВ) мистических верований и «магических историй» (МИ), психологические защиты характеризуются большей примитивностью, чем у тех, у кого эти показатели ниже. Для диагностики уровня субъективного контроля применялся опросник «Уровень субъективного контроля», для диагностики напряженности психологических защит — опросник Плутчика–Келлермана–Конте (LSI). Присутствие в опыте испытуемых ОВ, ИВ и МН оценивалось экспертами ( $n = 2$ ) по 3-балльной шкале на основе анализа глубинных полуструктурированных интервью. В исследовании приняли добровольное участие 15 человек (мужчины и женщины, 18–25 лет). Для обработки данных использовался непараметрический критерий Н Краскала–Уоллеса. Анализ выявил взаимосвязь на уровне статистической тенденции ( $p = 0,092$ ) между УСК и выраженностью в опыте «индивидуальных» магических верований. Аналогично были обнаружены связи на уровне тенденции «индивидуальных» магических верований с выраженностью таких психологических защит, как проекция ( $p = 0,05$ ) и замещение ( $p = 0,080$ ). На статистически значимом уровне была обнаружена связь ИВ с выраженностью компенсации ( $p = 0,037$ ). Вопреки

нашим предположениям, статистически значимых взаимосвязей между выраженностью УСК и присутствием в опыте «общепринятых» мистических верований и ритуалов, а также «магических историй» обнаружено не было. Гипотеза о взаимосвязи между выраженным присутствием в опыте «общепринятых» магических верований и «магических историй» с преобладанием т. н. примитивных психологических защит также не подтвердилась. Такие результаты на первый взгляд кажутся необычными и могут быть объяснены недостаточным объемом выборки, слабостью диагностических процедур и т. п. В то же время они дают основание предполагать, что выраженность магического мышления («общепринятых» магических верований и ритуалов и склонности осмыслять необычный опыт в терминах влияния сверхъестественных сил) не связана с конкретными характеристиками личности, а является базовой характеристикой состояния когнитивных ресурсов взрослого человека, имманентно присущей всем людям независимо от индивидуальных различий. Интересно, что выраженность «индивидуальных» магических убеждений и практик находится в большей связи с уровнем таких защит, как проекция, компенсация и замещение; возможно, «индивидуальные» магические верования отличаются по своему психологическому статусу от «общепринятых» убеждений и склонности к формированию «магических историй» и выполняют дополнительные компенсаторные функции. Данные собраны совместно с О.В. Бережной. Исследование выполнено при поддержке гранта Президента РФ для молодых ученых — кандидатов наук № МК-5789.2012.6 «Интеллектуальные компетенции в структуре когнитивного опыта личности»

## СПИСОК АВТОРОВ

Сенкевич Л. В.	заведующий кафедрой клинической и специальной психологии ГКА им. Маймонида
Абабков В. А.	профессор СПбГУ
Абросимов И. Н.	научный сотрудник ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России
Августова Л. И.	доцент СПбГУ
Агаркова В. В.	психолог СПбГУ
Адеева Т. Н.	доцент КГУ им. Н.А. Некрасова
Айдаралиева Н. М.	СПбГУ
Акатов Л. И.	профессор КГУ
Алексеева Ю. П.	СибГМУ
Алехин А. Н.	заведующий кафедрой, профессор РГПУ им. А.И. Герцена
Андреева Е. В.	РГПУ им. А.И. Герцена
Андрущенко Н. В.	доцент СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Анисимов А. И.	старший преподаватель СПбГИПСР
Анисимова О. М.	доцент СПбГУ
Антонова Е. А.	СПбГУ
Антонова Н. А.	старший преподаватель СПбГУ
Антонова Н. В.	доцент НИУ ВШЭ
Ахмеров Р. А.	доцент НИСПТР
Бажукова О. А.	доцент ФГБОУ ВПО ДГПУ
Баз Л. Л.	старший научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Балашова Т. Н.	доцент Университет Оклахомы
Балин В. Д.	профессор СПбГУ
Басхамджиева А. Н.	СПбГУ
Батлук Ю. В.	старший преподаватель СПбГУ
Бахтин И. С.	СПбГУ
Бахтина Е. А.	СПбГУ
Беляева Е. Н.	клинический психолог, научный сотрудник ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Беляева С. И.	СПбГУ
Березанцева М. С.	доцент СПбГУ

Березняк Е. Ю.	педагог-психолог СПбГУ
Березовская Р. А.	доцент СПбГУ
Беркалиев Т. Н.	доцент СПбГУ
Блюм А. И.	ассистент КГМУ
Бобарыкина Л. С.	психолог СПбГУ
Богдановская И. М.	доцент РГПУ им. А.И. Герцена
Боголюбова О. Н.	доцент СПбГУ
Богомягкова О. Н.	доцент ПГПУ
Борисов А. М.	ВМедА
Бочаров В. В.	доцент СПбГУ
Бочкарёв Л. Л.	профессор АГТУ
Братченко А. С.	психолог СПбГУ
Буенок А. Г.	психолог-консультант СПбГУ
Бурганова Е. П.	медицинский психолог СПбГУ
Бурдин М. В.	доцент ПГНИУ
Бурина Е. А.	СПбГУ
Бурлакова Н. С.	доцент МГУ им. М. В. Ломоносова
Бурмистров С. Л.	ведущий научный сотрудник ИВР РАН
Буслаева А. С.	младший научный сотрудник НЦЗД РАМН
Бучкина И. П.	доцент СПбГУ
Бызова В. М.	профессор СПбГУ
Вагайцева М. В.	медицинский психолог СПбГУ
Варшаловская Е. Б.	доцент СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Василенко В. Е.	доцент СПбГУ
Васильева Н. М.	специалист по клиническим исследованиям СПбГУ
Васильева О. С.	заведующий кафедрой психологии здоровья и ФК ЮФУ
Вассерман Л. И.	профессор СПбГУ
Васьковская С. В.	доцент КНУ им. Тараса Шевченко
Вдовина Д. В.	ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Верещагина Л. А.	доцент СПбГУ
Верхушкина У. Б.	ЮФУ
Винокуров Л. В.	доцент РГПУ им. А.И. Герцена
Войт Т. С.	старший преподаватель СПбГУ

Воликова С. В.	старший научный сотрудник ФГБУ «МНИИП» Минздрава России
Волкова Е. Н.	профессор ФГБОУ ВПО НГПУ им. Минина
Воробьев И. А.	старший преподаватель СПбГУ
Воскресенская Н. В.	доцент СФ СПбГУСЭ
Габеляя И. В.	СПбГУ
Гайда Е. Я.	МГППУ
Гайсина А. В.	психолог СПб Центр СПИД
Гасанова З. З.	доцент ФГБОУ ВПО «ДГПУ»
Гасанова Х. К.	ФГБОУ ВПО «ДГПУ»
Гибадулин Т. В.	доцент СПбГУ
Гинецинский В. И.	профессор СПбГУ
Глухова Е. Д.	медицинский психолог РГПУ им. А. И. Герцена
Гобунова О. П.	СПбГУ
Гоженко А. В.	КНУ им. Тараса Шевченко
Головей Л. А.	профессор, заведующий кафедрой СПбГУ
Головей Л. А.	заведующий кафедрой СПбГУ
Голубева И. Ю.	м.н.с. ИФ РАН
Гончаров О. А.	профессор СыктГУ
Горбатов С. В.	доцент СПбГУ
Горбачева М. В.	м.н.с. ИФ РАН
Горбашкова Ю. С.	СПбГУ
Гормоза Т. В.	заведующий кафедрой БГПУ им. М. Танка
Горьковая И. А.	профессор СПбГПУ, РГПУ им. А.И. Герцена
Грандилевская И. В.	доцент СПбГУ
Гранская Ю. В.	доцент СПбГУ
Григальюнайте-Плерпене В. В.	арт-терапевт РКБ
Гришина А. В.	доцент ФГБОУ ВПО НГПУ им. К. Минина
Гришина Н. В.	профессор СПбГУ
Гурвич И. Н.	профессор СПбГУ
Гуриева С. Д.	профессор СПбГУ
Гуриева С. Д.	доцент кафедры социальной психологии СПбГУ
Гусева О. В.	доцент СПбГУ



Дакинов А. В.	ИЭУП
Даниленко О. И.	профессор СПбГУ
Данилова М. В.	старший преподаватель СПбГУ
Данилюк И. В.	декан, заведующий кафедрой КНУ
Даукша Л. М.	доцент ГрГУ им. Я. Купалы
Дашков И. М.	инженер СПбГУ
Дейнека О. С.	профессор СПбГУ
Демина В. Э.	ВятГГУ
Дериш Ф. В.	ПГГПУ
Дерманова И. Б.	доцент СПбГУ
Дерьяева М. К.	РГППУ
Дианова Е. А.	СПбГУ
Дикова Е. Б.	МГМСУ
Дмитриева В. А.	заведующий кафедрой СПбГУ
Дмитриева Е. В.	РГПУ им. А.И. Герцена
Дмитриева Э. А.	психолог СПбГУ
Доминяк В. И.	доцент СПбГУ
Душабаев З. Р.	доцент ГУАП
Дюргерова М. М.	преподаватель МГМСУ
Егоров А. Ю.	профессор СПбГУ
Егорова Е. Н.	ПГГПУ
Ениколопов С. Н.	доцент МГУ им. М.В. Ломоносова
Ерицян К. Ю.	ассистент СПбГУ
Ершов Б. Б.	инженер-исследователь СПбГУ
Жирков А. М.	профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ
Жуйкова Е. Б.	аспирант МГУ им. М.В. Ломоносова
Журин Е. А.	СПбГУ
Завязкина Н.В.	доцент КНУ им. Тараса Шевченко
Загзян А. М.	научный консультант НИИ акушерства и гинекологии СЗО РАМН
Задорожная Д. А.	специалист по грудному вскармливанию КГМУ
Зайцева В. Б.	психолог СПбГУ
Зайцева Ю. Е.	доцент СПбГУ
Замесина Д. И.	СПбГУ

Захарова А. М.	СПбГУ
Зверева Н. В.	ведущий научный сотрудник, профессор ФГБУ
Зиновьева Е. В.	доцент СПбГУ
Иванов М. В.	профессор СПбГУ
Иванов М. В.	научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Иванова М. В.	ассистент СПбГУ
Иванова М. Г.	старший преподаватель КемГУ
Иванова С. С.	психолог СПб НИИФ
Иванова С. С.	преподаватель СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Иванова С. Ф.	психолог КОЦ «ЛИБРА»
Идобаева О. А.	ведущий научный сотрудник ФГБНУ «ЦПВиСППДМ»
Ильина М. Н.	доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ
Ипатов А. В.	доцент СПбГИПСП
Исанова М. О.	психолог-консультант СПбГУ
Искра Н. Н.	доцент СПбГУ
Исурина Г. Л.	доцент СПбГУ
Казанцева Т. В.	старший преподаватель СПбГУ
Казикова Е. П.	РГПУ им. А.И. Герцена
Калинина М. А.	ведущий научный сотрудник ФБГУ «НЦПЗ» РАМН
Карпова Э. Б.	доцент кафедры кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ
Карпова Э. Б.	доцент СПбГУ
Кашапов А. С.	преподаватель ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Каширский Д. В.	доцент АНО ВПО «ААЭП (институт)»
Каштанова Т. В.	доцент кафедры общей и дифференциальной психологии СибГМУ
Кедровская А. С.	СибГМУ
Киреева Н. Н.	доцент СПбГУ
Киселева Т. В.	ассистент РГРТУ
Климина Ю. А.	СПбГУ
Климон Н. Л.	старший научный сотрудник ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России

Кобаль М. М.	СПбГУ
Ковешников Н. С.	МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Козловская Г. В.	заведующая отделом ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Козячая Е. В.	ГрГУ им. Я. Купалы
Колпаков Я. В.	старший научный сотрудник ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России
Кольцова О. В.	заведующая отделением медицинской и социальной психологии СПб Центр СПИД
Комарова И. Н.	ИАТЭ НИЯУ МИФИ
Корзун С. А.	преподаватель БГПУ им. М. Танка
Корнетов А. Н.	декан факультета поведенческой медицины и менеджмента, заведующий кафедрой клинической психологии СибГМУ
Корниенко Д. С.	заведующий кафедрой ПГГПУ
Коротина Я. Е.	СПбГУ
Корсакова Е. А.	ст.н.с. НИИ ПНИ им. В.М. Бехтерева
Корчинов А. Д.	клинический психолог СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца»
Коршунов Н. И.	заведующий кафедрой ГБОУ ВПО ЯГМА
Котляров В. Л.	научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Котова Е. Е.	доцент СПбГЭТУ «ЛЭТИ»
Котова М. Г.	ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Коцюбинский А. П.	главный научный сотрудник СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Крайнюков С. В.	СПбГУ
Красносельских Т. В.	доцент СПбГМУ
Кремнёва Л. Ф.	старший научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Крештапова М. А.	МГМСУ
Крук Ю. А.	ГрГУ им. Я. Купалы
Кувалдина М. Б.	старший преподаватель СПбГУ
Кудайбергенова С. К.	и. о. доцента КазНУ им. аль-Фараби
Кудряшов С. В.	референт РХГА
Кузмицкая Ю. Л.	БГУ

Кузнецов И. В.	медицинский психолог ГНЦ ССП им. В. П. Сербского
Кузнецова Т. Г.	вед.н.с. ИФ РАН
Куканов А. А.	МГППУ
Куликов Л. В.	профессор СПбГУ
Куликов Н. В.	СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Куликова О. С.	СПбГУ
Кулинко А. С.	ГрГУ им. Я. Купалы
Курганский Н. А.	инженер СПбГУ
Курмакаева Д. М.	СПбГУ
Куртеева Е. А.	СПбГУ
Кутеева Е. Н.	СПбГУ
Куцырева М. А.	менеджер по кадрам СПбГУ
Лазуренко С. Б.	заведующий лабораторией НЦЗД РАМН
Латушкина В. М.	старший преподаватель СПбГПСР
Лебедева А. Л.	доцент кафедры организационной психоло- гии РГПУ им. А.И. Герцена
Лебедева Г. Г.	ассистент СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Лебедева Е. И.	старший преподаватель СПбГУ
Левченкова К. Р.	СПбГУ
Леонова Е. В.	доцент ИАТЭ НИЯУ МИФИ
Лим А. В.	СПбГУ
Лобанова М. Ю.	старший преподаватель ГБОУ ДПО НИРО
Лойкканен А. С.	РГПУ им. А.И. Герцена
Локтионова А. В.	директор института интегративной детской психотерапии «Генезис» КГМУ
Локтионова А. В.	КГМУ
Лорер В. В.	заведующий организационно-методическим отделением СПбГБУ
Лоскутова М. Е.	ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Лысенко И. С.	медицинский психолог ОргМА
Лю Ц. Ф.	СПбГУ
Мазанова О. С.	Ульяновский государственный университет
Мазур Е. С.	доцент МГППУ
Мазурова Н. В.	старший научный сотрудник НЦЗД РАМН
Макарова А. К.	доцент ФГБОУ ВПО МаГУ

Макеева Е. М.	МГУ им. М.В. Ломоносова
Макогон И. К.	МГУ им. М.В. Ломоносова
Малкова Е. Е.	доцент ФГБУ ВПО «РГПУ им. А.И. Герцена»
Маллаев Д. М.	заведующий кафедрой ФГБОУ ВПО «ДГПУ»
Малюкова Ф. Р.	доцент СПбГАУ
Мамайчук И. И.	профессор СПбГУ
Мамина Т. М.	старший преподаватель СПбГУ
Марарица Л. В.	старший преподаватель СПбГУ
Марголина И. А.	врач-психиатр ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Марковская Г. Г.	старший преподаватель СПбГИПСР
Матвеева Е. А.	СПбГУ
Махаматова А. Ф.	СПбГУ
Мелёхин А. И.	медицинский психолог МГППУ
Миланич Ю. М.	доцент ЛГУ им. А.С. Пушкина
Милованов К. Ю.	ученый секретарь ФГНУ ИКО РАО
Миронычева Н. В.	СПбГУ
Мирошниченко О. Г.	СПбГУ
Митрофанова О. Г.	преподаватель кафедры общей и социальной УО «ГрГУ им. Я. Купалы»
Михалюк О. С.	старший преподаватель СПбГУ
Моисеева К. С.	ГБОУ ВПО ЯГМА Минздрава России
Моисеева А. А.	педагог-психолог ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Мохов В. А.	доцент кафедры общей психологии МГМСУ МГМСУ
Мусийчук М. В.	профессор ФГБОУ ВПО МаГУ
Мусийчук С. В.	доцент ФГБОУ ВПО МаГУ
Мухамедрахимов Р. Ж.	заведующий кафедрой СПбГУ
Мухитова Ю. В.	медицинский психолог РГПУ им. А.И. Герцена
Невзорова С. Ю.	СПбГУ
Недошивина М. А.	СПбГУ
Неруш Т. Г.	доцент ССЭИ РЭУ им. Плеханова
Никитин Н. И.	научный руководитель группы, Институт физиологии РАН им. И.П. Павлова
Никитина Л. Н.	руководитель ЦИО РГПУ им. А.И. Герцена
Никифоров Г. С.	профессор, заведующий кафедрой СПбГУ

Новожилова М. Ю.	медицинский психолог НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Ножко А. В.	педагог-организатор, педагог дополнительного образования ДДЮТ Выборгского района г. Санкт-Петербурга СПбГУ
Нурлыгаянов И. Н.	доцент БашГУ
Отанесян Н. Ю.	медицинский психолог ГПБ № 6
Огородова Т. В.	доцент ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Одинцова В. В.	старший преподаватель СПбГУ
Оконешникова О. В.	доцент МГГУ
Олешкевич В. И.	медицинский психолог МГУ им. М.В. Ломоносова
Омарова П. О.	профессор ФГБОУ ВПО «ДГПУ»
Павлов К. И.	ассистент РГПУ им. А.И. Герцена СПбГУ
Павлова А. А.	
Павлова Ю. И.	преподаватель ГБОУ гимназия № 166
Панова О. В.	ФГАОУ ВПО РГППУ
Пащенко С. Ю.	докторант КНУ
Петанова Е. И.	доцент СПбГУ
Петраш М. Д.	доцент СПбГУ
Петрова Т. В.	главный специалист РАО
Петрова Е. Н.	СПбГУ
Петрова Н. Н.	заведующий кафедрой СПбГУ
Печникова Л. С.	доцент МГУ
Пилишина А. В.	СПбГУ
Пискун О. Е.	заведующий кафедрой СПбГПУ
Платонова Н. В.	врач-психиатр ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Плетенёва М. В.	педагог-психолог СПбГУ
Плешкова Н. Л.	доцент СПбГУ
Польская Н. А.	доцент СГУ им. Н.Г. Чернышевского
Попов С. В.	врач кардиолог, научный сотрудник ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Попова Т. А.	доцент ПГГПУ
Посохова С. Т.	профессор СПбГУ
Потарыкина М. С.	СПБУ МВД РФ
Правдина Л. Р.	доцент ЮФУ

Преснякова С. А.	БГПУ им. М. Танка
Проект Ю. Л.	доцент РГПУ им. А.И. Герцена
Пронякина Е. Д.	СПбГУ
Проселкова М. О.	старший научный сотрудник ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Проскурня А. С.	КНУ им. Тараса Шевченко
Протанская Е. С.	профессор СПбГУКИ
Прохоров А. О.	заведующий кафедрой общей психологии КФУ
Пуговкина О. Д.	доцент ГБОУ ВПО МГППУ
Пятакова Г. В.	доцент СПбГУ
Ракицкая А. В.	старший преподаватель ГрГУ им. Я. Купалы
Рассохин В. В.	заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Центр СПИД
Реброва Н. П.	доцент РГПУ им. А.И. Герцена
Риговская В. В.	медицинский психолог ГПБ № 3
Родионова Е. А.	доцент СПбГУ
Романов С. Г.	СыктГУ
Рощина И. Ф.	ведущий научный сотрудник, профессор ФГБУ
Русина Н. А.	заведующий кафедрой ГБОУ ВПО ЯГМА Минздрава России
Руслякова Е. Е.	доцент МаГУ
Рыбников В. Ю.	заместитель директора по научной и учебной работе
Рыбчинская С. П.	преподаватель ЮФУ
Рюмшина Л. И.	профессор ЮФУ
Сабанчиева Р. З.	доцент КБГУ
Савеньшева С. С.	доцент СПбГУ
Сарайкин Д. М.	младший научный сотрудник СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Саулина Е. Б.	СПбГУ
Сафонова П. В.	психолог СПб ГБУЗ «Центр СПИД»
Свенцицкий А. Л.	заведующий кафедрой СПбГУ
Свиридова Т. В.	медицинский психолог НЦЗД РАМН
Седунова А. С.	доцент Ульяновского государственного университета

Селезнёв А. А.	старший преподаватель БарГУ
Селин А. В.	доцент ГБОУ ВПО КГМУ
Семенова Г. В.	доцент РГПУ им. А.И. Герцена
Семенова О. Ф.	доцент МГППУ
Семенова С. В.	доцент СПбГУКИ
Сёмина А. С.	РГППУ
Семьяшкин А. А.	доцент РГАИС
Серафимович И. В.	старший преподаватель ЯрГУ
Сергеева Е. А.	СПбГУ
Серебрякова Р. О.	доцент СПбГУ
Сидоренко Е. В.	доцент СПбГУ
Силина Е. А.	профессор, заведующий кафедрой психологии ПГППУ
Симоненко И. А.	доцент ГБОУ ВПО
Синельникова Е. С.	СПбГУ
Скориков А. В.	ЮФУ
Скочилор Р. В.	доцент СПбГУ
Слезин В. Б.	главный научный сотрудник НИИ ПНИ им. В.М. Бехтерева
Смирнов А. А.	доцент ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Смирнова С. И.	доцент ВятГГУ
Снегирькова Т. С.	БГПУ им. М. Танка
Соколова А. В.	СПбГУ
Соколовская Т. В.	доцент СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Солдатов А. В.	ГБОУ ВПО КГМУ
Соловьева М. А.	доцент СПбГУ
Соловьева С. Л.	заведующий кафедрой СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Солодунова М. Ю.	доцент СПбГУ
Сопов М. С.	СПбГУ
Сорокин В. М.	доцент СПбГУ
Старобина Е. М.	руководитель отдела проблем профессиональной и психологической реабилитации инвалидов ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России
Старченкова Е. С.	доцент СПбГУ



Степанчук Е. В.	СПбГУ
Столярчук Е. А.	старший преподаватель СПбГУ
Стрельникова Ю. Ю.	доцент СПбУ ГПС МЧС России
Субботина С. И.	СПбГУ
Сулейманов Р. Ф.	заведующий кафедрой ИЭУП
Сурьянинов А. С.	КГУ
Сурьянинова Т. И.	доцент КГМУ
Суховская О. А.	руководитель КТЦ СПб НИИФ
Тагильцева А. В.	инженер-исследователь СПбГУ
Терёхина Н. В.	преподаватель МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Тихонова И. В.	доцент КГУ им. Н.А. Некрасова
Тищенко Ю. В.	доцент БГУ
Токарева В. Б.	ЯрГУ
Трифоновна Е. А.	доцент РГПУ им. А.И. Герцена
Тромбчиньски П. К.	ассистент СПбГУ
Трошихина Е. Г.	доцент СПбГУ
Трусова А. В.	доцент СПбГУ
Тубол Е. Е.	ИЭУП
Тураносова В. В.	старший психолог ФГКУ УВО ГУ МВД России по г. СПб и ЛО СПб Университета МВД России
Тухтиева Н. Х.	старший преподаватель СПбГУ
Тысячнюк А. С.	СПбГУ
Узлов Н. Д.	доцент БФ ПГНИУ
Ульянова И. А.	доцент НОУ ВПО ИСПИП
Ураева Г. Е.	СПбГУ
Ушакова О. В.	медицинский психолог СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Фанталова Е. Б.	доцент МГППУ
Фатеева Е. А.	заместитель директора школы ЯрГУ
Федорова А. В.	КФУ
Фетисова А. С.	ассистент КГМУ
Филатова Ю. С.	ассистент ГБОУ ВПО ЯГМА
Флоровский С. Ю.	доцент КубГУ
Фомина А. Н.	профессор МПГУ
Фурманов И. А.	заведующий кафедрой психологии БГУ

Хайкин А. В.	руководитель Тренингового центра практики самоисцеления
Хатунцева А. С.	ГБОУ ВПО МГППУ
Ходаковская О. В.	доцент СПбГУКИ
Ходырева Н. В.	доцент СПбГУ
Хозяинова Л. В.	педагог-психолог СПб ГУ
Холмогорова А. Б.	заведующий лабораторией ФБГУ «МНИИП»
Храмов Р. В.	ССЭИ РЭУ им. Плеханова
Цветкова А. М.	психолог СПб НИИФ
Цветкова Л. А.	доцент СПбГУ
Церенова К. Д.	СПбГУ
Цуринова Е. А.	врач-кардиолог, научный сотрудник ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»
Чередникова Т. В.	медицинский психолог
Черного Д. И.	младший научный сотрудник СПбГУ
Чикер В. А.	старший научный сотрудник, доцент СПбГУ
Чиркова Ю. В.	доцент кафедры ИСПиП
Чулкова В. А.	доцент СПбГУ
Шабанова Е. В.	СПбГУ
Шабас С. Г.	доцент Гуманитарного университета
Шаболтас А. В.	декан факультета психологии, доцент СПбГУ
Шаповал В. А.	доцент кафедры СПбУ МВД РФ
Шахова А. В.	СПбГУ
Шахова Р. М.	ФГБОУ ВПО «ДГПУ»
Шевкова Е. В.	доцент ПГНИУ
Шейнов В. П.	профессор РИВШ
Шелонина Т. В.	ассистент СПбГУ
Шельгина Е. В.	СПбГУ
Шершнёва Т. В.	доцент БГУКИ
Шешукова Н. Н.	доцент ВятГГУ
Шильков А. М.	СПбГУ
Шингаев С. М.	заведующий кафедрой, профессор СПб АППО
Шинкаренко М. В.	ЮФУ
Шипкова К. М.	доцент НОУ ВПО МПСУ

Шишкова А. М.	старший научный сотрудник ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Шлыкова А. П.	МГОУ
Шлыкова Н. Л.	профессор МГОУ
Шляпникова О. А.	преподаватель ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Шмель А. Д.	клинический психолог СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца»
Шулекина Ю. А.	доцент МГПУ
Шульга О. К.	доцент ГрГУ им. Я. Купалы
Шумская Л. И.	директор БГУ
Щелкова О. Ю.	профессор СПбГУ
Щелкунова Л. А.	инженер-исследователь СПбГУ
Щербакова О. В.	доцент СПбГУ
Щиглевская Д. Е.	БГПУ им. М. Танка
Юдина А. В.	педагог-организатор ЯрГУ
Юзвук Е. Ю.	СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Юревич О. И.	СПБГУ
Юркина М. С.	ЯрГУ им. П.Г. Демидова
Юров И. А.	старший преподаватель СГУ
Юшачкова Т. Б.	доцент МаГУ
Яковлева М. В.	СПбГУ
Яльцева Н. В.	доцент ГБОУ ВПО ЯГМА

Научное издание

*АНАНЬЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ — 2013*

**ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Материалы научной конференции  
22–24 октября 2013 года

Издание подготовили к печати:

*Корректор — Татьяна Добрян*  
*Оригинал макет — Сергей Лукин*  
*Дизайнер — Дмитрий Неговский*

Подписано в печать с оригинала-макета 05.09.2013.  
Формат 60×84/16. Печ. л. 37,5. Тираж 350 экз.  
Заказ № 2214.

Издательство «Скифия-принт».  
197198, Санкт-Петербург, ул. Ропшинская, д. 4

Типография «Скифия-принт».  
197198, Санкт-Петербург, ул. Ропшинская, д. 4