

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования Ярославский государственный
университет им. П.Г. Демидова

На правах рукописи

ФЕДОТОВА Светлана Алексеевна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТИРОВАННОСТЬ
ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
психологических наук

Научный руководитель

доктор психологических наук, доцент

Конева Елена Витальевна

Ярославль – 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. ПОНЯТИЯ И КОНЦЕПЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И АДАПТИРОВАННОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ	16
1.1. Адаптация и адаптированность: процесс, свойство, состояние	16
1.2. Определения адаптации и адаптированности	20
1.3. Основные подходы к изучению адаптации и адаптированности	27
1.4. Критерии, виды и уровни адаптированности	35
1.5. Психосоматические аспекты дисплазии соединительной ткани.....	50
Выводы к главе 1:	70
Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДСТ.....	72
2.1. Методология квазиэкспериментального плана в исследовании социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ	72
2.2. Методы и процедура эмпирического исследования	75
2.2.1. Методы и методики сбора эмпирических данных	81
2.2.2. Процедура проведения исследования и методы обработки данных	88
Глава 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	94
3.1. Особенности личностного адаптационного потенциала подростков с ДСТ	95
3.2. Социально-психологические факторы, определяющие адаптированность подростков с дисплазией соединительной ткани.....	105
3.2.1. Сравнительный анализ социально-психологических факторов, обеспечивающих подросткам высокий уровень адаптированности.....	105

3.2.2. Сравнительный анализ социально-психологических факторов, отличающих подростков с высоким и низким уровнем адаптированности.....	125
3.3. Структурные особенности психики подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности, в сравнении со здоровыми подростками	147
3.3.1. Сравнение структуры личностных качеств здоровых подростков и подростков с ДСТ	149
3.3.2. Сравнение структуры психологических защит и копинг-стратегий здоровых подростков и подростков с ДСТ	154
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	161
ЛИТЕРАТУРА:	166
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	181

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время во всем мире наблюдается увеличение числа людей, страдающих наследственными и врожденными заболеваниями, что связано с ухудшением экологии, качества и структуры питания, а также искусственным вмешательством в репродуктивную сферу человека (О.А. Генова, 2011; Е.В. Ермакова, 2005; М.И. Кесова, 2012; А.В. Клеменов, 2005; Г.И. Нечаева, 2004; М.С. Павленко, 2010).

Изучение психофизических особенностей таких людей способствует развитию науки и формированию гуманистического отношения в обществе к ним. Изучение психологических особенностей лиц с психосоматическими заболеваниями, а также особенностей их социально-психологической адаптации актуально не только для общей и социальной, но и для педагогической, клинической психологии, психологии труда. Это изучение помогает организовать процесс обучения, медицинской помощи, воспитания, трудовой деятельности, что находится в русле реализации государственной политики повышения качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.

Одним из таких заболеваний является дисплазия соединительной ткани (ДСТ), которая представляет собой аномалию структуры соединительной ткани, проявляющуюся в снижении содержания коллагена, что обуславливает дисфункции различных органов и систем (Ю.Е. Вельтищев, 1992; А.И. Мартынов, О.Б. Степура, 1997; Г.И. Сторожаков, 1989). У лиц с ДСТ существует многообразие психологических проблем, связанных с системными клиническими нарушениями. Решение этих проблем невозможно без надежной научной базы. Проблему социально-психологической адаптированности лиц с ДСТ нельзя рассматривать лишь как проблему отдельно взятой личности. Болезнь многих людей отражается на состоянии общества в целом, являясь причиной проблем как макро-, так и микросоциального характера и следствием определенного социального и социально-психологического дисфункционирования (А.Н. Грязнов, 2008).

ДСТ имеет внешние проявления, которые не соответствуют принятым эталонам внешности, что затрудняет процесс социально-психологической адаптации (С.Ф. Гнусаев и соавт., 2008; Г.И. Нечаева и соавт., 2006; К.Ю. Николаев и соавт., 2006; Ю.В. Марушко и соавт., 2007; И.Ю. Торшин, О.А. Громова, 2008; И.А. Утц, Е.Н. Городкова, 2008; В.М. Яковлев и соавт., 2002). У больных с ДСТ существует сложная задача адаптироваться в среде здоровых людей, преодолевая барьеры общения, связанные со стереотипами восприятия, и компенсируя психофизиологические ограничения, которые накладывает на них болезнь. При этом для достижения высокого уровня адаптированности необходимо избегать зависимого от среды, конформного поведения, что существенно усложняет эту задачу.

Данные исследователей о распространенности ДСТ в популяции неоднозначны – от 13% (Б.В. Головской и соавт., 2002; Т.М. Домницкая и соавт., 2005) до 85% (Э.В. Земцовский, 2008), что объясняется нечеткостью учитываемых фенотипических признаков (I.F. Bravo, C. Wolff, 2006.), отсутствием комплексного подхода к осмыслению проблемы. Все это снижает не только эффективность медицинской помощи (В.Ф. Демин и соавт., 2005; Э.В. Земцовский, 2006; А.С. Калмыкова, Н.П. Пацева, 2008; Г.И. Нечаева и соавт., 2006; К.Ю. Николаев и соавт., 2006; Н.П. Шабалов, 2007), но и нивелирует истинные данные по распространенности патологии. Практика показывает, что большое количество детей и подростков с ДСТ из-за отсутствия комплексного анализа состояния их здоровья остаются без диагноза и не получают необходимых рекомендаций по формированию образа жизни, лечению, профориентации (Г.И. Нечаева и соавт., 2006; К.Ю. Николаев и соавт., 2006). Крайне важен социальный аспект проблемы, т.к. ДСТ сопровождает человека с рождения. С увеличением возраста человека идет развитие болезни, ее признаки усиливаются, что ведет к ограничению социально-психологических и психологических возможностей, к сужению круга общения и диапазона профессионального выбора, непригодности к военной службе, снижению качества и уменьшению продолжительности жизни. Все изложенные факты свидетельствуют о несомненной перспективности в изучении ДСТ (Э.В. Земцовский, 2008). Учитывая

высокий уровень распространенности болезни в популяции, изучение и распространение информации о дисплазии, своевременная коррекция отклонений могут иметь существенный экономический эффект на уровне государства (S. George, 2010).

Проблеме ДСТ в России посвящено большое число научных работ – около 1300 (Л.Н. Аббакумова, 2006; В.Г. Арсентьев и соавт., 2009; Г.Н. Верещагина, О.В. Лисиченко, 2008; И.А. Викторова и соавт., 2006; А.В. Глотов и соавт., 2008; Б.В. Головской и соавт., 2002; Е.Н. Городкова, И.А. Утц, 2008; Т.И. Кадурина, 2000 и др.). Основная часть этих работ носит медицинский характер и включает исследования клинических проявлений ДСТ, примерно в 190 из них рассматривается физиологическая адаптация организма к ДСТ. Крайне малочисленны работы, затрагивающие тему нарушений работы нервной системы, психологических особенностей людей с ДСТ, не проанализирована динамика нервно-психических нарушений в зависимости от возраста, пола и степени выраженности синдрома ДСТ. Мы не встречали работ, раскрывающих тему социально-психологической адаптации и адаптированности таких больных (по материалам сайта <http://www.dissercat.com>).

В настоящее время, несмотря на возрастающий интерес к ДСТ со стороны специалистов, существуют определенные сложности в постановке диагноза ДСТ, поэтому зачастую о заболевании, как таковом, начинают говорить, когда ребенок достигает подросткового возраста. В этот период симптомы ДСТ манифестируют, что заметно снижает качество жизни. Кроме того, усложнение социальной ситуации развития современных подростков (экономический кризис, политический дисбаланс, информационные перегрузки, технократизм современного мира, ориентация на потребление, трансформация института семьи, разрыв связи поколений, реформа образования) повышает требования к их физическому и психическому здоровью. При том, что подростковый возраст является сензитивным периодом для формирования многих личностных качеств, способствующих либо препятствующих социально-психологической адаптированности, успешность социально-психологической адаптации для подростков с ДСТ в

таких условиях становится крайне сложной задачей (О.А. Генова, 2011; О.А. Громова и соавт., 2008; Г.И. Демина и соавт., 2002, G. Nolmbeck and F. В. Bryant, 2006).

Таким образом, основываясь на вышесказанном, мы можем сформулировать цель и задачи диссертационного исследования.

Цель диссертационного исследования – выявить социально-психологические условия адаптированности подростков с дисплазией соединительной ткани, обеспечивающие компенсацию психологических ограничений, связанных с диагнозом.

Общая цель диссертационного исследования конкретизируется в следующих **основных задачах работы**:

1. Провести теоретический анализ проблем социально-психологической адаптированности в современной психологии. Определить критерии, уровни и виды адаптированности.
2. Провести анализ современного состояния исследования социально-психологической адаптированности, показать обусловленность процесса адаптации личностными характеристиками.
3. Обобщить данные о психологических особенностях лиц с диагнозом ДСТ и выявить те социально-психологические проблемы, которые могут сопровождать подростков с ДСТ в процессе социально-психологической адаптации.
4. Сравнить социально-психологическую адаптированность в различных группах соматической патологии и нормы и выявить те ее аспекты, по которым наблюдаются достоверные различия.
5. Провести сравнительный анализ социально-психологической адаптированности внутри исследуемой группы (подростки с ДСТ) по параметру «высокий и низкий уровень адаптированности».
6. Сравнить механизмы, влияющие на формирование высокого и низкого уровня адаптированности подростков в группе с соматической патологией и в норме.

7. Провести сравнительный анализ социально-психологических факторов, имеющих влияние на тот или иной уровень адаптированности в различных группах и их веса в личностных структурах подростков.

8. Выделить стратегии адаптации в исследуемых группах подростков.

Гипотезы диссертационного исследования

Общая гипотеза диссертационного исследования состояла в том, что существуют количественные и качественные различия в социально-психологической адаптированности подростков с дисплазией соединительной ткани по сравнению с подростками с другой соматической патологией и здоровыми подростками. Данная общая гипотеза конкретизировалась в следующих **частных**:

1. Существуют общие закономерности и существует специфика социально-психологической адаптированности, характерные как для подростков с ДСТ, так и для здоровых подростков и подростков с другой соматической патологией.

2. Подростки с ДСТ могут достигать высокого уровня адаптированности за счет развития определенных личностных качеств. Стратегии адаптации подростков с ДСТ и здоровых подростков различны.

3. Различия в социально-психологической адаптированности подростков, дифференцированных на основании наличия / отсутствия заболевания ДСТ, проявляются в изменении структурной организации личностных качеств.

Объект исследования – социально-психологическая адаптированность как показатель психологического состояния человека.

Предмет исследования – особенности социально-психологической адаптированности в разных группах подростков.

Методологическую и теоретическую основу исследования составили:

- комплексный, системный и деятельностный подходы (А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский, А.О. Прохоров, С.Л. Рубинштейн и др.);

- отечественные исследования о сущности, видах и процессе адаптации (Ф.Б. Березин, А.Г. Маклаков, А.А. Налчаджян, С.Т. Посохова, А.А. Реан и др.);

- современные теоретические подходы и эмпирические исследования социально-психологической адаптированности (В.Н. Дружинин, М.С. Павленко, Е.Б. Фанталова, R. Coakley, G. Holmbeck and Fred V. Bryant и др.);

- теоретические и эмпирические исследования закономерностей психологического развития личности в подростковом возрасте (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, С. Холл, Э. Шпрангер и др.);

- теоретические и эмпирические исследования психологических особенностей людей с соматическими заболеваниями (Т.И. Кадурина, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Л.П. Урванцев, M. Coakley, M. Gargiulo и др.).

Методы и методики исследования:

1. Теоретические методы: анализ и изучение теоретических и практических исследований социально-психологической адаптированности в отечественной и зарубежной психологии.

2. Психодиагностические методы исследования социально-психологической адаптированности, личностных качеств, механизмов психологической защиты и копинг-стратегий (многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник приспособленности Х. Белла, 16-факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой; опросник Плутчика – Келлермана – Конте; тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантिलеева).

3. Методы математической статистики: однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), оценка достоверности различий (U-критерий Манна-Уитни, экспресс метод χ^2), корреляционный анализ (r-критерий Спирмена).

4. Интерпретация и описание результатов проводились с помощью методов знаково-символического представления (графики, рисунки, таблицы).

Этапы исследования:

I этап (2008 г.) – теоретико-эмпирический, в процессе которого определялись концептуальные подходы к разработке темы, исходные позиции исследования. Было проведено первичное эмпирическое исследование психологических особенностей подростков с ДСТ.

II этап (2010 – 2013 гг.) – эмпирический: проведена верификация полученных результатов на расширенной выборке, проведено эмпирическое исследование социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ, подростков с бронхиальной астмой и здоровых подростков.

III этап (2012 – 2013 гг.) – интерпретационный. Проводилось обобщение и теоретическое осмысление эмпирических данных, их анализ и интерпретация, систематизация результатов эмпирической части работы.

Эмпирическую базу исследования составили психометрические замеры на основании методик и интервью, проведенные автором в период с 2008 по 2013 гг. Выборка включала 205 подростков, относящихся к разным группам соматической патологии и нормы. Сбор информации проходил на базе медицинских учреждений (медико-генетической консультации, больниц) и общеобразовательных школ, находящихся в Дзержинском, Заволжском и Кировском районах г. Ярославля.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались логичностью замысла научной работы; всесторонним анализом проблемы при определении исходных теоретических и методологических принципов; комплексом эмпирических и теоретических методов, соответствующих цели и задачам исследования; сочетанием количественного и качественного анализа результатов исследования; применением методов математической статистики; соблюдением требований валидности и репрезентативности; применением стандартных и обоснованных психодиагностических методов.

Научная новизна результатов исследования заключается в следующем:

1. Впервые поставлена проблема специфики личностной обусловленности адаптированности подростков с ДСТ. Определены

факторы, снижающие адаптационные способности подростков с ДСТ: нервно-психическая устойчивость и коммуникативные способности.

2. Традиционно принято считать, что подростки с ДСТ имеют низкий уровень социально-психологической адаптированности, в то же время объективно данная выборка достаточно дифференцирована по данному показателю. Около трети выборки подростков с ДСТ имеют высокий уровень адаптированности.

3. Выявлены социально-психологические ресурсы, которые позволяют подростку с ДСТ достигнуть высокого уровня адаптированности. В работе показаны те социально-психологические особенности, благодаря которым подросток с ДСТ может достигать высокого уровня адаптированности. Для компенсации ограничений, связанных с заболеванием, подростку необходим ряд качеств, обеспечивающих компетентность в ситуациях социального взаимодействия (социальная смелость, умение осознавать и выражать свои потребности, умение компенсировать отрицательные эмоции, если они не могут быть выражены непосредственно, умение когнитивно перерабатывать негативную информацию, уменьшая ее значимость, компетентность в бытовых ситуациях).

4. Представлена специфика социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ по сравнению с подростками с другими соматическими заболеваниями. Подтверждено, что уровень адаптированности подростков с ДСТ связан не только с отдельными социально-психологическими показателями, но определяется и структурной организацией этих показателей.

5. Определены базовые качества для высокоадаптированных подростков с ДСТ и подростков без соматического заболевания, показано, что они различны. Для подростков с ДСТ базовыми качествами являются открытость, дипломатичность, рациональный взгляд на окружающую действительность, дружелюбность, тогда как для высокоадаптированных

подростков без соматического заболевания такими качествами являются эмоциональный контроль, волевая регуляция социального поведения, готовность к общению.

б. Показано, что высокоадаптированные подростки с дисплазией, здоровые подростки и подростки с бронхиальной астмой при наличии высокого уровня адаптированности имеют различные стратегии адаптации.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что показана необходимость исследования социально-психологической адаптированности лиц с дисплазией соединительной ткани.

Теоретически обосновано и экспериментально доказано, что существуют общие и особенные закономерности формирования адаптированности у подростков с наличием / отсутствием соматических заболеваний.

Получили развитие представления об особенностях факторов социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ путем описания роли различных социально-психологических переменных в формировании успешной адаптации.

Теоретические основы психологии адаптации подростков дополнены описанием структурной организации личности и стратегий совладания, присущих здоровым подросткам, подросткам с ДСТ и бронхиальной астмой с различным уровнем адаптированности, описанием их стратегий адаптации. В работе обосновано положение об определенной детерминации уровня адаптированности как отдельными социально-психологическими факторами, так и их структурной организацией.

Концептуальные положения исследования могут быть использованы в практике преподавания базовых дисциплин при подготовке бакалавров и магистров по направлению «Психология».

Практическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что они могут быть применены для повышения эффективности психологической адаптации детей и подростков с ДСТ

посредством целенаправленного формирования эмоционально-личностных факторов. Своевременно полученная родителями и педагогами информация о специфике социально-психологической адаптации лиц с ДСТ может помочь формированию высокого уровня их адаптированности путем использования соответствующего стиля воспитания.

Методические подходы и диагностический инструментарий исследования могут быть применены в процессе изучения специфики адаптированности и разработки практических психологических программ для сопровождения и коррекции процесса адаптации подростков с ДСТ, здоровых подростков и подростков с различными психосоматическими заболеваниями психологами медицинских, образовательных и социальных учреждений.

Содержание материалов диссертации может послужить научно-методической базой для учебных и методических пособий для врачей, психологов и педагогов, работающих с подростками, для повышения системности и планомерности их деятельности.

Материалы исследования могут применяться при разработке лекционных курсов и семинарских занятий по социальной, медицинской и дифференциальной психологии в высших и средних специальных учебных заведениях.

При индивидуальном консультировании психолог-консультант может использовать знания о личностных особенностях подростков с ДСТ для выработки стратегий взаимодействия.

Положения, выносимые на защиту:

1. Подростки с ДСТ имеют более низкий личностный адаптационный потенциал по сравнению со здоровыми подростками. Из трех составляющих личностного адаптационного потенциала (нервно-психическая устойчивость, коммуникативные способности, морально-нравственная нормативность) максимально дефицитарной является нервно-психическая устойчивость. Этот фактор базовый и обуславливает снижение коммуникативных способностей.

Дефицитарность нервно-психической устойчивости проявляется в снижении уровня поведенческой регуляции, в склонности к нервно-психическим срывам, снижении самооценки. Снижение коммуникативных способностей проявляется в недостаточной сформированности знаний, умений и навыков, сопровождающих взаимодействие с другими людьми.

2. Подростки с диагнозом дисплазии соединительной ткани могут иметь как высокий, так и низкий уровень адаптированности. Как и высокоадаптированные здоровые подростки, высокоадаптированные подростки с ДСТ отличаются такими социально-психологическими характеристиками, как эмоциональная устойчивость, психологическая устойчивость в трудных жизненных ситуациях. Кроме того, у высокоадаптированных подростков с ДСТ по сравнению со здоровыми подростками наблюдается более высокий уровень выраженности таких психологических характеристик, как общительность, способность к установлению контактов, личностная независимость от влияния общественных норм, принятие ответственности, и это позволяет им компенсировать ограничения, связанные с болезнью.

3. Социально-психологические факторы, обеспечивающие подросткам с ДСТ высокий уровень адаптированности, действуют в симптомокомплексе, обладающем высокими компенсаторными возможностями. При наличии генетического соматического заболевания высокоорганизованная система социально-психологических переменных является большим ресурсом для достижения адаптированности, чем уровень выраженности той или иной отдельной социально-психологической переменной.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения, выводы и рекомендации, содержащиеся в диссертации, докладывались и обсуждались в материалах конференций: «Психика и тело: научно-практические аспекты взаимодействия психического, физического, физиологического у человека в норме, при донологических состояниях и патологии» (г. Тюмень, 2010 г.); VI международная научно-практическая

конференция молодых ученых «Психология XXI века» (Санкт-Петербург, 2010 г.); «Актуальные проблемы педиатрической науки и практики» (Курск, 2010 г.); XII Международная научно-практическая конференция Московского Института гештальта и психодрамы (г. Москва, 2012 г.); «Психология человека в условиях здоровья и болезни» (г. Тамбов, 2013 г.).

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялось в повседневной деятельности сотрудников медико-генетической консультации, отделений ГБ УЗ ЯО «Областной Перинатальный Центр». Результаты работы были представлены на теоретических семинарах факультета психологии в ЯрГУ им. П.Г. Демидова, на конференциях медицинских учреждений г. Ярославля.

Теоретические и практические данные используются в психологическом консультировании пациентов с дисплазией соединительной ткани, в лекциях преподавателей Ярославской государственной медицинской академии.

Структура диссертации содержит введение, три главы, заключение, список использованной литературы – 144 источника, из них – 16 на иностранном языке, 22 приложения. Общий объем диссертационной работы 180 страниц, 39 рисунков, 20 таблиц. По материалам диссертации опубликовано 8 статей, из них 3 – в журналах ВАК.

Глава 1. ПОНЯТИЯ И КОНЦЕПЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И АДАптиРОВАННОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Адаптация и адаптированность: процесс, свойство, состояние

Фундаментальными свойствами психики многие исследователи называют ее системность и целостность. Всё многообразие психических явлений в психологии принято разделять на психические процессы, психические состояния и психические свойства.

С.Л. Рубинштейн в своем произведении «Бытие и сознание» уделяет много внимания вопросу психических состояний, процессов и свойств, указывая на то, что в таких формах выступают психические явления. «Основным способом существования психического является его существование в качестве процесса, в качестве деятельности... Психические явления возникают и существуют лишь в процессе непрерывного взаимодействия индивида с окружающим его миром, непрекращающегося потока воздействий внешнего мира на индивида и его ответных действий, причем каждое действие обусловлено внутренними условиями, сложившимися у данного индивида в зависимости от внешних воздействий, определивших его историю. Связь психических процессов с движением, действием, с практической деятельностью существенна не только для практической деятельности, которая посредством этих психических процессов регулируется, но и для самих психических процессов: действия человека, изменяя обстоятельства, в которых протекают психические процессы, объективно обуславливают их содержание и направление...

Психическое свойство – это способность индивида на определенные объективные воздействия закономерно отвечать определенными психическими деятельностями... Распространение рефлекторной концепции на трактовку психических свойств необходимо ведет к слиянию учения о психических свойствах с учением о психических процессах» [92, с. 237-238].

Объектом исследования в данной работе является социально-психологическая адаптированность, уровень выраженности которой определяется особенностями процесса адаптации. Глобально социально-психологическая адаптация представляет собой динамическое образование, результат и процесс приспособления к условиям внешней среды, а также свойство любой саморегулирующейся системы (биологической, социальной или технической), которое состоит в способности приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды [113].

На наш взгляд, расширением представлений о социально-психологической адаптации и адаптированности будет описание этих явлений путем постановки проблематики психологических свойств, процессов, состояний. Психический процесс может перейти в психическое состояние. Всякое психическое состояние является как переживанием, так и деятельностью, имеющей некоторое внешнее проявление.

Будучи всегда детерминированы извне или изнутри, психические состояния зависят в то же время от индивидуальных особенностей человека и от его предшествующих состояний. Кроме того, психические состояния отличает от психических процессов интегрированность психических процессов разной модальности и различных уровней (психосоматических, познавательных, эмоциональных, поведенческих) в функционально единую систему, обеспечивающую адекватность действий индивида в определенной ситуации – адаптацию. Ю.Е. Сосновикова [54] пишет, что психическое состояние отражает своеобразие субъективных и объективных условий, создавшихся для человека на данный период времени. Психическое состояние – это реакция на ситуацию.

Психическое состояние человека – это конкретная структурная организация всех имеющихся у человека психических компонентов, обусловленная данной ситуацией, и предвидением ближайших результатов действий в этой ситуации, их оценкой с позиции личностных установок и ориентаций, целей и мотивов всей деятельности и предвидением их результатов. Такое определение, как нам кажется, в большей мере отражает активность взаимодействия человека как личности с окружающей его социальной средой. Психические состояния человека представляют непосредственное отражение конкретной ситуации внешней среды. Они всегда ситуативны, как бы ни были сложны их структура и причина, их вызвавшие.

Наиболее систематическое изложение проблемы психических состояний как общепсихологической проблемы было сделано А.О. Прохоровым в его монографии «Психические состояния и их функции». Используя в качестве исходного одно из направлений системного подхода, он представил психическое состояние как систему, которая характеризуется целостностью, многоуровневостью и иерархичностью, полимодальностью, структурой, функцией, включенностью в метасистему и тому подобными системными качествами. В этой системе функции состояний заключаются в специфическом влиянии их на формирование психических свойств и на протекание психических процессов, а также во влиянии на организацию психологической структуры личности в целом [85].

При изучении взаимоотношений психических процессов и свойств личности, с одной стороны, и психических состояний – с другой, было установлено, что психические процессы по-разному «включены» во взаимоотношения с состояниями в отрезке текущего времени. Изучение взаимоотношений психических состояний с различными подсистемами личностных образований позволило выявить ряд важных функций состояний в целостной психической деятельности [59]. Так, при исследовании взаимоотношения психических состояний и процессов было установлено, что

психические состояния выступают способом организации психических процессов, причем каждое из них интегрирует несколько разных процессов.

Между психическими состояниями и психологическими свойствами существуют множественные отношения, проявляющиеся в разнообразии их взаимозависимостей. Вследствие этого достигается участие всех свойств личности (при доминировании отдельных) в актуализации состояний, интеграции свойств в функциональной структуре, формирование психологических свойств личности разного уровня организации.

Интегрирующая функция состояний способствует устойчивой взаимозависимости психических процессов и психологических свойств, а также формированию единства психического, его целостности. Вследствие этого образуется соответствующая психологическая структура, включающая свойства – состояние – процессы, необходимые для эффективного функционирования субъекта. Через регуляторную функцию обеспечивается уравновешенность субъекта с социальной и предметной средой. Благодаря регуляторной функции состояний достигается адаптационный эффект, т.е. приведение психологических особенностей субъекта в соответствие с требованиями среды.

Понятие психического состояния относится к коренным, базовым понятиям психологии. Динамика изменений психических состояний отражает всю сложность субъективного. На уровне психических состояний происходит интеграция разноуровневых и разномодальных компонентов психики. Однако приходится констатировать, что явление это относится к малоизученным и малопроработанным как в общепсихологическом, так и в частнопсихологических планах. Так, даже при определении понятия, выявлении его сущности в разных источниках разными авторами используются различные базовые категории.

На сегодняшний день в контексте одной методологической традиции психическое состояние определяется как фон для протекания всех психических явлений, в рамках другой – как интегральная характеристика

различных систем психики. Наиболее общим определением всех психических состояний, на наш взгляд, будет следующее.

Психическое состояние человека – это относительно устойчивая структурная организация всех компонентов психики, выполняющая функцию активного взаимодействия человека как обладателя этой психики с внешней средой, представленной в данный момент конкретной ситуацией. Предположим, что состояние адаптированности перерастает в свойство, обеспечивающее определенный уровень социально-психологической адаптации личности. В работе мы будем оперировать термином адаптированность, т.к. динамический процесс адаптации сложно объективировать, и большинство исследований, в которых идет речь о процессе, скорее фиксируют уровень адаптированности. В случае надежных и валидных методов диагностики можно говорить о адаптированности как свойстве, в случае же ситуативного замера – как о состоянии (аналогом является измерение реактивной и личностной тревожности).

1.2. Определения адаптации и адаптированности

В отечественной и зарубежной психологии предложены различные определения социально-психологической адаптации и адаптированности личности, которые требуют специального рассмотрения. Термин «адаптация» впервые был введен Г. Аубергом и получил широкое распространение как в естественных, технических, так и общественных науках. Он происходит от позднелатинского «adaptatio» – прилаживание, приспособление. Нам следует выработать такое определение социально-психологической адаптации, которое стало бы основой для рассмотрения различных аспектов процесса адаптации и его результата – адаптированности

личности. Выработка полноценного научного определения социально-психологической адаптации личности возможна только на основе идеи онтогенетической социализации, если определение этого понятия, в свою очередь, правильно отражает тот реальный и чрезвычайно сложный процесс, благодаря которому индивид превращается в личность, обладающую основными чертами социально-психологической зрелости [58].

Понятие «адаптация» как общенаучное понятие, по словам Г.И. Царегородцева, содействует синтезу, объединению знаний различных систем. Наряду с философскими категориями, общенаучные понятия способствуют объединению исследуемых объектов различных наук в целостные теоретические построения [119]. В философском аспекте проблема адаптации рассматривалась еще в древние времена. Так, Анаксагор (VI в. до н.э.) в «Гиппократовом сборнике» впервые пытается объяснить зависимость организмов от условий жизни. В нем содержатся первые медицинские воззрения об изменении конституции человека под воздействием пищи, климата, воды, образа жизни. Демокрит подметил наследственный характер изменений в строении тела и, ориентируясь на физиологическую основу, пришел к выводу, что именно образ жизни, деятельности и движения определяет специфику и многообразие форм и окраску животных; Аристотель выделил причины формы и активности живых тел [114].

В глобальном смысле социально-психологическая адаптация представляет собой динамическое образование, результат и процесс приспособления к условиям внешней среды, а также свойство любой саморегулирующейся системы (биологической, социальной или технической), которое состоит в способности приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды [113]. В современных подходах используется биполярный смысл понятия адаптации: она может быть крайне разнообразна и представляет собой определенный континуум от позитивных значений к негативным: от ситуации, в которой индивиды справляются со

своей жизнью успешно, до той, в которой они не способны вписаться в новое общество [16, 24, 34, 55, 123, 135, 142]. Поэтому адаптация может привести или не привести к взаимному соответствию индивида и среды, она может включать в себя не только приспособление, но и сопротивление, и попытки изменить свою среду или измениться взаимно.

Подавляющее большинство отечественных и зарубежных авторов дают определение социально-психологической адаптации как процесса взаимодействия личности и среды [5, 6]. Так, Ф.Б. Березин определяет социально-психологическую адаптацию, «как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, которая позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ней значимые цели (при сохранении физического и психического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды» [9]. Представители гуманистического направления зарубежной психологии А. Маслоу и Г. Оллпорт также рассматривают социально-психологическую адаптацию как сложный динамический процесс взаимодействия личности и социальной среды, который приводит к оптимальному соотношению ценностей личности и среды [74]. А. Маслоу отмечает, что «в результате рассогласования личностно-значимых ценностей с восприятием реальной социальной ситуации возникает конфликт. Состояние переживания побуждает личность к активности по его устранению. В результате происходит не только устранение переживаний в сознании индивида, но и появляются зачатки практических действий по преодолению неприятной ситуации» [118].

Близки к данным определениям определения у М.И. Бобневой, В.П. Казначеева, Е.В. Мороденко, Н.А. Свиридова, Т. Шибутани, Н.Е. Шустовой и В.В. Гриценко [10, 42, 71, 95, 124, 126]. В процессе социально-психологической адаптации как в процессе вхождения человека в

систему внутригрупповых отношений, согласно Н.А. Свиридову, необходима выработка образцов мышления и поведения, которые отражают систему ценностей и норм данной группы, а также приобретение, закрепление и развитие умений и навыков межличностного общения в этой группе [95]. М.И. Бобнева считает важнейшим компонентом этого процесса согласование самооценок, притязаний и ожиданий субъекта с его возможностями и с реальностью социальной среды, поскольку, согласно Э. Эриксону, «из-за несоответствия потребностей личности и требований окружающей среды возникает конфликт, порождающий состояние тревоги» [10]. Автор подчеркивает, что «психологическая адаптация определяется активностью личности и выступает как единство аккомодации (усвоения правил среды, «уподобления» ей) и ассимиляции («уподобления» себе, преобразования среды), отсюда – адаптивная и одновременно адаптирующая активность самой личности». Н.Е. Шустова и В.В. Гриценко также придают большое значение активности личности в адаптационном процессе, подчеркивая роль осознанного выбора человека, поскольку он «при стремлении иметь со средой бесконфликтные отношения», оценивает «...события с позиции получаемых приобретений и потерь, решает, к каким из них ему следует приспособливаться, какие он может игнорировать, а с какими необходимо вступить в противоборство» [126]. В.П. Казначеев рассматривает адаптацию в более широком смысле, считая ее главной целью «прогресс человека», а среду адаптации тем, что «все в большей мере создает он сам в результате преобразования природы» [42]. Т. Шибутани, развивая идею об активном поведении человека в процессе адаптации, высказывает мнение, что «каждая личность характеризуется комбинацией приемов, позволяющих справляться с затруднениями, и эти приемы могут рассматриваться как формы социально-психологической адаптации (adaptation). В отличие от понятия «приспособление» (adjustment), которое относится к тому, как организм приспособливается к требованиям специфических ситуаций, адаптация относится к более стабильным решениям – хорошо организованным

способам справляться с типическими проблемами, к приемам, которые кристаллизуются путем последовательного ряда приспособлений» [124].

С.А. Шапкин и Л.Г. Дикая подчеркивают важность выработки приемов совладания при адаптации и считают, что процесс социально-психологической адаптации содержательно представляет собой активное формирование стратегий совладания со стрессогенной ситуацией посредством механизмов разных уровней регуляции. Кроме того, в своих исследованиях они показали, что в качестве системообразующего фактора адаптации, определяющего интенсивность и направленность активационно-энергетических, когнитивных и эмоционально-оценочных процессов, обеспечивающих деятельность личности, выступают мотивационно-волевые стратегии [27, 123]. Заметим здесь, что в психиатрических работах адаптация понимается как соответствие поведения и реальных достижений больного социальным нормам, как результат *приспособления* больного к обществу, а не как результат его целенаправленной активности. При этом «адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья» [2].

Другая часть авторов при определении социально-психологической адаптации личности делает акцент на ее результате – *адаптированности*. Так, А.А. Налчаджян понимает под адаптацией «тот социально-психологический процесс, который при благоприятном течении приводит личность к состоянию *адаптированности*» [74]. Это состояние он характеризует как «состояние взаимоотношений личности и группы, когда личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои социогенные потребности, идет навстречу тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к ней эталонная группа, и переживает состояние самоутверждения». О.И. Зотова и И.К. Кряжева [39] под социально-психологической адаптацией подразумевают включенность личности в социальную среду через обретение статуса, места в социальной структуре общества, что является необходимым

условием функционирования общества как единого социального организма. Под *адаптированностью* личности понимается оптимальная реализация внутренних возможностей, способностей человека и его личностного потенциала в значимой сфере. В качестве основных функций социально-психологической адаптации личности в социальной среде обозначается формирование средств, нахождение условий и форм для свободного прогрессивного развития личности. М.И. Зайдфодим под *адаптированностью* понимает не только «приспособленность индивида к социальным условиям и сформированность у него социальных качеств общения, поведения и деятельности, принятых в обществе», а и «реализацию его потребностей, интересов и стремлений, самоутверждение и развитие индивидуальности». При этом «эффективность социально-психологической адаптации существенно зависит от того, насколько адекватно он воспринимает себя и свои социальные связи: искаженное или недостаточно развитое представление о себе ведет к нарушениям адаптации» [36]. А.В. Сиомичев определяет *адаптированность* как «степень соответствия психических возможностей человека требованиям деятельности в заданных условиях» [98]. А.Н. Жмыриков, давая определение социально-психологической адаптации как «сложного, многоуровневого и иерархически организованного процесса взаимодействия личности и социальной среды», характеризует *адаптированность*, как «оптимальное соотношение целей и ценностей личности и среды, реализацию внутриличностного потенциала в конкретных условиях жизнедеятельности при благоприятном эмоциональном самочувствии» [33]. По Л. Филипсу, социально-психологическая адаптация означает, что человек успешно пользуется создавшимися условиями для осуществления своих целей, ценностей и стремлений [131]. По мнению Р. Лазаруса, в процессе взаимодействия со средой личность получает информацию, которая противоречит ее установкам. Рассогласованность между установками личности и образом реальной ситуации приводит к состоянию дискомфорта, что, в свою очередь, побуждает индивида к

действию. О степени *адаптированности* личности будет свидетельствовать актуализация реакций индивида, обусловленная интенсивностью его переживаний [129].

В зарубежной психологии значительное распространение получило необихевиористское определение адаптации, когда, согласно Г. Айзенку и его последователям, адаптация определяется двояко: 1) как состояние, в котором потребности индивида, с одной стороны, и требования среды – с другой, полностью удовлетворены; 2) процесс, посредством которого это гармоничное состояние достигается, как процесс физических, социально-экономических или организационных изменений в специфически-групповом поведении, социальных отношениях или в культуре [58].

Таким образом, различные определения социально-психологической адаптации, как и ее качественно своеобразные содержательные компоненты, можно разместить между полюсами наиболее общего (взаимодействие индивида со средой) и конкретного, специфичного в этом взаимодействии (характеристики социальной среды, усвоение норм и ценностей группы, освоение системы деятельности и межличностных отношений). Сущностью социально-психологической адаптации является сочетание устойчивости (сохранение идентичности, тождественности организма самому себе) с изменчивостью (развитием, достижением новых состояний), которое осуществляется на уровне способов его взаимодействия со средой и на уровне адаптивных механизмов [68, 71, 136, 137]. Наиболее часто встречающимися категориями, содержательно наполняющими определение социально-психологической адаптации, являются следующие: «взаимодействие индивида со средой», «удовлетворение потребностей индивида», «включение в систему межличностных отношений», «самореализация индивида», «усвоение норм и ценностей общества», «выработка образцов поведения и общения».

1.3. Основные подходы к изучению адаптации и адаптированности

В зарубежной психологии адаптация рассматривалась преимущественно в контексте взаимоотношения индивида с социальной и культурной средой. В зависимости от того, какого теоретического направления придерживаются авторы, предлагаются различные определения и процесса, и состояния адаптации. Оценивая вклад зарубежной психологии в общенаучное понимание социально-психологической адаптации личности, рассмотрим три основных направления.

Психодинамическое направление определяет социально-психологическую адаптацию как результат, выражающийся в гомеостатическом равновесии личности с требованиями среды. Содержание процесса социально-психологической адаптации описывается формулой: конфликт – тревога – защитные реакции. Степень адаптированности личности при данном подходе определяется характером ее эмоционального самочувствия, понимаемое как переживание тревоги, возникающей из-за рассогласования биологически обусловленных потребностей индивида и его моральных установок, отражающих требования социальной среды. Исходя из данного критерия, выделяют два уровня: адаптированность и неадаптированность. Первый характеризуется отсутствием тревоги у индивида, второй – наличием клинического проявления тревоги [12]. Действие защитных реакций носит неконструктивный характер, т.к. снимает тревогу лишь в представлениях индивида, реально не разрешая конфликтную ситуацию.

Психоаналитики проводят различие между адаптацией как процессом и адаптированностью как результатом этого процесса. В процессе адаптации активно изменяется как личность, так и среда, в результате чего устанавливаются отношения адаптированности, а адаптационный процесс

регулируется со стороны «Я». В этом направлении выделяются аллопластическая и аутопластическая виды адаптации, которые представляют две стороны одного процесса. Аллопластическая адаптация связана с теми изменениями внешнего мира, которые производит личность во внешней среде для приведения ее в соответствие со своими потребностями, а аутопластическая – с изменениями личности, с помощью которых она приспосабливается к среде. Немецкий психоаналитик Х. Хартманн добавляет ещё одну разновидность адаптации: поиск среды, благоприятной для функционирования личности. Он признает, что не всякая адаптация является конфликтной [19]. А. Адлер, анализируя проблему адаптации, приближается к сторонникам гуманистического направления. Согласно его представлениям, ребенок в процессе приспособления к миру в чем-то постоянно ему уступает. По этой причине в нем развивается чувство несостоятельности, которое является движущей силой развития, определяющей типы адаптации в окружающей среде. Э. Эриксон выдвигает гипотезу о взаимном, непрерывном приспособлении индивида и общества [118]. К. Хорни делает акцент на социокультурные детерминанты и отрицает, что люди мотивированы преимущественно инстинктами. Здоровая, легко адаптирующаяся личность формируется, по К. Хорни, при обязательном наличии безусловной любви в детстве [117].

Таким образом, в рамках психоаналитического подхода социально-психологическая адаптация рассматривается как процесс конфликтного взаимодействия личности и социальной среды, и одновременно как результат этого процесса, имеющий две модальности: адаптированность и дезадаптация. Различие между ними – в степени выраженности показателя эмоционального самочувствия, трактуемого как уровень тревожности.

В рамках бихевиорального направления подход в изучении адаптации личности связан с когнитивистской ориентацией в социальной психологии. Объектом исследования основателей когнитивной психологии А. Эллиса и А. Бека является сфера мышления, изменения в которой воздействуют на

эмоциональную сферу и адаптированность в целом [8]. М. Махони рассматривает личностные проблемы как проблемы научные, и предлагает программу психокоррекции с целью повышения уровня адаптированности [19]. В изучение адаптации немалый вклад внес Л. Фестингер (1957) своей теорией когнитивного диссонанса. Процесс социально-психологической адаптации в рамках этой теории описывается трехчленной формулой: конфликт – когнитивный диссонанс (дискомфорт, угроза) – редукция когнитивного диссонанса (реакции приспособления). В случае отсутствия переживания угрозы предполагается высокий уровень адаптированности, выраженный эмоциональный дискомфорт говорит о низком уровне (дезадаптации) [118].

Для интеракционистов адаптивность проявляется в виде двух различных ответов на воздействие среды: 1) в принятии и эффективном ответе на те социальные ожидания, с которыми человек встречается в соответствии со своими воззрениями и полом; 2) не только в принятии социальных норм, но и в гибкости, эффективности при встрече с новыми и потенциально опасными ситуациями, а также в способности придавать событиям желаемое для себя направление [74]. Представители гуманистического направления понимают цель адаптации как «достижение позитивного духовного здоровья», что предполагает у адаптирующегося субъекта развитие определенных личностных характеристик. Наибольший вклад в развитие данного подхода внесли А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл и др. Представители данного подхода понимают адаптацию, как гетеростатический процесс, когда человек ищет возможности для актуализации своего потенциала, в отличие от гомеостатического процесса адаптации в психоаналитическом направлении как следствия уменьшения напряжения [118]. Непрерывный рост и развитие личности провозглашаются атрибутивными моментами ее существования. Процесс социально-психологической адаптации в русле данного подхода описывается формулой: конфликт – фрустрация – акты приспособления. Фрустрация рассматривается

как социальная, физическая или воображаемая помеха, препятствующая достижению объекта (цели). Актами приспособления считаются поведенческие реакции индивида конструктивной и неконструктивной направленности. Критериями конструктивного поведения (копинг-реакций), по А. Маслоу, являются: осознанность проблем, направленность на их решение при четком представлении цели и средств, детерминация их внутренними ценностями и требованиями социальной среды. Неконструктивные реакции (агрессия, регрессия, фиксация и т.п.) являются следствием недостаточной осознанности проблем личностью и направлены только на устранение неприятных переживаний конфликтной ситуации из сознания без реального решения проблем [118].

Таким образом, в зарубежной психологии существует множество подходов и взглядов на феномен адаптации: адаптация рассматривается как соотношение изменений среды и личности (психоаналитическое направление), как показатель уровня развития когнитивной сферы (бихевиоризм), как адекватная продуктивная результативность (интеракционизм), как сложный динамический процесс взаимодействия личности и среды, приводящий к оптимальному соотношению ценностей личности и среды (гуманистическое направление).

В работах отечественных авторов проблема социально-психологической адаптации личности рассматривается в многочисленных прикладных аспектах с различных позиций. Авторы интерпретируют ее с различными акцентами: на личностные качества и структуру личности в целом (А.А. Алдашева, 1984; Ф.Б. Березин, 1981; Н.Г. Колызаева, 1989; А.Л. Мацкевич, 1987; Л.А. Пергаменщик, 1991, 1998, 1999; А.Г. Румянцева, 1993; А.В. Сиомичев, 1985), на соответствие актуальных потребностей уровню их удовлетворения (П.С. Кузнецов, 1991), на специфику взаимодействия личности и социальной среды (А.Л. Венгер, Ю.М. Десятников, 1995; А.А. Налчаджян, 1988; К.Г. Ушаков, 1987), на активность личности (Г.А. Балл, 1989; И.Б. Дерманова, 1990;

А.В. Меньшиков, 1992), на реализацию личностного потенциала и усвоенных ценностей (Л.К. Гришанов, В.Д. Цуркан, 1990; И.К. Кряжева, 1980). Частью авторов понятие социально-психологической адаптации личности рассматривается через призму соотношения с понятием социализации (Е.Л. Андреева, 1991; Г.А. Балл, 1989; Л.К. Гришанов, В.Д. Цуркан, 1990) и развития личности (П.С. Кузнецов, 1991). При этом одни авторы считают, что процесс адаптации постоянен (П.С. Кузнецов, 1991), другие же полагают, что личность «начинает осуществлять адаптивные процессы в тех случаях, когда оказывается в проблемных ситуациях» (А.А. Налчаджян, 1988).

Социально-психологическая адаптация личности исследуется авторами в различных сферах производственной деятельности (О.П. Баклицкая, 1988; Т.Н. Вершинина, 1986), в учебной деятельности в школе и ВУЗе (Л.К. Гришанов, В.Д. Цуркан, 1990; И.Б. Дерманова, 1990; А.Н. Жмыриков, 1983; А.В. Сиомичев, 1985). Ряд работ посвящен исследованию адаптации личности в малых группах в условиях длительной изоляции от привычного социального окружения (А.А. Алдашева, 1984; В.В. Бердышев, 1993; Г.Н. Загородников, 1992), адаптации личности к экстремальным и изменяющимся условиям природной и социальной среды (Ф.Б. Березин, 1981; Е.В. Виттенберг, 1994; А.Н. Жмыриков, 1989; Л.А. Пергаменщик, 1995, 1998, 1999). Большое количество работ посвящено исследованию адаптации личности в условиях производства и учебы (И.К. Кряжева, 1983; Г.В. Ложкин, Ю.Л. Бородин, 1975; В.В. Стрельцов, 1999). Важное социальное и экономическое значение имеют работы по исследованию профессиональной адаптации специалистов (Е.Л. Андреева, 1991; А.Н. Жмыриков, 1981; А.Г. Румянцева, 1993). Поскольку наше исследование направлено на изучение медико-психологических аспектов адаптации, особенно подчеркнем значимость подобных исследований в отечественной психологии (Ю.А. Александровский, 1993; С.М. Бондаренко, 1989; В.П. Казначеев, 1973, 1980, 1986; В.С. Ротенберг, Х.В. Аблахад, 2000). Общим для всех авторов в анализе проблемы социально-психологической

адаптации является положение о взаимной детерминации индивидуального и социального при взаимодействии личности и общества.

По мнению Ф.Б. Березина, адаптационную концепцию можно рассматривать как один из перспективных подходов к комплексному изучению человека. В общей системе психической адаптации он выделяет собственно психический, социально-психологический и психофизиологический аспекты, которые можно оценивать как подсистемы адаптации. При этом системообразующими факторами для реализации собственно психической адаптации служат поддержание психического гомеостаза и сохранение психического здоровья; социально-психологической – организация адекватного микросоциального взаимодействия; психофизиологической адаптации – оптимальное формирование психофизиологических соотношений и сохранение физического здоровья. Исследование психической адаптации предполагает одновременное рассмотрение всех ее аспектов [9].

В отечественной психологии адаптация понимается как итог процесса изменений социальных, социально-психологических, морально-психологических и демографических отношений между людьми, приспособления к социальной среде. Как отмечает Г.М. Андреева, социально-психологическая адаптация относится к одному из основных механизмов социализации личности, являясь показателем её зрелости [3]. По мнению Н.А. Свиридова, адаптационные процессы происходят постоянно, т.к. постоянно происходят изменения и в социальных условиях нашего существования, и в нас самих [95].

Специфика процесса адаптации личности состоит в том, что в ходе своей жизнедеятельности она сталкивается с необходимостью активного приспособления к разным элементам социальной среды, а именно ее социально-психологическим, культурным, профессиональным, бытовым и другим характеристикам. Отсюда принято говорить о разных видах адаптации: производственной адаптации, межкультурной адаптации,

аккультурации, профессиональной адаптации и т.д. Некоторые авторы утверждают, что все виды адаптации взаимосвязаны, а выделение различных видов и уровней адаптации в достаточной степени искусственно и служит целям научного анализа и описания этого явления [35].

Л.И. Анцыферова рассмотрела процессы адаптации в контексте преодоления личностью трудной жизненной ситуации. Изменение условий жизнедеятельности (утрата тех или иных ценностей), по ее мнению, дезорганизует психическую деятельность и вызывает необходимость в новом совладающем поведении. Ею сформулировано важное методологическое положение о необходимости учета предшествующего жизненного опыта субъекта (личностный потенциал) при исследовании совладающих форм поведения [4].

А.А. Налчаджян, привлекая понятия внешних и внутренних конфликтов, утверждает, что успешность социально-психологической адаптации личности и сопряженных с ней внутриличностных конфликтов определяется способностью осуществлять конструктивные стратегии поведения в затруднённых жизненных ситуациях. Проблема социально-психологической адаптации также рассматривается им через призму тактик совладающего поведения, под которым понимается индивидуальный тип реагирования на изменившиеся условия среды [74].

Проблему социально-психологической адаптации глубоко исследовал М.В. Ромм, акцентируя внимание на информационно-интеллектуальной адаптации, когда решающее значение имеет семантическая адекватность индивидуальной интерпретации информации. Любое существенное изменение параметров среды и деятельности требует переосмысления ситуации и мотивирует субъекта на поиск новой информации как основы для интерпретации ситуации и конструирования приемлемой адаптивной стратегии. Последняя является системой социальных, психологических, информационных приёмов, с помощью которых личность получает

возможность интерпретативного конструирования адаптационного пространства [90].

Давая характеристику процессу социально-психологической адаптации, оценивая этот процесс как взаимный на всех уровнях и системах, Н.А. Свиридов отмечает, что она представляет, в отличие от биологической адаптации, единство приспособительной и преобразовательной деятельности. Решающее значение имеет последняя [95]. По мнению Ю.А. Милославского, чем меньше выражено в индивиде личностное начало, тем более социально-психологическая адаптация носит характер приспособления к условиям социальной среды. В процессе адаптации такая личность приспособливается к среде и в ходе активного взаимодействия со средой изменяет свои свойства, характеристики: самоидентификацию, ценностные ориентации, ролевое поведение [72].

В целом, отечественными психологами в качестве специфических особенностей социально-психологической адаптации отмечается активное участие сознания, влияние трудовой деятельности человека на среду, активное изменение человеком результатов своей адаптации в соответствии с условиями бытия, а успешный характер адаптации носит при сохранении устойчивости объекта, приобретении нового качества в результате изменчивости и развитии адаптивных механизмов.

Приведенные нами подходы к исследованию проблем адаптации в рамках психологических концепций не раскрывают суть всех существующих в настоящее время понятий данного явления. И в рассмотрении некоторых вопросов проблемы социально-психологической адаптации видны принципиально разные подходы. Однако общим для всех подходов и направлений является то, что адаптация существует в двух формах: как процесс приспособления к среде и достижения гармоничного равновесия, и как результат этого процесса, или адаптированность.

1.4. Критерии, виды и уровни адаптированности

Проблема критериев оценки эффективности адаптации как системного процесса остро возникает при разработке программы психологической диагностики, профилактики и коррекции адаптационных расстройств.

Все исследователи отмечают признаки и особенности, присущие адаптивным процессам. Вопросу определения критериев адаптированности, как результата адаптации, посвящено немало исследований (И.К. Кряжева, Н.М. Лебедева, С.С. Луговский, А.А. Налчаджян, А.В. Сиомичев, А.В. Сухарев, И.Л. Степанов, А.Н. Струкова, Л. Филлипс, Н.И. Халдеева). Есть авторы, предлагающие развернутые системы критериев (Т.О. Паршина), но большинство исследователей выделяют два – три критерия адаптированности. Так, в работах интеракционистов приводятся характеристики адаптивного поведения, в качестве которых выступают успешное принятие решений, ясное определение своего будущего и проявление инициативы. Л. Филлипс полагает, что признаками эффективной адаптированности являются: 1) успешность в сфере личных отношений, где устанавливаются интимные, эмоционально-насыщенные связи с людьми; наличие эмпатии, знаний мотивов человеческого поведения, способности точно отражать изменения во взаимоотношениях; 2) эффективность в сфере внеличностной социально-экономической активности, в которой человек достигает запланированного им уровня [131].

Психоаналитическая школа в качестве критерия адаптированности рассматривает ситуацию, при которой у человека не нарушены его продуктивность, психологическое равновесие и способность наслаждаться жизнью [118].

В качестве основного критерия адаптированности в гуманистическом направлении психологии выдвигается критерий степени интеграции

личности и среды, вспомогательного – критерий «эмоционального самочувствия» [118].

Отечественные психологи И.К. Кряжева, Н.М. Лебедева, А.В. Сиомичев основными критериями адаптированности признают эмоциональное самочувствие личности, удовлетворенность результатами деятельности [39, 56, 98]. С.С. Луговский, А.В. Сухарев, И.Л. Степанов, А.Н. Струкова, Н.И. Халдеева указывают на то, что показателем успешной адаптации на индивидуальном плане может являться состояние психического здоровья человека, в популяционном – уровень биологического воспроизводства определенной этносоциальной группы, т.к. эти показатели определяют жизнеспособность и выживаемость индивида и группы [19]. А.А. Налчаджян в качестве критериев адаптированности личности называет наличие у личности адаптивных и неадаптивных для данной социальной среды потребностей и мотивов [74]. Т.В. Барлас рассматривает такие показатели успешности адаптации, как адекватная самооценка, удовлетворенность качеством межличностных отношений [7]. Е.В. Мороденко выделяет следующие критерии адаптированности: 1) объективные: учебная адаптированность (эффективность, успешность учебно-профессиональной деятельности), служебно-дисциплинарная адаптированность (успешность выполнения служебных задач), микросоциальная адаптированность (авторитетное положение в коллективе, достаточно высокий статус, отсутствие конфликтов с сослуживцами); 2) субъективные: удовлетворенность своим учебно-профессиональным статусом (сохранность интереса к учёбе, профессии), позитивно-конструктивное отношение к взаимоотношениям в коллективе, наличие адекватной, достаточно высокой самооценки [71]. В.В. Гриценко, Н.Е. Шустова в качестве критерия оценки уровня социально-психологической адаптированности рассматривали удовлетворенность материальным положением, жилищно-бытовыми условиями; отношениями с родителями, друзьями; местом жительства; проведением досуга; образом

жизни [126]. А.Г. Маклаков оценивает социально-психологическую адаптацию по таким критериям, как нервно-психическая устойчивость, принцип межличностных контактов (конфликтность), опыт общения (общительность), морально-нравственная ориентация, групповая идентификация (ориентация на соблюдение требований коллектива) [63]. В.Г. Чайка критериями адаптированности учащихся считает: 1) объективные результаты учебной деятельности, 2) степень интеграции личности с коллективом и социальный статус учащихся, их общественную активность, 3) степень реализации внутриличностного потенциала, 4) эмоциональное самочувствие, степень выраженности синдрома психоэмоционального напряжения, наличие / отсутствие невротических реакций [121].

О.И. Зотова, И.К. Кряжева предлагают разделить критерии социально-психологической адаптации на объективные и субъективные. К первым относят продуктивность деятельности, реальное положение в коллективе, показателями которых являются профессионально-квалификационный рост, стаж работы, успеваемость, состояние здоровья. К субъективным критериям относят удовлетворенность личности различными аспектами жизни и собой; ощущение эмоционального и физического комфорта [39]. В.И. Медведев, С.Т. Посохова рассматривают эмоциональную устойчивость и удовлетворенность от работы критериями социально-психологической адаптации [67].

Т.О. Паршина считает, что основными критериями адаптированности являются: 1) конструктивное разрешение проблем, предполагающее активную позицию личности по отношению к среде и использование стратегии самораскрытия, ориентированной на творческое преобразование среды и реализацию собственных возможностей, индивидуального жизненного ресурса; 2) наличие в сознании личности четких жизненных планов, целей и средств их достижения; 3) достаточный уровень развития всех основных сторон личности, удовлетворенность отношениями в

жизненно значимых сферах межличностного гармоничного взаимодействия [81].

Успешен, на наш взгляд, подход к критериям адаптированности индивида у А.Н. Жмырикова. Он пошел по пути создания интегративной модели двух направлений исследований социально-психологической адаптации в отечественной психологии. Первое, в основе которого лежит концепция деятельности А.Н. Леонтьева, описывает адаптацию личности как активное усвоение личностью социального опыта, овладение навыками общения, социальными ролями. Второе направление в исследовании адаптационного процесса базируется на теории психического как процесса. Авторы, изучающие адаптацию личности с позиций данного подхода, определяют ее через понятие «психологической включенности» личности в социальную среду. А.Н. Жмыриков объединил их и создал на этой основе целостную и довольно полную систему критериев адаптированности. Она включает: 1) выходные параметры деятельности личности; 2) степень интеграции личности с макро- и микросредой; 3) степень реализации внутриличностного потенциала; 4) эмоциональное самочувствие [33].

Подчеркивая успешность подхода А.Н. Жмырикова, А.А. Реан предлагает свою модель социально-психологической адаптации. Построение её базируется на выделении внутренних и внешних критериев адаптированности. Внутренние критерии он связывает с психоэмоциональной стабильностью, личностной комфортностью, состоянием удовлетворенности. Внешние критерии отражают соответствие реального поведения личности установкам общества, требованиям среды, принятым в социуме правилам и критериям нормативного поведения. Важным фактором социальной адаптированности (по внутренним и внешним критериям) автор считает развитую социально-психологическую терпимость личности, которая предупреждает развитие когнитивного диссонанса и дезадаптацию личности [86].

Социально-психологическая адаптированность предполагает наличие у субъекта определенных навыков и способов взаимодействия. Такими, по мнению Л.А. Петровской, являются: свободное владение вербальными и невербальными средствами социального взаимодействия; осознание среды деятельности; осознание своих потребностей; способность воздействовать на среду с целью их удовлетворения. Важны способности индивида осознавать свои стереотипы в восприятии других людей, реакции переноса, свои проекции и интроекции; самостоятельность в стрессовых ситуациях; установки на активное взаимодействие с социальной средой; принятие социальной роли. Кроме того, к навыкам и способам адаптивного поведения относятся умение конструктивно разрешать конфликтные ситуации, способность брать ответственность за свои поступки, проявления [83].

Выбор критериев адаптированности различными авторами во многом определяется теоретической концепцией адаптации, в рамках которой этот выбор осуществляется. По убеждению подавляющего большинства исследователей, один лишь критерий включенности индивида в процесс общественных отношений не является надежным показателем при определении эффективности и устойчивости адаптации. Хотя субъективно переживаемое индивидом чувство удовлетворенности характером этих отношений и объективно регистрируемые внешние проявления такой удовлетворенности, несомненно, являются важнейшими критериями эффективности адаптации. Анализируя исследования адаптации у различных авторов, Н.Н. Мельникова приходит к выводу, что процесс адаптации заключается в построении сложной системы, у которой появляются новые интегральные качества. Взгляд на адаптацию, как на системный процесс, предполагает исследование процесса адаптации и его результата – адаптированности личности – на всех уровнях: биологическом, психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом, социальном, а также интегральных качеств новой системы [69].

Описать детально все многообразие адаптивных моделей поведения личности невозможно, поскольку каждый человек уникален. Тем не менее, за всем этим многообразием стоят типичные способы использования человеком внутренних и внешних ресурсов для удовлетворения значимых потребностей в процессе взаимодействия с социумом. Наличие критериев позволяет выделять различные *виды адаптации* и *уровни адаптированности* личности. Под видом адаптации мы понимаем структурно организованную совокупность относительно устойчивых социально-психологических характеристик личности, обеспечивающих реализацию жизненно важных потребностей. Большинство людей проявляют различные виды адаптации в различных ситуациях, но у одного человека определенный вид преобладает. Различные виды социально-психологической адаптации предлагаются такими отечественными и зарубежными авторами, как А.А. Реан, М.А. Шабанова, А.А. Налчаджян, Н.Е. Шустова и В.В. Гриценко, Р. Мертон, Ч. Моррис и др. При анализе предложенных типологий мы склонны согласиться с И.Б. Дермановой, которая утверждает, что большинство авторов приходят к выводу о существовании трех основных типов адаптации: 1) активность человека направлена на преобразование среды в соответствии со своей собственной картиной субъективной реальности. Этот тип адаптации обусловлен мотивом стремления к превосходству и проявляется в стремлении властвовать, доминировать, обладать; 2) активность человека направлена на приспособление к среде. Мотивом является стремление к самосовершенствованию, здесь утверждается ценность самоизменения; 3) вид адаптации, связанный с уходом из среды. Он актуализируется, если не удалось реализовать два предшествующих вида адаптации, и связан с изменениями во внутреннем, личностном психологическом смысле с целью сохранения своей психической целостности и субъективной ценности [25].

А.А. Налчаджян делит социально-психологическую адаптацию на *нормальную, девиантную и патологическую* [74]. Нормальная адаптация – такой адаптационный процесс личности, который приводит к её устойчивой

адаптивности в типичных проблемных ситуациях без патологических изменений её структуры и одновременно без нарушения норм той социальной группы, в которой протекает активность личности. Существует три типа нормальной адаптации: защитная; незащитная; смешанная. Защитная адаптация – это те действия личности, которые осуществляются с помощью защитных механизмов (агрессии, рационализации, регрессии, проекции и других), если эти механизмы не стали патологическими. Незащитная адаптация происходит, когда личность оказывается в нефрустрированной проблемной ситуации, требующей от неё принятия рациональных решений. Эти процессы идут без использования защитных механизмов, с помощью познавательных операций, механизмов целеполагания, групповых социально-психологических процессов и решения задач, различных форм социальной уступчивости (например, конформного поведения, но без защитных механизмов) и тому подобного. Смешанная адаптация происходит, когда личность частично фрустрирована, но стоит перед конструктивными задачами, связанными с её социальными ролями. Тогда могут одновременно или в какой-либо последовательности актуализироваться либо защитные, либо когнитивные механизмы. То, насколько эффективно и быстро справится человек со стоящей перед ним задачей, зависит от удачного сочетания и применения обоих видов адаптации.

Девиантная адаптация – это те процессы социальной адаптации личности, которые обеспечивают удовлетворение потребностей индивида в данной группе при том условии, что ожидания остальных участников социального процесса не оправдываются таким поведением. Выделяют два типа девиантной адаптации: неконформистская и новаторская. Неконформистская адаптация – это такой процесс, благодаря которому личность преодолевает внутригрупповую проблемную ситуацию необычными для членов этой группы способами, и вследствие этого оказывается в конфликтных отношениях с нормами группы и их носителями,

т.к. последние испытывают постоянную фрустрированность, связанную с реализацией человеком неконформистской адаптации. В данном случае личность может либо оказаться исключенной из социального окружения, либо создавать вокруг себя зону постоянного напряжения и конфликтов. Новаторская адаптация – это действия творческой личности, которой тесно в существующих рамках, и которая преобразует общество в соответствии со своими убеждениями. При этом человек должен обладать очень высокой степенью активности и в то же время устойчивостью к воздействиям окружающих, высокой личностной силой, личным потенциалом.

Патологическая адаптация, по определению А.А. Налчаджяна, – это такой социально-психический процесс, который полностью или частично осуществляется с помощью патологических механизмов и форм поведения, и приводит к образованию патологических комплексов характера, входящих в состав невротических и психотических синдромов. Патологизирующее поведение, однако, может быть и адаптивным тогда, когда в группе ожидается именно такое поведение, т.е. когда группа имеет патологизированные нормы.

На наш взгляд, из всего многообразия видов адаптаций наиболее применимым к теме нашего диссертационного исследования является нормальная адаптация. Для понимания нормальной адаптации важно учитывать также и ее направленность: внешнюю и внутреннюю. Внешняя адаптация состоит в процессе приспособления к внешним ситуациям и осуществляется путем их сохранения или устранения. Внутренняя может направляться на различные цели: это может быть разрешение внутренних конфликтов и проблем личности, освоение и присоединение нового адаптивного механизма к уже имеющимся в арсенале человека, либо приспособление адаптивного механизма ко всей структуре личности. Виды внутренней и внешней адаптации исследует Н.Н. Мельникова. В ее работе классифицированы стратегии адаптивного поведения по трём основаниям: контактность (контактная или избегающая стратегия), активность (активная

или пассивная стратегия), направленность изменений (на среду или на себя) [69]. Теоретически сформированы восемь стратегий индивидуального поведения, каждая из которых характеризуется этими тремя качествами.

1. Активное изменение среды (активная, контактная, направленная вовне). Для первой стратегии характерно стремление активно воздействовать на среду или партнёра с целью изменить их, «приспособить» к своим особенностям и потребностям. Данная стратегия предполагает широкий арсенал средств и может реализоваться через активное давление на партнёра, преобразование среды, а также различные виды манипуляции.

2. Активное изменение себя (активная, контактная, направленная вовнутрь). Вторая стратегия строится на активном изменении себя таким образом, чтобы среда перестала восприниматься как фрустрирующая. Такой эффект может достигаться через изменение восприятия ситуации, системы потребностей и ценностей, отработку адекватных форм поведения и реагирования. Эта стратегия предполагает (в отличие от стратегии пассивного подчинения) именно сознательно и произвольно достигнутые изменения в себе. Как правило, такие изменения устойчивы и связаны с внутренней перестройкой личности.

3. Уход из среды и поиск новой (активная, избегающая, направленная вовне). Третья стратегия представляет собой прямой уход индивида из ситуации с целью поиска новой среды, которая бы более гармонировала с его свойствами. Человек уходит от контакта с фрустрирующей средой и сосредотачивает силы на поиске новой, более приемлемой среды (или партнёра). В этом случае возможны изменения места жительства, работы, учебы, смена круга друзей, образование новой семьи.

4. Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир (активная, избегающая, направленная вовнутрь). Можно уйти от контакта с фрустрирующей средой, физически не отдаляясь от неё. Четвёртая стратегия – это избегание контакта со средой посредством замыкания во внутреннем, «своём», мире. Проявления стратегии достаточно разнообразны и включают,

в частности, поиск альтернативы реальному миру в собственных фантазиях, а также в религиозных и философских системах. Стратегия характеризуется концентрацией на внутренних состояниях и переживаниях, может сопровождаться психологическим подавлением, вытеснением фрустрирующих факторов, использованием психоактивных средств (алкоголя, наркотиков) для изменения внутреннего состояния.

5. Пассивная репрезентация себя (пассивная, контактная, направленная вовне). Стремление самоутвердиться, отстоять своё «Я» часто реализуется через стратегию пассивной репрезентации себя. Данная стратегия проявляется в упрямой демонстрации своей позиции. Как правило, здесь отсутствует активность, направленная на изменение ситуации: человек не стремится воздействовать на партнёра и отказывается от пересмотра своей собственной позиции. Случаи приверженности жёстким жизненным принципам, упрямство и иногда фанатизм являются проявлениями пятой стратегии адаптивного поведения.

6. Пассивное подчинение условиям среды (пассивная, контактная, направленная вовнутрь). Шестая стратегия определяется тенденцией к пассивному подчинению условиям среды. Изменения происходят под воздействием влияния извне, без самостоятельного сознательного анализа ситуации и в большинстве случаев не предполагают глубокой личностной перестройки. Наиболее яркое проявление этой стратегии – внешнее конформное поведение. Стратегия может проявляться в форме пассивного согласия с внешними требованиями, уступчивости, подчинения авторитету, иногда – в форме подражания.

7. Пассивное выжидание внешних изменений (пассивная, избегающая, направленная вовне). В проблемной ситуации индивид может занять позицию выжидания. Реализуя седьмую стратегию, человек стремится избежать неприятных влияний среды, просто выжидая, когда внешние условия сами изменятся в более благоприятную для него сторону. Откладывая решение проблемы на более поздний срок, человек временно

ограничивает свои контакты со средой, оставаясь, по возможности, незаметным, «замороженным» до появления удовлетворяющих его условий. Такая стратегия предполагает надежду на благоприятные изменения среды или упования на то, что всё разрешится само собой.

8. Пассивное ожидание внутренних изменений (пассивная, избегающая, направленная вовнутрь). Внешне восьмая стратегия похожа на предыдущую, но руководствуясь этой стратегией, человек ожидает благоприятных изменений не вовне, а внутри себя. Это может быть изменение настроения, созревание, появление ощущения внутренней готовности. Откладывая решение проблемы на более поздний срок, человек мысленно апеллирует к тому, что он ещё не готов, но через некоторое время внутренние условия сложатся в его пользу.

Задачам нашей работы отвечают также теоретические исследования *уровней адаптированности*, которые отражают оценку степени соответствия внутреннего психологического состояния индивида требованиям окружающей среды. П.С. Кузнецов выделяет *высокий, средний и низкий* уровни адаптированности [54]. *Высокий* уровень характеризуется стабильностью, последовательностью, уверенностью в себе, ощущением личной ответственности, адекватностью, простотой и логичностью поведения. При *низком* уровне реальная деятельность заменяется идеальной, отсутствует чувство личной ответственности, нестандартно воспринимается окружающая действительность, свойственны депрессивные реакции. Для *среднего* характерны характеристики высокого и низкого уровня адаптированности. Большинство авторов выделяет уровни адаптированности аналогичным образом [33, 86]. Однако наиболее полную, развернутую характеристику уровней адаптированности, на наш взгляд, предлагает Т.О. Паршина [81]. Здесь анализируются не только составляющие каждого уровня адаптированности, но и прописываются показатели, которые позволяют характеризовать результат адаптации. При оценке уровня адаптированности в первую очередь рассматривается *личностный*

адаптационный потенциал (ЛАП) и выделяются его четыре составляющих: *биопластический, биографический, психический* компоненты и *система личностной регуляции*. *Биопластический* компонент включает уровень здоровья и толерантность к неблагоприятным факторам внешней среды. *Биографический компонент* – это индивидуальная история жизни человека с культурными традициями, уникальными детско-родительскими отношениями. *Психический компонент* обеспечивается возможностями человека, позволяющими отражать объективную реальность во всем ее многообразии и регулировать различные взаимоотношения с ней. Здесь исследуются адаптационные возможности интеллекта, памяти, мотивации, эмоций, самосознания. *Система личностной регуляции* как компонент ЛАП дает возможность не только управлять своим поведением в соответствии с нормативными требованиями общества, достигать необходимого уровня успешности в профессиональной деятельности, но и развиваться, совершенствоваться.

Проблема развития потенциалов личности рассматривается в науке в связи с изучением вопросов развития творческих способностей человека в отечественных исследованиях Г.С. Альтшуллером, Л.С. Выготским, В.В. Давыдовым, А.Ю. Козыревой, М.В. Колосовой, И.С. Коном, В.И. Максаковой Б.М. Тепловым, в зарубежных исследованиях Ф. Барроном (F. Barron), Э. де Боно (D'Vono), Дж. Гилфордом (J.P. Guilford), Ф. Джексоном (F. Jackson), Д. Льюисом (D. Lewis), Р. Стернбергом (R. Sternberg), К. Тейлором (K. Taylor), П. Торренсом (P. Torrance) и др. [104]. А.Г. Маклаков ввел понятие личностного адаптационного потенциала, характеризующее адаптивные способности человека. Личностный адаптационный потенциал – это взаимосвязанные между собой психологические особенности личности, определяющие эффективность адаптации и вероятность сохранения профессионального здоровья. По мнению А.Г. Маклакова, ЛАП находится в прямой зависимости от индивидуально-психологических свойств личности, отражает их

своеобразное сочетание и выраженность в структуре той или иной личности [63]. ЛАП не только содержит информацию о степени соответствия психического состояния общепринятым нормам, но и позволяет дифференцировать людей по степени устойчивости к воздействию психоэмоциональных стрессоров, что дает возможность с определенной степенью успешности решать задачи прогнозирования эффективности деятельности.

К таким свойствам А.Г. Маклаков относит: *нервно-психическую устойчивость*, уровень которой обуславливает терпимость к стрессу; *самоотношение личности*, являющееся ядром саморегуляции и определяющее степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; *ощущение социальной поддержки*, влияющее на самооценку личной значимости для окружающих (личностная референтность); *особенности построения контакта с окружающими*, характеризующие уровень конфликтности личности; *опыт социального общения*, выявляющий потребность в общении и умение строить контакты с окружающими на основе имеющегося опыта; *моральность личности*, характеризующая степень ориентации на существующие в обществе нормы и правила поведения; *соблюдение требований коллектива* (уровень групповой идентификации). Все перечисленные характеристики он считает значимыми при оценке и прогнозе успешности адаптации к трудным и экстремальным ситуациям, а также при оценке скорости восстановления психического равновесия.

Адаптационные способности индивида во многом зависят от психологических особенностей личности, определяющих возможность адекватной регуляции функционального состояния организма в разнообразных условиях жизни и деятельности. Чем значительнее адаптационные способности, тем выше вероятность нормального функционирования организма и эффективной деятельности при увеличении интенсивности воздействия психогенных факторов внешней среды.

Адаптационные способности человека поддаются оценке посредством определения уровня развития психологических характеристик, наиболее значимых для регуляции психической деятельности и самого процесса адаптации. Чем выше уровень развития этих характеристик, тем выше вероятность успешной адаптации человека и тем значительнее диапазон факторов внешней среды, к которым он может приспособиться. Личностный адаптационный потенциал – не врожденное качество, оно формируется в учебной, а затем трудовой деятельности человека при наличии положительной мотивации. Итак, ЛАП рассматривается как интегральная переменная, характеризующая совокупность индивидуально-психологических признаков, обуславливающих эффективность психической адаптации; имеет свойства сложной системы, и, соответственно, системный анализ выступает основным подходом к его исследованию; включает не только наличные проявления адаптационных способностей, но и латентные свойства, которые могут проявиться при изменении содержания, силы и направления воздействия адаптогенных факторов; определяет границы адаптационных возможностей личности и устойчивости к воздействующим факторам, содержит предпосылки к некоторому диапазону ответных адаптационных реакций; связан с возрастными психологическими особенностями, при этом собственная активность личности выступает в качестве условия, регулирующего меру реализации потенциальных возможностей. Таким образом, адаптационный потенциал принято рассматривать как системное свойство личности, обуславливающее границы ее адаптационных возможностей и характер протекания адаптации личности в ответ на воздействие тех или иных факторов и условий среды. Особенности индивидуального потенциала, опосредуя воздействие факторов адаптогенного контекста, определяют направление, содержание, интенсивность адаптационного ответа личности. Анализ структуры адаптационного потенциала, иерархии его элементов, качественного своеобразия его внутренних и внешних связей, возможно, является ключом к

корректному и надежному прогнозированию адаптационного процесса, повышению эффективности программ его психологического сопровождения и формирования адаптационных эффектов, оказанию индивидуализированной психологической помощи [104].

Следующий уровень адаптированности, по Т.О. Паршиной, – деятельность индивида на уровне простых бытовых ситуаций. Социально-психологическая адаптация на этом уровне есть бессознательный поведенческий акт на актуальную предметную ситуацию. Показателем адаптированности здесь выступает отсутствие в сопровождении поведенческих актов негативных эмоциональных состояний (подавленности, угнетенности, тревожности). На третьем уровне социально-психологическая адаптированность оценивается через деятельность индивида в рамках малой группы. Показателями ее является степень осознания своей принадлежности к малой группе (семье, рабочему коллективу), принятия норм и ценностей этой группы, выполнение предъявляемых к индивиду требований и ролевых ожиданий. На четвертом уровне социально-психологическая адаптация рассматривается как совокупность поступков личности или поведение, когда личность направляет свою активность в ту или иную социальную сферу, благодаря чему осуществляется ее потребность в самореализации. И, наконец, пятый уровень адаптированности – ценностные ориентации личности, регулирующие ее поведение и деятельность в наиболее значимых ситуациях социальной активности (при постановке дальних целей, построении жизненного плана). Показателем адаптированности на этом уровне является доминирование в сознании и поведении системы согласованных, эффективных и общественно одобряемых ценностей, способствующих гармонии с собой и окружающими людьми.

Анализ работ исследователей, занимающихся проблемами социально-психологической адаптации, показал, что можно выделить два базовых варианта понимания сущности явления адаптации, в основу которых положены различия по признаку отношений субъекта и объекта адаптации:

1) процесс психологической адаптации может сопровождаться внутриличностными конфликтами, преодоление которых во многом определяется личностным адаптационным потенциалом; 2) социально-психологическая адаптация представляет сложный системный процесс, в котором активная перестройка ценностно-смысловой сферы является ведущим показателем развития личности и формирования оптимального способа жизнедеятельности в новых социальных условиях.

Особенности процесса адаптации определяются психологическими свойствами человека, в т.ч. уровнем его личностного развития, характеризующегося совершенством механизмов личностной регуляции поведения и деятельности. Процесс адаптации направлен на достижение такого равновесия между личностью и средой, в результате которого личность может не только «приспособиться» и достичь «устойчивости», но и будет способна раскрыть свой потенциал, осуществить позитивные преобразования среды.

1.5. Психосоматические аспекты дисплазии соединительной ткани

С целью теоретического осмысления механизмов влияния генетически детерминированного соматического заболевания дисплазии соединительной ткани на психику больных представим психогенетические и психосоматические концепции представителей различных научных школ.

Принято считать, что термин «психосоматика» впервые был использован в 1818 г. немецким врачом-психиатром Иоганном-Христианом Гейнротом, хотя связь психических процессов с соматическими проявлениями изучалась в течение многих веков со времен Гиппократ и Аристотеля. Как общепринятый медицинский и психологический термин

«психосоматика» в XX в. стала использоваться, благодаря работам венских психоаналитиков Ф. Данбара и Ф. Александера. А к 1950 г. произошел этап институционализации психосоматических исследований, создано Американское психосоматическое общество, стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». В 1960 – 1970 гг. институционализируются психосоматические исследования в нашей стране, благодаря значительному вкладу в развитие отечественной психосоматики Ф.В. Бассина и Б.Д. Карвасарского, открытию кабинетов психосоматики, подготовке кадров специалистов по психосоматике.

В настоящее время существует большое количество концепций психосоматики, объединенных несколькими направлениями, и проблема соотношения биологического и социального, физиологического и психологического является одной из центральных и острейших проблем психологии.

Психофизиологические концепции психосоматики объединены общей идеей (К.М. Быков, И.П. Павлов, И.М. Сеченов и др.) о том, что условно-рефлекторным путем может быть не только вызвана, но и изменена любая вегетативная функция, включая деятельность желез внутренней секреции, системы крови, а также проницаемость клеточных мембран, процессы обмена веществ, терморегуляция и т.д. Кортико-висцеральные взаимодействия обуславливают трансформацию чувств, переживаний, мыслей человека с помощью нервной и гормональной систем в биохимические реакции, получая свой материальный субстрат на уровне тела. По закону подобия, болезнь, возникающая на уровне сознания как нарушение взаимосвязи с миром, имеет свое символическое выражение на уровне тела в виде биохимических, функциональных и органических изменений (К.М. Быков). Кортико-висцеральная теория позволила существенно продвинуться в понимании возникновения и развития не только многочисленной группы функциональных заболеваний внутренних органов (болезни желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, тиреотоксикоз и

др.), но и болезней с органическими проявлениями (язвенная болезнь, атеросклероз, бронхиальная астма и др.).

Принципиальный вклад в понимание структуры организма и различных аспектов его жизнедеятельности внес П.К. Анохин, сформулировавший концепцию функциональных систем, согласно которой формирование и жизнедеятельность организма как системы происходит в процессе реализации его биологической программы при постоянном корректирующем влиянии среды [105].

В рамках психофизиологического направления (У. Кэннон, Г. Селье, 1926) рассматривается и влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на возникновение телесных заболеваний [96]. Наличие эмоций отличает теорию стресса от рефлекторной модели. Практически всеми исследователями признается, что если орган достаточно долго подвергается психофизиологической перегрузке (избыточной стимуляции), то в этом органе со временем будут проявляться признаки патологии или дисфункций.

В рамках *психодинамического направления* к ведущим концепциям относятся конверсионная модель З. Фрейда, теория психосоматических специфичностей Ф. Александера, теория нарциссического дефицита Х. Когута, теория десоматизации-ресоматизации М. Шура, теория «двухэшелонной линии обороны» Э. Митчерлиха, концепция «болезней готовности и выражения» Ф. ВексКюля, теория алекситимии и др. К психодинамическому направлению относится большинство теорий объектных отношений (Дж. Боулби, О. Кернберг, М. Кляйн, Х. Когут, Г. Энгель и Э. Шмале и др.).

Идея конверсии З. Фрейда заключается в том, что превращение психического конфликта в соматический происходит посредством вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. «Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом

возможных последствий. Симптомы позволяли не только маскировать нежелательные эмоции, но и представляли собой своеобразное налагаемое на себя индивидуумом наказание за запрещенное желание или удаление себя из устрашающей ситуации. Эти же симптомы обуславливали получение вторичных выгод от принятия роли больного» [116]. Конверсионная модель хорошо объясняет нарушения произвольной моторики – невротически обусловленные параличи и речевые нарушения, психогенные расстройства чувствительности, нарушения походки, ощущение кома в пищеводе, определенных болевых состояний, мнимой беременности.

Одновременно с моделью конверсии, при рассмотрении так называемого невроза тревоги З. Фрейд сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличающихся от конверсии. Он обнаружил, что такие органические симптомы как расстройства сердечной деятельности, дыхания, внезапные потливость, дрожь, голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают тревогу в качестве «эквивалентов приступа тревоги». Конверсионная модель З. Фрейда отражает взаимосвязь сознательных и бессознательных процессов личности и позволяет обнаружить внутренний конфликт.

Если бессознательный конфликт не имеет выхода во внешнем проявлении, то возникает эмоциональное напряжение, сопровождающееся устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе, которая реагирует на различные эмоциональные переживания примерно однотипно. Ф. Александер предположил, что подавленная агрессивность, сдержанный гнев, враждебность через активацию симпатической системы приводят к развитию гипертензии, сердечно-сосудистых нарушений, мигрени, артритов, тиреотоксикозу, диабету [1]. Неудовлетворенные потребности в уверенности, защищенности, принятии окружающими, нереализованные сексуальные побуждения через парасимпатическую активацию приводят к развитию язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвенного колита,

бронхиальной астмы, нейродермита. Чувство вины как центральная эмоциональная проблема приводит к различным формам нарушения питания. По Ф. Александеру, существует специфичность симптомов, при этом выбор поражаемого органа детерминирован скорее генетически.

Ф. Векслюль, рассматривая проблему психосоматической патологии, выделил болезни готовности и болезни выражения [13]. Согласно концепции У. Кэннона об адаптивных реакциях, эмоциональная готовность человека при опасном событии (если действие не осуществляется) хронифицируется в постоянное нарастание функциональной активности собственных органов, финалом чего может быть развитие язвенного процесса (при длительно повышенном выбросе желудочного сока), гипертонии (хронизирующиеся изменения артерий) и т.д. Таким образом, психосоматическое заболевание развивается как следствие нереализуемой реакции готовности в случае психологического инфантилизма или потери мотива на основе вытеснения. Таким образом, *болезни выражения*, по Ф. Векслюлю, – это конверсионные синдромы, как результат конфликта мотивов личности, т.е. в силу внутренних запретов мотивы (желания) выражаются в форме истерических моносимптомов («обломки действий»), имеющих «значение выражения».

Немало исследований (П.Б. Ганнушкин, Н.В. Гаранян, В.В. Николаева, Г. Овербек, Г. Энгель и др.) посвящено алекситимии, как базовой причине психосоматических заболеваний. Алекситимия – это неспособность пациента дифференцировать и вербализировать свои эмоции. Понятие введено в 1973 г. П. Сифнеосом. Считается, что причиной развития алекситимии является среда, в которой нет места выражениям чувств относительно жизненных реальностей, часто усугубляемая многолетним обучением ригидному следованию общественным нормам. В отличие от больных неврозами, психосоматические пациенты алекситимического толка хорошо адаптированы в своей социальной среде, длительно имитируя себе и окружающим состояние удовлетворенности и отсутствия значимых проблем [20]. Причиной обращения к врачу является уже соматическая патология.

Еще одна модель психосоматической патологии была разработана М. Шур – это концепция «десоматизации – ресоматизации». М. Шур считал, что грудные дети инстинктивно реагируют на различные отклонения их гомеостаза. С формированием функций восприятия, памяти и других вторичных психических процессов, т.е. с возрастанием структурированности «Я» становится возможным контроль инстинктов и аффекта, возрастает независимость индивида от вегетативных процессов для поддержания гомеостаза организма (десоматизация). В отягощающих жизненных ситуациях активируются бессознательные, невротические конфликты, «Я» теряет способность к вторично-процессуальному мышлению с развитием физиологической регрессии к ресоматизированным реакциям [14].

Э. Митчерлих описал модель «двухэшелонной линии обороны». В соответствии с этой концепцией психосоматический процесс развивается следующим образом. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно *психических средств на психосоциальном уровне*: социальное взаимодействие защитные механизмы невротическое развитие личности. Если не удастся справиться только психическими средствами, не срабатывает «первая линия обороны», подключается защита «второго эшелона» – соматизация [14]. Современные психоаналитики (О. Кернберг, Н. Мак-Вильямс) выделяют еще и «третий уровень защиты» – психотическое симптомообразование [45, 62].

Теория объектных отношений изучает воздействие индивидуальных отношений человека с внешним миром на его внутренний психический мир, и представляет психику и личность как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений». Ранние модели взаимоотношений оказывают огромное влияние на формирование взрослых связей, независимо от дальнейших событий. Личность нарушается, если такие модели отсутствуют или являются патологическими (О. Кернберг). Развитие соматических заболеваний происходит при потере интернализованного объекта (Г. Энгель

и Э. Шмале), нарушении связей с ним (А. Фрейд, М. Малер), конфликт инстинктов жизни и смерти (М. Кляйн), несформированной или нарушенной привязанности (Дж. Боулби), неадекватного или отсутствующего аффективного «отзеркаливания» ребенка матерью (Д. Винникотт, Р. Спитц, Х. Когут). Теория нарциссического дефицита Х. Когута предполагает, что в основе развития соматических заболеваний лежит нарушение развития согласованного стабильного уникального «Я», причиной которого является отсутствие или недостаточность эмоционально-отзывчивой родительской среды. Психосоматический симптом может появиться в результате такого дефицита, который в зрелом возрасте проявляется в трудности поддержания чувства целостности и самоуважения. Симптом поддерживается вниманием персонала медицинских учреждений, многочисленными обследованиями, лечением [53].

Теории психосоматики, относящиеся к *когнитивному направлению*, представлены в работах А. Бека, У. Глассера, Д. Мейхенбаума, В.В. Ротенберга и В.С. Аршавского, М. Селигмана, А. Эллиса [14]. Авторы этого направления утверждают, что психосоматические заболевания провоцируются неверным выбором решений, поведения, образа мыслей человека.

В основе развития психосоматического заболевания, по А. Беку и А. Эллису, лежат «неправильные» базисные схемы – глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, установки по механизму импринтинга интериоризируются и становятся своеобразной обыденной философией жизни, ложатся в основу жизненных сценариев, искажая восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений [13].

Д. Мейхенбаум в своих исследованиях утверждает, что психосоматические заболевания появляются в случае нарушения «внутреннего диалога», «неправильных самоинструкций» [13]. Избавление

от симптомов происходит при обучении больных саморегулирующим высказываниям.

В своих работах по анализу поисковой активности В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский утверждают, что она обладает стимулирующим действием на организм и повышает устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска снижает адаптивные возможности организма, возникают психосоматические заболевания – болезни достижения, которые обусловлены хронической фрустрацией потребности в поиске [91].

У. Глассер утверждает, что человек создает самого себя, он самодетерминирующееся существо. Личность сама выбирает свою позицию – жертвы или деятеля, сама выбирает желаемый мир и желаемое поведение, осуществляя постоянный контроль над ними. Условием здоровья является, таким образом, успешность персонализации и позитивная личностная направленность [14].

М. Селигман и С. Майер причиной неадаптивного, пассивного поведения человека, а, значит, возникновения и развития различных заболеваний, считают синдром выученной беспомощности, который проявляется в большинстве ситуаций как доминантный паттерн. По большому счету, выученная беспомощность представляет собой нарушение мотивации человека, возникшее в результате пережитой им неоднократно неподконтрольности ситуации, связанной с независимостью результата от прилагаемых человеком усилий. Личностная выученная беспомощность проявляется в замкнутости, возбудимости, эмоциональной неустойчивости, пессимизме, робости, склонности к проявлению чувства вины, заниженной самооценке, равнодушии, пассивности, низком уровне притязаний и отсутствии творческих проявлений [40].

Мы рассмотрели основные направления психологической теории, в рамках которых развивались психосоматические концепции. Рассмотренные нами общие вопросы связи соматического и психического состояния позволяют перейти к обобщению особенностей психосоматических больных.

Несмотря на огромное количество хронических соматических заболеваний, содержание основных личностных изменений, возникающих у больных хроническими соматическими заболеваниями, однотипно [100].

Анализ современного состояния проблемы изучения личности больных с различными хроническими соматическими заболеваниями приводит к убеждению в том, что основным психологическим феноменом, объединяющим их, содержащим в себе всю драму личностных трансформаций в условиях болезни, является «внутренняя картина болезни» (А.Р. Лурия, 1944), «аутопластическая картина болезни» (А. Гольдшейдер, 1929), «переживание болезни» (Е.А. Шевалев, 1936), «чувство болезни» (Е.К. Краснушкин, 1950), «сознание болезни» (Л.Л. Рохлин, 1972) «концепция болезни» (С.С. Либих, 1977).

Термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ) представляется нам наиболее полно отражающим реальность. Под ВКБ А.Р. Лурия понимал: «всё то, что испытывает, переживает больной, всю массу его ощущений... общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, ее причинах... – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [60, с. 38]. Этапы формирования ВКБ есть процесс адаптации к болезни, а конечное состояние ВКБ есть результат, состояние адаптированности к ней. ВКБ как явление отличает универсальность, она формируется при любом соматическом страдании – от однократных эпизодов боли до хронических заболеваний, когда обширная зона психической активности человека фокусируется на страдании.

В работах Г.А. Ариной и А.Ш. Тхостова (1990) представлена теоретическая модель становления ВКБ. Они рассматривают процесс формирования ВКБ как особую форму познавательной деятельности (соматоперцепции), «обладающей собственным содержанием и специфичностью, но тем не менее подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования» [106].

Такой подход позволяет преодолеть существующий недостаток представлений о ВКБ как о психологическом образовании, состоящем из сенситивной и интеллектуальной части. [48] Авторы предлагают рассматривать ВКБ как «сложное многоуровневое образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл» [106]. А.Ш. Тхостов выделяет негативный, позитивный и конфликтный личностный смысл, определяя его в целом как «жизненное значение для субъекта объективных обстоятельств болезни по отношению к мотивам ее деятельности» [107].

Е.Т. Соколова, В.В. Николаева предлагают рассматривать ВКБ как сложное, структурированное образование, включающее четыре уровня психического отражения болезни: первый уровень – чувственный, уровень ощущений; второй уровень – эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия; третий уровень – интеллектуальный, связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях; четвертый – мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья [100].

ВКБ – это процесс адаптации к болезни. Имеют значение как объективные условия жизни больного (социальные условия его жизни, объективная тяжесть заболевания, объективный прогноз, степень витальной угрозы), так и субъективный контекст деятельности (направленность больного, уровень общей активности, особенности самооценки, совокупность ситуационных особенностей жизни больного, в т.ч. ситуация лечения). На разных этапах заболевания ВКБ может быть различна.

При определении типа отношения больного к своему соматическому страданию следует учитывать степень осознанности болезни. Больные могут осознавать свое заболевание или полностью, или частично. Психологической

характеристикой соматического здоровья является не только отсутствие болезненных ощущений и их объективных показателей, но и наличие оптимальной работоспособности, доминирование чувства благополучия, радости жизни. Существенную роль в формировании психологических параметров здоровья, его устойчивости играет структурная и функциональная сохранность систем и органов человека. Мозг, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражений интерорецепторов, формирует представление о физическом состоянии, которое сопровождается специфическим эмоциональным фоном. Представление это может быть осознаваемым и не осознаваемым, так же, как и причины того или иного эмоционального состояния. В полной мере вышесказанное относится к людям с ДСТ. Несовершенная соединительная ткань формирует структурную и функциональную недостаточность органов, которые сигнализируют о неблагополучии, по крайней мере, на бессознательном уровне.

У людей с ДСТ ВКБ может быть различна: от полного игнорирования заболевания до полного погружения в болезнь. Для лиц молодого возраста с ДСТ характерно заострение переживаний по поводу косметических дефектов. Это внешние стигмы: аномалии прикуса, асимметрии лица, дефекты ушей, низкий рост волос на лбу, неправильный рост зубов, искривления грудной клетки, астеническое телосложение, непропорциональность конечностей [41]. Развитие личности таких больных протекает в специфических условиях, созданных заболеванием, способствуя формированию аномальных черт личности. Э.В. Земцовский, А.В. Ягода и соавт. полагают, что у людей с дисплазией отклонения в психике связаны со стигмами внешних проявлений. С увеличением возраста у больных происходит переоценка отношения к болезни, и на первый план выходит витальность. Болезненные ощущения нарастают, ярче проявляются связанные с болезнью сердечные аномалии, аневризмы. Все это усиливает интровертированность, провоцирует страх смерти, делает человека тревожным, депрессивным, ипохондричным [38, 127].

Наряду с явлениями дискомфорта и болевыми ощущениями, обладающими субъективно-психологической значимостью в оценке соматического страдания, следует также учитывать возможность нарушений биосоциальной адаптации. Эти нарушения связаны с сознанием недостаточности эмоционально-волевых качеств, снижением творческой активности, ослаблением побудительных мотивов к деятельности. Психическое состояние соматического больного можно охарактеризовать как переживание стесненной свободы [48]. Психологическая характеристика ощущений различного диапазона с отрицательно окрашенными переживаниями, осознание ограничения своих прежних возможностей, ощущение зависимости от болезни, чувство собственной неполноценности – всё это можно объединить понятием дефицитарности.

Л.С. Выготский подчеркивал, что болезнь, вызывая, прежде всего, нарушение биологической линии развития, тем самым создает препятствия для нормального социально-психологического развития, формирования личности ребенка. Он предложил различать две группы симптомов при нарушении развития ребенка: первичный дефект – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни; вторичные отклонения – нарушения, возникающие опосредованно в процессе социального развития.

Вторичные отклонения, по мнению Л.С. Выготского, являются основным объектом в психологическом изучении и коррекции нарушений развития, всякий телесный недостаток не только изменяет отношение человека к миру, но, прежде всего, сказывается на отношениях с людьми, физический дефект вызывает как бы социальный вывих [18]. Некоторые авторы отмечают, что нет однозначной зависимости между характером физических недостатков и типом личностной реакции на заболевание, который больше зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека. Субъективная интерпретация соматической дисфункции, внутренняя картина болезни в конечном итоге

зависит от личностных особенностей пациентов. Общее для всех хронических соматических заболеваний – наличие тревоги, депрессии, интенсификация невротических черт, эмоциональные расстройства, агрессивные реакции. Выраженность косметического дефекта обуславливает возникновение аутизации, эмоциональной неустойчивости [100]. Меняются способы реагирования на успех и неуспех, меняется целеполагание при невротическом развитии личности. Всякое хроническое заболевание ставит препятствия на пути реализации мотивов деятельности. Возникает проблема защитных механизмов личности, ее компенсаторных возможностей [37, 51, 52].

Т.В. Барлас во время изучения социально-психологической адаптации при психосоматических нарушениях установила, что психосоматические больные в меньшей степени удовлетворены работой и отношениями с окружающими, они дают низкую оценку своим межличностным отношениям на работе. Этот комплекс характеризуется также повышением роли материального фактора в качестве мотивированного социально-значимого поведения [7].

Для понимания психологии соматического больного необходимо рассматривать социальную ситуацию развития в условиях болезни, которая может быть квалифицирована как кризисная. При этом самоотношение защищает целостность, интегрированность. В исследованиях Е. Соколовой и В. Николаевой показано, что при невротическом развитии личности присутствует феномен нестабильности самоотношения [100]. «Соматический больной – это страдающий человек, у которого меняется отношение к себе и окружающим», – писал Г.И. Россолимо (1906). Также нам представляется важным мнение Г.Х. Шингарова (1971) о том, что отклонения во внутренней среде организма отражаются в эмоциях как недостаток чего-то внешнего [48].

Нет четких корреляций между тяжестью соматического состояния и выраженностью психических расстройств из-за сложного характера

психосоматических отношений [45, 120, 137, 143]. В зависимости от особенностей личности больного реальный ущерб, принесенный болезнью, может им преуменьшаться, либо преувеличиваться.

В.Д. Тополянский, М.В. Струковская отмечают, что длительные, хронические заболевания являются особенно тяжелым испытанием. Отрицательные эмоции неизбежны при этом, их продолжительное воздействие усиливает соматические нарушения, что может приводить к ипохондрическому развитию личности [105].

Концепция «вторичной выгоды» болезни включает в себя понимание болезни, которое способно включать не только патологический, болезненный характер нарушений, но также и выгоды, и возможности, способности, которые этой болезнью перед человеком открываются. Это такие вторичные выигрыши как снисхождение окружающих, повышенное внимание, сочувствие. При этом у больного меняются ценности, цели, поведение, и он не хочет выздоравливать, лишаться тех преимуществ, которые возникли у него вместе с болезнью. Подобный подход к болезни меняет ее негативный смысл, как ущерба и лишения здоровья, на противоположный. Болезнь по-прежнему принципиально отлична от состояния здоровья, но теперь в некоторой степени представлена, как «выигрышное» состояние по сравнению с ним [70, 79, 133, 134, 138, 144].

Надо отметить, что болезнь может стать источником формирования у человека как негативных, с тенденцией к невротическому или патохарактерологическому развитию больного, так и позитивных для развития его личности образований (компенсаторных проявлений) [78, 89, 108, 130, 132].

«С одной стороны, дефект представляет собой минус, ограничение, слабость, умаление развития, но, с другой стороны, именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед», – пишет Л.С. Выготский [18, с. 76]. Он же пишет: «Сознание малоценности, возникающее у индивида вследствие дефекта, есть оценка

своей социальной позиции, и она становится главной движущей силой психического развития» [18, с. 36].

Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила [18].

Говоря о психологическом профиле людей с ДСТ, большинство авторов определяют их, как людей со сниженной субъективной оценкой собственных возможностей, уровнем притязаний, эмоциональной устойчивости и работоспособности, повышенным уровнем тревожности, ранимостью, депрессивностью, конформизмом [26, 28, 31, 43, 44, 49, 65, 66, 76, 87, 88]. При этом подчеркивается вероятность вторичности психологических феноменов у пациентов этой группы на фоне постоянного присутствия ДСТ [28]. В отличие от соматического заболевания, появляющегося в процессе жизни на фоне «относительного здоровья» и имеющего очерченные временные характеристики, манифестацию, периоды обострений и ремиссий, ДСТ следует рассматривать не столько как стрессогенное событие, сколько как постоянно присутствующий стрессогенный фон, влияющий не только на формирование актуального психического состояния, но и на становление особенностей личности [22].

Результаты психологических исследований людей с диспластическими синдромами показывают, что общий уровень адаптированности данной группы лиц может быть оценен как критически низкий [22, 23, 28, 32, 50]. Так, в работах А.И. Мартынова и соавторов выявлена высокая степень эмоционально-личностной дезадаптации у лиц зрелого возраста. Больные с синдромом ДСТ сердца достоверно отличаются от здоровых лиц рядом особенностей эмоциональной сферы и поведения: высокой ситуативной тревожностью, низкой социальной смелостью, а также низкой

эмоциональной устойчивостью и неэффективностью совладания со стрессом в сочетании с конформизмом, аутизацией и снижением динамических показателей психической деятельности. Акцентуация личности по шизоидному типу встречается в 8,9% случаев [64] Многие авторы сообщают о наличии неврологических осложнений и нейровегетативных расстройств у больных с ДСТ сердца [17, 26, 125]. Для таких людей характерны жалобы на слабость, вялость, рассеянность и неустойчивость внимания, раздражительность, быструю утомляемость и плохую переносимость физических и умственных нагрузок. Также отмечены эмоциональные нарушения невротического характера (тревожные, тревожно-фобические, астенические проявления), психомоторная возбудимость, беспокойство, неустойчивость настроения, эмоциональная лабильность, склонность к субдепрессивным реакциям.

При ДСТ в основе формирования, в частности, такой относительно устойчивой индивидуальной характеристики, как высокая личностная тревожность, могут лежать эмоциональные переживания наличия признаков дисморфогенеза соединительной ткани [30]. По данным S. George, именно в подростковом возрасте такие внешние признаки вызывают тяжелые психологические реакции, затрудняя социально-психологическую адаптацию [138].

Наличие диспластикозависимых косметических изменений в сочетании с часто выявляемой астенией у больных с ДСТ формируют психологические особенности этих больных: сниженное настроение, потеря ощущения удовольствия и интереса к деятельности, эмоциональная лабильность, пессимистическая оценка будущего, нередко с идеями самобичевания и суицидальными мыслями [30, 80]. В условиях стрессовых нагрузок у людей с синдромом ДСТ появляются клинические признаки недостаточности механизмов компенсации и адаптации [128]. Подростки с диагнозом дисплазии имеют трудности адаптации в школе: более низкий статус в группе, чем у здоровых подростков, сложности в самораскрытии,

демонстрации своих возможностей, высокую степень тревоги и негативные эмоциональные переживания при попытках достижения успеха в ситуации соревнования [77]. Эмоциональное благополучие подростков с ярко выраженными признаками ДСТ в целом находится на низком уровне [44]. Мальчики с выраженными признаками ДСТ малоуспешны в социальных контактах, особенно с учителями, также у них прослеживается тенденция к снижению учебной активности, недисциплинированному поведению на уроках. Девочкам с выраженными признаками ДСТ, напротив, присуще более дисциплинированное поведение и более успешное усвоение школьных норм, что можно рассматривать, по мнению авторов, как своеобразный компенсаторный механизм, обусловленный половой социализацией и половым диморфизмом [43]. Таким образом, больные с ДСТ формируют группу повышенного психологического риска, характеризующуюся сниженной субъективной оценкой собственных возможностей, уровнем притязаний; эмоциональной устойчивостью и работоспособностью; повышенным уровнем тревожности, ранимостью, депрессивностью, конформизмом.

Сравнивая ДСТ с другими психосоматическими заболеваниями, крайне сложно по клиническим признакам найти аналогичное, поскольку сочетание признаков ДСТ уникально [97]. В соответствии с рекомендациями врачей-генетиков, наиболее похожим и доступным для исследования является бронхиальная астма (БА). Выбор данного заболевания обусловлен следующими общими чертами с ДСТ: 1) роль наследственности в возникновении, начало болезни в детском возрасте; 2) этиология до конца не ясна; 3) рост заболеваемости в последние десятилетия; 4) проявление симптомов от легких до тяжелых (степень тяжести различна); 5) болезнь не связана с нарушением интеллекта; 6) необходима постоянная коррекция заболевания.

В нашей работе изучаются особенности социально-психологической адаптации подростков. Это обусловлено двумя основными причинами. Во-

первых, подростковый возраст, сам по себе, это кризисный период, когда динамика социально-психологической адаптации проявляется наиболее интенсивно, взаимодействие со средой с целью приспособления к ней максимально, идет поиск своей собственной стратегии адаптации.

Во-вторых, на подростковый возраст приходится лавинообразное нарастание всех признаков ДСТ: этот период некоторые исследователи называют «критическим» для проявлений дисплазии [64]. В этом возрасте присутствуют самые яркие проявления заболевания как со стороны физиологических, так и со стороны психологических факторов.

Многие исследователи характеризуют подростковый возраст как переломный, переходный, критический. Ш. Бюлер писала о подростковом возрасте, когда неясно общее направление будущей жизни, отсутствует определенная точка опоры, проявляется интенсивность первых усилий и исканий, связанных с мировоззрением, профессией и формированием собственной личности [115].

Л.С. Выготский говорит о том, что в подростковом возрасте психические процессы впервые приобретают личный характер, и «человек сам осознает себя как известное единство» [18]. В подростковый период происходит подлинное рождение личности, которое выступает как событие, меняющее ход всего последующего психического развития [57]. На этапе первоначального формирования личности ребенок является всего лишь объектом влияния социальной среды и существующих в ней отношений, второй переворот состоит в том, что он становится их субъектом.

Человек становится субъектом социальных отношений и с точки зрения формирования ценностных ориентаций (Э. Штерн), и с точки зрения построения жизненной программы (Ж. Пиаже), что является отражением обретенных ценностей. Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С. Холл, Э. Шпрангер и другие подчеркивают крайне важное, определяющее влияние среды на развитие человека в подростковом возрасте [18, 57, 118]. В подростковом возрасте складывается новая социальная ситуация развития:

подросток – ровесник. Общение со своими сверстниками – ведущий тип деятельности в этом возрасте. В процессе социализации в подростковом возрасте наблюдается тенденция к освобождению от родительской опеки, постепенное вхождение в группу сверстников, установление отношений сотрудничества и конкуренции с партнерами обоих полов [57]. Подростковый возраст характеризуется кризисом, содержанием которого является освобождение от детской зависимости [118].

Формирование личности многие авторы связывают с возникновением рефлексии и самосознания. Л.С. Выготский писал, что развитие рефлексии у подростка не ограничивается только внутренними изменениями самой личности, в связи с ее возникновением для подростка становится возможным и неизмеримо более глубокое и широкое понимание других людей. Рефлексия – важнейшее новообразование, развитие которой тесно связано с поиском собственной стратегии адаптации, с уровнем социально-психологической адаптированности. И.М. Скитяевой было проведено исследование особенностей адаптированности у лиц с разным уровнем выраженности рефлексии [99]. У субъектов с низким уровнем рефлексивности деятельность обычно осуществляется в одном плане, «упрощенно». Также снижена адаптированность у лиц с очень высоким уровнем рефлексивности, поскольку существует определенная фиксированность на собственных переживаниях, мыслях и идеях, познавательной деятельности – даже в отсутствии реальных задач и требований со стороны внешней среды. Наиболее хорошо адаптированы субъекты со средним уровнем рефлексивности. При уровне, близком к высокому, адаптированность оптимальна и характеризуется психологическим и социальным благополучием. Поскольку рефлексивность развивается именно в подростковом возрасте, особенности социальной среды в этот период имеют определяющее влияние на уровень адаптированности в последующие жизненные периоды.

От культурного содержания среды зависит и возникновение, и развитие самосознания, что, по Л.С. Выготскому, означает переход к новому принципу развития – к овладению внутренней регуляцией психических процессов и поведения в целом. Развитие самосознания, как никакая другая сторона душевной жизни, считал Л.С. Выготский, зависит от культурного содержания среды [18]. А.Н. Леонтьев подчеркивает, что в подростковом возрасте происходит становление самосознания личности, которое не сводится к знанию человека о самом себе, самосознание – это осознание себя в системе общественных отношений [57].

Характеризуя подростковый возраст, Л.И. Божович писала, что в течение этого периода ломаются и перестраиваются все прежние отношения ребенка к миру и к самому себе, и развиваются процессы самосознания и самоопределения, приводящие в конечном счете к той жизненной позиции, с которой подросток начинает свою самостоятельную жизнь [11].

Как функция самосознания, выступает идентичность, которая формируется в подростковом возрасте (Э. Эриксон). Это итог социализации личности, определение своего места в системе социальных отношений, идеал саморазвития, критерий психического здоровья, поиск и открытие жизненного смысла своей индивидуальности, условие самоактуализации (А. Маслоу, Х. Когут и др.). Идентичность – это итог согласования двух линий развития личности – индивидуальной и социальной, это гармония «Я – образа» и «Я», реализованного в социальной роли [118].

Подростковый возраст является крайне важным периодом, влияющим на адаптированность субъекта во взрослом возрасте, и наше исследование имеет антиципирующий характер. Подростки проживают процесс социально-психологической адаптации к миру взрослых, который начинает предъявлять к ним требования, сравнимые с требованиями к зрелым людям. Усвоенные в этом возрасте механизмы адаптации с определенной долей вероятности будут перенесены в будущее, тогда когда выросший подросток станет студентом, будет создавать семью или включится в производственные

отношения и войдет в организацию с определенной организационной культурой.

Выводы к главе 1:

1. Социально-психологическая адаптация представляет собой сложный полидетерминированный процесс. Для выявления его закономерностей, механизмов и феноменов требуется организация лонгитюдных исследований, которые имеют объективные трудности, поэтому чаще предметом исследования является адаптированность как показатель успешности адаптации на отдельных ее этапах.

2. Подростки с генетически детерминированным заболеванием ДСТ имеют специфические психологические особенности, а также особенности в процессе социально-психологической адаптации. По литературным данным, подростки с ДСТ считаются менее адаптированными, чем здоровые подростки.

3. В литературе практически не описаны психологические факторы, определяющие уровень адаптированности подростков с ДСТ. Необходимо выявление специфики адаптационных механизмов подростков с ДСТ по сравнению со здоровыми подростками и подростками с другими психосоматическими заболеваниями. Должны быть выявлены как общие факторы адаптации и дезадаптации, так и особенные, присущие лицам с ДСТ.

4. Социально-психологическая адаптированность является критерием, который позволяет оценить эффективность психологических и социально-психологических интервенций. Подростки с ДСТ по сравнению со

здоровыми подростками требуют особенных интервенций, которые строятся на предварительном эмпирическом исследовании.

Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДСТ

2.1. Методология квазиэкспериментального плана в исследовании социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ

Эксперимент как научный метод характеризуется как наиболее точный метод психологии. В процессе эксперимента исследователь сам вызывает интересующие его явления и изменяет условия их протекания с целью установления причин возникновения этих явлений и закономерностей их развития. Кроме того, получаемые научные факты могут неоднократно воспроизводиться благодаря управляемости и строгому контролю условий, что дает возможность их проверки, а также накопления количественных данных, на основе которых можно судить о типичности или случайности изучаемых явлений. В настоящее время эксперимент в чистом виде в психологическом исследовании воспроизвести крайне сложно по объективным причинам. В таком отрыве теории от практики в настоящее время проявляется кризис психологической науки, или, по словам Ф.Е. Василюка, схизис. Схизис трактуется им как расщепление психологии, когда психологическая практика и психологическая теория живут параллельной жизнью [15]. В.А. Мазилев пишет, что отечественная психология переживает когнитивный, а не социальный кризис, – кризис представлений о том, как следует изучать и объяснять психологическую реальность [61]. Сближение теории и практики психологии реализуется, на

наш взгляд, в применении в классическом научном исследовании квазиэксперимента, при котором существует экспериментальный подход, но нет полного контроля экспериментальных переменных. Квазиэкспериментами в психологии называют такие исследования, которые также направлены на проверку причинно-следственных гипотез, и включают те или иные схемы управления переменными. Квазиэкспериментом является любое исследование, направленное на установление причинной зависимости между двумя переменными, в котором отсутствует предварительная процедура уравнивания групп, или «параллельный контроль» с участием контрольной группы заменен сравнением результатов неоднократного тестирования группы (или групп) до и после воздействия. Квазиэксперимент является своеобразным компромиссом между реальностью и «строгостью» методологических предписаний. Квазиэксперимент в широком смысле подразумевает способы планирования психологического исследования и организации сбора эмпирических данных, которые включают те или иные элементы экспериментирования, но не все этапы, подразумеваемые единой логикой экспериментального метода. Квазиэксперимент в узком смысле – это исследование, которое направлено на проверку причинно-следственной гипотезы, но не может быть названо истинно экспериментальным, в силу недостаточного контроля за экспериментальным воздействием и побочными факторами.

Т.Д. Кук и Д.Т. Кэмпбелл (T.D. Cook, D.T. Campbell, 1976) разработали теоретические основания применения квазиэксперимента и квазиэкспериментальных планов в научном психологическом исследовании [29]. Существуют два типа квазиэкспериментальных планов: 1) планы экспериментов для неэквивалентных групп; 2) планы дискретных временных серий. Планы для неэквивалентных групп – это так называемые «лоскутные планы», планы «множественных серий замеров», план с контрольными выборками для предварительного и итогового тестирования и т.д. Такие, по словам В.Н. Дружинина, «экстравагантные» планы применяются редко. Чаще

применяются дискретные временные серии. Для классификации этих планов можно выделить два основания: исследование проводится 1) с участием одной группы или нескольких; 2) с одним воздействием либо серий. Следует заметить, что планы, в которых реализуется серия однородных или разнородных воздействий с тестированием после каждого воздействия, получили в советской и российской психологической науке по традиции название «формирующие эксперименты». Главный недостаток плана дискретных временных серий в том, что он не дает возможности отделить результат влияния независимой переменной от влияния фоновых событий, которые происходят в течение исследования. Чтобы ликвидировать эффект «истории», рекомендуют использовать экспериментальную изоляцию испытуемых. В отличие от планов для неэквивалентных групп, планы временных серий часто реализуются на практике.

В нашей работе мы использовали квазиэксперимент, который имеет несколько наименований: эксперимент, на который ссылаются, эксперимент *ex-post-facto* и т.д. Он часто применяется в социологии, педагогике, а также в нейропсихологии и клинической психологии. В социологических исследованиях его часто использовали в 1930 – 1940 гг. Тогда же социолог Ф.С. Чейз ввел название этого метода и разработал схемы анализа данных [29]. Его стратегия применения состоит в следующем. Экспериментатор сам не воздействует на испытуемых. В качестве воздействия выступает некоторое реальное событие из их жизни. В нашем исследовании – это наличие психосоматического заболевания. Отбирается группа «испытуемых», подвергшаяся воздействию (подростки с ДСТ, подростки с бронхиальной астмой), и группа, не испытывавшая его (НОРМА). Отбор осуществляется на основании данных об особенностях «испытуемых» до воздействия; в качестве сведений могут выступать личные воспоминания и автобиографии, сведения из архивов, анкетные данные, медицинские карты и т.д. В нашем случае – это постановка диагноза в медицинском учреждении. Затем проводится тестирование зависимой переменной у представителей

«экспериментальной» и контрольной групп, т.е. в нашем случае, проведение в группах анкетирования с использованием валидных опросников. Данные, полученные в результате тестирования групп, сопоставляются, и делается вывод о влиянии «естественного» воздействия на дальнейшее поведение испытуемых. Тем самым план *ex-post-facto* имитирует схему эксперимента для двух групп с их уравниванием и тестированием после воздействия.

Эквивалентность групп достигается либо методом рандомизации, либо методом попарного уравнивания, при котором сходные индивиды относятся к разным группам. Метод рандомизации дает более надежные результаты, но применим лишь тогда, когда выборка, из которой мы формируем контрольную и основную группы, достаточно велика. В нашем случае рандомизация проводилась путем привлечения к исследованию подростков с нормальным уровнем интеллекта, учащихся средней школы, проживающих в одном регионе. Уравнивание также проводилось по полу и возрасту.

2.2. Методы и процедура эмпирического исследования

Первый конструкт, на основании которого выборка делится на группы, рассматриваемый в нашем диссертационном исследовании – генетически обусловленная болезнь, дисплазия соединительной ткани. Данный конструкт не относится к категории собственно психологических, однако в социально-психологических, как впрочем, и в любых других психологических исследованиях допускается использование внепсихологических переменных (демографических, биологических, экономических и др.). Достаточно общим является положение о том, что соматические заболевания приводят к изменению психологической структуры личности [109].

Второй конструкт, рассматриваемый в нашей работе, – это социально-психологическая адаптированность. А.А. Налчаджян характеризует социально-психологическую адаптированность, как «состояние взаимоотношений личности и группы, когда личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои социогенные потребности, идет навстречу тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к ней эталонная группа, и переживает состояние самоутверждения» [74]. К состоянию социально-психологической адаптированности при благоприятном течении личность приводит процесс социально-психологической адаптации.

Обращаем внимание на то, что состояние адаптированности является системной характеристикой субъекта, и адаптированность проявляется в самых разных сферах жизнедеятельности. Критерии и уровни адаптированности и определяются психологическими факторами, и выступают для них детерминантой, они были подробно описаны в главе 1 нашей работы. Ниже в табл. 1 и 2 кратко представлены социально-психологические факторы, определяющие их и актуальные в подростковом возрасте, а также диагностические методики, использованные в работе.

Таблица 1.

Субъективные критерии оценки эффективности социально-психологической адаптации (психологический уровень)

№	Успешная адаптация / дезадаптация	Диагностика
1	Низкий / высокий уровень ситуативной и личностной тревожности	Шкала личностной тревожности Дж. Тейлор
2	Самопрятие / неприятие себя, адекватные / неадекватные самооценка и уровень притязаний, минимальное / максимальное разведение Я – реального и Я – идеального, самооценки и уровня притязаний	Тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантлеева; многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина

Продолжение табл. 1.

3	Отсутствие тенденций к невротизации и депрессии / выраженные невротизация и депрессия, низкий уровень / высокий уровень внутриличностного конфликта	Личностный опросник «НЭП» (TheEysenkPersonalityQuestionnaire); методика диагностики невротических потребностей по К. Хорни; методика Е.Б. Фанталовой «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах»
4	Интернальный / экстернальный локус контроля	16 – факторный опросник Р. Кеттела; опросник приспособленности Х. Белла
5	Эмоциональный комфорт / дискомфорт; высокая / низкая степень удовлетворенности отношениями с окружающими, социальным статусом, основными формами деятельности, реализацией основных потребностей.	Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г.Маклакова и С.В. Чермянина; 16 – факторный опросника Р. Кеттела

Таблица 2.

Объективные критерии оценки эффективности социально-психологической адаптации (социальный уровень)

№	Успешная адаптация / дезадаптация	Диагностика
1	Высокая / низкая степень интеграции индивида со средой, включенность / невключенность в деятельность группы	Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г.Маклакова и С.В. Чермянина; опросник приспособленности Х. Белла
2	Самостоятельность в принятии решений, отстаивание своего мнения / зависимость, конформность	16 – факторный опросник Р. Кеттела

3	Наличие / отсутствие глубоких личностных контактов, широкий/ограниченный круг общения	Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник приспособленности Х. Белла
4	Социальная активность / пассивность, открытость / замкнутость	Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник приспособленности Х. Белла; 16 – факторный опросник Р. Кеттела
5	Высокие / низкие работоспособность и успешность деятельности	16 – факторный опросник Р. Кеттела; опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой
6	Достаточные / недостаточные коммуникативные навыки, построение отношений с окружающими на основе взаимоуважения / враждебности, адекватность поведенческих паттернов / использование малоадаптивных паттернов поведения	Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник приспособленности Х. Белла; опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой
7	Относительная стабильность эмоциональной сферы / эмоциональная неустойчивость, адекватность / неадекватность аффективных реакций	Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник Плутчика-Келлермана-Конте
8	Соматическое благополучие / неблагополучие	Анкета

Объективные критерии отражают степень реализации индивидом в своем поведении норм и правил жизнедеятельности, принятых в данной социальной группе, а субъективные – положительное отношение к членству

в данной социальной группе, к существующим условиям для удовлетворения и развития основных социальных потребностей.

В целях более полного анализа рассматриваемой проблемы необходимо отметить, что ведущим в структуре адаптации является психологический аспект, который опосредует характер и особенности протекания адаптации на других уровнях; определяющая роль в оценке эффективности адаптации как системного процесса принадлежит собственно психологическим критериям.

Таким образом, изучая психологические особенности у людей с генетическим соматическим заболеванием мы, согласно классификации С.Л. Рубинштейна (общее, особенное, единичное), имеем дело с особенной психической реальностью – психологическими свойствами, присущими людям как представителям определенной группы. Несмотря на массовую встречаемость, это некоторое уникальное состояние, и сбор эмпирического материала происходил не массово, а индивидуально. За каждым тестом и каждой анкетой стоял конкретный подросток с его переживаниями, мировоззрением, мироощущением, самооценкой и т.д.

Количественные исследования проводятся на группе людей. Полученные данные подвергаются затем обработке методами математической статистики. В исследованиях принимает участие ограниченное количество людей, обозначаемое термином «выборка». Главный вопрос заключается в следующем: можно ли результаты, полученные на выборке, распространить на *популяцию* людей (генеральную совокупность), которые не принимали участие в исследовании?

Ответ на этот вопрос и дает математическая статистика. Во-первых, определяется центральная тенденция (среднее значение) переменной. Она характеризует всю группу людей, а не каждого человека в отдельности. Центральная тенденция дает только общие (приближенные, неполные) представления о переменной (см. Р. Левин и др., 1990), поэтому статистические методы обработки количественных данных, которые

принимают во внимание индивидуальные вариации, являются более достоверными и надежными. Индивидуальные вариации принимаются во внимание, например, при обработке количественных данных корреляционным, регрессионным, факторным, дисперсионным и другими методами математической статистики.

Количественные исследования основаны на *вероятностях*, также в них учитывается действие случайных факторов. С помощью методов статистики можно охарактеризовать наступление какого-либо события как неслучайное и установить степень вероятности *неслучайного* наступления данного события. Статистическая закономерность возникает как результат взаимодействия большого числа элементов, составляющих группу, и поэтому характеризует не столько поведение в ней отдельного элемента, сколько поведение группы в целом [93].

Количественные исследования, которые выражаются статистически и имеют вероятностный характер, способствуют открытию эмпирических законов. Законы, характеризующие генеральную совокупность, называют номотетическими законами. Они вскрывают определенную тенденцию, но не носят тотальный характер для всех элементов класса явлений, которым они управляют. Другими словами, номотетические законы – это законы-тенденции, а не что-то абсолютно определенное (Б. Ломов, 1984).

В нашей работе мы использовали номотетический подход при применении количественных методов в связи со спецификой целей и задач нашего исследования. В связи с выбором метода мы имеем возможность:

- 1) диагностировать факт нахождения человека в определённом состоянии физической и психической реальности;
- 2) классифицировать участников исследования по степени ДСТ;
- 3) собрать информацию об индивидуальной мере состояния адаптированности подростков с ДСТ, с бронхиальной астмой и здоровых подростков;

4) использовать методы математической статистики для обработки данных и выявления общих и особенных закономерностей социально-психологической адаптации подростков с дисплазией соединительной ткани;

5) на этапе интерпретации использовать приёмы переноса и обобщения, позволяющие сформулировать медико-психологические и психолого-педагогические рекомендации для оптимизации процесса адаптации подростков с ДСТ.

2.2.1. Методы и методики сбора эмпирических данных

Основным методом сбора информации в исследовании, который использовался в анализе социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ, был метод тест-опросников. Все тест-опросники представлены в Приложении (1-7).

В табл. 1 и 2 представлен список факторов социально-психологической адаптированности и методики, позволяющие оценить эти факторы у исследуемых лиц. Выбор данных параметров осуществлялся на основе теоретического анализа критериев адаптированности в соответствии с концепциями различных авторов, приведенного в главе 1. Дадим теоретические и операциональные определения психологических конструкторов, диагностируемых в качестве факторов адаптированности, и приведем краткие описания использованных опросников.

При изучении психологических особенностей подростков с ДСТ, а затем и адаптированности, наше внимание с самого начала было сосредоточено на исследовании нейротизма и тревожности, поскольку данный фактор, как базовый, лежит в основе различных нарушений процесса адаптации. Согласно исследованиям многих авторов, подростки с ДСТ

обладают высоким уровнем выраженности внутреннего конфликта [110], но подробных исследований структуры этого конфликта в литературе не встречается [140]. Нам представляется важным такое исследование для понимания специфики адаптированности подростков с ДСТ. Данные исследования представлены в нашей работе «Дисплазия соединительной ткани у подростков. Клиническая значимость, психологические особенности и способы коррекции» [111]. В настоящей работе они не анализируются, но используются при интерпретации.

Для диагностики затруднений в различных областях приспособляемости был использован личностный опросник приспособляемости Х. Белла (BellAdjustmentInventory), представленный в Приложении 1. При интерпретации полученных результатов необходимо учитывать, что высокие результаты по шкалам «приспособленность в семье», «приспособленность в сфере здоровья», «субмиссивность», «эмоциональность» указывают на низкую степень приспособленности личности в данных сферах, а низкие, наоборот, о высоком уровне приспособленности. Высокие баллы по шкале «враждебность» свидетельствуют о склонности проявлять враждебность и критичность в социальных контактах, о недоверии по отношению к окружающим. Лица с низкими баллами приветливы и полны понимания по отношению к другим. Высокий балл по шкале «мужественность-женственность» отражает предпочтение мужской деятельности и интересов, низкий балл – предпочтение женских интересов и обязанностей.

Вопросы относятся к шести сферам приспособляемости, на основании которых выделяется шесть шкал: а) *Приспособляемость в семье*. Измеряет степень удовлетворенности семейными отношениями; б) *Приспособляемость к болезням, травмам*. Измеряет степень приспособляемости в сфере здоровья; в) *Уживчивость*. Измеряет степень толерантности к другим, скромности, либо, напротив, самоуверенности; д) *Эмоциональная уравновешенность*. Измеряет степень эмоциональной стабильности,

устойчивости; е) *Враждебность*. Измеряет степень критичности к другим людям; ф) *Мужественность-женственность*. Женщины с высокими баллами по этой шкале имеют мужские интересы, с низкими – женские; мужчины с высокими баллами – мужские интересы, низкими – женские.

Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина использовался нами для комплексной оценки адаптационных возможностей личности – личностного адаптационного потенциала (ЛАП) с учетом социально-психологических и некоторых психофизиологических характеристик, отражающих обобщенные особенности нервно-психического и социального развития [139]. Опросник представлен в Приложении 2. В нашей работе мы использовали ту часть методики, которая посвящена определению следующих параметров:

ЛАП – личностный адаптационный потенциал, интегрирует многие качества, начиная с самооценки и устойчивости и заканчивая одобрением со стороны окружающих, способность личности творчески и активно приспособиться к среде деятельности. Характеристику ЛАП возможно получить, оценив нервно-психическую устойчивость, коммуникативные способности и уровень моральной нормативности.

НПУ – нервно-психическая устойчивость – есть стрессоустойчивость плюс способность регулировать свое поведение.

КС – коммуникативные способности – умение построить отношения с другими людьми. Это понятие также интегрирует несколько личностных и черт таких, как например, конфликтность, и социальных, например, наличие опыта и потребности общения.

МН – моральная нормативность обеспечивает способность адекватно воспринимать индивидом предлагаемую для него определённую социальную роль, т.е. сочетать без ущерба для себя свои морально-нравственные нормы, нормы социума и отношение к требованиям непосредственного социального окружения.

Данный опросник дает объективную информацию о важнейших показателях адаптированности, позволяет определить различия уровня адаптированности в группах исследуемых в целом. Результаты опросника используются в выстраивании логики дальнейшей интерпретации данных.

Для диагностики целого ряда важных факторов социально-психологической адаптированности, а также частично для контроля подобных факторов, измеряемых другими опросниками в нашей работе, мы использовали опросник Р. Кеттела. Опросник обладает высокой диагностической силой и надежностью полученных результатов, многократно апробирован в различных психологических исследованиях. Именно с данными критериями был связан выбор его для нашего исследования. Опросник представлен в Приложении 3.

Результаты применения данной методики позволяют определить психологическое своеобразие основных подструктур темперамента и характера. Причем каждый фактор содержит не только качественную и количественную оценку внутренней природы человека, но и включает в себя ее характеристику со стороны межличностных отношений.

Фактор А ориентирован на измерение общительности человека в малых группах и способности к установлению непосредственных, межличностных контактов. *Фактор В* не определяет уровень интеллекта, он ориентирован на измерение оперативности мышления и общего уровня вербальной культуры и эрудиции. *Фактор С* характеризует динамическое обобщение и зрелость эмоций в противоположность нерегулируемой эмоциональности. *Фактор Е* связан с социальным статусом, и выше у лидеров, чем у последователей. Оценки по этому фактору с возрастом меняются и зависят от пола испытуемого. Люди с высокими оценками по этому фактору испытывают потребность в автономии. *Фактор F* ориентирован на измерение эмоциональной окрашенности и динамичности в процессах общения. *Фактор G* характеризует особенности эмоционально-волевой сферы, целеустремленность и особенности регуляции социального

поведения. *Фактор Н* характеризует степень активности в социальных контактах. Фактор имеет генетическое происхождение и отражает активность организма и особенности темперамента. *Фактор I* отражает различия в культурном уровне и эстетической восприимчивости личности, имеет генетическое происхождение. В целом этот фактор определяет степень эмоциональной утонченности личности. *Фактор L* отражает эмоциональное отношение к людям: на одном полюсе это излишняя защита, эмоциональная напряженность, фрустрированность личности, подозрительность, на другом – добродушие и склонность к конформизму. *Фактор M* ориентирован на измерение особенностей воображения, отражающихся в реальном поведении личности, таких, как практичность, приземленность или, наоборот, фантазирование, возвышенное отношение к жизни. *Фактор N* ориентирован на измерение отношений личности к людям и окружающей действительности, характеризует некоторую форму тактического мастерства личности: дипломатичность или, напротив, наивность. *Фактор O* характеризует психологическую устойчивость субъекта в трудных жизненных ситуациях, восприятие их как собственную неудачу или повод для развития. *Фактор Q₁* определяет степень внутренней независимости личности от влияния общественных норм, он имеет генетическое происхождение и в бытовом сознании соотносится с такими характеристиками человека как «умный» и «глупый». *Фактор Q₂* характеризует определенную социабельность личности: зависимость от других либо автономность и осознанность в выборе линии поведения. *Фактор Q₃* измеряет уровень внутреннего контроля поведения, интегрированность личности и определяет выраженность волевых характеристик личности. *Фактор Q₄* характеризует степень эмоционального тонуса и стрессоустойчивости.

Для диагностики способов совладающего поведения (копинг-стратегий) использовалась методика Р. Лазаруса и С. Фолкмана в русскоязычной версии Т.Л. Крюковой, представленная в Приложении 4.

Диагностируются три взаимосвязанных вида эмоциональной регуляции: регуляция переживаемых эмоций (эмоционально-ориентированные копинги), регуляция поведения (собственных действий и выражения эмоций) и регуляция контекста, вызывающего эмоции (проблемно-ориентированные копинги) [75].

В опроснике Р. Лазаруса – Т. Крюковой выделяются восемь личностных стилей (копинг-стратегий).

1. *Конфронтация*. Разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако, при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы.

2. *Дистанцирование*. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее.

3. *Самоконтроль*. Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию.

4. *Поиск социальной поддержки*. Разрешение проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки.

5. *Принятие ответственности*. Признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой.

6. *Бегство – избегание.* Преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях.

7. *Планирование решения проблемы.* Преодоление проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

8. *Положительная переоценка.* Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

Успешность социально-психологической адаптированности зависит от отношения к самому себе, признания или непризнания себя ценным и значительным, достойным занять место в социуме [122, 141]. Для диагностики самоотношения мы использовали *тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева*, построенный в соответствии с разработанной В.В. Столиным иерархической моделью структуры самоотношения [82]. Самоотношение здесь рассматривается как лежащее на поверхности сознания, непосредственно-феноменологическое выражение личностного смысла «Я» для самого субъекта, являющееся результатом и интегратором механизмов личностного самосознания, как эмоционально-оценочная подсистема самосознания личности, выражение смысла «Я» для субъекта [101]. Опросник представлен в Приложении 5 и включает следующие шкалы:

Глобальное самоотношение – интегральное внутренне недифференцированное чувство «за» и «против» самого себя. *Самоуважение* – шкала, объединившая утверждения, касающиеся «внутренней последовательности», «самопонимания», «самоуверенности». Речь идет о

том аспекте самоотношения, который эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей контролировать собственную жизнь и быть последовательным, понимание самого себя. *Аутосимпатия* – шкала, отражающая дружелюбность – враждебность к собственному «Я». *Самоинтерес* – шкала, которая отражает меру близости к самому себе, в частности, интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», уверенность в своей интересности для других. *Ожидаемое отношение от других* – шкала отражает ожидание позитивного или негативного отношения к себе окружающих. Опросник содержит также семь шкал, направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я» испытуемого.

Тот или иной уровень социально-психологической адаптированности определяет структура психологической защиты (бессознательный уровень) и копинг-стратегий (сознательный и бессознательный уровни).

Для выявления механизмов психологической защиты, а также определения уровня их напряженности была использована методика LSI, разработанная в 1979 г. на основе психозволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman. В русскоязычном варианте это опросник Плутчика – Келлермана – Конте, представленный в Приложении 6. Опросником диагностируется степень выраженности восьми механизмов психологической защиты: отрицание, рационализация, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, проекция, регрессия.

2.2.2. Процедура проведения исследования и методы обработки данных

Исследования проводились автором в период с 2008 по 2013 гг. в два основных этапа.

В первом этапе исследования психологических особенностей подростков с диагнозом «дисплазия соединительной ткани» приняли участие пациенты кабинета врача-генетика медицинского учреждения г. Ярославля. В исследовании приняли участие 90 подростков. Второй этап был связан непосредственно с исследованиями особенностей социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ. Исследование проводилось на базе медицинских учреждений г. Ярославля.

На втором этапе в исследовании приняли участие 46 подростков с ДСТ, 51 подросток без диагноза ДСТ (условно норма), а также 18 подростков с бронхиальной астмой.

В исследовании участвовали подростки, относящиеся к трем группам относительно состояния здоровья: норма, подростки с ДСТ, подростки с бронхиальной астмой. Необходимость проведения исследования в таких трех группах обусловлена следующими причинами: 1) особенности адаптированности подростков с ДСТ возможно констатировать только в сравнении со здоровыми подростками; 2) специфику адаптированности в группе ДСТ возможно определить только при сравнении особенностей адаптированности подростков с ДСТ с особенностями адаптированности подростков с другим психосоматическим заболеванием; 3) в каждой из исследуемых групп есть подростки с различными уровнями адаптированности, специфичность которых также раскрывается в сравнении.

Возрастной диапазон выборки составлял 13 – 17 лет, общая численность выборки – 205 человек.

Все пациенты сначала были осмотрены врачом для постановки диагноза дисплазии, подростки с бронхиальной астмой принимали участие в исследовании при обращении к терапевту. Для постановки диагноза ДСТ врачом использовалась методика Л.Н. Фоминой [43]. Согласно данной классификации, каждому фенотипическому признаку ДСТ соответствует

определенный балл. Степень ДСТ определяется по сумме баллов. Сумма баллов менее 12 соответствует 1 степени, сумма баллов от 12 до 23 (включительно) – 2 степени, более 23 баллов – 3 степени ДСТ. Далее проводилось анкетирование (Приложение 7), а затем испытуемым предлагались для заполнения бланковые методики.

Обработка собранных данных проводилась в два этапа: аналитический этап и структурный этап. На аналитическом этапе исследования были использованы такие методы, как сравнение достоверности различий, методы описательной статистики, однофакторный дисперсионный анализ. На структурном – подсчет индексов когерентности, дивергентности и общей организованности структур, выявление базовых и ведущих качеств, построение структурограмм.

Дисперсионный однофакторный анализ. Задачей дисперсионного анализа является изучение влияния одного или нескольких факторов на рассматриваемый признак. Однофакторный дисперсионный анализ используется в тех случаях, когда есть в распоряжении три или более независимые выборки, полученные из одной генеральной совокупности путем изменения какого-либо независимого фактора, для которого по каким-либо причинам нет количественных измерений. Для этих выборок предполагают, что они имеют разные выборочные средние и одинаковые выборочные дисперсии. Поэтому необходимо ответить на вопрос, оказал ли этот фактор существенное влияние на разброс выборочных средних или разброс является следствием случайностей, вызванных небольшими объемами выборок. Другими словами, если выборки принадлежат одной и той же генеральной совокупности, то разброс данных между выборками (между группами) должен быть не больше, чем разброс данных внутри этих выборок (внутри групп). В нашем случае процедура расчета однофакторного дисперсионного анализа использовалась для объективации идеи о том, что определенные личностные качества являются причиной высокой адаптированности и, в свою очередь, высокая адаптированность является

причиной формирования определенных личностных качеств. Также однофакторный дисперсионный анализ использовался для выявления факторов-ингибиторов адаптированности и факторов-фасилитаторов адаптированности в группе высокоадаптированных подростков с ДСТ.

U- критерий Манна – Уитни – статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками. *U-Критерий Манна – Уитни* предполагает, что рассматриваемые переменные измерены, по крайней мере, в порядковой шкале (ранжированы). *U-критерий* вычисляется, как сумма индикаторов попарного сравнения элементов первой выборки с элементами второй выборки. Межгрупповое сравнение средневыворочных показателей адаптированности явно недостаточно, чтобы оценить меру качественного своеобразия в каждой группе испытуемых. Поэтому необходимо дополнить аналитический уровень анализа данных более обобщенным структурным.

При интерпретации данных на более обобщенном структурном уровне анализировались матрицы интеркорреляции и коррелограммы показателей адаптированности, личностных качеств, психологических защит и копинг-стратегий. Для этого использовался метод структурографического анализа.

Метод опирается на анализ матрицы интеркорреляций между исследуемыми переменными. На основе матрицы строилась структурограмма, графически представляющая исследуемые переменные и корреляционные связи между ними. При этом статистически значимые на уровне 99% корреляционные взаимосвязи отображаются тройными линиями, значимые на уровне 95% корреляционные взаимосвязи отображаются двойными линиями и значимые на уровне 90% корреляционные взаимосвязи отображаются одной линией. Отрицательные взаимосвязи аналогичным образом отражаются пунктиром.

Процедура анализа матриц интеркорреляций и коррелограмм структур

адаптированности в разных группах исследуемых включала следующие этапы: подсчет индекса когерентности (ИКС), дивергентности (ИДС) и общей организованности (ИОС) структуры; подсчет весовых коэффициентов социально-психологических и личностных особенностей респондентов; анализ функциональной роли отдельных психологических переменных (личностных черт, психологических защит, копинг-стратегий); исследование качественного своеобразия структур, т.е. гомогенности – гетерогенности структур личностных черт, стратегий совладания, наблюдаемых в различных выборках исследования.

Для иллюстрации факта различной организации личностных свойств и стратегий совладания в различных выборках мы использовали критерий χ^2 . В общем виде критерий χ^2 применяется в двух случаях:

1) для сопоставления эмпирического распределения признака с теоретическим – равномерным, нормальным или каким-то иным;

2) для сопоставления *двух, трех или более эмпирических* распределений одного и того же признака. Критерий χ^2 отвечает на вопрос о частоте встречаемости разных значений признака в эмпирическом и теоретическом распределениях, или в двух и более эмпирических распределениях.

Использованная процедура обработки и анализа структур разработана А.В. Карповым и была неоднократно эмпирически апробирована [46]. Индекс когерентности структур индивидуальных качеств (ИКС) определяется как функция числа положительных значимых связей в структуре и меры их значимости, индекс дивергентности (ИДС) – как функция числа и значимости отрицательных связей в структуре, индекс общей организованности (ИОС) – как функция общего количества связей и их значимости.

В целом схема исследования представлена в табл. 3.

Таблица 3.

План исследования социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ

Этапы	Группы респондентов	Инструменты
Сбор данных	ДСТ НОРМА БА	Методики: Тест-опросник самооотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева; опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; 16 –факторный опросник Р. Кеттела; опросник приспособленности Х. Белла; опросник способов совладающего поведения Р .Лазаруса – Т. Крюковой; опросник Плутчика – Келлермана – Конте
Обработка данных	Сравнительный анализ групп: ДСТ, НОРМА, БА ДСТ-ВА, НОРМА-ВА, АСТМА-ВА ДСТ-ВА и ДСТ-НА	Статистические критерии: U-критерий Манна – Уитни; г-критерий Спирмена; экспресс-метод χ^2

Глава 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Использование процедуры сбора эмпирических данных, представленной в главе 2, позволило определить группы респондентов, имеющих различные особенности социально-психологической адаптированности, в т.ч. внутри группы подростков с дисплазией соединительной ткани.

Для достижения цели исследования и доказательства выдвинутых гипотез необходима разработка определенного алгоритма обработки и анализа данных, собранных в ходе диагностического этапа эмпирического исследования. Дальнейшее изложение материала происходит в несколько этапов.

Этап 1. Сравнивается адаптированность подростков, относящихся к различным группам соматической патологии и нормы для определения достоверности различий в уровне выраженности личностного адаптационного потенциала в целом и его отдельных составляющих.

Этап 2. Анализируется степень специфичности социально-психологических характеристик высокоадаптированных подростков с ДСТ, сравниваются социально-психологические характеристики адаптированных подростков в норме, с ДСТ и с бронхиальной астмой.

Этап 3. Проводится сравнительный анализ социально-психологических особенностей подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности для того, чтобы выделить те социально-психологические характеристики, которые специфичны для подростков с высоким и низким уровнем ЛАП.

Этап 4. Рассматриваются структурные особенности личностного симптомокомплекса и системы стратегий совладающего поведения подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности и выделяются базовые параметры, лежащие в основе высокого и низкого ЛАП, выделяются стратегии адаптации в исследуемых группах подростков.

3.1. Особенности личностного адаптационного потенциала подростков с ДСТ

Анализ и интерпретация результатов в данном пункте построены в соответствии с положениями А.Г. Маклакова о социально-психологической адаптации личности, которые подробно представлены нами в главе 1 работы.

По результатам диагностических исследований, описанных в главе 2, была составлена сводная матрица результатов, представленная в Приложении. Собранные данные позволяют оценить уровень социально-психологической адаптированности представленных диагностических групп (ДСТ, НОРМА, БА). Оценка адаптированности проводилась по двум методикам: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина и опросник социальной приспособленности Х. Белла. Применение данных опросников позволяет нам рассмотреть максимальное количество показателей.

Математическая обработка данных проводилась с использованием U – критерия Манна – Уитни. Сравнимые группы: подростки с диагнозом ДСТ – подростки без выявленных соматических заболеваний; подростки с диагнозом ДСТ – подростки с диагнозом «бронхиальная астма». Результаты статистических расчетов представлены в табл. 4, 5, 6.

Таблица 4.

Данные расчета достоверности различий адаптированности в группах ДСТ и НОРМА по U-критерию Манна – Уитни

Показатели	ДСТ	НОРМА	U-критерий	p-уровень
Д	2067,0	2686,0	986,0	0,171
НПУ	2615,0	2138,0	812,0	0,009
КС	2612,0	2141,0	815,0	0,009
МН	2289,0	2464,0	1138,0	0,799
ЛАП	2600,0	2153,0	827,0	0,012

Примечание: Д – достоверность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, КС – коммуникативные способности, МН – морально-нравственная нормативность, ЛАП – личностный адаптационный потенциал.

Таблица 5.

Данные расчета достоверности различий адаптированности в группах ДСТ и БА по U-критерию Манна – Уитни

Показатели	ДСТ	БА	U-критерий	p-уровень
Д	1298,5	781,5	217,5	0,002
НПУ	1699,0	381,0	210,0	0,002
КС	1615,0	465,0	294,0	0,071
МН	1594,0	486,0	315,0	0,136
ЛАП	1298,5	781,5	217,5	0,002

Примечание: Д – достоверность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, КС – коммуникативные способности, МН – морально-нравственная нормативность, ЛАП – личностный адаптационный потенциал.

Таблица 6.

Данные расчета достоверности различий адаптированности в группах БА и НОРМА по U-критерию Манна – Уитни

Показатели	БА	НОРМА	U-критерий	p-уровень
Д	715,5	1699,5	373,5	0,237
НПУ	495,0	1920,0	324,0	0,064
КС	630,0	1785,0	459,0	1,000
МН	532,5	1882,5	361,5	0,177
ЛАП	490,5	1924,5	319,5	0,050

Примечание: Д – достоверность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, КС – коммуникативные способности, МН – морально-нравственная нормативность, ЛАП – личностный адаптационный потенциал.

При оценке уровня адаптированности в первую очередь рассмотрим показатель личностного адаптационного потенциала (ЛАП), который является интегральной характеристикой психического развития личности и позволяет дифференцировать людей по степени устойчивости к воздействию психоэмоциональных стрессоров.

По показателю ЛАП выявлены достоверные различия в группах ДСТ и БА на уровне значимости 0,001, в группах ДСТ и НОРМА на уровне значимости 0,012, в группах БА и НОРМА на уровне значимости 0,05 (табл. 4, 5, 6). Средние показатели ЛАП в группе подростков с ДСТ ниже, чем в группе НОРМА и у больных с бронхиальной астмой (рис. 1). Полученные результаты свидетельствуют об объективном снижении уровня адаптированности подростков с ДСТ не только по сравнению с подростками без хронических соматических заболеваний, но даже и по сравнению с подростками, имеющими такое заболевание, как бронхиальная астма.

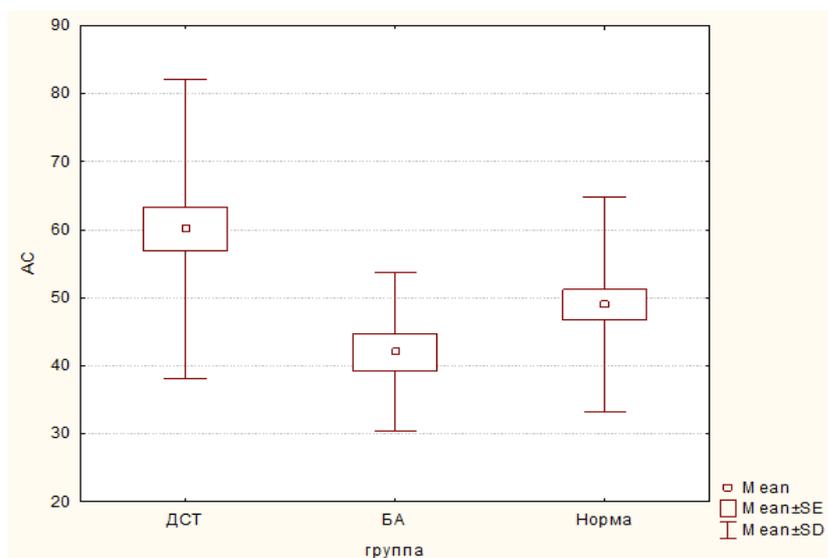


Рис. 1. Уровень выраженности показателей по шкале «личностный адаптационный потенциал»

В группе подростков с ДСТ выявлен высокий разброс показателей ЛАП: достаточная часть подростков отличается высокими показателями ЛАП, примерно такая же по количеству часть имеет низкие показатели

(рис. 2). Этот факт представляется нам важным для дальнейшего анализа способов адаптации подростков с ДСТ, поскольку, очевидно, среди подростков с ДСТ есть как и адаптированные, так и неадаптированные.

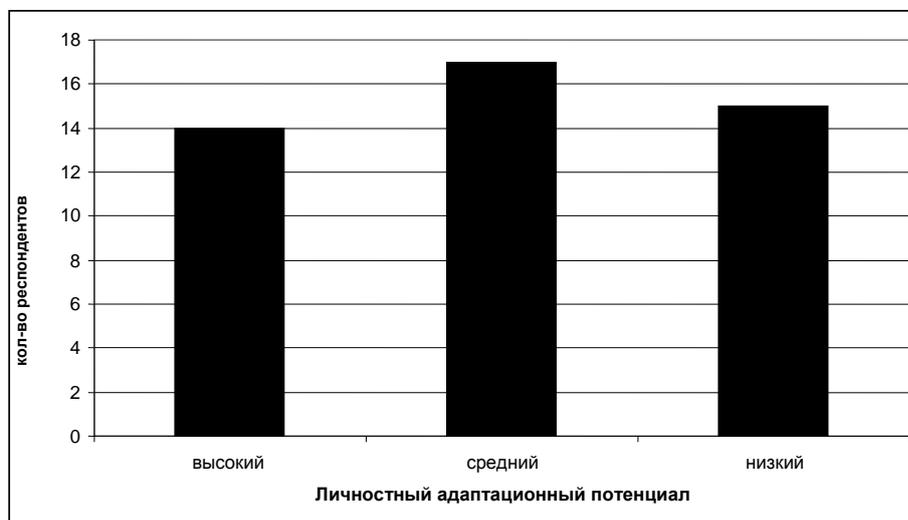


Рис. 2. Количество участников исследования с диагнозом ДСТ, имеющих различные показатели ЛАП (общий объем выборки 46 чел.)

Зафиксированный разброс в показателях ЛАП является существенным, поскольку опровергает утверждения определенной части авторов о том, что основная часть подростков с ДСТ по сравнению со здоровыми подростками не адаптирована. Так как ЛАП является интегральным показателем адаптированности, по этому признаку мы сможем разделить подростков с ДСТ на две группы для дальнейшего исследования. Судя по графикам, вклад в такой высокий разброс ЛАП вносит показатель НПУ. Другие показатели не имеют большого разброса в данной группе испытуемых. Важным фактом является и то, что в группах БА и НОРМА такого существенного разброса по показателям ЛАП и другим не наблюдается.

По показателю НПУ выявлены достоверные различия, в группах ДСТ и НОРМА на уровне значимости 0,009 (табл. 4), в группах ДСТ и БА на уровне значимости 0,002 (табл. 5).

Нервно-психическая устойчивость в группе ДСТ ниже, чем в группах НОРМА и БА (рис. 3 – более высокий показатель связан с особенностями

опросника Маклакова – Чермянина – чем выше полученный респондентом результат, тем ниже его показатель). Нервно-психическая устойчивость, по словам А.Г. Маклакова, показывает уровень поведенческой регуляции, при низкой сформированности которой подросток склонен к нервно-психическим срывам, к снижению самооценки и неадекватному восприятию действительности как враждебной по отношению к нему.

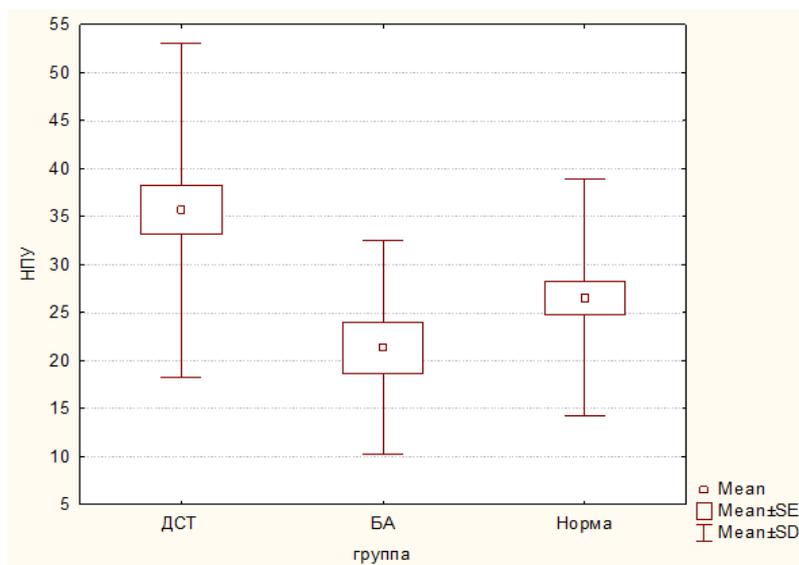


Рис. 3. Уровень выраженности показателей по шкале «нервно-психическая устойчивость»

Говоря о таких факторах, как нейротизм, тревожность и уровень внутреннего конфликта в контексте адаптированности здоровых подростков и подростков с ДСТ, мы ссылаемся на ранее сделанные нами исследования, в которых показано, что данные по группе подростков с ДСТ превышают показатели нормы. Согласно научно обоснованным критериям адаптированности, приведенным в главе 1 нашей работы, этот факт говорит о сниженном уровне адаптированности подростков с ДСТ [112].

По показателю коммуникативных способностей выявлены достоверные различия в группах ДСТ и НОРМА на уровне значимости 0,009 (табл. 4).

Коммуникативные способности в группе ДСТ ниже, чем в группах НОРМА и БА (рис. 4). Под коммуникативными способностями понимается

умение построить отношения с другими людьми. Это понятие также интегрирует несколько личностных (например, конфликтность) и социальных черт (например, наличие опыта и потребности общения). Очевидно, развитие коммуникативных способностей в группе ДСТ может являться важным фактором компенсации, сниженной по причине заболевания стрессоустойчивости. Коммуникативные способности – та переменная, которую можно целенаправленно формировать, поэтому, при создании программ по социально-психологической адаптации подростков с ДСТ, необходимо уделять особое внимание блоку развития коммуникативных навыков.

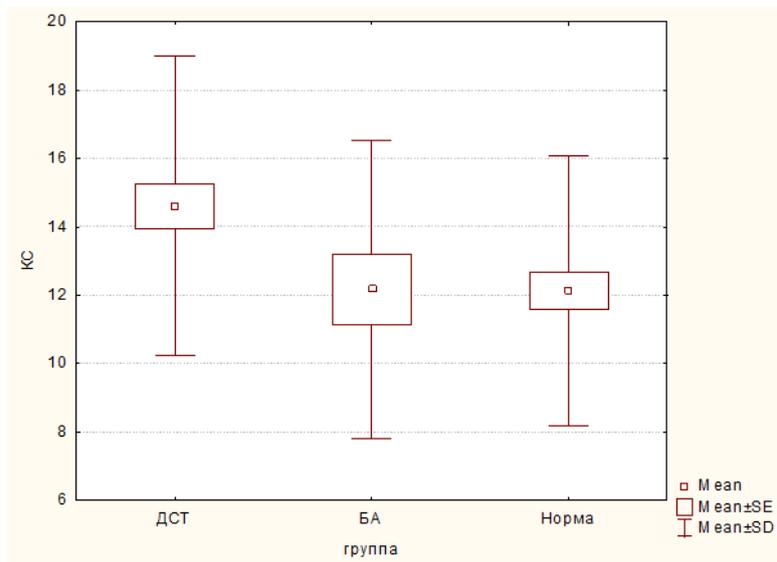


Рис. 4. Уровень выраженности показателей по шкале «коммуникативные способности»

Обращает на себя внимание различие по шкале достоверности ответов в группах ДСТ и БА: больные с БА чаще склонны давать ложные ответы (рис. 5). Это говорит о том, что в ответ на трудности больные с БА скорее изменяют свою личность, формируя и поддерживая так называемое «ложное я», нежели противостоят трудностям и находят средства их преодоления.

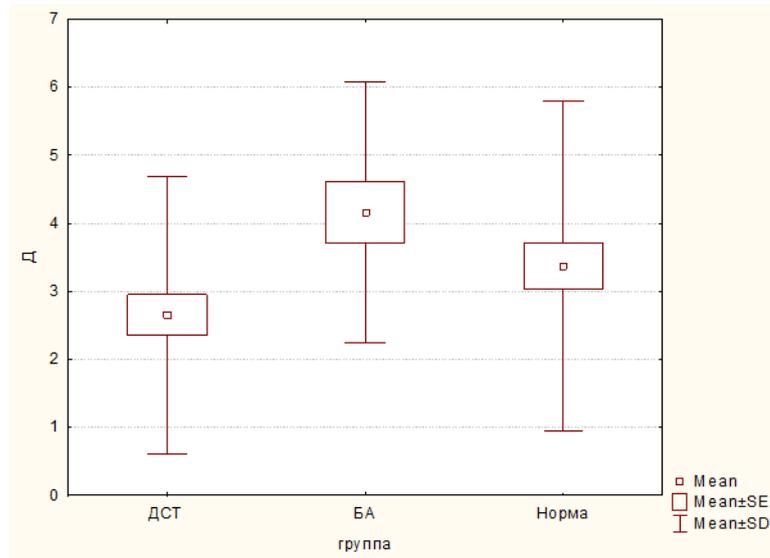


Рис. 5. Уровень выраженности показателей по шкале «достоверность»

При анализе социальной приспособленности по показателям опросника Х. Белла также были выявлены достоверные различия по U-критерию Манна – Уитни в группах ДСТ, БА и НОРМА. Расчеты представлены в табл. 7, 8, 9.

Таблица 7.

Данные расчета достоверности различий показателей социальной приспособленности в группах ДСТ и НОРМА по U-критерию Манна – Уитни

Показатели	ДСТ	НОРМА	U-критерий	p-уровень
A	2134,0	2619,0	1053,0	0,383
B	2673,0	2080,0	754,0	0,002
C	2213,5	2539,5	1132,5	0,767
D	2161,0	2592,0	1080,0	0,500
E	2276,5	2476,5	1150,5	0,870

Примечание: а – приспособляемость в семье; b – приспособляемость к болезням, травмам; с – уживчивость; d – эмоциональная уравновешенность; e – враждебность.

По показателю «приспособляемость к болезням, травмам» выявлены достоверные различия в группах ДСТ и НОРМА на уровне значимости 0,002 (табл. 7), а также в группах БА и НОРМА на уровне значимости 0,029 (табл. 9).

«Приспособляемость к болезням» в группах ДСТ и БА достоверно ниже, чем в группе НОРМА (рис. 6). На наш взгляд, здесь имеют важное значение два фактора: генетический, который выражается в сниженном ЛАП и влияет на физическое состояние организма в виде соматического страдания, а также психологический фактор, который выражается в «хронической усталости» от постоянной конфронтации с болезнью и истощении психологических ресурсов.

По показателю «эмоциональная уравновешенность» выявлены достоверные различия в группах ДСТ и БА на уровне значимости 0,028 (табл. 8), а также в группах БА и НОРМА на уровне значимости 0,01 (табл. 9).

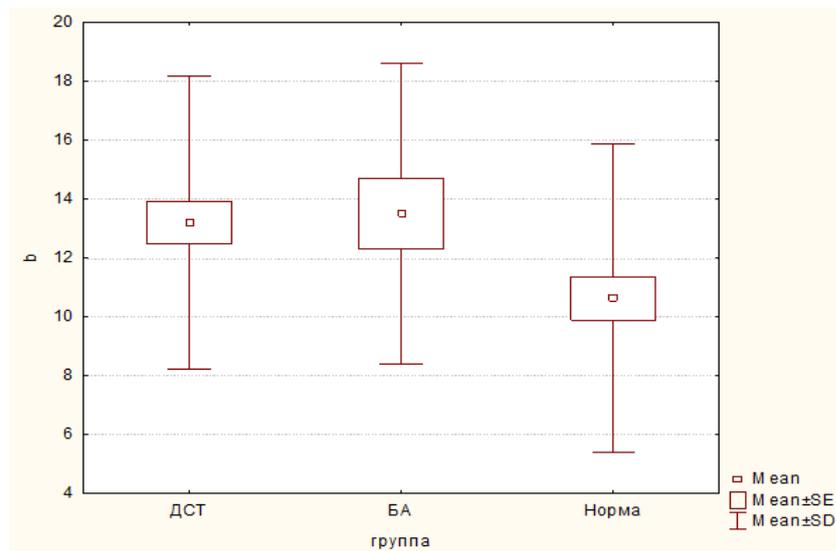


Рис. 6. Уровень выраженности показателей по шкале «Приспособляемость к болезням, травмам»

Таблица 8.

Данные расчета достоверности различий показателей социальной приспособленности в группах ДСТ и БА по U-критерию Манна – Уитни

Показатели	ДСТ	БА	U-критерий	p-уровень
A	1444,5	635,5	363,5	0,445
B	1501,0	579,0	408,0	0,928
C	1487,0	593,0	406,0	0,903
D	1641,0	439,0	268,0	0,028
E	1678,0	402,0	231,0	0,005

Примечание: а – приспособляемость в семье; b – приспособляемость к болезням, травмам; с – уживчивость; d – эмоциональная уравновешенность; e – враждебность.

Таблица 9.

Данные расчета достоверности различий показателей социальной приспособленности в группах БА и НОРМА по U-критерию Манна – Уитни

Показатели	БА	НОРМА	U-критерий	p-уровень
A	628,5	1786,5	457,5	0,983
B	788,0	1627,0	301,0	0,029
C	608,5	1806,5	437,5	0,767
D	443,0	1972,0	272,0	0,010
E	449,0	1966,0	278,0	0,012

Примечание: а – приспособляемость в семье; b – приспособляемость к болезням, травмам; с – уживчивость; d – эмоциональная уравновешенность; e – враждебность.

Низкие баллы по шкале «эмоциональная уравновешенность» свидетельствуют об эмоциональной стабильности, уверенности, о способности контролировать свои субъективные переживания. В некоторых случаях низкие баллы могут являться результатом социального давления. То, что именно группа подростков с БА имеет низкие показатели по этой шкале по сравнению с группами с ДСТ и НОРМА вызывает сомнение, что интерпретировать это можно как эмоциональную стабильность. Кроме того, как мы писали выше, группа подростков с БА имеет тенденцию давать социально одобряемые ответы. В данном случае низкие баллы по этой шкале у подростков с БА, скорее всего, означают результат социального давления и, как следствие, подавленность эмоциональной сферы. Таким образом, мы приходим к заключению о том, что подростки с ДСТ в отличие от подростков с БА, имеют более устойчивое «Я» и менее подвержены социальному давлению. Между группами ДСТ и НОРМА различий в показателях в данном случае нет (рис. 7).

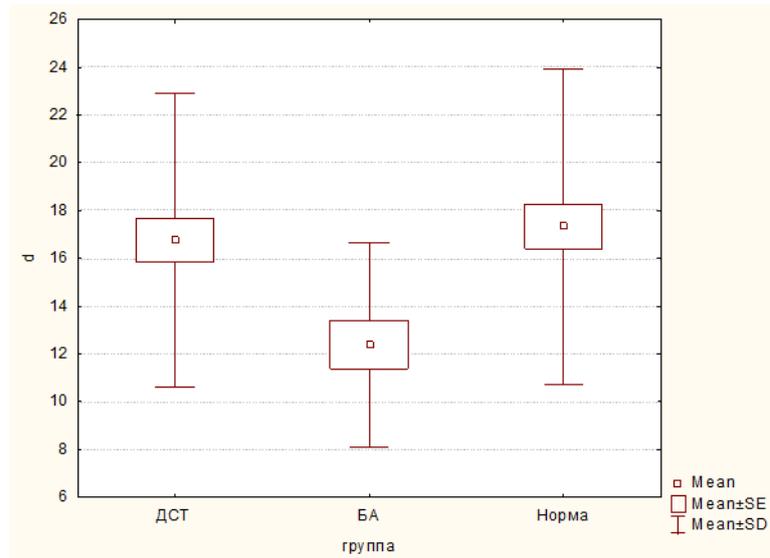


Рис. 7. Уровень выраженности показателей по шкале «Эмоциональная уравновешенность»

По показателю «враждебность» выявлены достоверные различия в группах ДСТ и БА на уровне значимости 0,005 (табл. 8), а также в группах БА и НОРМА на уровне значимости 0,012 (табл. 9).

Показатели по шкале «враждебность» в группах ДСТ и НОРМА не отличаются. Группа БА имеет, по сравнению с этими группами, более низкие показатели, что интерпретируется опросником, как низкая критичность к другим людям, доброжелательность и понимание (рис. 8).

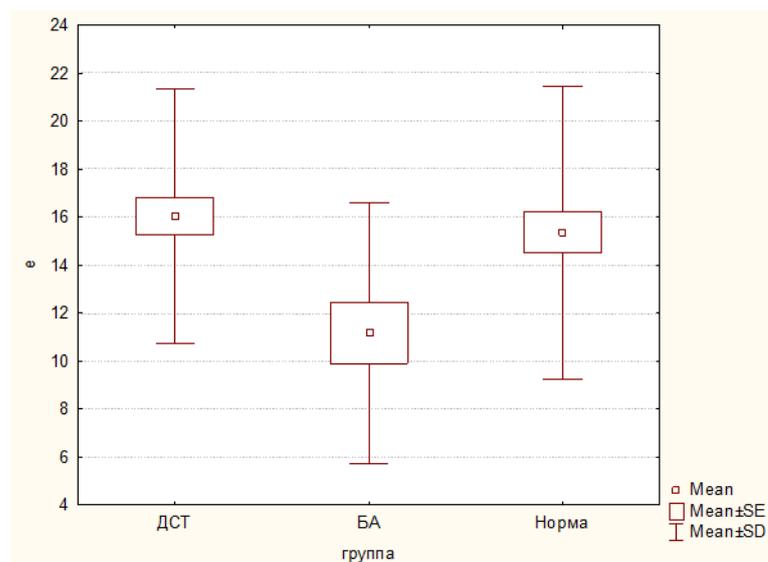


Рис. 8. Уровень выраженности показателей по шкале «Враждебность»

Исследования больных с бронхиальной астмой других авторов показывают, что как раз такие больные отличаются повышенной враждебностью [30]. В группе подростков с бронхиальной астмой выявлена склонность к социально одобряемым ответам, именно этим фактом может объясняться расхождение результатов.

3.2. Социально-психологические факторы, определяющие адаптированность подростков с дисплазией соединительной ткани

3.2.1. Сравнительный анализ социально-психологических факторов, обеспечивающих подросткам высокий уровень адаптированности

Для достижения целей исследования необходимо обратить особое внимание на группы подростков, отличающиеся высокой степенью адаптированности. Предполагаем, что существует различие в социально-психологических механизмах, обеспечивающих адаптированность у подростков с диагнозом ДСТ, БА и подростков группы НОРМА. И для решения теоретических и практических задач важно выявить, какие из социально-психологических факторов являются специфическими ингибиторами адаптированности, а какие факторами в группе диспластиков. С целью проведения сравнительного анализа факторов, связанных с высоким уровнем адаптированности подростков с ДСТ, было проведено исследование групп здоровых подростков и подростков с бронхиальной астмой. По результатам диагностических исследований была составлена сводная матрица (см. Приложение 8-20). Данные, представленные в ней, позволяют нам оценить социально-психологические факторы,

обеспечивающие адаптированность в группах НОРМА и ДСТ. Из обеих групп мы отобрали испытуемых с высоким уровнем адаптированности по интегральному показателю ЛАП (табл. 10). Таким образом, уровень адаптированности в этих группах не имеет значимых различий, но существуют значимые различия в показателях психологических факторов, за счет которых происходит адаптация, т.е. в способах адаптации. Оценка данных факторов проводилась по следующим методикам: 16 – факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой, опросник Плутчика – Келлермана – Конте, тест-опросник самооотношения В.В. Столина и С.Р. Панталева. Применение данных опросников позволяет нам рассмотреть максимальное количество показателей.

Таблица 10.

Данные расчета достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни показателей адаптированности в группах НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

Показатели	Сумма ранговая НОРМА-ВА	Сумма ранговая ДСТ-ВА	U - критерий	p-уровень
А	270,00	510,00	165,00	0,76
В	279,50	500,50	174,50	0,99
С	294,00	486,00	161,00	0,67
Е	271,50	508,50	166,50	0,80
F	253,00	527,00	148,00	0,42
G	225,50	554,50	120,50	0,11
Н	257,50	522,50	152,50	0,50
М	277,50	502,50	172,50	0,94
N	239,50	540,50	134,50	0,23
О	268,00	512,00	163,00	0,72
Q ₁	291,00	489,00	164,00	0,74
Q ₂	321,00	459,00	134,00	0,22
Q ₃	295,50	484,50	159,50	0,64
Q ₄	246,50	533,50	141,50	0,31
КК	346,50	433,50	108,50	0,05
Д	350,50	429,50	104,50	0,04
С	320,50	459,50	134,50	0,23
ПСП	303,00	477,00	152,00	0,49
ПО	343,00	437,00	112,00	0,06
БИ	303,00	477,00	152,00	0,50

ПРП	306,00	474,00	149,00	0,44
ПП	327,50	452,50	127,50	0,16
В	317,50	462,50	137,50	0,24
РГ	273,00	507,00	168,00	0,84
З	329,50	450,50	125,50	0,13
О	211,50	568,50	106,50	0,04
П	296,00	484,00	159,00	0,64
К	294,50	485,50	160,50	0,67
Г	352,00	428,00	103,00	0,03
Р	282,00	498,00	173,00	0,95
S	239,00	541,00	134,00	0,22
I	200,00	580,00	95,00	0,02
II	261,50	518,50	156,50	0,58
III	271,50	508,50	166,50	0,79
IV	308,50	471,50	146,50	0,36
1	203,50	576,50	98,50	0,02
2	329,50	450,50	125,50	0,12
3	210,00	570,00	105,00	0,03
4	249,00	531,00	144,00	0,34
5	307,00	473,00	148,00	0,41
6	328,50	451,50	126,50	0,13
7	188,00	592,00	83,00	0,00

Примечание: А – степень открытости, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, Н – смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, М – уровень развития воображения; N – дипломатичность, О – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля, КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка, В – вытеснение, РГ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, Г – гиперкомпенсация, Р – рационализация, S – интегральная шкала самооотношения, I – самоуважение, II – аутосимпатия, III – ожидаемое отношение от других, IV – самоинтерес, 1 – самоуверенность, 2 – отношение других, 3 – самопринятие, 4 – саморуководство, 5 – самообвинение, 6 – самоинтерес, 7 – самопонимание.

По показателям опросника Р. Кеттела значимых различий по всем показателям в данных группах нет. В целом можно говорить о том, что на аналитическом уровне личностный профиль адаптированного подростка с диагнозом ДСТ и подростка без заболеваний идентичен.

По показателям, выражающим копинг-стратегии «конфронтация», «дистанцирование», «принятие ответственности» группы НОРМА-ВА и ДСТ-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,04 – 0,06.

Все эти копинги относятся к эмоционально-ориентированным, т.е. направленным на регуляцию переживаемых эмоций, преодоление эмоционального возбуждения, вызванного стрессором. Это не активные копинги, направленные на разрешение проблемной ситуации, но их применение также может способствовать адаптации человека в трудной ситуации. Эмоционально-ориентированные копинг-стратегии находятся на границе классических защитных механизмов и собственно копинг-стратегий. Эффективность копингов не оценивается однозначно, она определяется как результат взаимодействия между видом копинга (например, проблемно-ориентированный или эмоционально-ориентированный) и актуальной или воспринимаемой контролируемостью ситуации. В целом проблемно-ориентированные копинги эффективны в контролируемых ситуациях, эмоционально-ориентированные – в неконтролируемых. Возможно, развитие таких способов совладающего поведения у подростков с ДСТ связано, прежде всего, с попытками справиться с внутренней тревожностью.

В группе ДСТ-ВА выраженность «конфронтации» выше, чем в группе НОРМА-ВА (рис. 9). При использовании копинга «конфронтация» разрешение проблемы происходит за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности и осуществления конкретных действий. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако, при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы. Очевидно, в данном случае так и происходит: количество активности, действий, пусть и не всегда достигающих цели, помогает определенным образом справиться с ситуацией, а, главное, с эмоциональным напряжением, и способствует повышению уровня адаптированности.

Абсолютный показатель копинга «конфронтация» в группе ДСТ-ВА – 61%, в группе НОРМА-ВА – 50%.

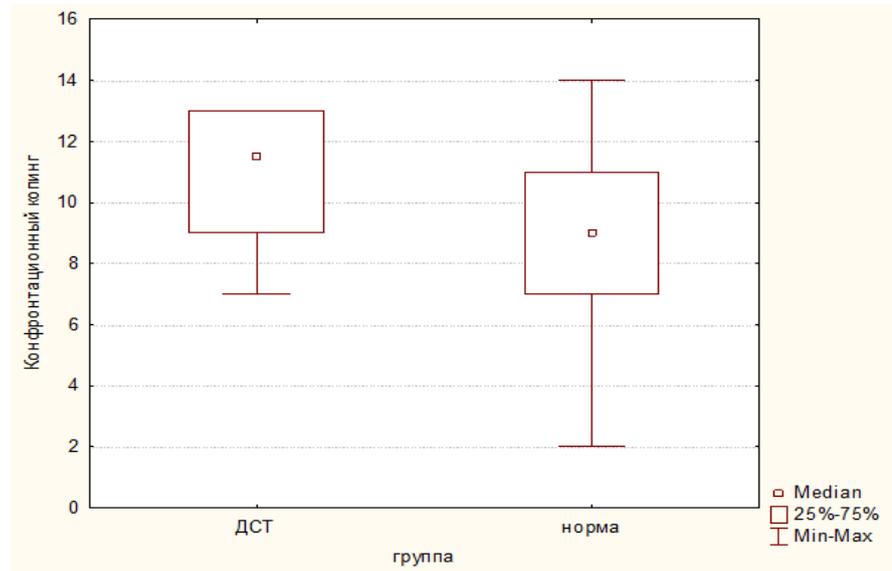


Рис. 9. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «конфронтационный копинг» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

В группе ДСТ-ВА выраженность «дистанцирования» выше, чем в группе НОРМА-ВА (рис. 10). При дистанцировании преодоление негативных переживаний в связи с проблемой происходит за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания. Подростки с ДСТ чаще используют такой способ совладания со стрессом. В наших исследованиях мы эмпирически доказывали, что люди с ДСТ имеют более высокий уровень тревожности и нейротизма, порог восприятия негативных переживаний у них ниже [112]. Очевидно, для сохранения эмоциональной стабильности подросткам с ДСТ необходима более «толстая кожа», более развитое умение «не включаться» в переживания по сравнению со здоровыми подростками. Такой вид совладающего поведения связан с интеллектуальным развитием, включает приемы рационализации, анализа

ситуации и требует осознанного подхода к его использованию. Абсолютный показатель копинга «дистанцирование» в группе ДСТ-ВА – 63%, в группе НОРМА-ВА – 51%.

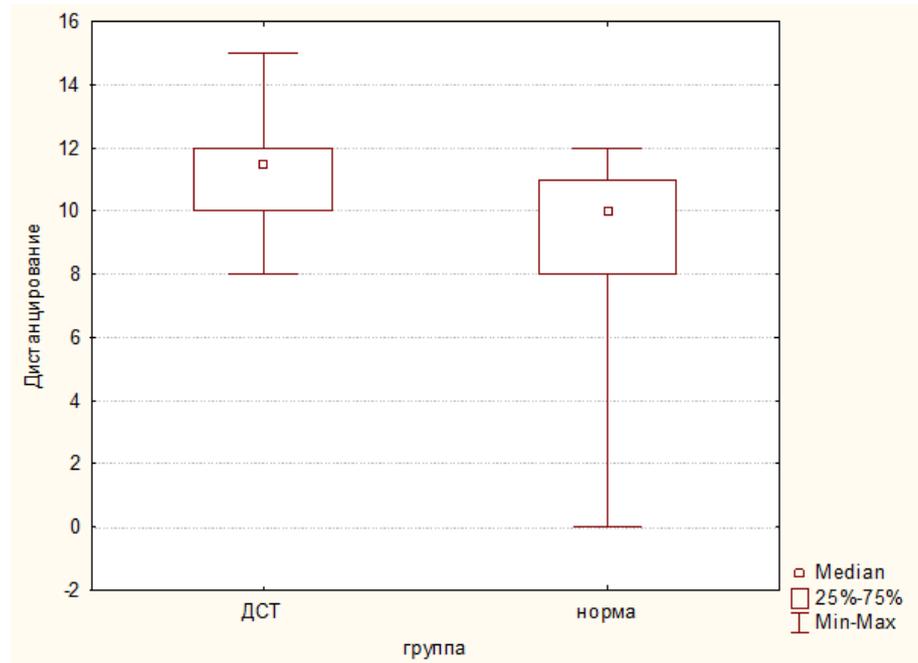


Рис. 10. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «дистанцирование» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

В группе ДСТ-ВА выраженность копинга «принятие ответственности» выше, чем в группе НОРМА-ВА (рис. 11). Копинг «принятие ответственности» означает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой. В данном случае, на наш взгляд, вред для субъекта может быть при распространении им собственной ответственности на «чужую территорию», когда человек не чувствует «границ», испытывает эмоциональный стресс там, где реально ничего не может сделать. Также излишняя развитость чувства вины и критики себя способствуют «застреванию» на переживаниях и торможению деятельности. При развитом

копинге «принятие ответственности» повышение адаптированности может происходить за счет установления эмоционально близких отношений и повышенной заботе о тех, кому это подходит и кто взамен готов давать что-то иное. Абсолютный показатель копинга «принятие ответственности» в группе ДСТ-ВА – 44%, в группе НОРМА-ВА – 36%.

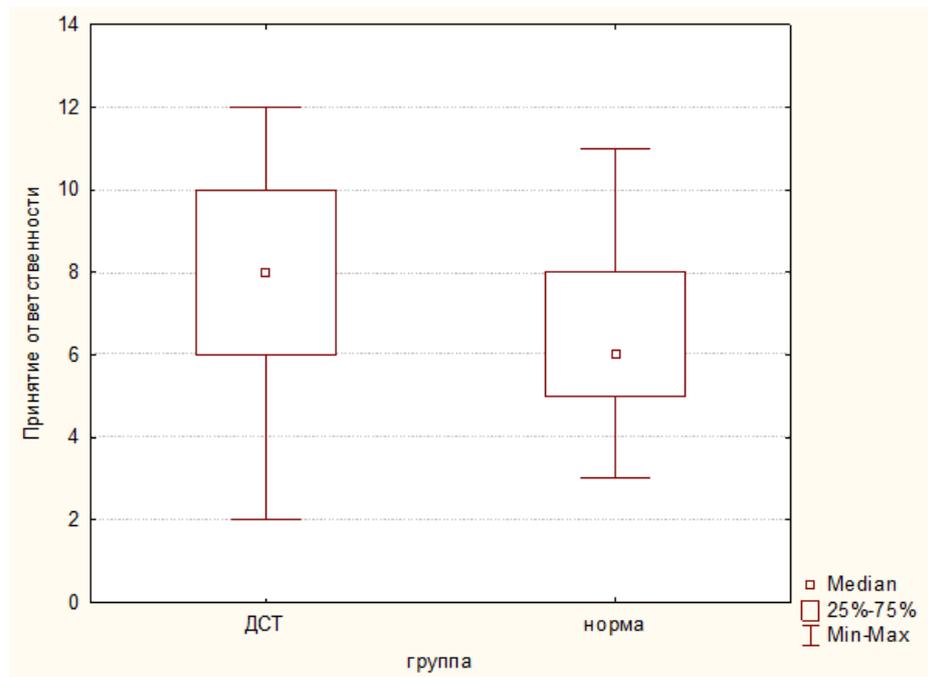


Рис. 11. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «принятие ответственности» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

Между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА существуют достоверные различия в выраженности двух механизмов психологической защиты: отрицания на уровне значимости 0,04 и гиперкомпенсации на уровне значимости 0,03. В группе ДСТ-ВА уровень отрицания ниже, чем в группе НОРМА-ВА, а уровень гиперкомпенсации выше (рис. 12, 13). Абсолютный показатель отрицания в группе ДСТ-ВА – 35, в группе НОРМА-ВА – 51. Абсолютный показатель гиперкомпенсации в группе ДСТ-ВА – 40, в группе НОРМА-ВА – 30.

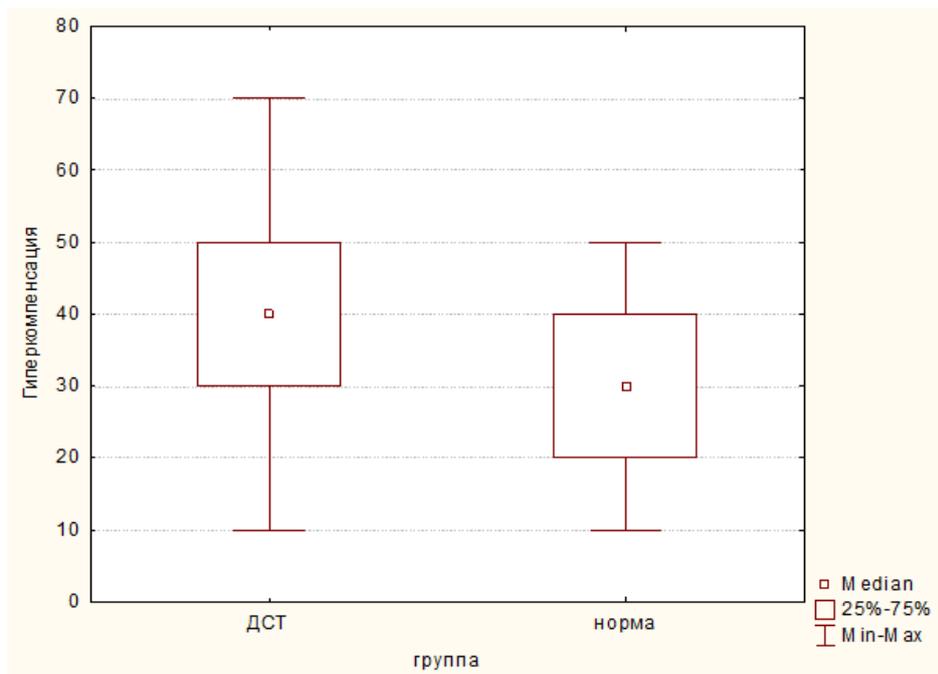


Рис. 12. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «гиперкомпенсация» психологической защиты между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

В отличие от копинг-стратегий, защитные механизмы имеют бессознательный характер и произвольную природу процессов (П. Крамер, 1998). В случае использования копинг-стратегий человек может ошибаться, однако, его действия управляются целью приближения к реальности. В этом случае всегда присутствует признание проблемы как проблемы. При использовании защитных механизмов человек не «проверяет» реальность, а изменяет свое состояние вне зависимости от нее, чтобы уменьшить отрицательные эмоции. Наши результаты подтверждаются результатами исследования особенностей психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях другими исследованиями [73]. При низком уровне профиля (опросник 16 PF), по сравнению со средним и высоким (т.е. при более успешной социально-психологической адаптации, в нашем случае – при отсутствии заболевания), выше уровень отрицания.

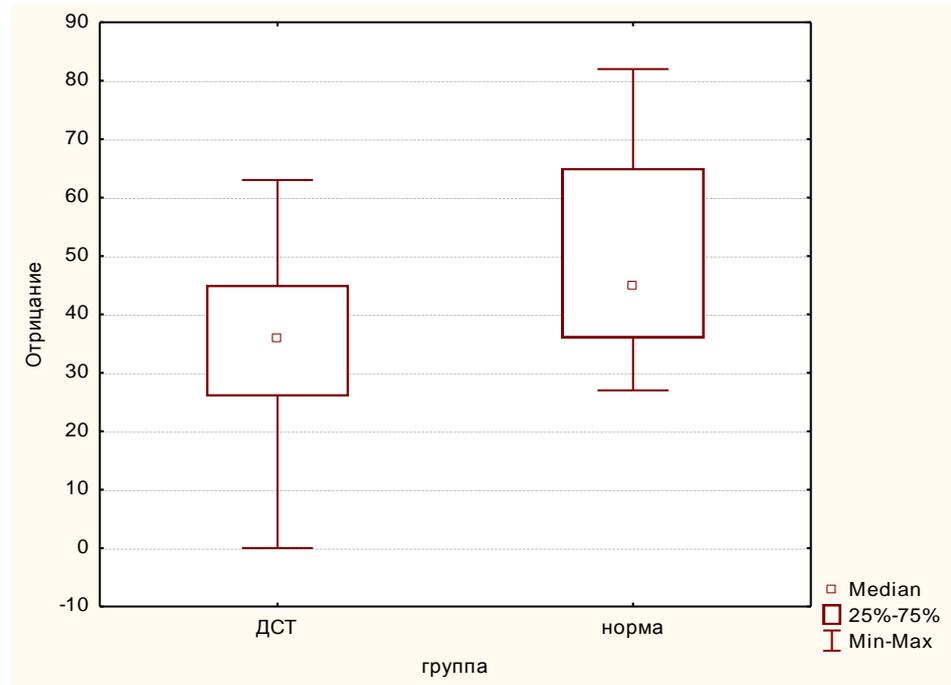


Рис. 13. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «отрицание» психологической защиты между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

Последний блок анализируемых личностных переменных – самоотношение. Разницы в интегральном показателе между высокоадаптированными здоровыми подростками и высокоадаптированными подростками с ДСТ нет (табл. 10). Однако наблюдаются различия по четырем частным составляющим: одни из них выше, а другие – ниже у подростков с ДСТ, что и объясняет отсутствие различий в целом.

В группах ДСТ-ВА и НОРМА-ВА существуют достоверные различия в выраженности показателей «самоуважение» и «самоуверенность» на уровне 0,02, «самопринятие» на уровне 0,03, «самопонимание» на уровне 0,0001. Все данные показатели в группе ДСТ-ВА ниже, чем в группе НОРМА. По рис. 14 – 17 видно, что в определенной степени подростки с ДСТ отличаются несколько большим самоуважением, но меньшей самоуверенностью, самопринятием и самопониманием.

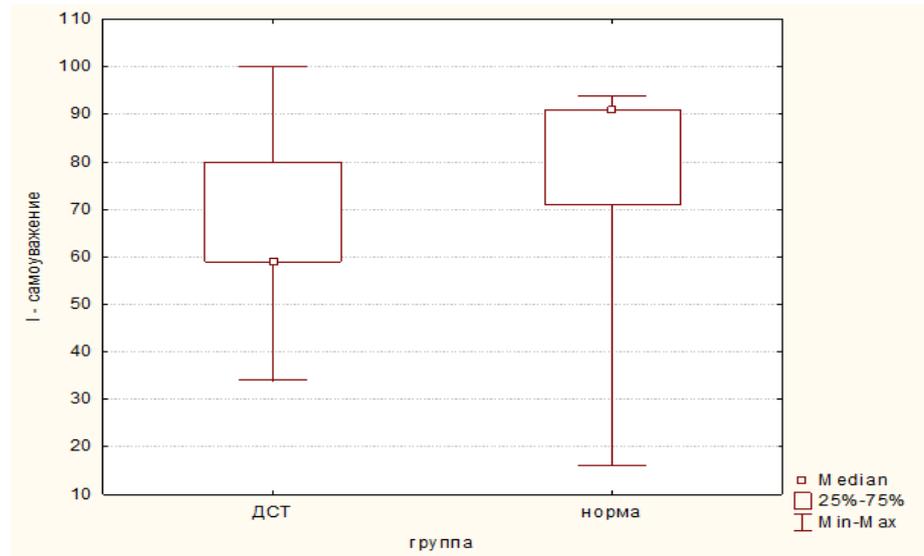


Рис. 14. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «самоуважение» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

Согласно содержанию конструкта «самоуважение» этот фактор предполагает оценивание себя по результатам деятельности, по объективным достижениям. Высокоадаптированные подростки с ДСТ, как уже было сказано ранее, отличаются достаточной целеустремленностью и даже определенным застреванием на достижении результата. Активность и успешность деятельности формирует у подростка самоуважение, но они не могут принимать себя «безусловно», им нужен объективно зафиксированный показатель (оценка за контрольную работу, похвала преподавателем их результатов и т.п.).

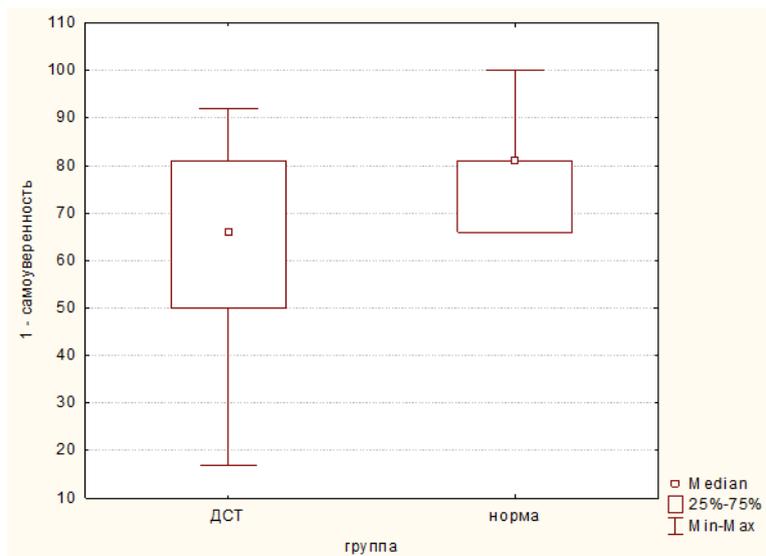


Рис. 15. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «самоуверенность» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

При наличии заболевания, которое имеет стигмы внешних проявлений, уверенность в себе для подростка с ДСТ становится сложной задачей. Опора на себя, на свои ресурсы является важным фактором, влияющим на адаптированность. Среди высокоадаптированных подростков с ДСТ есть такие, которые имеют очень низкие показатели самоуверенности, очевидно, им каким-то образом приходится это компенсировать.

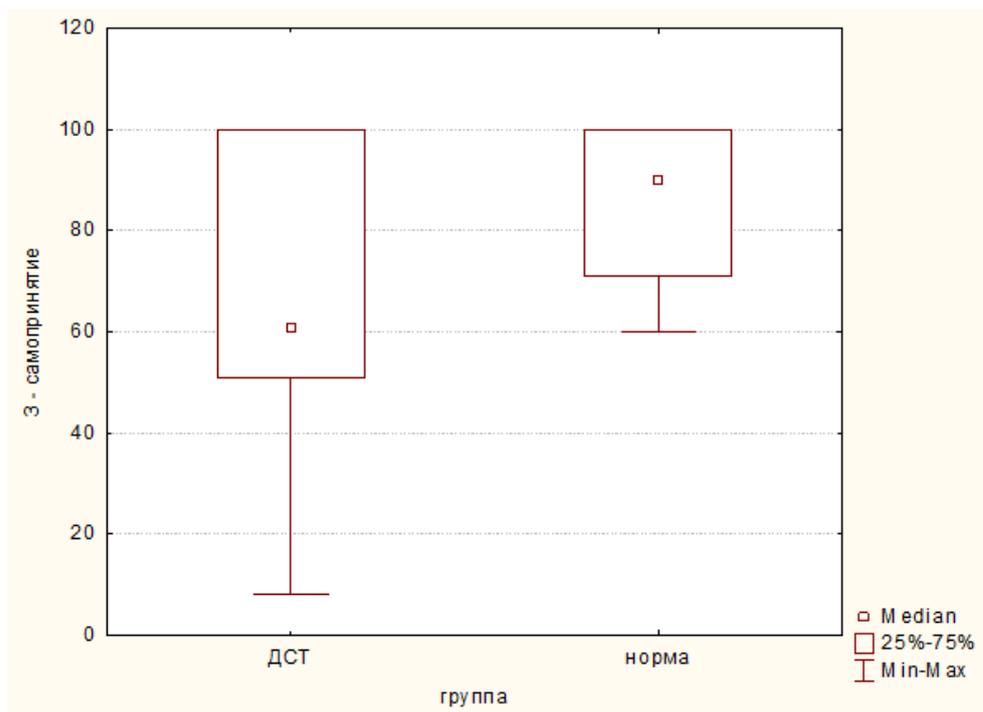


Рис. 16. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «самопринятие» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

В отличие от самоуважения, имеющего под собой объективные результаты, самопринятие – это аффективный компонент самоотношения, определенное «безусловное» позитивное отношение к себе, любовь к себе. Высокоадаптированные подростки с ДСТ в отличие от здоровых подростков критично относятся к себе, предъявляют завышенные требования, недовольны собой даже при достижении высоких результатов.

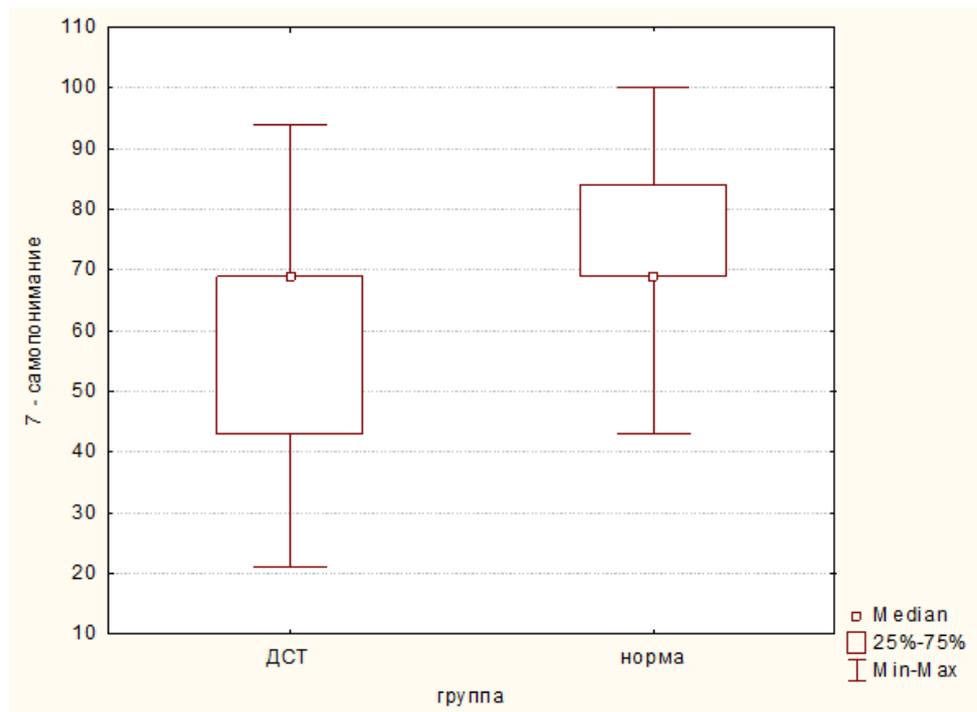


Рис. 17. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «самопонимание» между группами НОРМА-ВА и ДСТ-ВА

Наличие заболевания отрицательно влияет на понимание себя, тем более, если подростку диагноз не поставлен, что бывает довольно часто. Подростку сложно объяснить свои причины своих эмоциональных состояний, неожиданное поведение, особенности внешности.

Следующим шагом в исследовании особенностей социально-психологической адаптированности, выводящим это исследование в более широкий научный контекст, является сравнительный анализ групп подростков с дисплазией и бронхиальной астмой с высоким уровнем адаптированности.

В табл. 11 представлены результаты анализа достоверности различий личностных черт в группах ДСТ-ВА и АСТМА-ВА. Рассмотрим отдельно каждую переменную, отличающуюся по уровню выраженности у подростков с ДСТ и подростков с бронхиальной астмой. Количество испытуемых в группе с ДСТ – 15 человек, в группе с БА – 16 человек.

Таблица 11.

Данные расчета достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни показателей личностных черт (16 –PF) в группах ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

Показатели	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
U-критерий	81	57	67	10,3	10	55,5	75,0	69,0	67,5	76,5	73,5	67,5	52,5	67,5	103	45,0
p-уровень	0,3	0,0	0,1	0,9	1,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,9	0,0

Примечание: А – степень открытости, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, H – социальная смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, M – уровень развития воображения; N – дипломатичность, O – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля.

Существуют значимые различия по следующим показателям: общий уровень интеллекта (B), сила «супер-эго» (G), степень радикализма (Q₁), уровень контроля (Q₄). При сравнительном анализе аналогичных данных в группах ДСТ-ВА и НОРМА-ВА различий обнаружено не было. Это позволяет нам предположить, что личностный профиль высокоадаптированных здоровых подростков обнаруживает большее сходство с высокоадаптированными подростками с ДСТ, чем с бронхиальной астмой, т.е. способ адаптации подростков с ДСТ более схож со способом адаптации здоровых подростков, чем подростков с бронхиальной астмой.

По показателю общий уровень интеллекта (B) группы ДСТ-ВА и АСТМА-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ-ВА общий уровень интеллекта значимо выше, чем в группе

АСТМА-ВА (рис. 18). Формально, подростки из обеих групп обучаются в учебных заведениях одного уровня и не страдают интеллектуальными проблемами. Возможно, различия связаны со спецификой заболеваний. Объективно бронхиальная астма является соматически более тяжелым заболеванием, представляющим угрозу жизни, и у подростка, страдающего им, происходит изменение системы ценностей. Возникает смещение системы ценностей, которое идет в ущерб интеллектуальному и личностному развитию.

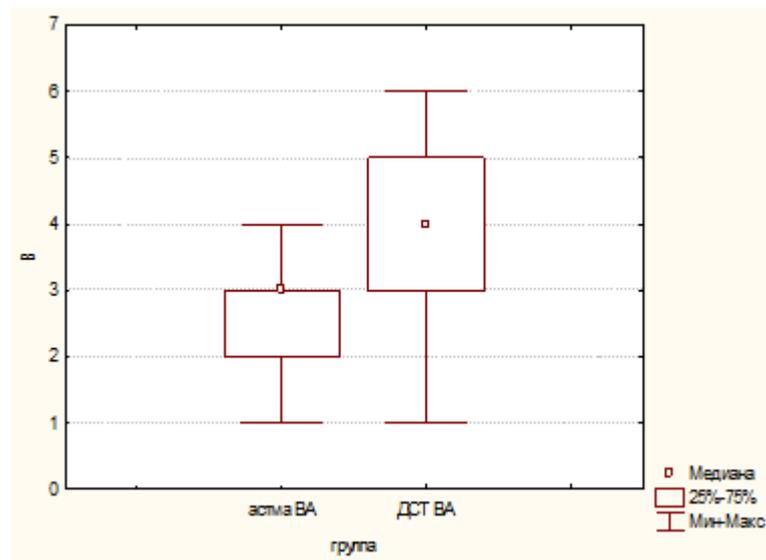


Рис. 18. Различия в уровне выраженности показателя по шкале В общего уровня интеллекта между группами ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

По показателю сила «супер-эго» (G) группы ДСТ-ВА и АСТМА-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ-ВА «сила супер-эго» значимо ниже, чем в группе АСТМА-ВА (рис. 19). По абсолютным показателям качества подростки с ДСТ имеют средний уровень значений, а подростки с астмой – выше среднего. Подростки с астмой имеют высокий уровень обращенности к социальным нормам, склонны действовать, исходя из принципов и правил, у них высокий уровень сдерживания своих чувств. Тем не менее, исходя из специфики заболевания, подростки с астмой живут в условиях большей определенности, чем подростки с ДСТ.

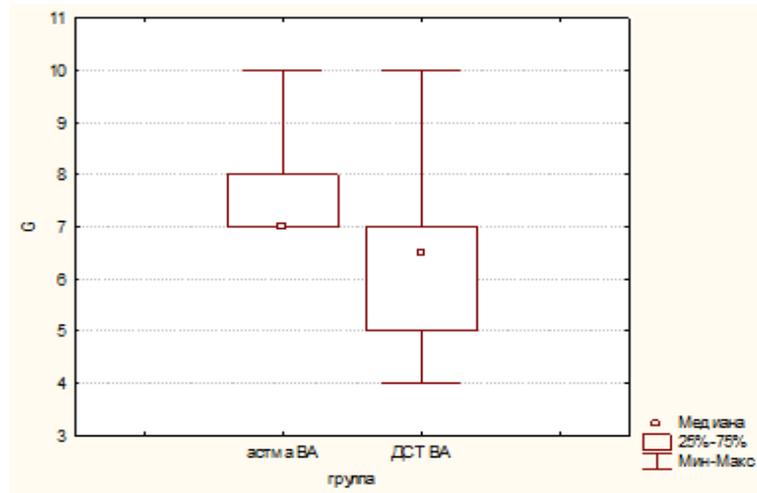


Рис. 19. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «сила «супер-эго» между группами ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

По показателю Q_1 , выражающему степень радикализма, зависимости от влияния общественных норм, группы ДСТ-ВА и АСТМА-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ-ВА восприимчивость к радикализму значимо ниже, чем в группе АСТМА-ВА (рис. 20). Здесь также важно отметить, что значения величин показателей группы ДСТ-ВА лежат в области средних значений, а группы АСТМА-ВА – имеют завышенный уровень, доходят до крайних значений. Высокая выраженность фактора показывает скорее всего невротический уровень его развития, т.е. скорее некую демонстрацию радикализма.

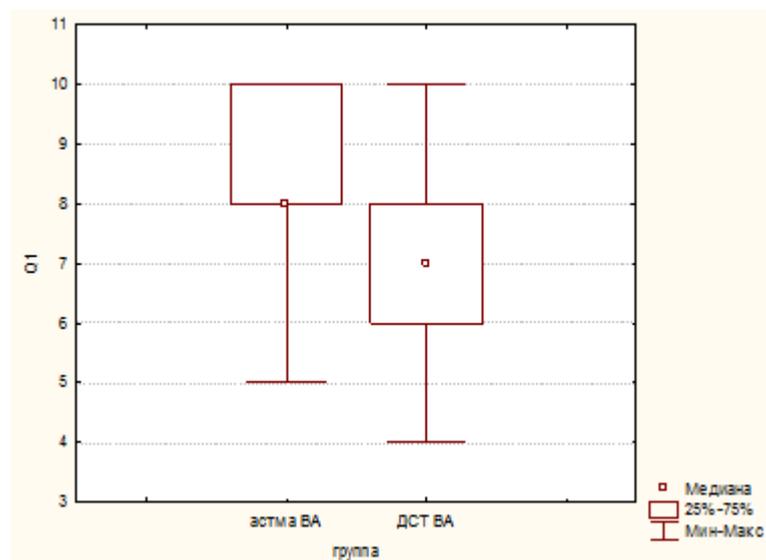


Рис. 20. Различия в уровне выраженности показателя по шкале «восприимчивость к радикализму» между группами ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

По показателю Q_4 (уровень контроля) группы ДСТ-ВА и АСТМА-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ-ВА уровень развития контроля значимо ниже, чем в группе АСТМА-ВА (рис. 21). На наш взгляд, это можно объяснить спецификой заболеваний: подростки с бронхиальной астмой вынуждены иметь повышенный контроль, поскольку от этого зависит их жизнь.

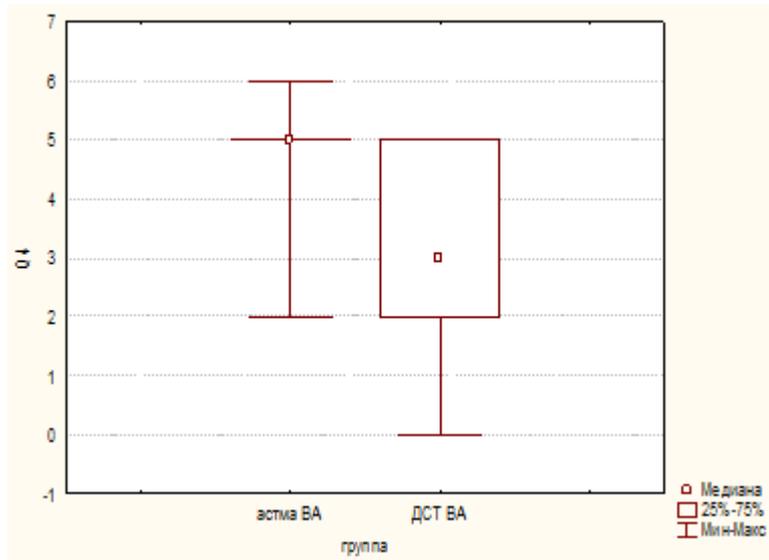


Рис. 21. Различия в уровне выраженности показателя уровня контроля между группами ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

По показателю, выражающему копинг-стратегию дистанцирование (Д), группы ДСТ-ВА и АСТМА-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001 (табл. 12).

Таблица 12.

Данные расчета достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни показателей стратегий совладающего поведения в группах ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

Показатели	КК	Д	С	ПСП	ПО	БИ	ПРП	ПП
U-критерий	63,00	28,50	97,50	96,00	79,50	81,00	78,00	87,00
p-уровень	0,06	0,00	0,74	0,68	0,26	0,28	0,23	0,42

В группе ДСТ-ВА уровень развития дистанцирование (Д) значимо ниже, чем в группе АСТМА-ВА (рис. 22). В группе АСТМА-ВА самый

высокий уровень показателя этой копинг-стратегии по сравнению со здоровыми подростками и подростками с ДСТ. Дистанцирование (Д) означает сознательное совершение когнитивных усилий для снижения эмоциональной значимости ситуации. Подростки с бронхиальной астмой чаще отстраняются от эмоционально значимых для них ситуаций, что можно объяснить, на наш взгляд, высокой эмоционально-негативной нагрузкой, которую они несут в связи с заболеванием. Дополнительную нагрузку им выдержать становится очень сложно.

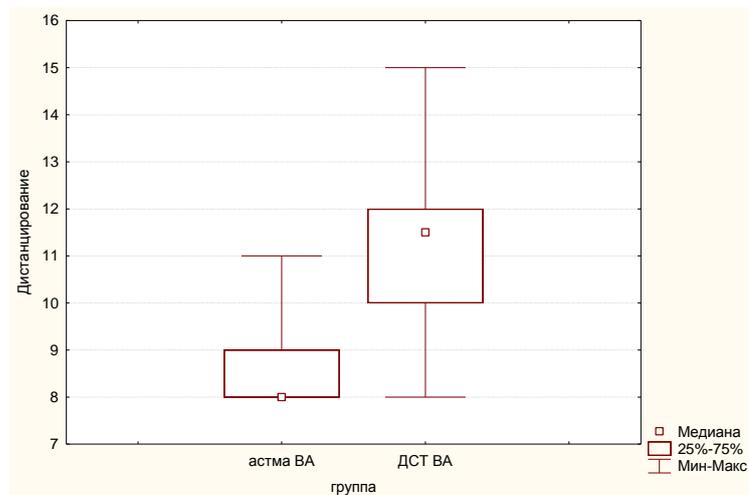


Рис. 22. Различия в уровне выраженности показателя копинг-стратегии Д (дистанцирование) между группами ДСТ-ВА и АСТМА-ВА

Выявленные различия достаточны для того, чтобы предположить, что между отдельными социально-психологическими особенностями личности подростков с ДСТ и уровнем их адаптированности могут существовать причинно-следственные связи как в одном, так и в другом направлении. При проведении корреляционного исследования с большим массивом данных статистической процедурой, позволяющей косвенно ответить на вопрос о возможных взаимозависимостях переменных, является дисперсионный анализ. Для анализа механизмов формирования адаптированности у здоровых подростков и подростков с ДСТ мы использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Необходимо выяснить, какие факторы в группах могут выступать предикторами уровня адаптированности, и, в свою очередь, какие качества личности изменяются в результате того или иного

уровня адаптированности. Такой метод изучения взаимодействия факторов позволяет получать наиболее важные и глубокие результаты исследования.

В табл. 13 и 14 представлены результаты дисперсионного анализа. В группах здоровых подростков и подростков с ДСТ есть общие и различные для этих групп личностные факторы, которые в определенной степени определяют уровень адаптированности.

Таблица 13.

Факторы, обуславливающие высокий уровень адаптированности у здоровых подростков и подростков с ДСТ

Предикторы	ДСТ		НОРМА	
	F Фишера	p уровень	F Фишера	p уровень
А	6,9786	0,000009	-	-
С	2,7217	0,013800	2,8171	0,013525
Н	-	-	2,6476	0,019014
О	3,2533	0,005441	2,2322	0,039201
Q ₁	2,8924	0,015914	-	-
Q ₄	3,7830	0,001601	2,3287	0,041631
ПО	2,7454	0,014965	-	-
БИ	3,7318	0,001185	1,9599	0,060729
О	2,6132	0,013421	-	-

Примечание: А – степень открытости, С – эмоциональная устойчивость, Н – смелость, О – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₄ – уровень контроля, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство-избегание, О – отрицание.

Рассмотрим те переменные, в случае с которыми на основании статистических данных можно говорить о том, что их уровень в некоторой степени определяет сформированность личностного адаптационного потенциала. Для подростков с ДСТ такими переменными будут: общительность, способность к установлению контактов (А), эмоциональная устойчивость (С), спокойная самоуверенность (О), степень радикализма (Q₁), уровень контроля (Q₄), а также копинг-стратегии: принятие ответственности (ПО), бегство-избегание (БИ) и психологическая защита отрицание (О).

В то же время формирование высокого уровня адаптированности у здоровых подростков опирается на такие личностные качества, как

эмоциональная устойчивость (С), степень активности в социальных контактах (Н), спокойная самоуверенность (О), уровень контроля (Q₄), а также копинг-стратегия бегство-избегание (БИ). Общими для обеих групп являются четыре фактора: С, О, Q₄ и БИ. Для достижения высокого уровня адаптированности подросткам с ДСТ необходимо наличие большего числа сильных личностных качеств, нежели здоровым подросткам, что, конечно, является гиперкомпенсацией заболевания. Такие подростки должны обладать повышенными способностями к установлению контактов, иметь внутреннюю независимость от общественных норм (что является генетически обусловленным фактором), высокий уровень ответственности и выраженный уровень психологической защиты отрицание. Подростки с ДСТ должны быть не просто общительны, но и проявлять инициативу в контактах.

Таблица 14.

Факторы, являющиеся следствием высокого уровня адаптированности у здоровых подростков и подростков с ДСТ

Зависимые переменные	ДСТ		НОРМА	
	F Фишера	p уровень	F Фишера	p уровень
С			3,117	0,009134
F	5,0659	0,002323		
О	3,6926	0,009754		
Q₃	3,284	0,016030	1,8848	0,088729
ПО			4,275	0,001595
ПП			2,192	0,048303
П	2,4611	0,049315		

Примечание: С – эмоциональная устойчивость, F – степень сдержанности, О – степень тревожности, Q₃ – наличие внутренних напряжений, ПО – принятие ответственности, ПП – положительная переоценка, П – аутосимпатия.

Высокий уровень адаптированности у подростков с ДСТ является причиной формирования таких личностных качеств, как степень сдержанности (F), спокойная самоуверенность (О), внутренний контроль (Q₃), аутосимпатия (П).

Высокая адаптированность в группе НОРМА-ВА является причиной развития таких личностных качеств, как эмоциональная устойчивость (С), внутренний контроль, выраженность волевых характеристик (Q₃), копинг-стратегий принятие ответственности (ПО), положительная переоценка (ПП). Общим личностным качеством для обеих групп является внутренний контроль и выраженность волевых характеристик (Q₃).

Среди подростков с ДСТ фактор психологической устойчивости (О) является и причиной и следствием высокой адаптированности. Спокойная уверенность в себе, нечувствительность к мнению о себе способствуют адаптации, а при высоком уровне адаптированности возрастает уверенность в себе.

При высокой адаптированности у подростков с ДСТ появляется аутосимпатия, т.е. дружелюбность к собственному «Я», самопринятие. Это одобрение себя в целом и в существенных частностях, доверие к себе и позитивная самооценка. В группе НОРМА-ВА такой закономерности не выявлено. Скорее всего, это связано с тем, что в данной группе симпатия к себе существует изначально.

Копинг-стратегия принятие ответственности (ПО) в группе ДСТ-ВА является фактором формирования высокой адаптированности, а в группе НОРМА-ВА – это ее следствие. Как мы выяснили ранее, ответственность в группе с ДСТ – переразвитое качество, это гиперответственность. В данном случае она становится причиной критики к себе и неудовлетворенности собой, что стимулирует (не всегда) личностный рост и повышение адаптированности. У здоровых подростков высокая адаптированность способствует повышению ответственности.

В группе НОРМА-ВА фактор эмоциональной устойчивости (С) является и причиной, и следствием высокой адаптированности. Он способствует ее росту, и в то же время при повышении адаптированности, происходит его дальнейшее развитие.

3.2.2. Сравнительный анализ социально-психологических факторов, отличающих подростков с высоким и низким уровнем адаптированности

Высокий разброс в группе подростков с ДСТ по уровню ЛАП позволил нам выделить две полярные группы: подростки с высоким уровнем ЛАП (группа ДСТ-ВА) и подростки с низким уровнем ЛАП (группа ДСТ-НА). Важно определить психологические особенности, отличающие эти группы. Количество подростков в группе ДСТ-ВА – 14, в группе ДСТ-НА – 15.

По результатам диагностических исследований была составлена сводная матрица. Данные, представленные в ней, позволяют нам оценить социально-психологические факторы, связанные с уровнем адаптированности представленных диагностических групп (ДСТ-ВА, ДСТ-НА). Оценка данных факторов проводилась по следующим методикам: 16 – факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой, опросник Плутчика – Келлермана – Конте, тест-опросник самооотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева. Применение данных опросников позволяет нам рассмотреть максимальное количество социально-психологических факторов, гипотетически связанных с адаптированностью.

Выявлены достоверные различия в группах ДСТ-ВА и ДСТ-НА по показателям методик, представленные в табл. 15. Абсолютные показатели представлены в Приложении 21. Рассмотрим отдельно каждую переменную, отличающуюся по уровню выраженности у подростков с ДСТ с высоким ЛАП и низким ЛАП. Начнем наш анализ с личностных факторов.

По фактору эмоциональной устойчивости (С) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. Эмоциональная устойчивость, уверенность, постоянство в чувствах, отсутствие страха сложных ситуаций способствует высокой адаптированности в отличие от таких качеств, как раздражительность, нетерпение, озабоченность проблемами и страх трудностей. Для людей с

ДСТ эмоциональная устойчивость – достаточно редкое качество, но, очевидно, если оно присутствует, то дает существенные ресурсы для процесса адаптации. Абсолютный показатель по этому фактору в группе ДСТ-ВА – 7 стей, в группе ДСТ-НА – 3 стей (рис. 23).

Таблица 15.

Достоверность различий показателей адаптированности в группах подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню ЛАП

Показатели	Сумма ранговая ДСТ-ВА	Сумма ранговая ДСТ-НА	U-критерий	p-уровень
A	224,50	210,50	90,50	0,52
B	236,50	198,50	78,50	0,24
C	279,00	156,00	36,00	0,00
E	201,00	234,00	96,00	0,69
F	244,00	191,00	71,00	0,13
G	175,50	259,50	70,50	0,13
H	242,50	192,50	72,50	0,15
I	162,50	272,50	57,50	0,04
L	161,00	274,00	56,00	0,03
M	169,00	266,00	64,00	0,07
N	209,50	225,50	104,50	0,98
O	145,00	290,00	40,00	0,00
Q ₁	225,00	210,00	90,00	0,51
Q₂	155,50	279,50	50,50	0,02
Q ₃	212,00	223,00	103,00	0,93
Q ₄	130,50	304,50	25,50	0,00
КК	178,50	256,50	73,50	0,16
Д	216,50	218,50	98,50	0,77
С	193,00	242,00	88,00	0,45
ПСП	225,50	209,50	89,50	0,50
ПО	176,00	259,00	71,00	0,13
БИ	137,50	297,50	32,50	0,00
ПРП	224,00	211,00	91,00	0,54
ПП	202,00	233,00	97,00	0,72
В	183,50	251,50	78,50	0,23
РГ	174,00	261,00	69,00	0,11
З	225,50	209,50	89,50	0,49
О	213,50	221,50	101,50	0,88
П	188,50	246,50	83,50	0,34
К	197,00	238,00	92,00	0,57
Г	261,50	173,50	53,50	0,02
Р	200,50	234,50	95,50	0,66

Продолжение табл. 15.

S	194,50	240,50	89,50	0,50
I	176,50	258,50	71,50	0,14
II	230,50	204,50	84,50	0,37
III	213,00	222,00	102,00	0,89
IV	209,00	226,00	104,00	0,96
1	167,00	268,00	62,00	0,05
2	220,00	215,00	95,00	0,64
3	213,50	221,50	101,50	0,87
4	188,00	247,00	83,00	0,32
5	193,50	241,50	88,50	0,46
6	225,00	210,00	90,00	0,48
7	167,00	268,00	62,00	0,05

Примечание: А – степень открытости, замкнутость, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, Н – смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, М – уровень развития воображения; N – дипломатичность, О – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля; КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка; В – вытеснение, РГ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, Г – гиперкомпенсация, Р – рационализация; S – интегральная шкала самооотношения, I – самоуважение, II – аутосимпатия, III – ожидаемое отношение от других, IV – самоинтерес, 1 – самоуверенность, 2 – отношение других, 3 – самопринятие, 4 – саморуководство, 5 – самообвинение, 6 – самоинтерес, 7 – самопонимание.

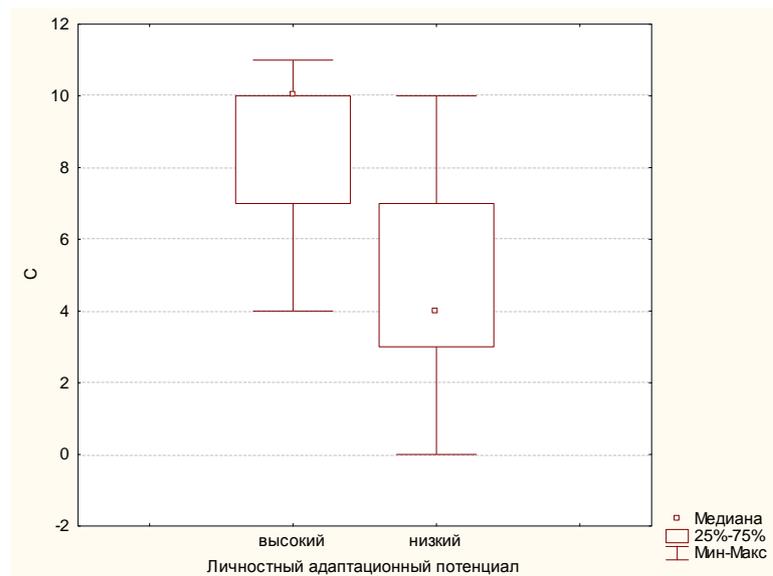


Рис. 23. Различия в уровне выраженности фактора С (эмоциональная устойчивость) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По фактору степень эмоциональной утонченности (I) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. Подростки с высоким ЛАП обладают такими чертами, как ответственность, самостоятельность, реалистичность, практичность, нечувствительность к своему физическому состоянию и имеют преимущество в процессе адаптации перед подростками, зависимыми от мнения и внимания других, мечтательных, боязливых, ищущих помощи. Абсолютный показатель по фактору I в группе ДСТ-ВА – 3 стена, в группе ДСТ-НА – 5 стен (рис. 24). Физическое состояние у подростков с ДСТ отличается постоянными колебаниями, очевидно, сформированная привычка относиться к ним устойчиво способствует более продуктивной деятельности и более высокому уровню адаптированности.

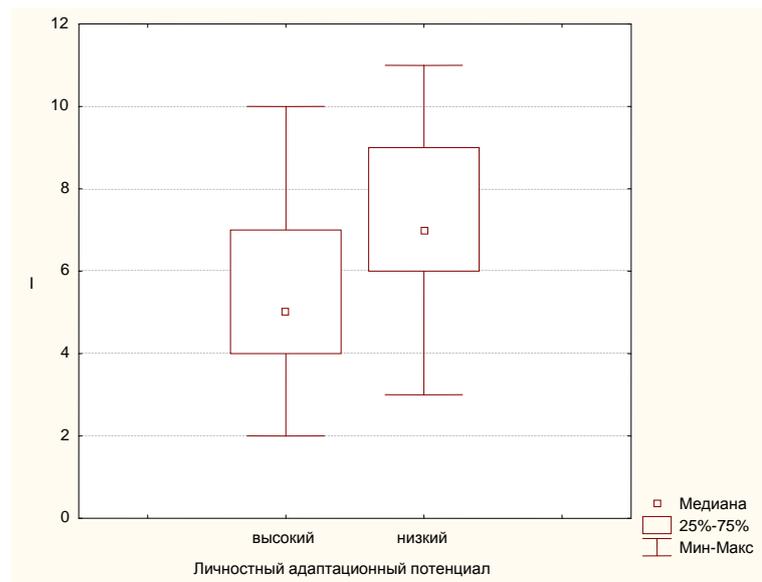


Рис. 24. Различия в уровне выраженности фактора I (степень эмоциональной утонченности) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По фактору степень доверчивости (L) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,03. Группа с высокой адаптированностью отличается таким качеством, как подозрительность, что означает, по Р. Кеттелу, ревнивость, закрытость, излишнее самомнение, направленность на «себя», независимость. Подростки, обладающие

сниженным ЛАП, имеют такие качества, как доверчивость, прямодушие, открытость, снисходительность, благодушие, отсутствие зависти и мягкосердечность. Абсолютный показатель по фактору L в группе ДСТ-ВА – 6 стен, в группе ДСТ-НА – 8 стен (рис. 25). Излишняя доверчивость и открытость представляются качествами, которые в социуме принимаются положительно, но, в конечном итоге, адаптации не способствуют. Скорее, таких людей будут использовать в своих целях, манипулировать ими.

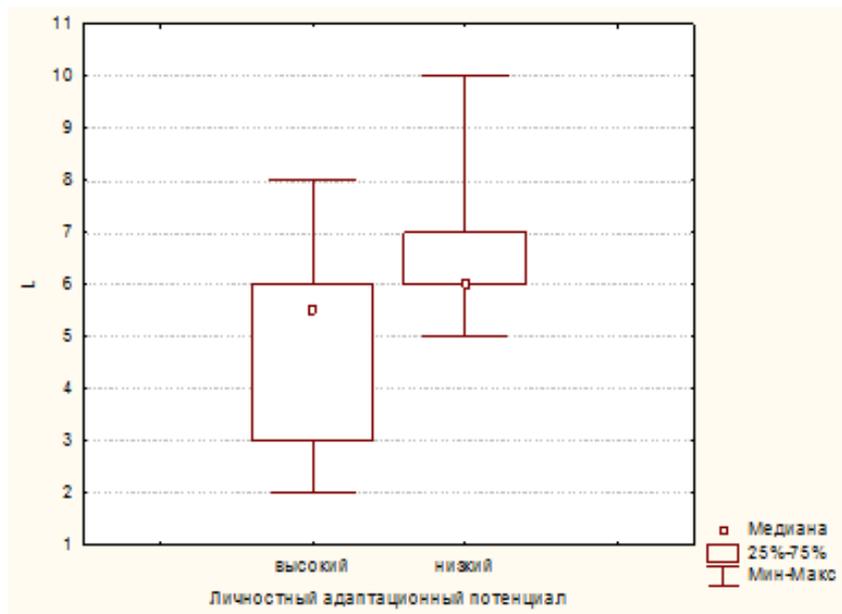


Рис. 25. Различия в уровне выраженности фактора L (степень доверчивости) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По фактору уровень развития воображения (М) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,07. Показатели по этому фактору ниже в группе ДСТ-ВА (рис. 26). Более высокому ЛАП способствуют такие качества, как реалистичность, интерес к практическим вопросам, отсутствие спонтанности, ориентация на внешнюю реальность и социальные нормы, внимание к мелочам. Такие качества, как излишняя углубленность в себя и свои переживания, конфликтность, беспомощность в практических делах, снижающие ЛАП, – на другом полюсе фактора. Абсолютный показатель по фактору М в группе ДСТ-ВА – 4 стен, в

группе ДСТ-НА – 6 стень. Подросток, много фантазирующий и уделяющий много внимания своим переживаниям, возможно, будет иметь мало ресурсов для практической деятельности. Постоянное «думание» связано и с неспособностью воплощения в жизни реальных дел, что не позволяет достигать успеха в социальной жизни.

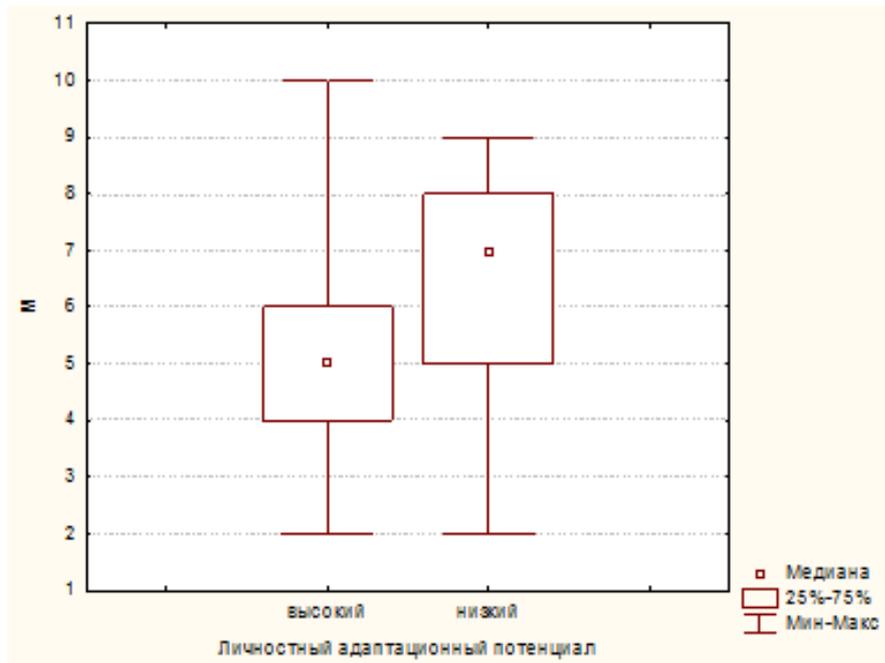


Рис. 26. Различия в уровне выраженности фактора М (уровень развития воображения) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По фактору степень тревожности (О) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. Подростки с ДСТ, имеющие низкие показатели по этому фактору, лучше адаптированы, чем подростки с ДСТ с высокими показателями (рис. 27). Фактор О – это полюса «спокойная самоуверенность – склонность к чувству вины». Более высокому ЛАП способствует спокойствие, стремление к целесообразности, нечувствительность к мнению о себе, заинтересованность в простых делах. Подростков со сниженным ЛАП отличает постоянное чувство вины, боязливость, повышенное чувство долга, подверженность настроениям. Абсолютный показатель по фактору О в группе ДСТ-ВА – 5 стень, в группе

ДСТ-НА – 7 стен. Подросток, который заботится о других больше, чем о себе, имеющий повышенный уровень ответственности за происходящее в конечном итоге имеет меньше шансов быть успешным.

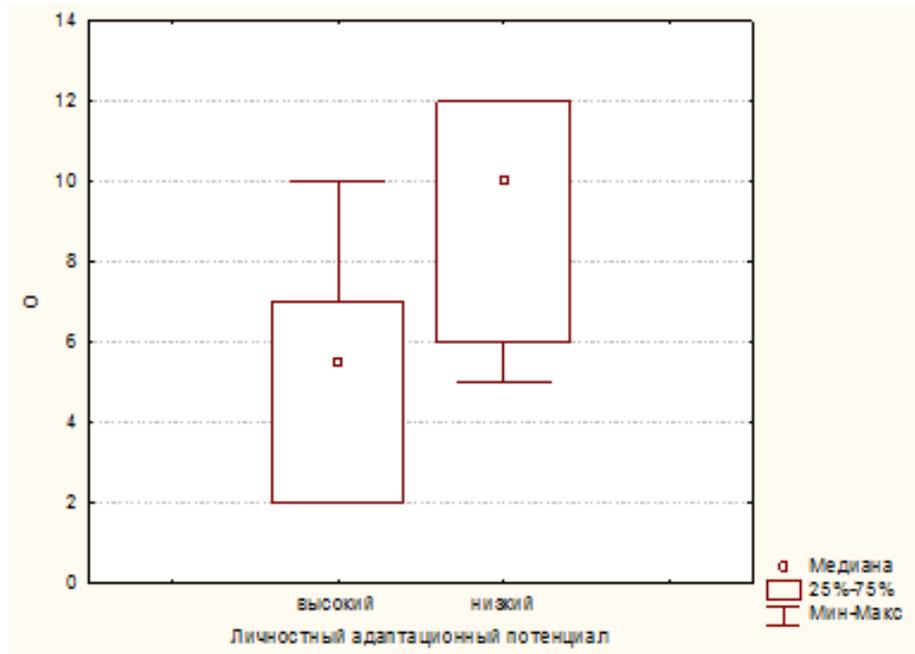


Рис. 27. Различия в уровне выраженности фактора О (степень тревожности) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По фактору степень зависимости от группы (Q_2) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,02 (рис. 28). Подростки с ДСТ, имеющие низкие показатели по этому фактору, лучше адаптированы, чем подростки с ДСТ с высокими показателями. Такие качества, как конформность, зависимость от чужого мнения, ориентация на социальное одобрение, ориентация на чужие решения способствуют более высокой адаптации в подростковом возрасте в отличие от независимости, стремления к самостоятельным действиям. Абсолютный показатель по фактору Q_2 в группе ДСТ-ВА – 5 стен, в группе ДСТ-НА – 7 стен. В данном случае реальная или мнимая «подстройка» под окружение дает больше шансов на успешную адаптацию, чем отстаивание своих интересов. Является ли это специфичным только для подросткового возраста, в рамках нашего исследования сказать сложно, но возможно предположить, что определенный

уровень независимости необходим в большей степени для успешной адаптации во взрослом возрасте, чем в подростковом.

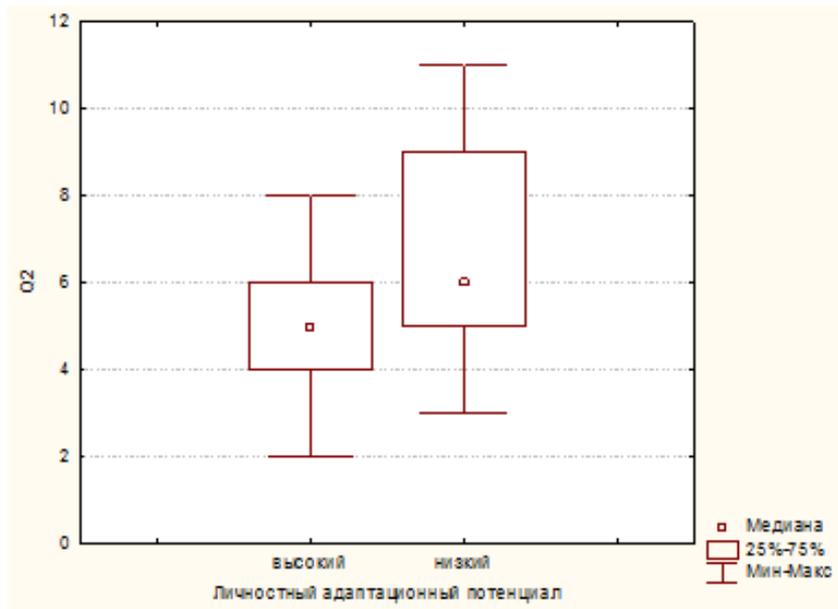


Рис. 28. Различия в уровне выраженности фактора Q_2 (степень зависимости от группы) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По фактору уровень контроля (Q_4) группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. Подростки с ДСТ, обладающие такими качествами, как внутренняя напряженность, имеющие избыток побуждений, не находящих разрядки, имеют более низкий ЛАП (рис. 29). Более высокой адаптированности способствуют расслабленность, стремление к релаксации, удовлетворенности, пусть и не совсем оправданной. Абсолютный показатель по фактору Q_4 в группе ДСТ-ВА – 3 стен, в группе ДСТ-НА – 6 стен. Повышенный контроль не способствует высокой адаптированности, умение «отпускать» ситуацию, полагаться на обстоятельства позволяет сохранять определенное спокойствие, не тратить силы там, где среда воздействует сильнее, и таким образом, быть успешнее.

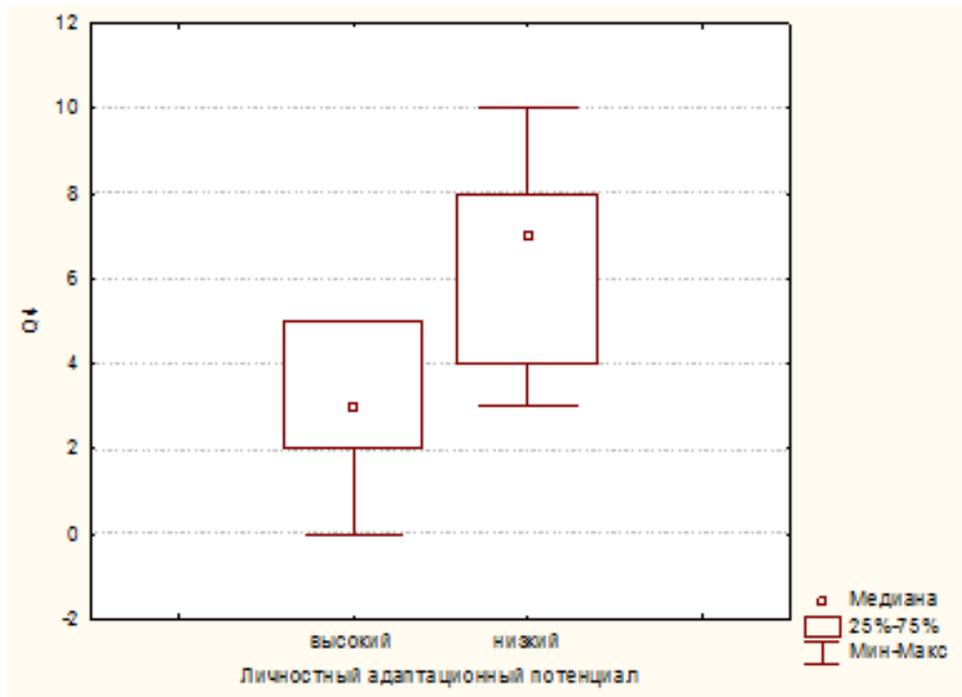


Рис. 29. Различия в уровне выраженности фактора Q_4 (уровень контроля) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По показателю, отражающему уровень выраженности использования копинг-стратегии БИ (бегство-избегание), подростки с ДСТ-ВА и с ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. Высокая выраженность такого типа совладающего поведения отличает подростков с низким ЛАП. Абсолютный показатель копинг-стратегии БИ (бегство-избегание) в группе ДСТ-ВА – 67%, в группе ДСТ-НА – 89% (рис. 30).

Копинг-стратегия бегство-избегание (БИ) означает преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях. Ни один из способов совладающего поведения, продиагностированных данным опросником, не обладает таким сильным влиянием на адаптированность, как бегство-избегание (БИ): уровень адаптированности и эффективность деятельности заметно снижается, если

личность предпочитает отрицание проблемы, фантазирование и продуцирование неоправданных ожиданий. К такому поведению относится и уход от реальности с помощью психоактивных веществ, появление различных способов химической, компьютерной зависимости. Если по эффективности применения других копингов существуют различные, иногда прямо противоположные мнения исследователей, то бегство-избегание (БИ) оценивается как неэффективное во всех случаях. В целом избегание практически во всех исследованиях рассматривается как неэффективный копинг, приводящий к ухудшению ситуации, а в дальнейшем и нарушениям здоровья.

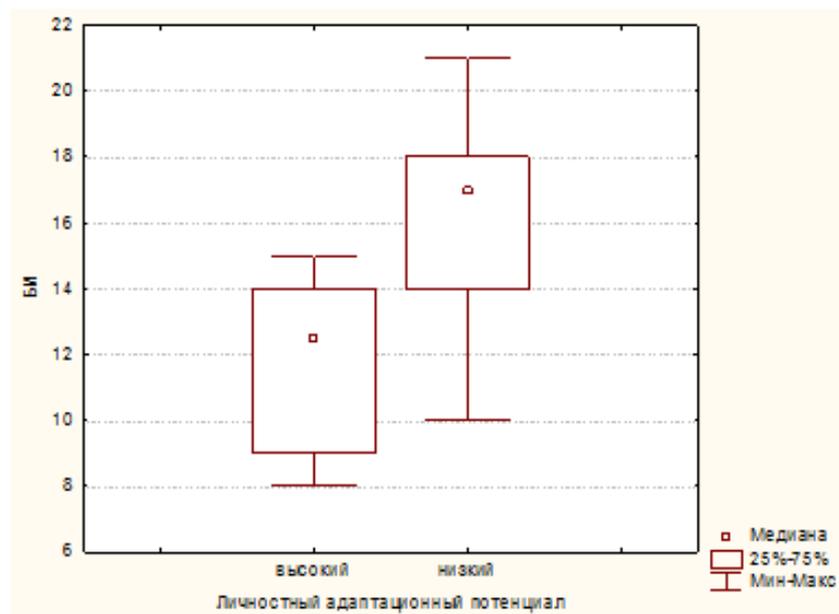


Рис. 30. Различия в уровне выраженности показателя копинга БИ (бегство-избегание) между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По показателю выраженности гиперкомпенсации в системе психологической защиты группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,02. Гиперкомпенсация обеспечивает более высокую адаптированность. Абсолютный показатель гиперкомпенсации в группе ДСТ-ВА – 40, в группе ДСТ-НА – 28 (рис. 31).

Как утверждает В.И. Гарбузов, гиперкомпенсация развивается у детей и подростков в ответ на ущемление чувства собственного достоинства, под влиянием неприятия ребенка своими родителями [21]. Особенно чувствителен к такому неприятию ребенок холерического темперамента, именно такой ребенок более склонен к образованию подобной психологической защиты, как бесконечного самоутверждения. Очевидно, что гиперкомпенсация, как активная психологическая защита, влияет на повышение адаптированности и организации эффективной деятельности по преодолению стрессовых воздействий. При гиперкомпенсации происходит мобилизация ресурсов для преодоления препятствия, достижения цели, человек обладает умением действовать вопреки своему неблагоприятному эмоциональному и физическому состоянию, находя в ситуации более высокие смыслы [94]. Очевидно, это умение позволяет достигать более высокого уровня адаптированности.

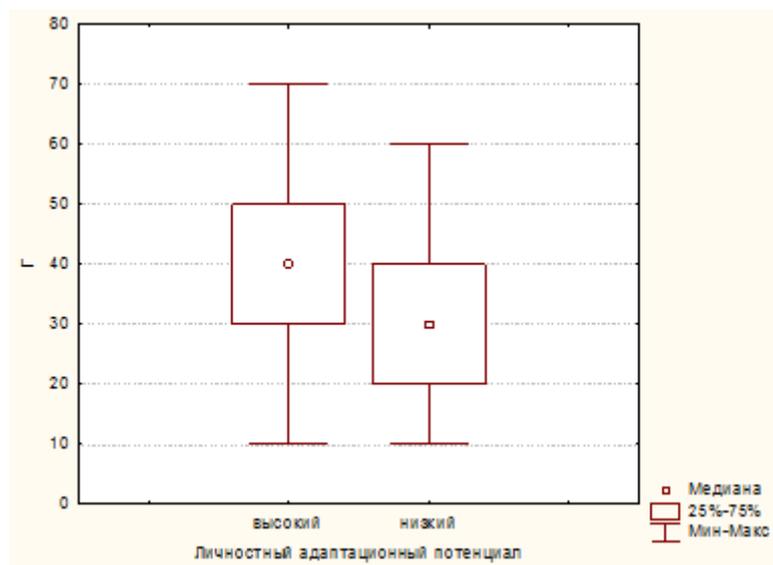


Рис. 31. Различия в уровне выраженности показателя гиперкомпенсации между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

По факторам 1 – самоуверенность и 7 – самопонимание в системе самоотношения группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,05.

Повышенный уровень самоуверенности способствует снижению адаптированности, так же, как повышенный уровень самопонимания (рис. 32, 33). Самопонимание или рефлексия – важнейшее новообразование подросткового возраста, развитие его тесно связано с уровнем социально-психологической адаптированности. И.М. Скитяева утверждает, что у лиц с повышенной рефлексивностью снижена адаптированность, поскольку существует определенная фиксированность на собственных переживаниях, мыслях и идеях [99]. Оптимальная адаптированность у людей со средним и ближе к высокому уровням рефлексивности. Подробно особенности связи рефлексии и адаптированности рассматривались нами в главе 1 работы. В полученных результатах мы видим подтверждение закономерностей этой связи.

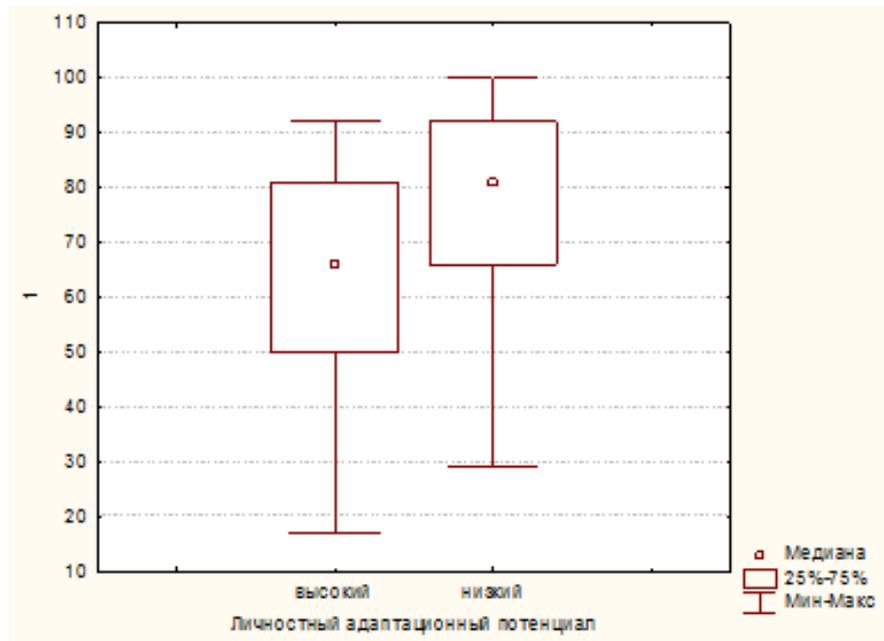


Рис. 32. Различия в уровне выраженности фактора самоуверенности между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

Для понимания роли механизмов самоотношения в процессе адаптации обратимся к результатам, полученным на группе ДСТ-НА (пп. 3.2.1) Интересен тот факт, что показатели «самоуверенности» и «самопонимания» в группе ДСТ-НА даже выше, чем в группе НОРМА. Такие данные, скорее

всего, говорят о том, что у подростков из группы ДСТ-НА в реальности присутствует не уверенность в себе, а некая компенсаторная защита, представление о себе, как об уверенном человеке и желание продемонстрировать это. Такая «ложная» самоуверенность справедливо воспринимается окружением, как необоснованная, поскольку в реальности такие подростки низко адаптированы.

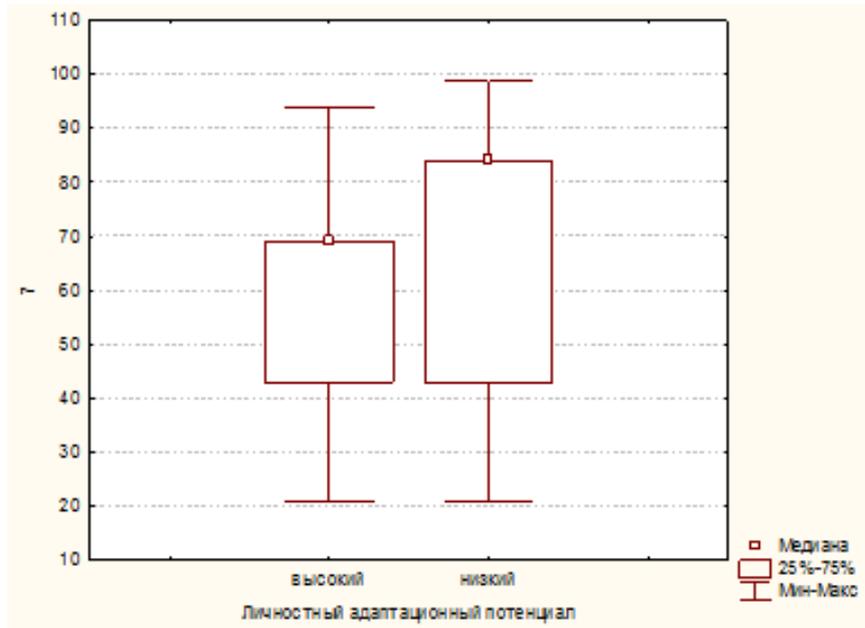


Рис. 33. Различия в уровне выраженности фактора самопонимания между группами ДСТ-ВА и ДСТ-НА

То же самое можно сказать и о понимании себя. Парадоксально, но у подростков с низким уровнем адаптированности с ДСТ отмечается высокое самопонимание, что, скорее, иллюзия самопонимания, которая возникает, как компенсация на фоне нежелания признавать диагноз, что в целом перекликается с их необоснованной самоуверенностью (в которой также игнорируется болезнь). Важно отметить, что подобная иллюзия подтверждается сниженным самопринятием у подростков с низким уровнем адаптированности, особенно по сравнению с группой НОРМА-ВА. Иметь иллюзию самопринятия намного сложнее, так же, как и ее продемонстрировать.

Высокие показатели копинга бегство-избегание (БИ) в группе ДСТ-НА (89%, что интерпретируется как дезадаптация) подтверждают наши предположения. Копинг-стратегия бегство-избегание (БИ) означает преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При выраженности такого типа поведения, очевидно, мало реальных действий, которые могут привести личность к успеху. Подростки в группе ДСТ-НА предпочитают иметь иллюзии о себе, в том числе и в отношении личностных качеств. Уровень адаптированности снижен, если личность предпочитает отрицание проблемы, фантазирование и продуцирование неоправданных ожиданий. В целом бегство-избегание (БИ) практически во всех исследованиях рассматривается как неэффективный копинг, приводящий к ухудшению ситуации, а в дальнейшем и нарушениям здоровья.

Подростки с ДСТ, относящиеся к разным группам по уровню ЛАП, имеют значимые отличия по ряду социально-психологических факторов. Существуют различия на аналитическом уровне в группах. Факт наличия среди больных с ДСТ группы с высоким уровнем адаптированности позволяет предположить различное влияние среды на формирование личностных факторов, способствующих или препятствующих социально-психологической адаптации.

В группе ДСТ-ВА с целью выявления факторов, влияющих на уровень адаптированности, нами был проведен однофакторный дисперсионный анализ. Однофакторный дисперсионный анализ позволяет конкретизировать содержание таких групп факторов, которые могут быть обозначены как фасилитаторы или как ингибиторы социально-психологической адаптированности и определить психологические компенсаторные механизмы заболевания. Обобщим результаты анализа факторов-фасилитаторов (усиливающих адаптированность), факторов-ингибиторов (подавляющих адаптированность) и факторов, влияющих на

адаптированность по закону оптимума в группе подростков ДСТ-ВА. Результаты дисперсионного анализа представлены в таблице 16.

Таблица 16.

Факторы, влияющие на адаптированность в группе ДСТ-ВА

№ п.п.	Факторы	ДСТ-ВА		Влияние
		F Фишера	p уровень	
1	H	3,76	0,04	Фасилитатор
2	M	4,15	0,01	Ингибитор
3	N	3,9	0,04	Ингибитор
4	D	3,1	0,06	Оптимум
5	K	3,1	0,09	Оптимум
6	S	5,5	0,02	Ингибитор

Примечание: H – социальная смелость, M – уровень развития воображения, D – дистанцирование, K – компенсация, S – интегральный показатель самоотношения.

Рассмотрим подробнее влияние каждого выявленного фактора.

Фактор социальная смелость (H) в группе ДСТ-ВА является фактором-фасилитатором, т.е. при увеличении показателя социальной смелости увеличивается уровень ЛАП (рис. 34). Подростки, легко идущие на контакт, активные, общительные, готовые к восприятию нового, предъявляющие свою позицию в социуме и самовыражающиеся имеют значительные преимущества по сравнению с их застенчивыми сверстниками, погруженными в себя и ожидающими активности со стороны других. Развитие социальной смелости повышает адаптированность подростков.

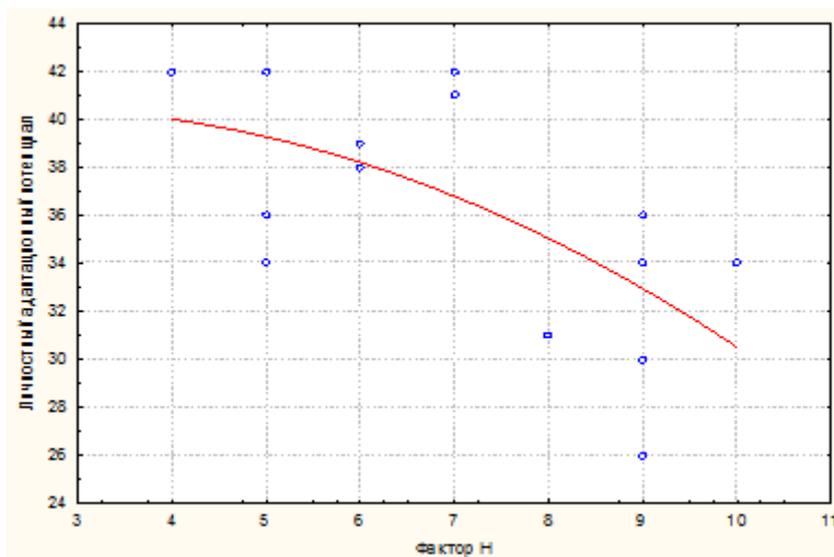


Рис. 34. Связь фактора Н (социальная смелость) и адаптированности в группе ДСТ-ВА

Фактор уровень развития воображения (М) является фактором, подавляющим адаптированность подростков с ДСТ (рис. 35). Погруженность в мир фантазий, размышления над смыслом жизни, беспомощность в практических делах не способствуют высокому уровню адаптированности в отличие от ориентации на практические действия, реальность, внимания к мелочам, даже если при этом отсутствует креативность, спонтанность и широта интересов. Обучение ребенка в семье практическим действиям в разных сферах жизнедеятельности, загруженность его бытовыми практическими делами, развитие рационального взгляда на окружающую действительность будет способствовать более высокой адаптированности, и это имеет особую значимость для подростков с ДСТ.

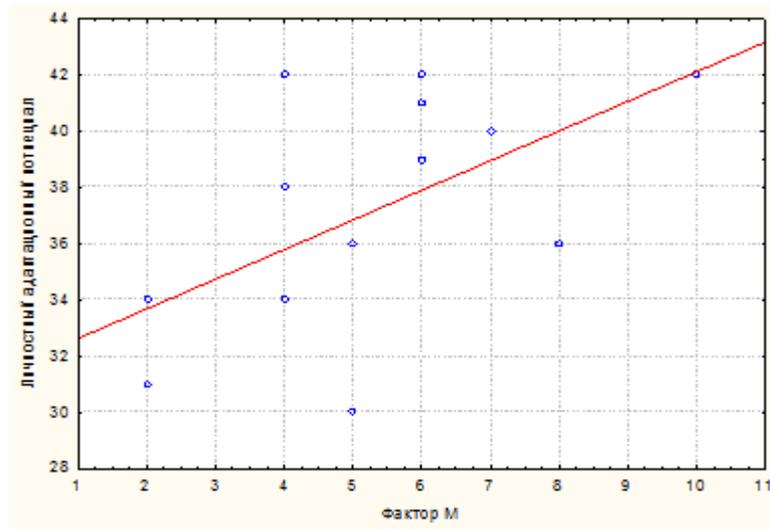


Рис. 35. Связь фактора М (уровень развития воображения) и адаптированности в группе ДСТ-ВА

Фактор дипломатичность (N) в группе с высоким уровнем адаптированности при его высоком уровне развития является фактором-ингибитором (рис. 36). Забота о других, погруженность в самоанализ, рафинированность, утонченность и честолюбие – все эти качества при их высоком уровне развития начинают мешать адаптированности. При наличии неудовлетворенности тем, что есть и высоких требований к себе, достичь высокого уровня адаптированности становится еще сложнее. Для подростков с ДСТ особенно важно иметь ориентацию на практическую сторону жизни, развивать уверенные практические навыки.

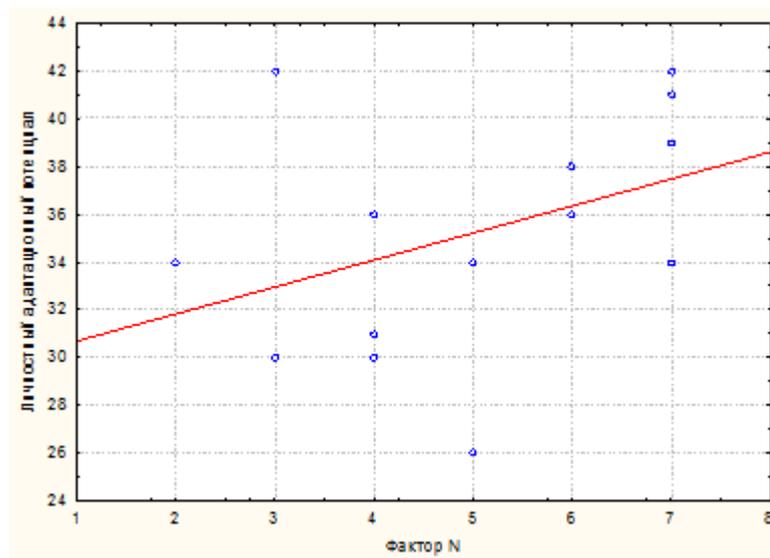


Рис. 36. Связь фактора N (дипломатичность) и адаптированности в группе ДСТ-ВА

Копинг-стратегия дистанцирование (Д) в группе ДСТ-ВА имеет влияние на личностный адаптационный потенциал по закону оптимума (рис. 37). При высоких и при низких значениях дистанцирования (Д) адаптированность снижена. Копинг-стратегия дистанцирование (Д) предполагает когнитивные усилия психологического «отделения» от ситуации и за счет этого уменьшения ее значимости. Подростку необходимо умение отличать ситуации, в которых это необходимо сделать и уметь это делать и ситуации, в которых необходимо прилагать усилия по их изменению. Если такое умение присутствует, то адаптированность возрастает.

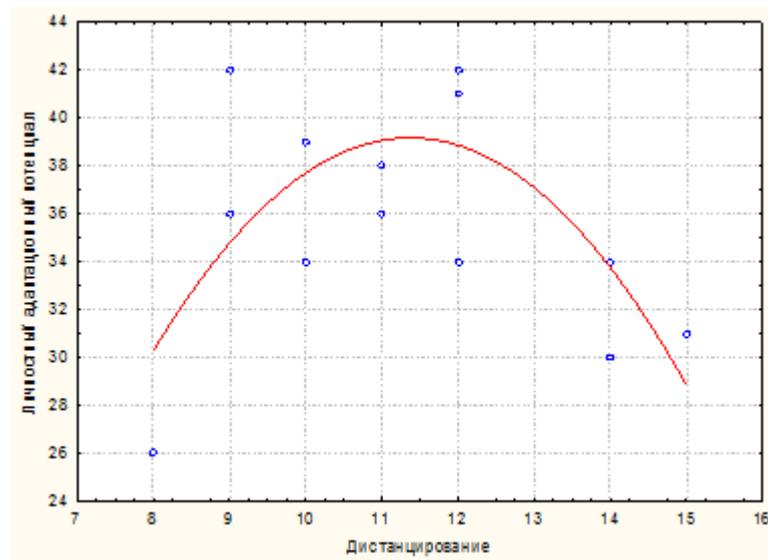


Рис. 37. Связь копинг-стратегии Д – дистанцирование и адаптированности в группе ДСТ-ВА

Психологическая защита компенсация (К) предполагает усилия по компенсации негативных эмоций или неудовлетворенных потребностей, а не непосредственное их осознание, принятие, отреагирование или удовлетворение. Если компенсация используется часто или слишком редко, это ведет к снижению уровня адаптированности. Необходимо отличать потребности, которые могут быть скомпенсированы и потребности, которые должны быть удовлетворены непосредственно, поскольку их неудовлетворение даже при наличии компенсирующих усилий может

привести только к их увеличению. Оптимальный уровень использования компенсации повышает адаптированность (рис. 38).

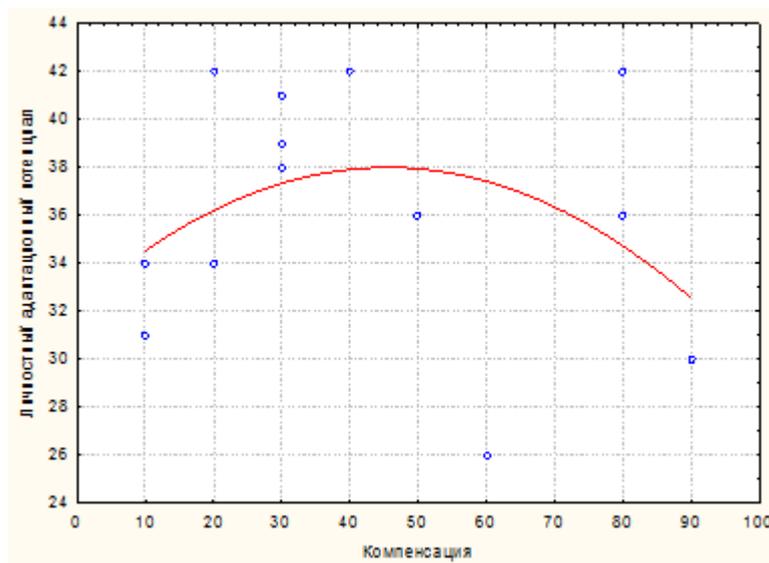


Рис. 38. Связь психологической защиты К – компенсации и адаптированности в группе ДСТ-ВА

В рассмотренной группе ДСТ-ВА интегральные показатели самоотношения средние или выше средних. В эту группу практически не попадают подростки с низким уровнем показателей. График зависимости ЛАП от показателя самоотношения представляет собой линейную зависимость, которая показывает, что высокий уровень самоотношения снижает уровень адаптированности (рис. 39). Демонстрируемое завышенное самоотношение чаще всего предполагает наличие другой полярности – в действительности его низкий уровень, который тщательно скрывается и иногда даже не осознается, но, тем не менее, проявляется в поведении и отношениях с социальной средой. Именно этот факт показывает снижение адаптированности при высоких значениях показателя самоотношения.

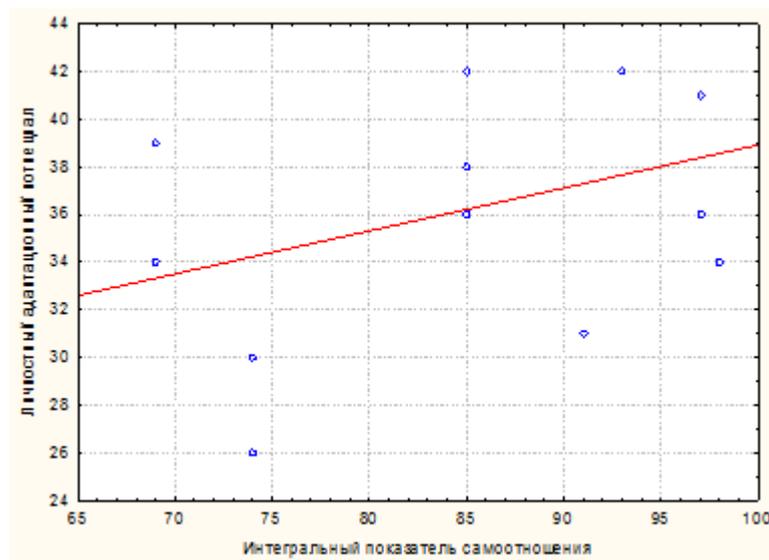


Рис. 39. Связь S – интегрального показателя самооценки и адаптированности в группе ДСТ-ВА

Таким образом, обобщая вышесказанное, в группе ДСТ-ВА выделены следующие социально-психологические качества, уровень показателей которых имеет выраженное влияние на адаптированность: социальная смелость (Н), уровень развития воображения (М), дипломатичность (N), дистанцирование (Д), компенсация (К) и интегральный показатель самооценки (S). Из них один фактор – фасилитатор, три – ингибиторы и два фактора влияют на адаптированность по закону оптимума (табл. 16).

Наличие и уровень развития факторов М и N зависит от наследственности, но, тем не менее, социальная среда может оказывать на них существенное влияние. На формирование факторов Н, Д, К, S социальная среда имеет определяющее влияние, прежде всего, это влияние стиля семейного воспитания.

Для формирования высокого уровня адаптированности у ребенка с ДСТ необходимо придерживаться определенного стиля воспитания. Прежде всего, нужно обратить внимание на формирование таких качеств, как факторы степень открытости (А), эмоциональная устойчивость (С), спокойная самоуверенность (О), степень радикализма (Q_1), уровень контроля (Q_4), копинг-стратегии принятие ответственности (ПО), бегство-избегание

(БИ) и психологическая защита отрицание (О). При этом необходимо отметить такие особенности: факторы А и С должны иметь высокий уровень развития, эмоциональная открытость и эмоциональная устойчивость у ребенка с ДСТ должны быть сформированы выше среднего уровня. То же относится и к копинг-стратегиям принятие ответственности (ПО) и бегство-избегание (БИ) и к защите отрицание (О): их показатели должны превышать средние. Подростку с ДСТ для формирования высокого уровня адаптированности необходимо научиться «балансировать» между отрицанием, избеганием и принятием ответственности, научиться различать ситуации, в которые можно «не включаться», и ситуации, в которые «включаться» необходимо и при этом брать в них высокий уровень ответственности. Средние значения показателей степени радикализма (Q₁) и спокойной самоуверенности (О) необходимы для формирования высокого уровня адаптированности. Расслабленность, релаксация, удовлетворенность способствуют более высокой адаптированности (фактор Q₄ – уровень контроля). Подростку с ДСТ необходимо развитие большего числа адаптационных качеств, чем здоровому подростку, «цена» адаптированности для него является более высокой.

Кроме того, для компенсации ограничений, связанных с заболеванием, подросток с высоким уровнем адаптированности должен развивать социальную смелость (Н), компетентность в бытовых ситуациях, направленность внимания на мелочи (М), думать о своих потребностях, в меру заботиться о других, не проявлять излишнюю дипломатичность в социальных контактах (N), уметь в меру различными способами компенсировать отрицательные эмоции, если они не могут быть выражены непосредственно (К-компенсация), а также научиться когнитивно перерабатывать негативную информацию, уменьшая ее значимость (Д-дистанцирование).

Стиль семейного воспитания, который больше всего отвечает формированию и поддержанию вышеуказанных личностных характеристик, ближе всего к демократическому.

Низкий уровень адаптированности характеризуется зависимостью от среды, приспособлением к обстоятельствам в ущерб своей личности, что в полной мере относится к подросткам с ДСТ. Низкоадаптированные подростки с ДСТ характеризуются высоким уровнем зависимости от обстоятельств (Q_2). Формирующим такой стиль поведения изначально является эксплуатация дефекта, вторичная выгода, которую ребенок получает от своего заболевания. Поддержание средой, родителями такого стиля формирует низкий уровень адаптированности в будущем.

Часть подростков с ДСТ с высоким уровнем адаптированности достигает его за счет формирования гиперкомпенсации. С одной стороны, гиперкомпенсация обусловлена личностными характеристиками, с другой, отношением среды. В настоящее время в медицине сложилась ситуация, что диагноз дисплазии ставится, когда человек достигает довольно взрослого возраста, кроме того, часть диспластиков вообще его не имеет. В такой ситуации на формирование уровня адаптированности факт незнания о болезни может оказывать существенное влияние. Больной и его окружение считают, что он здоров, он сам и среда предъявляют требования к нему, как к здоровому. В таком случае больному приходится игнорировать недомогания и преодолевать трудности, что и является механизмом гиперкомпенсации.

Формирование позитивного отношения к себе, эмоциональной устойчивости, самопринятия и других характеристик, которые, в свою очередь, влияют на формирование высокого уровня адаптированности, зависит от стигм внешних проявлений дисплазии, выраженности косметических дефектов. Эта зависимость очень ярко проявляется в подростковом возрасте, когда внешности придается большее значение. Количество стигм внешних проявлений напрямую связано со степенью дисплазии. В наших публикациях отражена обратная зависимость степени

дисплазии и таких психологических характеристик, как нейротизм, тревожность, выраженность внутреннего конфликта [111, 112]. Анализируя эмпирические данные, мы пришли к выводу о том, что среди высокоадаптированных подростков с ДСТ около 60% подростков имеют первую степень ДСТ, 40% подростков имеют вторую степень, а подростков с третьей степенью нет вообще. При этом в группе низкоадаптированных подростков 20% имеют первую степень ДСТ, 35% – вторую, а 45% – третью степень. Таким образом, через механизм социального принятия или непринятия ребенка с внешними дефектами и развитием вследствие этого у него тревожности и невротических реакций формируется у него тот или иной уровень адаптированности.

3.3. Структурные особенности психики подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности, в сравнении со здоровыми подростками

Аналитический этап исследования специфики адаптированности подростков с ДСТ показал, что существуют достоверные различия между адаптированными и неадаптированными подростками с ДСТ и различия между адаптированными подростками, относящимися к группе НОРМА-ВА и адаптированными подростками с ДСТ. Были показаны некоторые механизмы формирования адаптированности и ее роли в дальнейшем становлении личности. Однако аналитического исследования недостаточно для формулировки системных психолого-педагогических рекомендаций. Так как психика системна и функционирует на основе компенсаторного принципа, то необходимо выделение тех психических структур, которые носят базовый характер, и за счет которых в системе может осуществляться компенсация ограничений. Структурный уровень анализа предполагает

построение структурограмм отдельных подсистем психики. В нашем случае такими отдельными подсистемами выступают личностные качества и блок стратегий совладания (психологические защиты, копинг-стратегии).

При интерпретации данных на более обобщенном структурном уровне анализировались матрицы интеркорреляции и коррелограммы личностных качеств. Они представлены в виде структурограмм в Приложении 22.

Структурный этап исследования имеет собственную логику. Отдельно сравнивались структуры личностных качеств и структуры стратегий совладания как социально-психологические особенности, имеющие непосредственную связь с уровнем адаптированности, что было показано в главе 1.

1. Вначале необходимо сравнить две основные выборки исследования – подростков с ДСТ и подростков без выявленных патологий. Это сравнение позволит выяснить, какими специфическими особенностями обладает структура личностных качеств и структура стратегий совладания подростков с ДСТ, какие качества внутри структуры являются базовыми.

2. Далее сравниваются структуры личностных качеств и стратегий совладания у подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню ЛАП. Такое сравнение позволяет выявить базовые качества, лежащие в основе адаптированности, и ответить на вопрос, насколько организована структура и насколько она обладает компенсаторными возможностями.

3. В заключение анализа сравниваются структуры личностных качеств и стратегий совладания высокоадаптированных подростков с диагнозом ДСТ и без выявленных соматических патологий. В данном случае, возможно более точно ответить на вопрос, какие именно качества базово определяют адаптированность подростков при наличии у них диагноза ДСТ.

3.3.1. Сравнение структуры личностных качеств здоровых подростков и подростков с ДСТ

Процедура анализа матриц интеркорреляций и коррелограмм структур личностных качеств подростков с ДСТ и здоровых подростков включала следующие этапы: подсчет индекса когерентности (ИКС), дивергентности (ИДС) и общей организованности (ИОС) структуры; подсчет весовых коэффициентов каждого личностного качества в структуре; анализ функциональной роли каждого качества (базовые); исследование качественного своеобразия структур, т.е. определение степени гомогенности – гетерогенности структур личностных черт, стратегий совладания, наблюдаемых в различных выборках исследования.

Индексы организованности коррелограмм приведены в табл. 17. Весовые коэффициенты каждого качества приведены в табл. 18.

Таблица 17.

Структурные индексы симптомокомплекса личностных качеств

Выборка	ИКС	ИДС	ИОС
ДСТ	17	12	29
АСТМА	14	14	28
НОРМА	12	13	25
ДСТ-ВА	64	57	121
ДСТ-НА	51	47	98
НОРМА-ВА	28	18	46
АСТМА- ВА	61	78	139

Полученные в результате обработки матрицы интеркорреляций и структурограммы позволяют рассчитать индексы системы и выделить базовые переменные внутри систем.

При анализе степени организованности структур личностных качеств, мерой которой является индекс организованности структуры (ИОС), заметны

определенные тенденции. Индексы организованности выше у подростков с ДСТ (табл. 17).

Таблица 18.

Структурный вес личностных качеств

Шкала 16-PF	ДСТ		НОРМА		ДСТ-ВА		ДСТ-НА		НОРМА- ВА	
	Вес	ранг	вес	ранг	вес	ранг	вес	ранг	вес	ранг
A	6	4	5	2	17	7	22	1	8	2,5
B	2	12	2	12	13	10,5	14	7,5	7	5
C	7	2	10	1	21	4	9	11	11	1
E	-	15	4	5	13	10,5	17	3,5	5	13
F	7	2	1	14,5	10	12,5	17	3,5	1	15,5
G	-	15	2	12	15	8	8	12	8	2,5
H	3	9,5	3	9	7	15	14	7,5	7	5
I	4	8	1	14,5	22	2,5	11	9,5	7	5
L	2	12	-	16	22	2,5	11	9,5	1	15,5
M	3	9,5	4	5	8	14	16	5,5	6	9
N	5	6	4	5	28	1	3	16	5	13
O	2	12	4	5	10	12,5	5	14,5	5	13
Q ₁	5	6	4	5	19	5	5	14,5	6	9
Q ₂	5	6	3	9	14	9	21	2	6	9
Q ₃	-	15	3	9	5	16	6	13	6	9
Q ₄	7	2	2	12	18	6	16	5,5	6	9

Примечание: А – степень открытости, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, Н – социальная смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, М – уровень развития воображения; N – дипломатичность, О – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля.

Это говорит, с одной стороны, о необходимости больших компенсаторных возможностей для организации жизнедеятельности таких подростков, а, с другой, о большей ригидности симптомокомплекса личностных качеств. В целом при сравнении двух базовых выборок (ДСТ, НОРМА) мы не наблюдаем существенных различий, но как только в дифференциацию выборок вводится социально-психологическая переменная

(личностный адаптационный потенциал), фиксируются значительные различия – ИОС у адаптированных подростков с ДСТ почти в три раза больше, чем аналогичный у адаптированных подростков в норме. Возможно следующее объяснение такого феномена – для подростка без соматического заболевания процесс адаптации и достижение определенного уровня адаптированности происходит естественно, спонтанно, тогда как подросток с ДСТ при наличии рефлексивных механизмов регуляции поведения осознанно «работает» над достижением адаптированности, не оперируя таким термином, но вкладывая в это понятие определенный статус в группе, определенное отношение со стороны социального окружения. Можно говорить о высокой психологической цене адаптированности у подростков с ДСТ.

Для описания качественного своеобразия структур наряду с анализом структурных индексов важно проанализировать содержание базовых для данной структуры качеств, тех элементов структуры, которые имеют максимальное число связей с другими элементами, т.е. обладают наибольшим структурным весом. Базовые качества играют наибольшую роль при структурировании всей системы качеств. Все остальные качества синтезированы вокруг них. Вся структура в значительной степени складывается на базе этих качеств, а они выступают как ее интегратор. Как указывает А.В. Карпов, смысл базовых качеств состоит в том, что они являются структурообразующими в плане синтеза всех иных качеств; в том, что они суть интегратор структуры индивидуальных качеств [46]. При этом базовые качества могут быть и не связаны непосредственно с внешним критерием, т.е. в нашем случае не коррелировать ни с одной из шкал опросника. Связь этих качеств с результативными показателями более сложна и опосредована. Они, объединяя всю структуру, оказывают влияние и на процесс адаптации и на ее результата – адаптированность посредством интегрирования иных качеств.

Для группы подростков с ДСТ (вся выборка) базовыми качествами являются: эмоциональная устойчивость (С), сдержанность (F), уровень контроля (Q₄). Абсолютные значения данных факторов (см. табл. в Приложении) группируются вокруг средних популяционных. Значение факторов С и Q₄ было нами проявлено ранее, согласно результатам дисперсионного анализа, они являются ключевыми в формировании высокого уровня адаптированности. По результатам проведенного выше однофакторного дисперсионного анализа эти факторы не имеют прямого влияния на личностный адаптационный потенциал, поэтому можно говорить об опосредованной роли данных переменных.

Для группы НОРМА таким качеством является только эмоциональная устойчивость (С). Абсолютный показатель данного фактора также средний. Таким образом, мы вышли на общее качество – фактор С, который, вероятно, в подростковом возрасте является базовым в общем случае. Для подростков с ДСТ также важно наличие определенного уровня развития факторов F и Q₄, для того, чтобы на их основе формировались и остальные личностные качества, обеспечивающие подростку адаптированность.

Для группы ДСТ-ВА базовыми являются качества степень чувственности (I), степень доверчивости (L), степень эмоциональной утонченности (N). Абсолютные величины факторов относятся к среднепопуляционным.

Для группы ДСТ-НА базовыми качествами являются степень открытости (A), степень зависимости от группы (Q₂). Количественный показатель по фактору А имеет среднее значение, а по качеству Q₂ – на границе нормы, т.е. для подростков с низкой адаптированностью характерна зависимость от группы, ориентация на мнение большинства.

Для группы НОРМА-ВА в структуре личностных характеристик базовыми выступают качества эмоциональная устойчивость (С), степень открытости (А), сознательность (G). Абсолютные показатели факторов находятся в среднепопуляционных пределах.

Таким образом, сравнение содержания и значений личностных характеристик, являющихся базовыми, показало, что для каждой группы исследуемых подростков они различны.

Заключительным этапом анализа, направленного на поиск качественного своеобразия структур личностных характеристик в разных группах испытуемых является этап сравнения полученных корреллограмм по их гомогенности – гетерогенности. Для этого использовался экспресс-метод χ^2 [47]. Данный метод требует подсчета структурного веса каждого качества и на этой основе – ранжирования качеств. Затем вычисляются корреляционные коэффициенты между количественными характеристиками структуры, полученными таким способом. Количество наблюдений (n) в таком случае считается равным количеству единиц в структуре. При использовании опросника 16-PF n равно числу факторов, т.е. 16. Структуры считаются разнородными при отсутствии значимых положительных корреляций.

Обработка результатов исследования указанным способом показала статистически достоверную разнородность структур личностных характеристик подростков в разных группах (табл. 19). Это свидетельствует о том, что структуры личностных качеств подростков в отдельных исследованных группах являются различными, качественно гетерогенными.

Таблица 19.

Корреляционные коэффициенты, отражающие степень гомогенности-гетерогенности структур личностных качеств

Сравниваемые выборки	ДСТ – НОРМА	ДСТ ВА – ДСТ НА	ДСТ ВА – НОРМА ВА
χ^2	0,17	- 0,25	0,06

Таким образом, обобщая анализ результатов, изложенных в данном разделе, и учитывая факт отсутствия различий в уровне выраженности отдельных личностных черт у высокоадаптированных подростков (группы

ДСТ-ВА и НОРМА-ВА), можно говорить о том, что уровень адаптированности подростков с ДСТ детерминирован особенностями именно структурной организации личностных характеристик подростка, их симптомокомплексом.

3.3.2. Сравнение структуры психологических защит и копинг-стратегий здоровых подростков и подростков с ДСТ

В каждой из исследуемых групп необходимо определить базовые показатели психологических защит и копинг-стратегий, которые составляют основу способа адаптации в каждой группе. Рассмотрим, насколько организованы структуры стратегий совладания в каждой из исследуемых выборок. Учитывая полярность конструкторов, относящихся к копинг-стратегиям и психологическим защитам, необходимо рассчитывать индекс организованности структур путем вычитания из индекса когерентности индекс дивергентности. Затем подсчитывается структурный вес каждого качества и на этой основе ранжирование качеств, выделение базовых и ведущих качеств. Данные расчетов представлены в табл. 20 и 21.

Таблица 20.

Структурные индексы системы стратегий совладания (психологические защиты и копинг-стратегии)

Выборка	ИКС	ИДС	ИОС
ДСТ	28	1	27
НОРМА	44	15	29
ДСТ-ВА	56	28	28
ДСТ-НА	54	30	24
НОРМА-ВА	46	25	21

Максимально организованная структура стратегий совладания отмечается в группе высокоадаптированных подростков с ДСТ. По

результатам исследования, проведенного Л.Ю. Субботиной, доказано, что высокие индексы организованности структур стратегий совладания свидетельствуют об активном использовании копинг-стратегий и психологических защит в сложных жизненных ситуациях [102, 103]. Учитывая достаточное количество различий между переменными этого блока при сравнении высокоадаптированных выборок, отметим, что подростки с ДСТ действительно чаще используют эти механизмы, чем их здоровые сверстники.

Таблица 21.

Структурный вес стратегий совладания

Стратегии совладания	ДСТ		НОРМА		ДСТ-ВА		ДСТ-НА		НОРМА-ВА	
	вес	Ранг	вес	Ранг	вес	ранг	вес	ранг	вес	Ранг
КК	-	14,5	4	13,5	19	1	11	7	3	14
Д	1	12	5	11	9	10,5	6	14,5	6	11
С	3	9,5	6	9	15	2	7	13	2	15,5
ПСП	6	6,5	5	11	14	3	14	4	4	12,5
ПО	7	3	2	16	13	5	10	9,5	2	15,5
БИ	6	6,5	3	15	8	13	14	4	14	2
ПРП	7	3	5	11	13	5	15	1,5	4	12,5
ПП	7	3	4	13,5	11	7	11	7	8	10
В	-	14,5	10	5,5	6	15	6	14,5	13	5
РГ	7	3	10	5,5	9	10,5	15	1,5	12	7
З	3	9,5	12	2	10	8,5	14	4	14	2
О	7	3	10	5,5	10	8,5	9	11,5	11	8,5
П	3	9,5	13	1	2	16	11	7	13	5
К	3	9,5	9	8	8	13	10	9,5	11	8,5
Г	-	14,5	10	5,5	13	5	5	16	13	5
Р	-	14,5	11	3	8	13	9	11,5	14	2

Примечание: КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка, В – вытеснение, РГ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, Г – гиперкомпенсация, Р – рационализация.

Для группы подростков с ДСТ (вся выборка) базовыми показателями являются: принятие ответственности (ПО), планирование решения проблемы (ПРП), положительная переоценка (ПП), регрессия (РГ), отрицание (О). Абсолютные значения копинг-стратегий принятие ответственности (ПО), планирование решения проблемы (ПРП) средние-высокие, а положительная переоценка имеет высокий уровень выраженности (табл. в Приложении), уровень выраженности регрессии (РГ) и отрицания (О) находится на верхней границе среднего показателя.

Для группы НОРМА базовыми являются психологические защиты проекция (П), замещение (З), рационализация (Р). Абсолютный показатель замещения (З) на нижней границе нормы, проекция (П) на уровне среднепопуляционного значения, а рационализация (Р) на верхней границе нормы. Таким образом, подростки из группы НОРМА практически не используют механизм замещения, а «предпочитают» рационализацию, которая относится к категории высших защит. Сравнивая эти данные с информацией представленной в абзаце выше, отметим, что подростки с ДСТ тяготеют к низшим психологическим защитам (регрессия, отрицание).

Рассмотрим специфику базовых совладающих стратегий в группах, дифференцированных по уровню адаптированности. Для группы ДСТ-ВА базовыми показателями являются копинг-стратегии конфронтационный копинг (КК), поиск социальной поддержки (ПСП), самоконтроль (С). Абсолютные величины факторов конфронтационный копинг (КК) и самоконтроль (С) относятся к среднепопуляционным. Величина показателя копинг-стратегии поиск социальной поддержки (ПСП) выше среднепопуляционной.

Для группы ДСТ-НА базовыми показателями являются планирование решения проблемы (ПРП), регрессия (РГ). Показатель планирование решения проблемы (ПРП) – на верхней границе нормы, показатель регрессии (РГ) – выше среднепопуляционного. Сравнивая группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА, отметим, что первые из них базово опираются на возможность поиска

социальной поддержки, что уже свидетельствует об их адаптированности, поскольку за социальной поддержкой, скорее всего, можно обращаться («разрешать ее себе»), имея определенные высокие показатели социально-психологической адаптированности. Парадоксальное сочетание в качестве базовых у низкоадаптированных подростков с ДСТ таких стратегий совладания, как регресс и планирование решения проблемы, можно объяснить тем, что собственно решения проблемы нет, есть только построение планов дальнейших действий, которые не будут реализованы самостоятельно. Подросток как будто ждет, что кто-то придет и выполнит все за него.

Для группы НОРМА-ВА в структуре копинг-стратегий и психологических защит базовыми выступают копинг-стратегия бегство – избегание (БИ), психологические защиты замещение (З), рационализация (Р). Абсолютный показатель замещения (З) на нижней границе нормы, а рационализация (Р) на верхней границе нормы. Бегство – избегание (БИ) используется такими подростками ситуативно, когда действительно является оправданным. Если сравнивать базовые совладающие стратегии группы НОРМА-ВА и группы ДСТ-ВА, то заметно, что вместо бегства – избегания (БИ), присущего ситуативно подросткам в норме, подростки с ДСТ используют конфронтацию. Они противопоставляют себя другим, чтобы почувствовать собственную значимость, тогда как подростки группы НОРМА-ВА не нуждаются в таком дополнительном подкреплении собственной самооценки и могут просто прерывать контакт.

Таким образом, сравнение содержания и значений стратегий совладания и психологических защит, являющихся базовыми, показало, что для каждой группы исследуемых подростков они различны. Различными являются и сами структуры (табл. 22). Отметим полярный характер структур психологических защит у адаптированных подростков с ДСТ и группы НОРМА-ВА, что свидетельствует об абсолютно противоположной роли

каждой стратегии совладания в механизме социально-психологической адаптации.

Таблица 22.

Корреляционные коэффициенты, отражающие степень гомогенности-гетерогенности структур стратегий совладания

Сравниваемые выборки	ДСТ – НОРМА	ДСТ-ВА – ДСТ-НА	ДСТ-ВА – НОРМА-ВА
χ^2	- 0,34	0,08	- 0,72

Обобщая вышесказанное и, опираясь на исследования Н.Н. Мельниковой, представляется возможным выделить стратегии адаптации в группах подростков с ДСТ, бронхиальной астмой и здоровых подростков с различным уровнем адаптированности. Данные представлены в табл. 23.

Таблица 23.

Стратегии адаптации в исследованных группах подростков

Группа	Базовые качества	Стратегии адаптации
ДСТ-ВА	Степень чувственности (I), степень доверчивости (L), степень утонченности (N) – средние показатели. конфронтационный копинг (КК), поиск социальной поддержки (ПСП), самоконтроль (С) –высокие показатели	Активное изменение среды
ДСТ-НА	Степень открытости (А) -средний, степень зависимости от группы (Q ₂) – выше среднего, планирование решения проблемы (ПРП) – высокий, регрессия (РГ) – высокие показатели	Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир; пассивное подчинение условиям среды

НОРМА-ВА	Степень открытости (А), эмоциональная устойчивость (С), сознательность (G) – высокие показатели, бегство-избегание (БИ), – средний показатель психологические защиты замещение (З) – средний , рационализация (Р). – высокий показатель	Активное преобразование себя Уход из среды и поиск новой
АСТМА-ВА	Степень открытости (А), сила «супер-ЭГО» (G), степень радикализма (Q ₁) – высокие показатели, уровень контроля (Q ₄) – средний показатель, дистанцирование (Д) – средний показатель	Пассивная репрезентация себя Пассивное выжидание внешних изменений

Подводя итог исследованиям, направленным на обнаружение различий в факторах, определяющих социально-психологическую адаптированность подростков с ДСТ, можно сделать следующие выводы:

1. Подростки с диагнозом ДСТ отличаются более низким показателем адаптационного потенциала, обусловленным их низкой нервно-психической устойчивостью, недостаточной сформированностью коммуникативных навыков, низкой психологической сопротивляемостью болезням.

2. Около трети подростков с ДСТ обладают высокими показателями адаптированности. От подростков с низким уровнем адаптированности их отличает эмоциональная устойчивость, реалистичность, практичность, ориентация на результат и социальное одобрение.

3. Существуют различия в механизмах, обеспечивающих высокую адаптированность подросткам с ДСТ по сравнению с подростками без соматических заболеваний. Подростки с ДСТ достигают высокого уровня адаптированности, благодаря развитию коммуникативных способностей, внутренней независимости от влияния общественных норм, более высокого уровня принятия ответственности.

4. Специфика структурной организации личностных черт высокоадаптированных подростков с ДСТ заключается в том, что базовыми качествами для них являются рациональный взгляд на окружающую действительность, дружелюбность, открытость, дипломатичность, тогда как для высокоадаптированных подростков без соматического заболевания такими качествами являются готовность к общению, эмоциональный контроль, волевая регуляция социального поведения. Стратегии адаптации в исследованных группах подростков различны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для достижения поставленной в работе цели выявления социально-психологических переменных, связанных с уровнем адаптированности подростков с ДСТ и обеспечивающих компенсацию психологических ограничений, связанных с диагнозом, нами было проведено эмпирическое исследование.

Как было сказано выше, в междисциплинарных исследованиях, посвященных изучению лиц с диагнозом ДСТ, уделяется недостаточно внимания социально-психологическим феноменам, сопровождающим их жизнедеятельность. В том числе практически отсутствуют работы, раскрывающие специфику социально-психологической адаптации подростков с таким заболеванием. Медицинская статистика показывает, что количество таких подростков растет. В то же время, исходя из особенностей заболевания, такие подростки испытывают сложности в процессе социально-психологической адаптации. Необходимы специальные психолого-педагогические программы, построенные с учетом психологического портрета подростка и направленные на оптимизацию процесса социально-психологической адаптации и на достижение определенного уровня адаптированности. Для того чтобы иметь полное представление о факторах, сопровождающих высокую социально-психологическую адаптированность, нами были выделены переменные, которые гипотетически связаны с механизмом адаптации. Набор этих переменных лег в основу многофакторного исследования, проводимого на общих выборках (ДСТ, Норма, БА) и частных выборках (ДСТ-ВА, ДСТ-НА, АСТМА-ВА, НОРМА-ВА). Таким образом, в определенной степени было нивелировано существующее противоречие между востребованностью психологической практикой теоретической основы для индивидуализации методов

психологической помощи подросткам с ДСТ и уровнем разработанности темы, раскрывающей закономерности социально-психологической адаптации в случае соматического генетического заболевания.

Анализ литературных источников, предваривший эмпирическое исследование, позволил предположить, что из всего спектра индивидуально психологических характеристик личности наиболее существенное влияние на социально-психологическую адаптированность оказывают личностные черты, предпочитаемые стратегии совладания, факторы самоотношения. Данный вывод стал исходной точкой для разработки процедуры и реализации эмпирического исследования, заявленной целью которого было выявление социально-психологических переменных, связанных с уровнем адаптированности подростков с ДСТ и обеспечивающих компенсацию психологических ограничений, детерминированных диагнозом.

Правомерность заявленной цели была подтверждена сопоставлением теоретических и эмпирических работ, раскрывающих проблематику социально-психологической адаптации подростков, и роль указанных выше переменных в процессе адаптации.

Эмпирическое исследование было построено по определенной логике.

На первом этапе сравнивалась адаптированность подростков, относящихся к различным группам соматической патологии и нормы по уровню выраженности личностного адаптационного потенциала в целом и его отдельных составляющих; на втором этапе анализировалась степень специфичности социально-психологических характеристик высокоадаптированных подростков с ДСТ, сравнивались социально-психологические характеристики адаптированных подростков в норме, с ДСТ и с бронхиальной астмой; на третьем этапе проводился сравнительный анализ социально-психологических особенностей подростков с дисплазией соединительной ткани, дифференцированных по уровню адаптированности; на четвертом этапе рассматривались структурные особенности личностного симптомокомплекса и системы стратегий совладающего поведения

подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности и выделялись базовые параметры, лежащие в основе высокого и низкого ЛАП.

Для того чтобы исключить избыточность, не были использованы все возможные выборки и методы, при их выборе приоритетом была ориентация на практическое использование результатов.

В работе обосновано использование квазиэкспериментального подхода в эмпирическом исследовании, что дало нам основания для сочетания методического выбора инструментария, позволяющего диагностировать уровень социально-психологической адаптированности подростков; классифицировать участников исследования согласно этому уровню, использовать методы математической статистики для обработки данных и выявить факторы социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ, на этапе интерпретации использовать приёмы переноса и обобщения при сравнении данных, полученных при исследовании отдельных выборок, дифференцированных как по медицинским, так и по психологическим критериям.

Качественный и количественный анализ результатов позволил выявить определенные закономерности, сопровождающие высокую социально-психологическую адаптированность подростков.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы в практике работы врачей, педагогов, практических психологов. При индивидуальном консультировании психолог-консультант может использовать знания об особенностях социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ и выработки стратегий взаимодействия с клиентом. Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть включены в методические рекомендации для специалистов-практиков при организации работы с подростками на системном уровне, а также могут быть использованы в практике работы психологических служб в медицинских и образовательных учреждениях.

Обобщение полученных результатов позволяет сформулировать следующие **выводы**:

1. Подростки с генетически детерминированным заболеванием дисплазия соединительной ткани имеют особенности в процессе социально-психологической адаптации, связанные с их психологическим и физиологическим состоянием. Подростки с диагнозом ДСТ отличаются более низким показателем адаптационного потенциала, обусловленным их низкой нервно-психической устойчивостью, недостаточной сформированностью коммуникативных навыков, низкой психологической сопротивляемостью болезням.

2. Подростки с диагнозом ДСТ могут иметь как высокий, так и низкий уровень адаптированности. Как и высокоадаптированные здоровые подростки, высокоадаптированные подростки с ДСТ отличаются такими характеристиками, как эмоциональная устойчивость, психологическая устойчивость в трудных жизненных ситуациях, уровень контроля, а также копинг-стратегия «бегство-избегание». Кроме того, у них, по сравнению со здоровыми подростками, наблюдается более высокий уровень выраженности таких психологических характеристик, как открытость, способность к установлению контактов, степени радикализма, внутренней независимости личности от влияния общественных норм, а также копинг-стратегии принятие ответственности, что позволяет им компенсировать ограничения, связанные с болезнью.

3. Существуют различия в механизмах, обеспечивающих высокий уровень адаптированности подросткам с ДСТ по сравнению с подростками без соматических заболеваний. Подростки с ДСТ достигают высокого уровня адаптированности благодаря развитию коммуникативных способностей, внутренней независимости от влияния общественных норм, более высокого уровня принятия ответственности.

4. Специфика структурной организации личностных черт высокоадаптированных подростков с ДСТ заключается в том, что базовыми

качествами для них являются рациональный взгляд на окружающую действительность, дружелюбность, дипломатичность, тогда как для подростков без соматического заболевания такими качествами являются готовность к общению, эмоциональный контроль, волевая регуляция социального поведения.

5. Социально-психологические факторы, обеспечивающие подросткам с ДСТ высокий уровень адаптированности, действуют в симптомокомплексе, обладающем высокими компенсаторными возможностями. При наличии генетического соматического заболевания высокоорганизованная система социально-психологических переменных является большим ресурсом для достижения адаптированности, чем уровень выраженности той или иной отдельной социально-психологической переменной.

6. Подростки с ДСТ, с бронхиальной астмой и здоровые подростки имеют различные стратегии адаптации. У высокоадаптированных подростков с ДСТ доминирует стратегия активного преобразования среды, у низкоадаптированных – стратегии ухода от контакта со средой и погружения во внутренний мир, а также пассивное подчинение условиям среды. Высокоадаптированные здоровые подростки предпочитают активное преобразование себя и изменение своего социального окружения, а высокоадаптированные подростки с бронхиальной астмой – пассивную репрезентацию себя и пассивное выжидание внешних изменений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства) / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1976. – 271 с.
3. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Наука, 1994. – 325 с.
4. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 48-56.
5. Асеев, В.Г. Теоретические аспекты проблемы адаптации / В.Г. Асеев // Адаптация учащихся и молодежи к трудовой и учебной деятельности. – Иркутск: Иркутский гос. пед.институт, 1986. – С. 3-17.
6. Балл, Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г.А. Балл // Вопросы психологии. – 1989. – № 1. – С. 92-100.
7. Барлас, Т.В. Особенности социально-психологической адаптации при психосоматических и невротических нарушениях / Т.В. Барлас // Психологический журнал. – 1994. – № 6. – С. 116-120.
8. Бек. А. Техники когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 49–68.
9. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
10. Бобнева, М.И. Социальные нормы и регуляция поведения / М.И. Бобнева. – М.: Наука, 1978. – 311 с.

11. Божович, Л.И. Проблемы развития мотивационной сферы ребенка / Л.И. Божович // Изучение мотивации поведения детей и подростков / под ред. Л.И. Божович, Л.В. Благонадежиной. – М.: Педагогика, 1972. – С. 7-44.
12. Бондаренко, А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко. – изд. 3-е, испр. и доп. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 336 с. – (Библиотека психологии и психотерапии: вып. 94).
13. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. фон Рад.; пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка / предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
14. Былкина, Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) / Н.Д. Былкина // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 2. – С. 149-160.
15. Василюк, Ф.Е. Методологический смысл психологического схизиса / Ф.Е. Василюк // Вопросы психологии. – 1996. – № 6. – С. 25-40.
16. Верещагин, В.Ю. Философские проблемы теории адаптации человека / В.Ю. Верещагин. – Владивосток: Дальневосточный ун-т, 1988. – 164 с.
17. Викторова, И.А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти: автореф. дис. ... д-ра мед. Наук / И.А. Викторова. – Омск, 2004. – 432 с.
18. Выготский, Л.С. Собрание сочинений / Л.С. Выготский. – в 6 т. – М.: Педагогика, 1983.
19. Ганжа, С.Ю. Социально-психологическая адаптация школьников с нарушениями соматического и нервно-психического здоровья: автореф. дис. ... канд. психол. наук, 2000 / С.Ю. Ганжа. <http://nauka-pedagogika.com/psihoogiya-19-00-07/dissertaciya-sotsiano-psihoogicheskaya->

adaptatsiya-shkolnikov-s-narusheniyami-somaticeskogo-i-nervno-psihicheskogo-zdorovya#ixzz2xFx921MB.

20. Гаранян Н.Г. Концепция алекситимии / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2003. – № 1. – С. 128-145.

21. Гарбузов, В.И. Человек – жизнь – здоровье / В.И. Гарбузов. – СПб.: Комплект, 1995. – 428 с.

22. Генова, О.А. Распространенность и некоторые клиничко-патогенетические аспекты недифференцированной дисплазии соединительной ткани у подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Генова. – Хабаровск, 2011. <http://www.dissercat.com/content/rasprostranennost-inekotorye-kliniko-patogeneticheskie-aspekty-nedifferentsirovannoi-displaz#ixzz2xGAJUHkZ>.

23. Грачева, О.Н. Дисплазия соединительной ткани у беременных / О.Н. Грачева, О.А. Громова, И.Ю. Торшин. – М.: Миклош, 2012. – 173 с.

24. Данияров, С.Б. Взаимосвязь физиологических и психологических показателей в процессе адаптации у студентов / С.Б. Данияров, В.В. Соложенкин, И.Г. Краснов // Психологический журнал. – 1989. – № 1. – С. 99-105.

25. Дерманова, И.Б. Типы социально-психологической адаптации и комплекс неполноценности / И.Б. Дерманова // Вестник СПбГУ. – 1996. – Сер. 6. – Вып. 1. – № 6. – С. 59-67.

26. Демина, Г.И. Патогенетические механизмы артериальной гипертензии при дисплазии соединительной ткани / Г.И. Демина, В.Н. Ларин, И.А. Викторова, А.Г. Назаров, М.И. Шупина, А.М. Адырбаев // Материалы симпозиума / под ред. Г.И. Нечаевой. – Омск: ОГМА, 2002. – С. 38-46.

27. Дикая, Л.Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования / Л.Г. Дикая, А.В. Махнач // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 3. – С. 137-148.

28. Дисплазия соединительной ткани // Материалы симпозиума / под ред. Г.И. Нечаевой. – Омск: ОГМА, 2002. – 168 с.

29. Дружинин, В.Н. Экспериментальная психология: учебник для вузов / В. Н. Дружинин. – 2-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2003. – 319 с.

30. Друк, И.В. Бронхиальная астма, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани: особенности течения заболевания: Дис. ... канд. мед. наук. – Омск: ОГМА, 2004. – 204 с.

31. Дубилей, Г.С. Комплексный подход к вопросу восстановительного лечения пациентов с дисплазией соединительной ткани / Г.С. Дубилей, И.А. Борисенко, Д.А. Гусев, Л.Э. Мазурова // Материалы симпозиума / под ред. Г.И. Нечаевой. – Омск: ОГМА, 2002. – С. 160-162.

32. Ермакова, Е.В. Особенности нервно-психических расстройств у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.13; 14.00.09 / Е.В. Ермакова. – М., 2003. – 28 с.
<http://www.dissercat.com/content/osobennosti-nervno-psikhicheskikh-rasstroistv-u-detei-s-sindromom-displazii-soedinitelnoi-t-0#ixzz2xGFrUkOn>.

33. Жмыриков, А.Н. Диагностика социально-психологической адаптированности личности в новых условиях жизнедеятельности и общения: дис. ... канд. психол. наук / А.Н. Жмыриков. – М., 1989. – 249 с.

34. Заваденко, Н.Н. Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: ее основные причины и подходы к диагностике / Н.Н. Заваденко и др. // Неврологический журнал. – 1998. – № 6. – С. 13-17.

35. Завьялова, Е.К. Социально-психологическая адаптация женщин в современных условиях (профессионально-личностный аспект): дис. ... д-ра психол. наук; 19.00.05 / Е.К. Завьялова. – СПб., 1998. – 294 с.
<http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/121809.html>.

36. Зайдфодим, М.И. Социальная адаптация подростков с ограниченными возможностями передвижения средствами информационных технологий: дис. ... канд. пед. наук. / М.И. Зайдфодим. – Тамбов, 2009. – 242

с. <http://www.dissercat.com/content/sotsialnaya-adaptatsiya-podrostkov-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-predvizheniya-sredstvami#ixzz2xX3JS7hM>.

37. Зейгарник, Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М.: Изд-во Московского университета, 1980. – 54 с.

38. Земцовский, Э.В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э.В. Земцовский. – СПб.: Политекс-Норд-Вест Год, 2000. –115 с.

39. Зотова, О.И. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации личности / О.И. Зотова, И.К. Кряжева. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.

40. Ильин, Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень / Е.П. Ильин. – М.: Питер, 2011. – 352 с.

41. Кадурина, Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация) / Т.И. Кадурина. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 272 с.

42. Казначеев, В.П. Адаптация и конституция человека / В.П. Казначеев, С.В. Казначеев. – Новосибирск: Наука, 1986. – 120 с.

43. Казначеева, А.А. Психологические особенности детей с дисплазией соединительной ткани / А.А. Казначеева, Ю.И. Мельник // Журнал прикладной психологии. – 1999. – № 4. – С. 36-39.

44. Казначеева, А.А. Особенности психологической адаптации к средней школе у детей с признаками дисплазии соединительной ткани / Казначеева А.А., Ю.И. Мельник, Л.Н. Фомина // Журнал прикладной психологии. – 2000. – № 6. – С. 36-39.

45. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.

46. Карпов, А.В. Методологические основы психологии принятия решения / А.В. Карпов. – Ярославль: ЯрГУ, 1999. – 232 с.

47. Карпов, А.В. Возможности использования индексов конвергенции и дивергенции системы / А.В. Карпов, В.К. Солондаев //

Ярославский психологический вестник. Вып. 27. – М.-Ярославль: ЯРО РПО. 2012. – С. 37-43.

48. Квасенко, А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л. Медицина, 1980. – 183 с.

49. Клеменов, А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани / А.В. Клеменов. – М.: Информтех, 2006. – 120 с.

50. Клеменов, А.В. Дисплазия соединительной ткани и беременность (обзор) / / А.В. Клеменов, О.Н. Ткачева, А.Л. Верткин // Терапевтический архив. – 2004. – № 11. – С. 80-83.

51. Ключева, Н.В. Методологические и методические основания формирования профессиональных компетентностей психолога-консультанта в вузе / Н.В. Ключева // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 1. – С. 220-223.

52. Ключева, Н.В. Психолог-консультант: миссия, профессия, жизненный путь / Н.В. Ключева / Методология, теория и практика профессиональной деятельности психолога-консультанта: материалы Первой международной научно-практической конференция / под ред. С.В. Петрушина; Казань, Казанский государственный университет; 26-27 марта 2009. – Казань: Отечество. – С. 27-34.

53. Когут, Х. Анализ самости: систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Когут. – М.: Когито-Центр, 2003. – 368 с.

54. Кузнецов, П.С. Концепция социальной адаптации / П.С. Кузнецов. – Саратов: Изд-во Саратовского университета, 2000. – 16 с.

55. Куликов, Л.В. Хрестоматия по психологии / Л.В. Куликов. – СПб.: Питер, 2001. – 512 с.

56. Лебедева, Н.М. Введение в этническую и кросс-культурную психологию / Н.М. Лебедева. – М.: Ключ-С, 1999. – 224 с.

57. Леонтьев, А.Н. Философия психологии: из научного наследия / под ред. А.А. Леонтьева, Д.А. Леонтьева. – М.: Изд-во Московского университета, 1994. – 228 с.
58. Лобас, М.А. Особенности психологической адаптации детей-мигрантов к русскоязычной школе: дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2001. – 138 с.
59. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1984. – 82 с.
60. Лурия, А.Р. Лекции по общей психологии / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2004. – 320 с.: ил.
61. Мазилев, В.А. Перспективы парадигмального синтеза в современной психологии / В.А. Мазилев // Ярославский педагогический вестник. – 2013. – № 3. – Том II. – С. 186-194.
62. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика / Н. Мак-Вильямс. – М., 2007. – 480 с.
63. Маклаков, А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 16-24.
64. Мартынов, А.И. Врожденные дисплазии соединительной ткани / А.И. Мартынов, О.Б. Степура // Вести Российской АМН. – 1998. – № 2. – С. 47-54.
65. Мартынов, А.И. Пролапс митрального клапана. Ч. I: Фенотипические особенности и клинические проявления / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, О.Д. Остроумова и соавт. // Кардиология. – 1998. – № 1. – С. 72-80.
66. Мартынов, А.И. Пролапс митрального клапана. Ч. II: Нарушения ритма и психологический статус / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, О.Д. Остроумова и соавт. // Кардиология. – 1998. – № 2. – С. 74-81.
67. Медведев, В.И. О проблеме адаптации / В.И. Медведев // Компоненты адаптационного процесса. – Л.: Наука, 1984. – С. 3-16.

68. Меерсон, Ф.З. Механизмы и защитные эффекты адаптации / Ф.З. Меерсон. – М.: СП Интер. Союз, 1993. – 331 с.
69. Мельникова, Н.Н. Социально-психологическая адаптация личности: методические указания / Н.Н. Мельникова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2002. – 34 с.
70. Менегетти, А. Клиническая онтопсихология / А. Менегетти. – М.: Славянская ассоциация Онтопсихологии, 1997. – 194 с.
71. Методологические подходы к исследованию личностных аспектов социальной адаптации молодежи в современном обществе / Л.В. Шабанов, И.Л. Шелехов, Е.В. Мороденко // Вестник Томского гос. пед. университета. – 2011. – Вып. 6. – С. 165-169.
72. Милославский, Ю.А. Адаптация социальная / Ю.А. Милославский // Российская социологическая энциклопедия / под ред. Г.В. Осипова. – М.: гр. НОРМА-ИНФРА, 1998. – С. 3.
73. Михайлов, А.Н. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях / А.Н. Михайлов, В.С. Ротенберг // Вопросы психологии. – 1990. – № 5. – С. 106-111.
74. Налчаджян, А.А. Социально-психологическая адаптация личности (Формы, механизмы и стратегии) / А.А. Налчаджян. – Ереван, 1988. – 263 с.
75. Нартова-Бочавер, С.К. «Coping-behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 5. – С. 20-31.
76. Нечаева Г.И., Друк И.В. Психосоматические соотношения при дисплазии соединительной ткани // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2005. – № 3. – 78-81.
77. Никитина Е. Б. Некоторые психологические аспекты школьной дезадаптации в младшем подростковом возрасте // Воспитание школьников. – 2002. – № 6. – С. 31-33.

78. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во Московского университета, 1987. – 168 с.

79. Николаева, В.В. Особенности эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца / В.В. Николаева, Е.И. Первичко, О.Б. Степура, Н.Л. Ролик // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 2. – С. 45-55.

80. Павленко, М.С. Состояние вегетативного статуса и адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы у девочек подростков с синдромом дисплазии соединительной ткани / М.С. Павленко. 2010 г. 148 с. <http://www.dissercat.com/content/sostoyanie-vegetativnogo-statusa-i-adaptatsionnye-vozmozhnosti-serdechno-sosudistoi-sistemy-#ixzz2xGCmvrQW>.

81. Паршина, Т.О. Структурная модель социально-психологической адаптации человека / Т.О. Паршина // Социс. – 2008. – № 8. – С. 102.

82. Пантилеев, С.Р. Методика исследования самооотношения / С.Р. Пантилеев. – М.: Смысл, 1993. – 32 с.

83. Петровская, Л.А. Общение – компетентность – тренинг / Л.А. Петровская. – М.: Смысл, 2007. – 688 с.

84. Петровский, А.В. Основы теоретической психологии / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 528 с.

85. Прохоров, А.О. Функциональные структуры психических состояний / А.О. Прохоров // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 3. – С. 9-17.

86. Реан, А.А. К проблеме социальной адаптации личности / А.А. Реан // Вестник СПбГУ. – 1995. – Сер. 6. – Вып. 3. – № 20. – С. 74-79.

87. Рожанец, Р.В. Психологические особенности больных с кардиалгиями / Р.В. Рожанец, Е.Б. Фанталова, О.М. Калинкина, Н.А. Грацианский // Кардиология. – 1988. – № 3. – С. 34-37.

88. Ролик, И.Л. Особенности клинической картины, вегетативного и эмоционально-личностного статуса у больных с синдромом дисплазии

соединительной ткани сердца: дис. ... канд. мед. наук. / И.Л. Ролик. – М., 1995. Научная библиотека диссертаций и авторефератов <http://www.dissercat.com/content/kliniko-kardiogemodinamicheskii-analiz-nekotorykh-form-sindroma-displazii-soedinitelnoi-tkan#ixzz37i26S4KL>.

89. Романова, Е.С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.

90. Ромм М.В. Социальная адаптация и социализация личности в современном обществе // Социология и современное общество: учебное пособие. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 1997. – Ч. 1. – С. 43-62.

91. Ротенберг, В.С. Поисковая активность и адаптация / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский. – М.: Наука, 1984. – 192 с.

92. Рубинштейн, С.Л. Бытие и сознание / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2012 – 590 с.

93. Рузавин, Г.И. Концепции современного естествознания / Г.И. Рузавин. – М.: Юнити, 2007. – 287 с.

94. Самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ, 2003. – 656 с.

95. Свиридов, Н.А. Социальная адаптация личности в трудовом коллективе / Н.А. Свиридов / Социологические исследования. – 1980. – № 3. – С. 47-48.

96. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме; пер. с англ. / Г. Селье. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.

97. Сидоров Г.А. Особенности состояния здоровья детей с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани (комплексное клинико-социальное исследование) / Г.А. Сидоров. – 2011. – 150 с. <http://www.dissercat.com/content/osobennosti-sostoyaniya-zdorovya-detei-s-priznakami-nedifferentsirovannoi-displazii-soedinitelnoi-tkan#ixzz2xGGIwCly>.

98. Сиомичев, А.В. Психологические особенности адаптации студентов в сфере познания и общения в вузе: автореф. дис. ... канд. психол.

наук. 1985 г. <http://lib.mgppu.ru/OpacUnicode/index.php?url=auteurs/view/-28545/source:default>.

99. Скитяева, И.М. Закономерности структурно-функциональной организации рефлексии и их роль в формировании личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2002. – 23 с.

100. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.

101. Столин, В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М.: Издательство Московского Университета, 1983. – 284 с.

102. Субботина, Л.Ю. Психология защитного поведения / Л.Ю. Субботина. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2006. – 220 с.

103. Субботина, Л.Ю. Структурно-функциональная организация психологической защиты личности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Л.Ю. Субботина. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2006. – 47 с.

104. Толстых, Ю.И. Современные подходы к категории «адаптационный потенциал» / Ю.И. Толстых // Известия ТулГУ: Гуманитарные науки. – 2011. – № 1. – С. 493-496.

105. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

106. Тхостов, А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. – Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1990. – С. 32-38.

107. Тхостов, А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш. Тхостов // Вестник Моск. ун-та; Сер. 14: Психология. – 1993. – № 1. – С. 3-16; № 4. – С. 3-13.

108. Тхостов, А.Ш. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект / А.Ш. Тхостов // Психологический журнал. – 2005. – № 2. – С. 102-107.

109. Урванцев Л.П. Психология соматического больного: учебное пособие / Л.П. Урванцев. – Ярославль: Ин-т психологии РАН, Ин-т Открытое общество, 2000. – 167 с.

110. Фанталова, Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов / Е.Б. Фанталова // Психологический журнал. – 1992. -Т.13. №1. – С. 107-117

111. Федотова, С.А. Дисплазия соединительной ткани у подростков. Клиническая значимость, психологические особенности и способы коррекции / С.А. Федотова // Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию создания педиатрического факультета «Актуальные проблемы педиатрической науки и практики»; г. Курск, 20-21 декабря 2010 г. – Курск: КГМУ, 2010. – С. 324-328.

112. Федотова, С.А. Психологические особенности больных с дисплазией соединительной ткани / С.А. Федотова // Материалы VI международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века»; Санкт-Петербург, Ленинградский государственный университет имени А.С Пушкина, 2-3 декабря 2010 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2010. – С. 272-277.

113. Философский словарь / под ред. И.Т. Фролова. – 7-е изд., перераб. и доп. – М.: Республика, 2001. – 719 с.

114. Философский энциклопедический словарь / ред.-сост. Е.Ф. Губского [и др.]. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 574 с.

115. Форстер, О.Г. Имеется ли связь между степенью дисплазии и «эмоциональным статусом» у больных с ишемической болезнью сердца? /

О.Г. Форстер, Ю.Г. Шварц // Вестник аритмологии. – 2003. – № 33. – С. 18-21.

116. Фрейд, З. Введение в психоанализ: лекции / З. Фрейд. – СПб.: Азбука-классика, 2004. – 480 с.

117. Хорни, К. Самоанализ / К. Хорни. – М.: ЭКСМО-пресс, 2002. – 448 с.

118. Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – 3-е междунар. изд. – СПб.: Питер, 2005. – 607 с.

119. Царегородцев, Г.И. Философия и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни / Г.И. Царегородцев. – М.: Медицина, 1975. 131 с.

120. Цветкова, И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья / И.В. Цветкова // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21). – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 17.07.2014).

121. Чайка, В.Г. Особенности социально-психологической адаптации студентов / В.Г. Чайка // Инновации в образовании. – 2002. – № 2. – С. 35-41.

122. Чеснокова, И.И. Проблемы самосознания в психологии / И.И. Чеснокова. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

123. Шапкин, С.А. Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегий адаптации / С.А. Шапкин // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 1. – С. 19-34.

124. Шибутани, Т. Социальная психология; пер. с англ. В.Б. Ольшанского / Т. Шибутани. – Ростов – на/Д: Феникс, 1999. – 539 с.

125. Шилаев, Р.Р. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых / Р.Р. Шилаев, С.Н. Шальнова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 5. – С. 61-67.

126. Шустова, Н.Е. Социально-психологическая адаптация молодежи и отношение к социальным нормам / Н.Е. Шустова, В.В. Гриценко // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28. – № 1. – С. 46-57.

127. Ягода, А.В. Особенности психической дезадаптации у пациентов с МАС / А.В. Ягода, Н.Н. Гладких, И.В. Боев // Терапевтический архив. – 2005. – № 12. – С. 29-32.

128. Яницкий, М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики: учебное пособие / М.С. Яницкий. – Кемерово: Кемеровский гос. ун-т, 1999. – 84 с.

129. Lazarus, R.S. Stress, Appraisal and Coping / R.S. Lazarus, S. Folkman. – N.Y., 1984.

130. Levin, K. A dynamic theory of Personality / K. Levin. – N.Y., 1955.

131. Philips, L. Human adaptation and his failures / L. Philips. – N.Y. & London: Academic Press, 1968.

132. Feller, L. The nature of fibrous dysplasia / L. Feller, N.H. Wood, R. AG Khammissa, J. Lemmer, E.J. Raubenheimer // Head & Face Medicine. – November, 2009.

133. Morse, R.P. Diagnosis and management of infantile marfan syndrome. Affiliation: Department of Maternal and Child Health, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hanover, New Hampshire / R.P. Morse, S. Rockenmacher, R.E. Pyeritz, S.P. Sanders, F.R. Bieber, A. Lin, P. MacLeod, B. Hall, J.M. Graham // PEDIATRICS. – 1990; Dec. – Vol. 86. – Issue 6.

134. Steimann, B. The Ehlers-Danlos syndrome / B. Steimann, P.M. Royce, A. Superti-Furga, B. Steimann // Connective tissue and its heritable disorders: molecular, genetic and medical aspects. – N.Y.: Wiley-Liss. – 1992. – P. 350408.

135. Hale, C.J. Social support and physical health / C.J. Hale, J.W. Hannum & D.L. Espelage // The importance of belonging: Journal of American College Health, 53. – 2005. – P. 276-284.

136. Horton, T.V. Hope and social support as resilience factors psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions / T.V. Horton, J.L. Wallander // *Rehabilitation Psychology*, 46. – 2001. – P. 382-399.

137. Salovey, P. Emotional states and physical health / P. Salovey, J.B. Detweiler, W.T. Steward, A.J. Rothman // *American Psychologist*, 55. – 2000. – P. 110-121.

138. George, S. What Is Psychosocial Adaptation? / S. George // eHow Contributor updated: August 10. – 2010 // http://www.ehow.com/facts_6827752_psychosocial-adaptation_.html.

139. <http://vsetesti.ru/>.

140. <http://www.dissercat.com/>.

141. Livneh. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors / Livneh, Hanoch; Antonak, F. Richard // *Journal of Counseling and Development: JCD*. – Vol. 83. – № 1.

142. R. M. Coakley. Constructing a Prospective Model of Psychosocial Adaptation in Young Adolescents with Spina Bifida: An Application of Optimal Data Analysis / Rachael Millstein Coakley, Grayson N. Holmbeck Holmbeck, Fred B. Bryant, Loyola University Chicago, 6525 N. Sheridan Road, Chicago, Illinois 60626. – 2006 // <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/31/10/1084.full>

143. Philipon, P. Le syndrom de Marfan / P. Philipon // Une publication de l'Association française du syndrome de Marfan/mars. – 2010. – P. 64.

144. Gargiulo, M. Vivre avec une maladie genetique // Editions Albin Michel. – 2009. – Paris. – 187 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение 1.****Методика социальной приспособленности Х. Белла**

Прочитайте вопрос, ответьте «да» или «нет».

1. Бывает ли так, что ты днем погружен в мечты?
2. Легко ли ты заражаешься насморком от других?
3. Ты очень любишь театр или театральное искусство?
4. Думаешь ли ты, что многие люди говорят достаточно банально и глупо?
5. Боишься ли ты, если тебе нужно пойти к врачу с какой-либо болезнью?
6. Стараешься ли ты при официальной встрече познакомиться с важной персоной, которая там присутствует?
7. Чувствительны ли твои глаза к свету?
8. Появлялось ли у тебя когда-либо сильное желание убежать из дома?
9. Тебя очень интересуют цвета?
10. Как ты думаешь, это возможно, чтобы все люди жили в мире?
11. Нравится ли тебе на встречах и вечеринках представлять людей друг другу?
12. Возникало ли у тебя когда-нибудь чувство, что ты не оправдал надежд своих родителей?
13. Часто ли ты чувствуешь себя несчастным?
14. Есть ли у тебя склонность к аллергии на пыльцу растений или астме?
15. Ты пришел к выводу, что на свете есть много людей, которым ты не можешь доверять?
16. Нравится ли тебе носить пеструю одежду?
17. Трудно ли тебе делать остроумные замечания, когда ты разговариваешь с группой людей?
18. Болел ли ты уже скарлатиной или дифтерией?

19. Ты больше любишь душ, чем ванну?
20. Считаешь ли ты, что лучше притвориться, чем смущаться при выслушивании полной правды о себе?
21. Стараешься ли ты внести оживление в компанию?
22. Стремится ли твоя мама быть лидером в семье?
23. Хотел бы ты работать в службе социальной помощи?
24. Нравится ли тебе ходить в компанию для того, чтобы встретиться с людьми?
25. Относились ли некоторые люди к тебе недоброжелательно?
26. Часто ли кто-нибудь из родителей несправедливо критикует тебя?
27. Приходишь ли ты в замешательство, когда придя на собрание, видишь, что все остальные уже сидят?
28. Часто ли ты чувствуешь себя одиноким, даже находясь среди людей?
29. Хотел ли ты быть дизайнером жилого помещения?
30. Получал ли ты когда-нибудь серьезную травму в результате несчастного случая?
31. Испытывал ли ты чувство, что в вашей семье было недостаточно любви и симпатии?
32. Трудно ли тебе было отвечать в школе перед всем классом?
33. Часто ли у тебя болит голова?
34. Возникало ли у тебя чувство, что тебе кто-то умышленно вредит?
35. Хотел бы ты стать личным секретарем?
36. Часто ли у тебя возникает чувство, что тебя не понимают?
37. Твое отношение к отцу обычно хорошее?
38. Иногда ты засыпаешь с трудом, даже когда тебе не мешает никакой шум?
39. Любишь ли ты вступать в разговор с попутчиками, когда едешь в поезде, автобусе и т.п.?
40. Часто ли вечером ты чувствуешь себя усталым?
41. Беспокоит ли тебя мысль о землетрясении или пожаре?

42. Думаешь ли ты, что в большинстве случаев правильнее быть «безоглядно откровенным»?
43. Часто ли ты используешь в повседневном общении слова «золотой» и «милый»?
44. Становится ли тебе страшно при мысли, что к тебе в квартиру ночью могут забраться воры?
45. Похудел ли ты в последнее время?
46. Бывало ли так, что родители настаивали на том, чтобы ты их слушался, несмотря на то, была ли их просьба разумной или нет?
47. Легко ли тебе попросить помощи у другого человека?
48. Часто ли ты читаешь такие журналы как «Работница», «На досуге» и др.?
49. Был ли ты несчастным из-за болезни или смерти близкого родственника?
50. Часто ли у тебя бывают головокружения?
51. Обвиняли ли тебя люди за то, что ты их слишком строго судишь?
52. Чувствовал ли ты себя несчастным из-за недостатка денег в семье?
53. Бываешь ли ты так растроган, что тебе хочется плакать?
54. Страдаешь ли ты от робости или застенчивости?
55. Чувствуешь ли ты ужас перед большим пожаром?
56. Если тебе что-то нужно от человека, которого ты не знаешь, ты скорее напишешь ему письмо, чем лично его попросишь?
57. Часто ли один из твоих родителей указывал на твои ошибки в твоём поведении?
58. Перенес ли ты какую-нибудь хирургическую операцию?
59. Ты был бы очень смущен, если бы тебе пришлось по своей инициативе предложить тему дискуссии в группе?
60. Пугает ли тебя вид змеи?
61. Не кажется ли тебе иногда, что на этом свете «ужасно много дураков»?
62. Пугает ли тебя вид душевнобольных?

63. Часто ли твои родители возражают против друзей, с которыми ты встречаешься?
64. Часто ли не по твоей вине тебе не удается что-то выполнить?
65. Часто ли ты бываешь простужен?
66. Имеется ли у тебя опыт организации и управления деятельностью других людей?
67. Стесняешься ли ты той работы, которую делает твой отец, чтобы прокормить семью?
68. Часто ли ты обнаруживал, что твой приятель тебя обманул?
69. Читаешь ли ты обычно спортивные новости в газетах?
70. Предрасположен ли ты к воспалению гланд или горла?
71. Ты боишься молнии?
72. Является ли один из твоих родителей вспыльчивым человеком?
73. Предрасположен ли ты к гриппу?
74. Бываешь ли ты подавлен, получая плохие оценки?
75. Трудно ли тебе начать разговор с человеком, с которым тебя только что познакомили?
76. Думаешь ли ты, что женщинам (мужчинам) можно верить?
77. Противно ли тебе слышать, когда кто-нибудь употребляет в разговоре нецензурные выражения?
78. Испытывал ли ты когда-нибудь ощущение, что кто-то тебя гипнотизирует или принуждает тебя делать что-то против твоей воли?
79. Был ли ты в последние десять лет серьезно болен?
80. Часто ли ты не был согласен с одним из родителей в том, как должна распределяться домашняя работа?
81. Завидуешь ли ты иногда счастью других?
82. Бывало ли так, что в школе ты отказывался отвечать на вопросы, которые знал, потому что боялся говорить перед всем классом?
83. Часто ли ты страдаешь расстройством желудка или кишечника?
84. Нервирует ли тебя очень наивный или легкомысленный человек?

85. Противны ли тебе слова «брюхо», «лакать» (пьянствовать) или подобные им?
86. Боялся ли ты когда-нибудь, что можешь упасть, стоя на высоком месте?
87. Часто ли в вашей семье были ссоры?
88. Легко ли тебе подружиться с человеком другого пола?
89. Легко ли тебя можно уговорить не делать чего-либо?
90. Часто ли ты ругался с братьями или сестрами?
91. Были ли у тебя знакомые, которых ты вообще не мог переносить?
92. Противно ли тебе видеть человека, который постоянно плюется при курении?
93. Бывало ли, что действия одного из родителей вызывали в тебе чувство страха?
94. Часто ли ты сожалеешь о своих поступках?
95. Представь себе, что ты гость на важном ужине. Ты бы лучше отказался от какого-либо блюда, чем попросил, чтобы тебе его подали?
96. Думаешь ли ты, что твои родители не считают тебя взрослым и обходятся с тобой, как с ребенком?
97. Бывают ли твои глаза утомленными?
98. Думаешь ли ты, что большинство людей вели бы себя нечестно, если бы не боялись последствий своих проступков?
99. Отвратителен ли тебе сильный запах пота?
100. Беспокоит ли тебя ощущение, что люди могут угадать твои мысли?
101. Есть ли у тебя опыт выступления перед аудиторией?
102. Часто ли ты чувствуешь себя уставшим, когда рано встаешь?
103. Бывают ли твои родители необычайно строги к тебе?
104. Легко ли ты можешь рассердиться?
105. Часто ли тебе приходится ходить к врачу?
106. Часто ли ты указываешь кому-либо из твоих собеседников на «глупые замечания»?

107. Противен ли тебе пьяный мужчина?
108. Трудно ли тебе говорить перед публикой?
109. Часто ли ты чувствуешь себя ничтожным?
110. Имеет ли кто-либо из твоих родителей такие привычки, которые действуют тебе на нервы?
111. Всегда ли ты был обеспечен дома всем жизненно необходимым?
112. Думаешь ли ты, что большинство людей используют тебя, как только предоставляется такая возможность?
113. Нравится ли тебе знакомиться с новыми направлениями в моде?
114. Страдаешь ли ты от чувства неполноценности?
115. Чувствуешь ли ты себя большую часть времени уставшим?
116. Нравится ли тебе уделять много времени уходу за своими руками и кожей?
117. Думаешь ли ты, что единственный способ достичь чего-либо в жизни – это заботиться, прежде всего, о себе?
118. Считают ли тебя нервным человеком?
119. Любишь ли ты ходить на танцы?
120. Часто ли ты теряешь уверенность в себе из-за своего внешнего вида?
121. Любишь ли ты мать больше, чем отца?
122. У тебя испорчен желудок?
123. Доставляет ли тебе радость оформлять букеты и расставлять цветы?
124. Возникало ли у тебя когда-нибудь чувство, что за твоей спиной люди говорят о тебе плохо?
125. Считаешь ли ты, что есть много «глупых» обычаев и моральных норм поведения?
126. Легко ли ты краснеешь?
127. Чтобы дома был покой, тебя часто заставляли сидеть тихо или просили пойти погулять?

128. Ты очень стесняешься в присутствии людей, которыми ты восхищаешься, но с которыми лично не знаком?
129. Бывают ли у тебя сильные головные боли?
130. Тебе нравится танцевать с человеком твоего пола?
131. Возникало ли у тебя чувство, что все, происходящее вокруг, нереально?
132. Часто ли у тебя болит желудок, возникает тошнота или понос?
133. Бываешь ли ты лидером в совместных мероприятиях?
134. Легко ли тебя оскорбить?
135. Думаешь ли ты, что многие люди, с которыми ты знаком, очень неразумны?
136. Любишь ли ты носить украшения или драгоценности?
137. Переходил ли ты когда-нибудь на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с кем-нибудь?
138. Бывают ли у тебя иногда чередующиеся чувства любви и ненависти по отношению к членам семьи?
139. Считал ли ты когда-нибудь своего отца идеалом мужественности?
140. Думаешь ли ты, что следует обращать внимание людей на их ошибки?
141. Если ты опоздал на собрание, то ты скорее подождешь за дверью или уйдешь, чем пройдешь и сядешь впереди?
142. Часто ли ты в детстве болел?
143. Беспокоишься ли ты иногда по поводу несчастья, которое могло бы с тобой произойти?
144. Умеешь ли ты быстро подружиться с человеком?
145. Нравится ли тебе читать о конструировании самолетов и военных кораблей?
146. Часто ли родители наказывали тебя в период между 10 и 15 годами?
147. Случалось ли, что тебя обманул человек, которого ты считал своим другом?
148. Трудно ли тебе дышать носом?

149. Часто ли в обществе ты являешься центром благожелательного внимания?
150. Легко ли раздражается один из твоих родителей?
151. Ты бы хотел иметь лучше несколько добрых друзей, чем много случайных знакомых?
152. Беспокоит ли тебя предположение, что люди на улице за тобой следят?
153. Нравится ли тебе заниматься рукоделием (вязанием, шитьем)?
154. Считаешь ли ты, что не следует убивать зайцев на охоте только ради спортивного интереса?
155. Долго ли ты выздоравливаешь после простуды?
156. Чувствовал ли ты себя несчастным из-за того, что кто-то из родителей критиковал тебя по поводу твоего внешнего вида?
157. Тебя очень беспокоит критика в твой адрес?
158. Приходишь ли ты в смущение, если тебе необходимо попросить разрешения покинуть группу людей?
159. Считаешь ли ты, что людям нравится тратить свое время и силы, чтобы доставить радость другим?
160. Знаешь ли ты мировой рекорд в беге на 100 метров, в прыжках с шестом или в беге на 1500 метров?
161. Ты весишь значительно меньше нормы?
162. Часто ли ты садишься обедать без настоящего чувства голода?
163. Твои родители постоянно живут отдельно от тебя?
164. Часто ли ты бываешь взволнован?
165. Участвуя в общественных мероприятиях, ты предпочитаешь оставаться на заднем плане?
- 166.носишь ли ты очки?
167. Есть ли у тебя ощущение, что многие так называемые «добрые поступки», которые мы стараемся совершать по отношению к другим, приносят больше зла, чем добра?
168. Является ли один из твоих родителей очень нервным?

169. Приходится ли тебе постоянно интересоваться какой-то необычной, бессмысленной идеей, которая тебя волнует?
170. Охватывает ли тебя смятение, когда преподаватель неожиданно вызывает тебя?
171. Считаешь ли ты важным постоянно заботиться о своем здоровье?
172. Легко ли ты сердишься?
173. Вступал ли ты в конфликт с родителями по поводу своего жизненного выбора?
174. Нравится ли тебе участвовать в общественных мероприятиях и вечеринках?
175. Считаешь ли ты, что тебе следует обращать внимание на то, чтобы люди тебя не использовали?
176. Бывают ли у тебя беспричинные колебания настроения?
177. Трудно ли тебе вступить в разговор с незнакомым человеком?
178. Характерны ли для тебя длительные унизительные переживания?
179. Часто ли ты отсутствуешь в школе из-за болезни?
180. Боялся ли ты когда-нибудь чего-либо, хотя знал, что это не может тебе навредить?
181. Часто ли ты страдаешь запорами?
182. Казалось ли тебе, что у твоих друзей более счастливая семейная жизнь, чем у тебя?
183. Нравится ли тебе готовить и убирать в доме?
184. Твое отношение к матери обычно было хорошим?
185. Боится ли ты ядовитых пауков?
186. Есть ли у тебя зубы, которым необходимо лечение?
187. Стесняешься ли ты, когда тебе нужно читать стихи в группе людей?
188. Оказывал ли один из родителей очень сильное влияние на тебя?
189. Часто ли ты чувствуешь, что ты в чем-то превзошел остальных?
190. Считаешь ли ты, что время от времени необходимо «отделяться» от любопытных людей?

191. Имелись ли у тебя уже проблемы по поводу работы сердца, легких или почек?
192. Согласен ли ты с утверждением, что большинство людей изменяют свое мнение, если им хорошо заплатить?
193. Часто ли у тебя в голове вертятся мысли, из-за которых ты не можешь заснуть?
194. Возникает ли у тебя чувство, что кто-то из родителей не может тебя понять?
195. Интересует ли тебя пантомима?
196. Боишься ли ты оставаться один в темноте?
197. Согласен ли ты с мнением, что не существует абсолютно бескорыстных поступков?
198. Колеблешься ли ты, принимая решение добровольно вызваться читать стихи группе?
199. Было ли у тебя кожное заболевание или сыпь (например, прыщи, микоз)?
200. Колеблешься ли ты, если тебе необходимо войти в комнату, где уже сидит и разговаривает группа людей?

Приложение 2.**Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»
А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина**

Прочитайте вопрос, ответьте «да» или «нет»

1. Бывает, что я сержусь.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.
4. Судьба определенно несправедлива ко мне.
5. Запоры у меня бывают очень редко.
6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.
7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
8. Мне кажется, что меня никто не понимает
9. Считаю, что если кто-то причинил мне зло, я должен ему ответить тем же.
10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой-нибудь задаче или работе.
12. У меня бывают очень странные и необычные переживания.
13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.
14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.
15. Бывает, у меня появляется желание ломать и крушить все вокруг.
16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
18. Моя семья относится с неодобрением к некоторым занятиям, которые я для себя выбрал.
19. Бывали случаи, когда я не сдерживал своих обещаний.
20. Голова у меня болит часто.

21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины ощущаю жар во всем теле.
22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.
23. Состояние моего здоровья не хуже, чем у большинства моих знакомых.
24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.
25. Большинству людей, которые меня знают, я нравлюсь.
26. Я человек общительный.
27. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.
28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
30. У меня мало уверенности в себе.
31. Иногда я говорю неправду.
32. Обычно я считаю, что жизнь – стоящая штука.
33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.
34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
36. Иногда я сильно испытываю желание нарушить правила приличия или кому-нибудь навредить.
37. Самая трудная борьба для меня – это борьба с самим собой.
38. Мышечные судороги или подергивания у меня бывают крайне редко.
39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
40. Иногда, когда я себя неважно чувствую, я бываю раздражительным.
41. Большую часть времени у меня такое чувство, что я сделал что-то не то или даже плохое.
42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать все наперекор, даже если я знаю, что они правы.

43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.
44. Моя речь сейчас такая же, как и всегда (ни быстрее, ни медленнее, нет невнятности).
45. Я считаю, что моя жизнь в семье такая хорошая, как у большинства моих знакомых.
46. Меня ужасно задевает, когда меня критикуют или ругают.
47. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.
48. Мое поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.
49. В детстве у меня была такая компания, где все старались стоять друг за друга.
50. Иногда меня так и подмывает затеять с кем-нибудь драку.
51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
52. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.
53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.
54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.
55. Сейчас мой вес постоянен (я не хUDEЮ и не полнею).
56. Я считаю, что меня часто наказывали незаслуженно.
57. Я легко плачу.
58. Я мало устаю.
59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
60. С моим рассудком творится что-то неладное.
61. Чтобы скрыть свою застенчивость, мне приходится затрачивать большие усилия.
62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).
63. Меня беспокоят сексуальные (половые вопросы).

64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
65. Когда я пытаюсь что-то сделать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.
68. Иногда, когда я смущен, я сильно потею, и меня это раздражает.
69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
70. Думаю, что я человек обреченный.
71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь или где-нибудь, например, в магазине.
72. Я злоупотреблял (ю) спиртными напитками.
73. Я часто о чем-нибудь тревожусь.
74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.
75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.
77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.
78. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
79. Я всегда был независимым и свободным от контроля со стороны семьи.
80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.
81. Зачастую мои поступки неправильно истолковывались.
82. Мои родители и (или) другие члены семьи придираются ко мне больше, чем надо.
83. Кто-то управляет моими мыслями.
84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.

85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.
86. В школе я усваивал (ю) материал медленнее, чем другие.
87. Я вполне уверен в себе.
88. Никому не доверять – самое безопасное.
89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.
91. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда я это делаю ради забавы.
92. В игре я предпочитаю выигрывать.
93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.
94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
95. Я ежедневно выпиваю много воды.
96. Счастливее всего я бываю, когда один.
97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой-то причине остался безнаказанным.
98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.
99. Я очень редко заговариваю с людьми первым.
100. У меня никогда не было столкновений с законом.
101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
102. Иногда безо всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычной веселости.
103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
104. В школе мне очень трудно (или было) говорить перед классом.
105. Люди проявляют ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.

106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что это у меня плохо получается.
107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.
108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.
109. Как правило, мне не везет.
110. Меня легко привести в замешательство.
111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.
112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания или начать новое дело
114. Если бы люди не были настроены против меня, я бы достиг в жизни гораздо большего.
115. Мне кажется, что меня никто не понимает.
116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
117. Я легко теряю терпение с людьми.
118. Часто в новой обстановке я испытываю чувство тревоги.
119. Часто мне хочется умереть.
120. Иногда я бываю так возбужден, что мне трудно заснуть.
121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.
122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что не справлюсь с ним.
123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
124. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
125. Я убежден, что существует лишь одно единственное правильное понимание смысла жизни.
126. В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.

127. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
128. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.
129. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-нибудь от ошибок, а меня понимают неправильно.
130. Я часто обращаюсь к людям за советом.
131. Часто, даже тогда, когда для меня складывается всё хорошо, я чувствую, что мне всё безразлично.
132. Меня довольно трудно вывести из себя.
133. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь они часто понимают меня неправильно.
134. Обычно я спокоен и меня нелегко вывести из душевного равновесия.
135. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.
136. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, что я не могу заставить себя не думать о них.
137. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.
138. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особо не задумываясь, соглашался с мнением других.
139. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья.
140. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
141. Я думаю, что можно, не нарушая закон, попытаться найти в нем лазейку.
142. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что я в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.
143. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
144. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет побывать мне среди людей.
145. Можно просить людей нарушение тех правил, которые они считают неразумными.
146. У меня есть дурные привычки, которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.

147. Я охотно знакомлюсь с новыми людьми.
148. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка у меня вызывает смех.
149. Если дело идет у меня плохо, то мне сразу хочется всё бросить.
150. Я предпочитаю действовать согласно собственным планам, а не следовать указаниям других.
151. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.
152. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, я мало стараюсь скрыть это.
153. Я человек нервный и легко возбудимый.
154. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
155. Будущее кажется мне безнадежным.
156. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.
157. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
158. Большую часть времени я чувствую себя усталым.
159. Я люблю бывать на вечерах или просто в компаниях.
160. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
161. Меня очень раздражает то, что я забываю, куда кладу вещи.
162. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем о любви.
163. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я могу легко отказаться от своих намерений.
164. Глупо осуждать людей, которые стремятся ухватить от жизни всё, что могут.
165. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

16-тифакторный личностный опросник Кеттела

Выберите ответ.

1. Я думаю, что моя память сейчас лучше, чем раньше:
 - а) Да в) Трудно сказать с) нет
2. Я мог бы счастливо жить один, вдалеке от людей, как отшельник:
 - а) Да в) Иногда с) Нет.
3. Если бы я говорил, что небо «находится снизу», и что зимой «жарко», я должен был бы назвать преступника.
 - а) Гангстером в) Святым с) Тучей
4. Когда я ложусь спать, я:
 - а) быстро засыпаю в) нечто среднее с) засыпаю медленно, с трудом.
5. Если бы я вел машину по дороге, где много других автомобилей, я чувствовал себя удовлетворенным:
 - а) Если бы остался позади других машин б) Не знаю
 - с) Если бы я обогнал все идущие впереди машины
6. В компании я предоставляю другим шутить и рассказывать всякие истории:
 - а) Да в) Иногда с) Нет
7. Для меня важно, чтобы во всем, что меня окружает, не было беспорядка
 - а) верно в) трудно сказать с) неверно
8. Большинство людей, которых я встречаю на вечеринке, рады меня видеть.
 - а) Да в) Иногда с) Нет.
9. Я бы скорее занимался:
 - а) Фехтованием и танцами в) Затрудняюсь сказать с) Борьбой и ручным мячом.
10. Про себя я смеюсь над тем, что существует такая большая разница между тем, что люди делают и тем, что они рассказывают о том.

а) Да в) Иногда с) Нет

11. Читая о каком-нибудь происшествии, я интересуюсь всеми подробностями.

а) Всегда в) Иногда с) Редко

12. Когда друзья подшучивают надо мной, я обычно смеюсь вместе со всеми и совсем не обижаюсь.

а) Верно в) Не знаю с) Неверно.

13. Когда кто-нибудь грубо говорит со мной, я могу быстро забывать об этом.

а) Верно в) Не знаю с) Неверно.

14. Мне нравится «изобретать» новые способы в выполнении какой-либо работы больше, чем придерживаться испытанных приемов.

а) Верно в) Не знаю с) Неверно

15. Когда я планирую что-нибудь, я предпочитаю делать это без посторонней помощи, один.

а) Да в) Иногда с) Нет

16. Думаю, что я менее чувствительный и менее возбудимый, чем большинство людей.

а) Верно в) Нечто среднее с) Нет

17. Меня раздражают люди, которые не могут быстро принимать решения.

а) Верно в) Не знаю с) Неверно

18. Иногда, хотя и очень недолго, я чувствовал раздражение к моим родителям.

а) Да в) Не знаю с) Нет

19. Я бы скорее раскрыл бы свои сокровенные мысли:

а) моим друзьям в) Не знаю с) В своем дневнике

20. Я думаю, что противоположным по значению словом по отношению к противоположности слова «неточный» будет:

а) Небрежный в) Тщательный с) Приблизительный

21. У меня всегда хватает энергии, когда мне это необходимо

- а) Да в) Трудно сказать с) Нет

22. Меня больше раздражают люди, которые:

- а) Своими непристойными шутками вгоняют других в краску

в) Не знаю

- с) Опаздывают на условленную встречу и заставляют меня

волноваться

23. Мне очень нравится приглашать гостей и развлекать;

- а) Верно в) Не знаю с) Неверно

24. Я думаю, что...

- а) Некоторые виды работ невозможно выполнить так же тщательно,

как другие

в) Затрудняюсь сказать

- с) Любую работу следует делать тщательно, если Вы вообще за нее

взялись

25. Мне обычно приходится преодолевать смущение.

- а) Да в) Иногда с) Нет

26. Мои друзья чаще:

- а) Спрашивают моего совета б) Делают то и другое наполовину с)

Дают мне советы

27. Если приятель обманывает меня в мелочах, я скорее предпочитаю сделать вид, что не заметил этого, чем разоблачать его.

- а) Да в) Иногда с) Нет

28. Я предпочитаю друзей...

а) Интересы которых имеют деловой и практический характер

в) Не знаю с) Которые отличаются философским взглядом на жизнь

29. Я раздражаюсь, когда слышу, что другие высказывают идеи, противоположные тем, в которые я твердо верю.

- а) Верно в) Затрудняюсь ответить с) Неверно

30. Меня волнуют мои прошлые поступки и ошибки.

а) Верно в) Не знаю с) Неверно

31. Если бы я одинаково хорошо умел и то и другое, я предпочел:

а) Играть в шахматы в) Затрудняюсь сказать с) Играть в городки

32. Мне нравятся общительные компанейские люди.

а) Да в) Не знаю с) Нет

33. Я настолько осторожен и практичен, что со мной случаются меньше неприятностей, неожиданностей, чем с другими людьми

а) Да в) Трудно сказать с) Нет

34. Я могу забыть о своих заботах и обязанностях, когда мне это необходимо.

а) Да в) Иногда с) Нет

35. Мне трудно признать, что я не прав.

а) Да в) Иногда с) Нет

36. На предприятии мне было бы интереснее:

а) Работать с машинами и механизмами и участвовать в основном производстве

в) Трудно сказать

с) Беседовать с другими и принимать их на работу

37. Какое слово не связано с другими двумя:

а) Кошка в) Близко с) Солнце

38. То, что в некоторой степени отвлекает меня, мое внимание:

а) Раздражает меня в) Нечто среднее с) Не беспокоит меня совершенно

39. Если бы у меня было много денег, я:

а) Я позаботился бы о том, чтобы не вызвать к себе зависть

в) Не знаю

с) Жил бы не стесняя себя ни в чем

40. Худшее наказание для меня:

а) Тяжелая работа в) Не знаю с) Быть запертым в одиночестве

41. Люди должны больше, чем они делают сейчас, требовать соблюдения законов морали

а) Да в) Иногда с) Нет

42. Мне говорили, что ребенком я был скорее:

а) Спокойным и любил остаться один

в) Не знаю

с) Жизнерадостный и всегда активный, меня нельзя было оставить одного

43. Я предпочел бы работать с приборами

а) Да в) Трудно сказать с) Нет

44. Я думаю, что большинство свидетелей на суде говорят правду, даже если это нелегко для них.

а) Да в) Трудно сказать с) Нет

45. Иногда я не решаюсь проводить в жизнь свои идеи, потому что они кажутся мне неосуществимыми:

а) Верно в) Затрудняюсь ответить с) Неверно

46. Я стараюсь смеяться над шутками не так громко, как это делает большинство людей

а) Верно в) Не знаю с) Нет

47. Я никогда не чувствовал себя таким несчастным, что хотелось бы плакать.

а) Верно в) Не знаю с) Не верно

48. В музыке я наслаждаюсь:

а) Маршами в исполнении военных оркестров

в) Не знаю с) Типичное соло

49. Я быстрее предпочел провести два летних месяца

а) В деревне с одним или с двумя друзьями

в) Не знаю

с) Возглавляя группу в туристических лагерях

50. Усилия, затраченные на составление предварительных планов

- а) Никогда не лишние в) Трудно сказать с) Не стоят этого

51. Необдуманные поступки и высказывания моих приятелей в мой адрес не обижают меня и не делают несчастным.

- а) Верно в) Иногда с) Неверно

52. Удавшиеся дела кажутся мне лёгкими:

- а) Верно в) Иногда с) Неверно

53. Я предпочел бы скорее работать:

а) В учреждении, где мне бы пришлось бы руководить людьми и все время быть среди них

- в) Затрудняюсь ответить

с) В одиночестве, например, архитектором, работая над своими проектами в тихой комнате

54. «Дом» так относится к «комнате», как «дерево» к:

- а) Лесу в) Растению с) Листу

55. То, что я делаю, у меня не получается:

- а) Редко в) Время от времени с) Часто

56. В большинстве дел я:

- а) Предпочитаю рискнуть в) Не знаю

- с) Предпочитаю действовать наверняка

57. Некоторые люди считают, что я слишком много говорю:

- а) Скорее всего это так в) Не знаю с) Думаю, нет

58. Я восхищаюсь больше:

- а) Человеком умным, даже если он ненадежен и непостоянен

- в) Трудно сказать

с) Человеком со средними способностями, но умеющим противостоять всяческим соблазнам

59. Я принимаю решение:

а) Быстрее, чем многие люди в) Не знаю с) Медленнее, чем многие люди

60. На меня производит большое впечатление:

а) Мастерство и изящество в) Не знаю с) Сила и мощь

61. Я считаю, что я человек склонный к сотрудничеству:

а) Да в) Нечто среднее с) Нет

62. Мне нравится говорить с изысканным, утонченным человеком, чем с откровенным и прямолинейным:

а) Да в) Не знаю с) Нет

63. Я предпочитаю:

а) Решать вопросы, касающиеся лично меня, сам

в) Затрудняюсь ответить

с) Обсуждать с моими друзьями

64. Если человек не отвечает сразу же, когда я что-нибудь говорю ему, то я чувствую, что должно быть, сказал какую-нибудь глупость:

а) Верно в) Не знаю с) Неверно

65. В школьные годы я больше всего узнал:

а) На уроках в) Трудно сказать с) Читая книги

66. Я избегаю работы в общественных организациях, и связанной с этим ответственностью:

а) Верно в) Иногда с) Неверно

67. Когда вопрос очень труден, который надо решить, и требует много усилий, я стараюсь:

а) Заняться другим вопросом

в) Затрудняюсь ответить

с) Еще раз попробовать решить этот вопрос

68. У меня возникают сильные эмоции: тревога, гнев, приступы смеха и т.д. казалось бы, без определенной причины:

а) Да в) Иногда с) Нет

69. Иногда мой ум работает не так ясно, как в другое время:

а) Верно в) Не знаю с) Неверно

70. Я счастлив сделать человеку одолжение, согласившись назначить встречу с ним на время, удобное для него, даже это немного неудобно для меня

а) Да в) Иногда с) Нет

71. Я думаю, что правильное число, которое должно продолжить ряд 1,2,3,6,5,...

а) 10 в) 5 с) 7

72. Иногда у меня бывают непродолжительные приступы тошноты и головокружения без определенной причины:

а) Да в) Очень редко с) Нет

73. Я предпочитаю скорее отказаться от своего заказа, чем доставить официанту лишнее беспокойство:

а) Да в) Не знаю с) Нет

74. Я живу сегодняшним днем в большей степени, чем другие люди:

а) Верно в) Не знаю с) Неверно

75. На вечеринке мне нравится:

а) Принимать участие в интересной деловой беседе

в) Затрудняюсь ответить

с) Отдыхать вместе со всеми

76. Я высказываю свое мнение независимо от того, кто его может услышать:

а) Да в) Иногда с) Нет

77. Если бы я мог перенестись в прошлое, я бы хотел встретиться:

а) с Ньютоном в) не знаю с) с Шекспиром

78. Я вынужден удерживать себя от того, чтобы не улаживать чужие дела:

а) Да в) Иногда с) Нет

79. Работая в магазине, я предпочел бы:

а) Оформлять витрины

в) Не знаю

с) Быть кассиром

80. Если люди обо мне плохо думают, я не стараюсь переубедить их, а предпочитаю поступать, как считаю нужным:

а) Да в) Трудно сказать с) Нет

81. Если я вижу, что мой старый друг холоден со мной и избегает меня, я обычно:

а) Сразу же думаю: «У него плохое настроение»

в) Не знаю

с) Беспокоюсь о том, какой неверный поступок я совершил

82. Все неприятности происходят из-за людей:

а) Которые стараются во все внести изменения, хотя уже существует удовлетворительный способ решения этих вопросов

в) Не знаю

с) Которые отвергают новые, многообещающие предложения

83. Я получаю большое удовлетворение, рассказывая местные новости:

а) Да в) Иногда с) Нет

84. Аккуратные требовательные люди не уживаются со мной:

а) Верно в) Иногда с) Неверно

85. Я думаю, что я менее раздражительный, чем большинство людей:

а) Верно в) Иногда с) Неверно

86. Я могу легче не считаться с людьми, чем они со мной

а) Верно в) Иногда с) Неверно

87. Бывает, что все утро у меня возникает нежелание с кем-либо говорить:

а) Верно в) Иногда с) Никогда

88. Если стрелки часов встречаются каждые 65 минут, отмеренных по точным часам, то эти часы:

а) Отстают в) Идут правильно с) Спешат

89. Мне бывает скучно:

а) Часто в) Иногда с) Редко

90. Люди говорят, что мне нравится делать все своим собственным способом:

а) Верно в) Иногда с) Неверно

91. Я считаю, что нужно избегать лишних волнений, потому что они утомляют меня:

а) Да в) Иногда с) Нет

92. Дома в свободное время, я:

а) Отдыхаю от дел в) Затрудняюсь ответить с) Занимаюсь интересными делами

93. Я робко и осторожно отношусь к завязыванию дружеских отношений с другими новыми людьми:

а) Да в) Иногда с) Нет

94. Я считаю, что-то, что говорят люди стихами, можно также точно выразить прозой:

а) Да в) Трудно сказать с) Нет

95. Я подозреваю, что люди, которые относятся ко мне по-дружески, могут оказаться предателями за моей спиной:

а) Да в) Иногда с) Нет

96. Я думаю, что даже самые драматические события через год, уже не оставляют в душе никаких последствий:

а) Да в) Иногда с) Нет

97. Я думаю, что интереснее было бы быть:

а) Натуралистом и работать с растениями

в) Не знаю

с) Страховым агентом

98. Я подвержен суевериям и беспричинному страху и отвращению к некоторым вещам, например, к определенным животным, местам, датам и т.д.:

а) Да в) Иногда с) Нет

99. Я люблю думать над тем, как можно было бы улучшить мир:

а) Да в) Трудно сказать с) Нет

100. Я предпочитаю игры:

а) Где надо играть в команде или иметь партнера

в) Не знаю

с.) Где каждый играет сам за себя

101. Ночью мне снятся фантастические и нелепые сны

а) Да в) Иногда с) Нет

102. Если я остаюсь в доме один, то через некоторое время ощущаю тревогу и страх:

а) Да в) Иногда с) Нет

103. Я могу обмануть людей своим дружеским расположением, когда на самом деле они мне не нравятся:

а) Да в) Иногда с) Нет

104. Какое слово не принадлежит двум другим

а) Думать в) Видеть с) Слышать

105. Если мать Марии является сестрой отца Александра, то кем является Александр по отношению к отцу Марии?

а) Двоюродным братом

в) Племянником

с) Дядей

Методика Р. Лазаруса и С. Фолкмана
(в русскоязычной версии Т.Л. Крюковой)

Оказавшись в трудной ситуации, я...

Выберите цифру ответа: 1. Никогда 2. Редко 3. Иногда 4. Часто

1. Сосредотачивался на том, что мне нужно было сделать дальше – на следующем шаге.
2. Начинал что-то делать, зная, что это всё равно не будет работать: главное – делать хоть что-нибудь.
3. Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили своё мнение.
4. Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации.
5. Критиковал и укорял себя.
6. Пытался не сжигать за собой мосты, оставляя всё, как оно есть.
7. Надеялся на чудо.
8. Смирился с судьбой: бывает, что мне везёт.
9. Вёл себя, как будто ничего не произошло.
10. Старался не показывать своих чувств.
11. Пытался увидеть в ситуации что-то положительное.
12. Спал больше обычного.
13. Срывал досаду на тех, кто навлёк на меня проблемы.
14. Искал сочувствия и понимания у кого-нибудь.
15. Во мне возникала потребность выразить себя творчески.
16. Пытался забыть всё это.
17. Обращался за помощью к специалистам.
18. Менялся или рос как личность.
19. Извинялся или старался как-то всё загладить.
20. Составлял план действий и следовал ему.
21. Старался дать какой-то выход своим чувствам.
22. Понимал, что я сам вызвал эту проблему.

23. Набирался опыта в этой ситуации.
24. Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации.
25. Пытался улучшить своё самочувствие едой, лекарствами, выпивкой, или курением.
26. Рисковал напропалую.
27. Старался не действовать слишком поспешно, доверяясь первому чувству.
28. Находил новую веру.
29. Вновь открывал для себя что-то важное в жизни.
30. Что-то менял так, что всё улаживалось.
31. В целом избегал общения с людьми.
32. Не допускал это до себя, старался об этом особенно не задумываться.
33. Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал.
34. Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела.
35. Отказывался воспринимать это дело слишком серьёзно.
36. Говорил с кем-то, что я чувствую.
37. Стоял на своём и боролся за то, что хотел.
38. Вымещал зло на других.
39. Пользовался прошлым опытом.
40. Знал, что надо делать, и удваивал усилия, чтобы всё наладить.
41. Отказывался верить, что это действительно произошло.
42. Я давал себе обещание, что в следующий раз всё будет по-другому.
43. Находил пару других способов решения проблемы.
44. Старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах.
45. Что-то менял в себе.
46. Хотел, чтобы всё это скорее как-то образовалось или кончилось.
47. Представлял себе, фантазировал, как всё это могло бы обернуться иначе.
48. Молился.
49. Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать.
50. Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему.

Приложение 5.**Тест-опросник самооотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева**

Прочитайте, ответьте «да» или «нет»

1. Мои слова довольно редко расходятся с делом.
2. Случайному человеку я, скорее всего, покажусь человеком приятным.
3. К чужим проблемам я всегда отношусь с тем же пониманием, что и к своим.
4. У меня нередко возникает чувство, что то, о чем я с собой мысленно разговариваю, — мне неприятно.
5. Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.
6. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни, — это не противиться собственной судьбе.
7. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
8. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
9. Я не способен причинять душевную боль самым родным и любимым людям.
10. Я считаю, что не грех иногда пожалеть самого себя.
11. Совершив какой-то промах, я часто не могу понять, как же мне могло прийти в голову, что из задуманного могло получиться что-нибудь хорошее.
12. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
13. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызвать у других острую неприязнь.
14. Когда я пытаюсь оценить себя, я, прежде всего, вижу свои недостатки.
15. У меня не получается быть для любимого человека интересным длительное время.
16. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.

17. Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я, в конце концов, не согласился.
18. Многие мои знакомые не принимают меня так уж всерьез.
19. Бывало, и не раз, что я сам остро ненавидел себя.
20. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
21. В моей жизни возникали такие обстоятельства, когда я шел на сделку с собственной совестью.
22. Иногда я сам себя плохо понимаю.
23. Порой мне мучительно больно общаться с самим собой.
24. Думаю, что без труда смог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.
25. Если я отношусь к кому-нибудь с укоризной, то, прежде всего, к самому себе.
26. Иногда я сомневаюсь, можно ли любить меня по-настоящему.
27. Нередко мои споры с самим собой обрываются мыслью, что все равно выйдет не так, как я решил.
28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.
29. Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.
30. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.
31. Если бы мое второе «Я» существовало, то для меня это был бы довольно скучный партнер по общению.
32. Мне представляется, что я достаточно сложился как личность, и поэтому не трачу много сил на то, чтобы в чем-то стать другим.
33. В целом меня устраивает то, какой я есть.
34. К сожалению, слишком многие не разделяют моих взглядов на жизнь.
35. Я вполне могу сказать, что уважаю сам себя.
36. Я думаю, что имею умного и надежного советчика в себе самом.
37. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.
38. Я часто, но довольно безуспешно пытаюсь в себе что-то изменить.

39. Я думаю, что моя личность гораздо интереснее и богаче, чем это может показаться на первый взгляд.
40. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.
41. Я редко остаюсь непонятым в самом важном для меня.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. То, что со мной случается,— это дело моих собственных рук.
44. Если я спорю с собой, то уверен, что найду единственно правильное решение.
45. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе».
46. Я не считаю, что достаточно духовно интересен для того, чтобы быть притягательным для многих людей.
47. У меня нередко возникает сомнение, а таков ли я на самом деле, каким себе представляюсь.
48. Я не способен на измену даже в мыслях.
49. Чаще всего я думаю о себе с дружеской иронией.
50. Мне кажется, что мало кто может подумать обо мне плохо.
51. Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.
52. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.
53. Я никогда не выдаю понравившиеся мне чужие мысли за свои.
54. Каким бы я ни казался окружающим, я-то знаю, что в глубине души я лучше, чем большинство других.
55. Я хотел бы оставаться таким, какой я есть.
56. Я всегда рад критике в свой адрес, если она обоснована и справедлива.
57. Мне кажется, что если бы было больше таких людей, как я, то жизнь изменилась бы в лучшую сторону.
58. Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.
59. Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.
60. Во мне есть немало того, что вряд ли вызывает симпатию.

61. В сложных обстоятельствах я обычно не жду, пока проблемы разрешатся сами собой.
62. Иногда я пытаюсь выдать себя не за того, кто я есть.
63. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.
64. Я убедился, что глубокое проникновение в себя,— малоприятное и довольно рискованное занятие.
65. Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.
66. У меня бывали такие моменты, когда я понимал, что и меня есть за что презирать.
67. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит.
68. Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личности.
69. Долгие споры с собой чаще оставляют горький осадок в моей душе, чем приносят облегчение.
70. Думаю, что общение со мной доставляет людям искреннее удовольствие.
71. Если говорить откровенно, иногда я бываю очень неприятен.
72. Можно сказать, что я себе нравлюсь.
73. Я — человек ненадежный.
74. Осуществление моих желаний мало зависит от везения.
75. Мое внутреннее «Я» всегда мне интересно.
76. Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.
77. Близким людям свойственно меня недооценивать.
78. У меня в жизни нередко бывают минуты, когда я сам себе противен.
79. Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.
80. Я убедился, что в серьезных делах на меня лучше не рассчитывать.
81. Порой мне кажется, что я какой-то странный.
82. Я не склонен пасовать перед трудностями.
83. Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.

84. Мне кажется, что, глубоко обдумывая свои внутренние проблемы, я научился гораздо лучше себя понимать.
85. Сомневаюсь, что вызываю симпатию у большинства окружающих.
86. Мне случалось совершать такие поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.
87. Где-то в глубине души я считаю себя слабаком.
88. Если я искренне обвиняю себя в чем-то, то, как правило, обличительного запала хватает ненадолго.
89. Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.
90. Я вполне представляю себе, что меня ждет впереди.
91. Иногда мне бывает трудно найти общий язык со своим внутренним «Я».
92. Мои мысли о себе по большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.
93. Я не хотел бы сильно меняться даже в лучшую сторону, потому что каждое изменение — это потеря какой-то дорогой частицы самого себя.
94. В результате моих действий слишком часто получается совсем не то, на что я рассчитывал.
95. Вряд ли во мне есть что-то, чего бы я не знал.
96. Мне еще многого не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе: «Да, я вполне созрел как личность».
97. Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.
98. Иногда я оказываю «бескорыстную» помощь людям только для того, чтобы лучше выглядеть в собственных глазах.
99. Мне слишком часто и безуспешно приходится оправдываться перед самим собой.
100. Те, кто меня не любит, просто не знают, что я за человек.
101. Убедить себя в чем-то не составляет для меня особого труда.
102. Я не испытываю недостатка в близких и понимающих меня людях.
103. Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему.

104. Если не мелочиться, то в целом меня не в чем упрекнуть.
105. Я сам создал себя таким, каков я есть.
106. Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным.
107. Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.
108. Ко мне относятся так, как я того заслуживаю.
109. Думаю, что моя судьба сложится все равно не так, как бы мне хотелось теперь.
110. Уверен, что в жизни я на своем месте.

Приложение 6.**Опросник Плутчика – Келлермана – Конте**

Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения, описывающие чувства, поведение и реакции людей в определенных жизненных ситуациях, и если они имеют к Вам отношение, то отметьте соответствующие номера знаком «+»

1. Со мной ладить очень легко
2. Я сплю больше, чем большинство людей, которых я знаю
3. В моей жизни всегда был человек, на которого мне хотелось быть похожим
4. Если меня лечат, то я стараюсь узнать, какова цель каждого действия
5. Если я чего-то хочу, то не могу дождаться момента, когда мое желание сбудется
6. Я легко краснею
7. Одно из самых больших моих достоинств – это умение владеть собой
8. Иногда у меня появляется настойчивое желание пробить стену кулаком
9. Я легко выхожу из себя
10. Если меня в толпе кто-нибудь толкнет, то я готов его убить
11. Я редко запоминаю свои сны
12. Меня раздражают люди, которые командуют другими
13. Часто бываю не в своей тарелке
14. Я считаю себя исключительно справедливым человеком
15. Чем больше я приобретаю вещей, тем становлюсь счастливее
16. В своих мечтах я всегда в центре внимания окружающих
17. Меня расстраивает даже мысль о том, что мои домочадцы могут разгуливать дома без одежды
18. Мне говорят, что я хвастун
19. Если кто-то меня отвергает, то у меня может появиться мысль о самоубийстве
20. Почти все мною восхищаются

21. Бывает так, что я в гневе что-нибудь ломаю или бью
22. Меня очень раздражают люди, которые сплетничают
23. Я всегда обращаю внимание на лучшую сторону жизни
24. Я прикладываю много стараний и усилий, чтобы изменить свою внешность
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба уничтожила мир
26. Я человек, у которого нет предрассудков
27. Мне говорят, что я бываю излишне импульсивным
28. Меня раздражают люди, которые манерничают перед другими
29. Очень не люблю недоброжелательных людей
30. Я всегда стараюсь случайно кого-нибудь не обидеть
31. Я из тех, кто редко плачет
32. Пожалуй, я много курю
33. Мне очень трудно расставаться с тем, что мне принадлежит
34. Я плохо помню лица
35. Я иногда занимаюсь онанизмом
36. Я с трудом запоминаю новые фамилии
37. Если мне кто-нибудь мешает, то я его не ставлю в известность, а жалуюсь на него другому
38. Даже если я знаю, что я прав, я готов слушать мнения других людей
39. Люди мне никогда не надоедают
40. Я могу с трудом усидеть на месте даже незначительное время
41. Я мало что могу вспомнить из своего детства
42. Я длительное время не замечаю отрицательные черты других людей
43. Я считаю, что не стоит напрасно злиться, а лучше спокойно все обдумать
44. Другие считают меня излишне доверчивым
45. Люди, скандалом добивающиеся своих целей, вызывают у меня неприятные чувства
46. Плохое я стараюсь выбросить из головы
47. Я не теряю никогда оптимизма

48. Уезжая путешествовать, я стараюсь все спланировать до мелочей
49. Иногда я знаю, что сержусь на другого сверх меры
50. Когда дела идут не так, как мне нужно, я становлюсь мрачным
51. Когда я спорю, то мне доставляет удовольствие указывать другому на ошибки в его рассуждениях
52. Я легко принимаю брошенный другим вызов
53. Меня выводят из равновесия непристойные фильмы
54. Я огорчаюсь, когда на меня никто не обращает внимания
55. Другие считают, что я равнодушный человек
56. Что-нибудь решив, я часто, тем не менее, в решении сомневаюсь
57. Если кто-то усомнится в моих способностях, то я из духа противоречия буду показывать свои возможности
58. Когда я веду машину, то у меня часто возникает желание разбить чужой автомобиль
59. Многие люди меня выводят из себя своим эгоизмом
60. Уезжая отдыхать, я часто беру с собой какую-нибудь работу.
61. От некоторых пищевых продуктов меня тошнит
62. Я грызу ногти
63. Другие говорят, что я избегаю проблем
64. Я люблю выпить
65. Непристойные шутки приводят меня в замешательство
66. Я иногда вижу сны с неприятными событиями и вещами
67. Я не люблю карьеристов
68. Я много говорю неправды
69. Порнография вызывает у меня отвращение
70. Неприятности в моей жизни часто бывают из-за моего скверного характера
71. Больше всего не люблю лицемерных неискренних людей
72. Когда я разочаровываюсь, то часто впадаю в уныние
73. Известия о трагических событиях не вызывают у меня волнения

74. Прикасаясь к чему-либо липкому и скользкому, я испытываю омерзение
75. Когда у меня хорошее настроение, то я могу вести себя как ребенок
76. Я думаю, что часто спорю с людьми напрасно по пустякам
77. Покойники меня не «трогают»
78. Я не люблю тех, кто всегда старается быть в центре внимания
79. Многие люди вызывают у меня раздражение
80. Мыться не в своей ванне для меня большая пытка.
81. Я с трудом произношу непристойные слова
82. Я раздражаюсь, если нельзя доверять другим
83. Я хочу, чтобы меня считали сексуально привлекательным
84. У меня такое впечатление, что я никогда не заканчиваю начатое дело
85. Я всегда стараюсь хорошо одеваться, чтобы выглядеть более привлекательным
86. Мои моральные правила лучше, чем у большинства моих знакомых
87. В споре я лучше владею логикой, чем мои собеседники
88. Люди, лишённые морали, меня отталкивают
89. Я прихожу в ярость, если кто-то меня заденет
90. Я часто влюбляюсь
91. Другие считают, что я излишне объективен
92. Я остаюсь спокойным, когда вижу окровавленного человека

Анкета

ФИО _____ Пол_М_Ж__

Возраст ___ лет

2. Адрес эл.почты _____

3. Занимались Вы в детстве такими видами спорта, как гимнастика, хореография, акробатика?

4. Садитесь (лись) ли Вы на шпагат?

5. Ставят (или) ли Вам врачи диагноз «сколиоз» (искривление позвоночника)?

6. Часто ли у Вас бывают (ли) носовые кровотечения?

7. Часто ли у Вас возникают (ли) синяки?

8. У Вас хорошее зрение?

9. Носите ли Вы очки для коррекции зрения?

Приложение 8.

Результаты тест-опросника Р. Кеттела

(группа ДСТ)

№ п.п.	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	6	7	5	11	11	7	5	9	4	2	5	4	2	5	5	8	2
2	11	8	5	7	7	6	4	6	3	5	4	6	3	7	5	4	2
3	11	7	4	10	5	5	4	9	5	6	7	5	2	7	5	8	0
4	5	10	3	10	6	6	7	8	7	6	2	4	8	8	6	6	4
5	11	7	1	9	6	5	6	6	5	4	6	7	6	7	4	6	4
6	6	7	3	4	5	6	5	7	4	2	6	7	7	4	6	4	5
7	6	7	3	4	5	6	5	7	4	2	6	7	7	4	6	4	5
8	10	10	4	8	8	6	7	6	10	6	4	4	6	7	6	6	10
9	4	10	2	8	8	6	2	7	10	7	4	6	11	6	6	5	3
10	7	11	3	10	9	8	8	6	8	6	6	4	12	5	3	7	8
11	6	12	4	8	6	10	4	8	7	2	6	4	4	6	6	6	8
12	5	10	3	10	6	6	7	8	7	6	2	4	8	8	6	6	4
13	5	10	4	4	7	7	9	1	3	5	7	6	10	5	6	7	7
14	6	8	6	10	8	8	8	12	7	8	10	6	6	6	8	4	8
15	8	10	1	4	12	6	10	8	9	6	7	5	5	8	9	8	7
16	4	8	6	6	10	5	6	9	5	8	6	2	8	8	4	9	6
17	12	7	2	10	9	6	9	9	6	8	5	4	2	8	2	4	1
18	4	4	4	3	2	3	8	3	5	10	8	4	10	6	11	8	10
19	7	12	4	10	6	6	10	10	10	6	4	2	2	10	4	10	2
20	6	8	2	9	10	5	7	9	4	7	2	7	5	6	5	10	5
21	8	7	5	10	6	9	7	4	7	6	4	3	7	8	7	6	5
22	10	7	6	6	10	5	10	4	2	9	6	6	5	6	4	7	7
23	6	2	3	6	8	1	8	3	8	7	9	8	7	4	10	6	8
24	5	6	3	6	5	8	7	5	3	7	5	4	5	5	4	5	7
25	3	6	5	2	5	2	7	5	7	6	9	0	12	6	8	5	10
26	4	6	3	0	11	4	7	7	8	6	8	2	12	12	8	5	4
27	8	10	1	4	12	6	10	8	9	6	7	5	5	8	9	8	7
28	10	9	4	6	8	6	8	4	6	8	3	6	7	4	8	1	9
29	11	9	4	7	8	6	6	5	6	4	4	5	7	7	3	8	4
30	8	8	2	9	10	8	5	7	5	6	7	8	5	8	8	8	5

Продолжение приложения 8.

31	8	8	5	8	8	6	5	7	4	4	7	4	8	6	4	6	4
32	6	8	4	10	8	5	11	8	4	5	7	4	7	5	2	6	8
33	6	5	4	3	6	0	6	9	11	10	9	9	12	6	9	6	8
34	11	7	3	6	6	2	4	2	2	5	2	7	5	5	8	7	6
35	6	7	5	8	11	3	4	7	9	10	8	6	10	4	7	6	6
36	8	8	6	7	6	7	8	8	8	5	7	6	7	7	5	5	7
37	10	7	6	10	5	4	9	5	2	3	8	6	4	7	8	7	2
38	7	8	2	4	7	5	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5
39	4	10	5	10	7	8	8	9	10	5	8	3	8	7	6	8	4
40	6	10	5	10	7	8	8	9	10	5	8	3	8	7	6	8	4
41	7	8	5	6	6	6	6	7	5	7	6	6	7	7	5	6	8
42	8	9	4	7	5	7	9	8	4	5	6	4	8	8	2	5	4
43	6	9	5	2	5	6	6	10	7	7	8	0	12	5	5	6	4
44	7	12	6	10	9	7	7	5	7	7	10	3	10	7	2	6	0
45	6	4	4	7	2	0	10	2	6	10	6	6	10	9	6	8	6
46	8	11	5	5	8	2	6	7	6	5	5	6	7	5	5	6	4

Примечание: А – степень открытости, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, Н – смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, М – уровень развития воображения; N – дипломатичность, О – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля.

Приложение 9.

Результаты методики Р. Лазаруса и Т.Л. Крюковой и опросника

«Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина

(группа ДСТ)

№ п.п.	КК	Д	С	ПСП	ПО	БИ	ПРП	ПП	Д	НПУ	КС	МН	ЛАП
1	7	11	18	11	6	9	15	6	3	12	13	11	36
2	8	11	14	9	6	13	11	12	8	20	14	4	38
3	11	8	15	14	8	12	16	15	6	12	8	6	26
4	12	15	13	13	6	14	9	8	4	13	10	8	31
5	7	10	12	7	2	11	10	13	4	26	10	3	39
6	13	12	12	13	12	15	9	16	6	28	12	2	41
7	13	12	12	11	12	15	9	16	6	28	12	2	42
8	12	11	16	12	8	14	16	13	0	42	16	9	67
9	12	16	19	16	11	21	13	17	2	58	17	10	85
10	10	3	16	14	9	17	15	13	2	48	17	8	73
11	12	12	13	7	6	12	12	10	2	27	11	16	54
12	12	15	13	13	6	14	9	8	2	45	20	12	77
13	8	14	19	10	11	17	11	16	0	64	20	4	88
14	11	16	17	12	8	22	12	18	3	38	15	13	66
15	14	12	14	9	9	17	12	16	1	61	17	13	91
16	15	4	9	15	8	6	18	14	1	40	17	11	68
17	13	14	13	12	7	9	12	11	6	8	10	12	30
18	9	8	12	15	12	21	8	8	2	60	20	10	90
19	13	14	16	16	10	8	18	15	3	14	9	11	34
20	13	10	8	12	8	13	17	17	6	11	13	10	34
21	12	12	14	12	7	13	11	14	6	26	8	8	42
22	11	6	14	6	3	9	14	7	6	25	17	13	55
23	13	12	13	14	9	17	13	12	2	59	23	11	93
24	12	8	10	9	8	12	9	12	3	50	18	13	81
25	10	10	17	16	11	18	15	15	2	77	21	14	114
26	15	6	14	10	11	14	8	10	1	59	20	11	90
27	14	12	14	9	9	17	12	16	1	61	17	13	91
28	7	11	13	7	9	12	9	11	1	29	19	8	57
29	10	12	15	11	8	15	13	13	1	14	11	8	34

Продолжение приложения 9.

30	15	13	16	13	10	14	17	14	3	21	12	16	50
31	14	8	17	14	7	13	17	11	1	37	14	15	67
32	9	11	13	11	8	16	13	15	2	27	11	10	48
33	16	7	15	8	7	13	11	12	2	49	24	9	83
34	9	10	11	9	5	11	7	9	1	27	21	12	60
35	11	11	17	13	9	17	13	17	0	27	17	7	52
36	10	10	12	12	6	15	8	13	3	30	12	10	53
37	10	9	20	14	8	9	14	12	5	16	11	7	36
38	14	10	14	11	9	18	15	16	0	54	13	9	77
39	8	9	4	3	7	9	5	6	2	31	12	6	50
40	8	9	5	2	7	8	5	7	2	31	12	7	51
41	12	12	14	12	8	16	12	14	4	32	8	10	51
42	9	7	10	15	11	13	8	17	3	31	9	7	48
43	14	7	14	12	8	13	6	12	0	42	14	8	65
44	9	9	14	11	10	9	12	12	1	25	10	7	42
45	13	13	16	5	9	10	12	17	1	63	22	11	98
46	9	14	14	10	6	14	13	11	2	44	15	10	70

Примечание: КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка, В – вытеснение, РГ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, Г – гиперкомпенсация, Р – рационализация, Д – достоверность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, КС – коммуникативные способности, МН – морально-нравственная нормативность, ЛАП – личностный адаптационный потенциал.

Приложение 10.

Результаты опросника Плутчика-Келлермана-Конте
(группа ДСТ)

№ п.п.	В	РГ	З	О	П	К	Г	Р
1	20	35	30	45	8	50	20	50
2	20	23	0	45	41	30	50	41
3	40	30	20	27	33	60	30	50
4	40	23	30	55	25	10	40	50
5	30	23	10	26	50	30	50	20
6	10	29	40	10	33	30	40	41
7	40	47	40	63	50	80	50	50
8	50	18	0	55	33	30	20	41
9	40	36	30	45	70	50	30	41
10	40	60	20	36	50	60	10	51
11	40	48	50	45	41	30	40	50
12	10	76	30	81	67	50	10	50
13	20	60	20	44	66	60	60	58
14	20	58	60	45	85	40	70	50
15	30	58	80	18	80	50	20	17
16	40	53	10	20	50	40	40	68
17	10	29	50	0	50	90	40	41
18	20	35	30	65	66	60	30	66
19	20	11	0	36	58	10	10	50
20	10	41	30	9	33	20	40	50
21	20	48	30	36	41	20	30	50
22	60	58	50	10	33	40	30	20
23	30	41	20	18	25	20	30	50
24	50	41	40	10	41	40	40	41
25	20	23	10	20	33	20	40	41
26	20	29	20	44	50	10	10	66
27	30	35	20	44	33	30	30	33
28	20	58	40	20	41	30	20	41
29	40	35	20	36	60	20	40	20
30	30	23	20	44	66	40	50	17
31	20	35	30	45	8	50	20	50

Продолжение приложения 10.

32	20	23	0	45	41	30	50	41
33	40	30	20	27	33	60	30	50
34	40	23	30	55	25	10	40	50
35	30	23	10	26	50	30	50	20
36	10	29	40	10	33	30	40	41
37	40	47	40	63	50	80	50	50
38	50	18	0	55	33	30	20	41
39	40	36	30	45	70	50	30	41
40	40	60	20	36	50	60	10	51
41	40	48	50	45	41	30	40	50
42	10	76	30	81	67	50	10	50
43	20	60	20	44	66	60	60	58
44	20	58	60	45	85	40	70	50
45	30	58	80	18	80	50	20	17
46	40	53	10	20	50	40	40	68

Примечание: КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка, В – вытеснение, РГ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, Г – гиперкомпенсация, Р – рационализация.

Приложение 11.

Результаты тест-опросника самооотношения

В.В. Столина и С.Р. Пантिलеева (группа ДСТ)

№ п.п.	S	I	II	III	IV	1	2	3	4	5	6	7
1	97	80	86	91	92	92	80	34	60	43	100	69
2	85	34	70	72	92	66	51	51	92	28	100	43
3	74	59	70	72	92	66	51	51	60	43	80	69
4	91	71	91	53	92	50	51	71	38	15	80	43
5	69	59	70	53	49	50	51	51	38	28	55	43
6	97	80	91	72	29	92	51	100	38	61	100	69
7	85	59	97	40	92	50	51	100	38	15	80	21
8	91	91	98	72	100	92	80	100	80	28	100	94
9	74	80	22	18	100	66	32	17	60	81	11	43
10	91	91	77	53	16	92	51	51	80	43	20	84
11	80	34	86	53	71	66	51	90	10	28	80	100
12	98	94	97	91	92	100	80	100	80	28	100	84
13	85	91	28	91	92	81	100	51	60	82	100	84
14	93	71	97	72	100	66	80	90	60	28	100	69
15	96	91	86	53	100	92	51	71	26	61	100	84
16	93	93	70	53	16	81	32	51	80	43	20	84
17	74	59	58	53	100	66	51	51	60	61	100	43
18	88	91	86	72	92	81	51	90	38	15	100	99
19	98	91	91	72	92	92	100	100	60	61	100	94
20	69	45	28	39	92	17	32	8	38	43	100	69
21	93	100	86	91	71	81	80	71	60	28	80	69
22	13	34	4	17	49	17	15	34	15	34	34	21
23	88	45	86	40	92	92	80	100	38	61	80	21
24	74	45	97	40	29	50	32	71	60	15	55	21
25	85	59	4	53	16	66	32	8	80	43	80	69
26	97	100	47	91	92	81	80	51	92	28	100	94
27	80	25	47	91	50	29	100	51	80	43	55	43
28	93	100	97	72	92	92	80	100	80	61	100	94
29	69	59	58	91	16	29	100	17	92	82	34	69
30	38	16	37	53	50	7	51	34	60	43	55	43
31	97	80	86	91	92	92	80	34	60	43	100	69

Продолжение приложения 11.

32	85	34	70	72	92	66	51	51	92	28	100	43
33	74	59	70	72	92	66	51	51	60	43	80	69
34	91	71	91	53	92	50	51	71	38	15	80	43
35	69	59	70	53	49	50	51	51	38	28	55	43
36	97	80	91	72	29	92	51	100	38	61	100	69
37	85	59	97	40	92	50	51	100	38	15	80	21
38	91	91	98	72	100	92	80	100	80	28	100	94
39	74	80	22	18	100	66	32	17	60	81	11	43
40	91	91	77	53	16	92	51	51	80	43	20	84
41	80	34	86	53	71	66	51	90	10	28	80	100
42	98	94	97	91	92	100	80	100	80	28	100	84
43	85	91	28	91	92	81	100	51	60	82	100	84
44	93	71	97	72	100	66	80	90	60	28	100	69
45	96	91	86	53	100	92	51	71	26	61	100	84
46	93	93	70	53	16	81	32	51	80	43	20	84

Примечание: S – интегральная шкала самооотношения, I – самоуважение, II – аутосимпатия, III – ожидаемое отношение от других, IV – самоинтерес, 1 – самоуверенность, 2 – отношение других, 3 – самопринятие, 4 – саморуководство, 5 – самообвинение, 6 – самоинтерес, 7 – самопонимание.

Приложение 12.

Результаты методики социальной приспособленности Х. Белла

(группа ДСТ)

№ п.п.	a	b	c	d	e	f
1	14	15	17	24	18	15
2	9	9	17	11	15	18
3	3	4	15	13	5	15
4	13	11	15	19	22	16
5	14	14	17	27	17	13
6	16	18	13	18	21	7
7	6	8	9	15	13	11
8	3	8	7	13	7	11
9	9	11	13	28	21	13
10	16	22	17	10	21	19
11	6	21	2	8	15	9
12	16	13	3	11	17	15
13	15	11	17	18	12	16
14	11	14	23	23	12	9
15	6	16	17	16	23	13
16	16	22	17	10	21	19
17	6	21	2	8	15	9
18	14	15	17	24	18	15
19	9	9	17	11	15	18
20	3	4	15	13	5	15
21	13	11	15	19	22	16
22	14	14	17	27	17	13
23	16	18	13	18	21	7
24	6	8	9	15	13	11
25	3	8	7	13	7	11
26	9	11	13	28	21	13
27	16	13	3	11	17	15
28	15	11	17	18	12	16
29	11	14	23	23	12	9
30	6	16	17	16	23	13
31	14	15	17	24	18	15

Продолжение приложения 12.

32	9	9	17	11	15	18
33	3	4	15	13	5	15
34	13	11	15	19	22	16
35	14	14	17	27	17	13
36	16	18	13	18	21	7
37	6	8	9	15	13	11
38	3	8	7	13	7	11
39	9	11	13	28	21	13
40	16	22	17	10	21	19
41	6	21	2	8	15	9
42	16	13	3	11	17	15
43	15	11	17	18	12	16
44	11	14	23	23	12	9
45	6	16	17	16	23	13
46	16	22	17	10	21	19

Примечание: а – приспособляемость в семье; б – приспособляемость к болезням, травмам; с – уживчивость; d – эмоциональная уравновешенность; е – враждебность.

Приложение 13.

Результаты тест-опросника Р. Кеттела

(группа НОРМА)

№ п.п.	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	5	4	3	9	10	8	8	8	3	0	4	9	4	6	4	8	4
2	9	5	3	9	8	4	6	8	5	7	4	8	7	3	6	11	4
3	11	7	2	10	6	7	8	7	5	8	6	4	7	7	5	7	4
4	5	9	5	7	11	5	3	7	10	5	10	2	7	7	5	6	3
5	9	12	5	9	12	7	8	8	4	6	6	6	6	9	7	4	2
6	12	8	6	12	8	8	10	12	4	4	4	7	2	9	2	6	6
7	8	6	3	10	6	8	8	6	6	4	2	6	2	6	4	6	4
8	12	10	2	10	4	10	6	8	4	0	2	4	4	6	4	4	4
9	10	8	5	10	6	4	8	6	4	3	2	8	2	8	6	6	3
10	3	7	2	8	6	8	7	8	7	5	7	4	6	7	8	7	8
11	6	10	4	6	8	6	4	6	4	8	7	4	10	6	2	4	6
12	4	10	2	8	9	9	7	9	6	4	6	3	5	4	3	10	7
13	8	12	4	7	11	7	2	11	4	6	1	4	2	8	5	7	2
14	6	12	4	4	7	10	5	6	8	3	6	6	5	4	3	6	4
15	8	10	3	10	4	6	9	8	10	3	4	1	7	10	7	9	2
16	8	9	7	10	7	7	8	7	4	5	3	7	7	7	5	7	2
17	6	7	2	10	3	3	8	3	11	6	6	6	8	3	8	9	5
18	8	6	1	7	8	7	7	7	9	7	5	7	4	6	7	6	7
19	8	10	5	10	6	4	6	8	0	2	9	6	8	3	3	7	2
20	8	5	4	7	3	3	8	6	6	8	6	9	9	5	8	8	4
21	10	8	5	9	12	9	8	8	5	5	7	2	8	8	5	2	6
22	10	10	6	12	8	6	12	9	3	4	4	6	4	8	2	10	4
23	7	11	4	8	7	9	7	8	10	4	8	5	10	8	4	4	6
24	8	7	1	8	5	7	10	7	4	8	7	7	4	6	7	7	4
25	8	8	6	10	10	8	12	8	5	6	4	4	9	7	0	7	3
26	9	7	5	6	5	9	10	8	10	7	9	8	8	5	2	5	5
27	6	5	3	5	5	5	6	6	9	2	6	7	12	6	3	5	6
28	8	9	2	8	10	7	8	7	2	4	8	4	5	7	6	8	6
29	7	8	3	4	7	6	5	5	8	6	9	6	6	4	6	5	6
30	10	9	3	7	10	9	7	8	9	2	4	3	7	4	3	7	8
31	10	7	5	11	6	6	10	6	11	6	4	9	6	3	7	7	5
32	7	6	3	8	11	5	7	5	7	3	5	3	8	8	5	5	4

Продолжение приложения 13.

33	9	9	3	6	4	5	6	9	6	7	8	7	9	6	3	5	6
34	3	10	4	7	5	2	8	5	9	6	5	5	12	3	6	7	6
35	6	7	3	7	6	7	3	5	4	6	5	6	8	7	6	8	6
36	13	8	2	11	5	6	9	7	4	8	6	6	3	8	6	6	2
37	9	8	4	8	7	9	6	8	3	5	7	6	5	5	5	7	3
38	6	3	5	5	10	3	9	10	5	7	7	4	7	6	5	7	4
39	7	9	4	8	5	5	6	6	5	4	6	8	7	8	9	9	3
40	10	7	4	9	3	6	7	8	1	7	5	6	8	3	2	6	4
41	10	5	2	4	6	5	10	3	5	2	6	8	9	9	0	6	5
42	10	7	3	9	4	6	7	8	3	4	5	7	5	5	6	7	0
43	7	10	6	6	10	4	4	8	3	4	6	5	6	7	7	5	4
44	6	11	4	10	10	4	10	9	0	6	6	4	6	10	4	6	4
45	11	8	2	8	9	4	7	7	6	7	3	6	4	5	9	5	3
46	9	5	0	6	6	6	7	8	7	4	7	5	5	4	3	7	4
47	8	10	6	7	9	8	8	9	6	6	6	6	6	9	2	4	5
48	6	8	5	10	8	7	5	3	5	5	6	5	8	4	6	9	7
49	4	5	5	7	7	9	4	5	2	8	4	9	9	6	3	6	6
50	7	10	4	6	6	5	10	9	7	4	8	5	4	8	2	5	2
51	7	10	6	8	7	5	5	9	3	5	5	5	9	6	5	7	6

Примечание: А – степень открытости, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, Н – смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, М – уровень развития воображения; N – дипломатичность, О – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля.

Приложение 14.

Результаты методики Р. Лазаруса и Т.Л. Крюковой и
опросника «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина

(группа НОРМА)

№ п.п.	КК	Д	С	ПСП	ПО	БИ	ПРП	ПП	Д	НПУ	КС	МН	ЛАП
1	8	12	15	12	3	14	12	11	2	19	12	10	42
2	10	8	12	8	8	7	9	8	6	23	12	12	47
3	7	10	10	12	5	11	12	10	9	12	8	8	29
4	10	10	11	16	6	10	13	14	0	27	6	7	41
5	13	15	16	14	9	7	18	15	6	23	11	14	49
6	12	9	8	12	4	9	10	10	8	17	5	12	35
7	13	10	11	11	7	13	9	12	3	15	10	12	38
8	6	7	11	14	8	10	12	13	7	18	12	6	38
9	11	10	20	9	8	6	15	9	4	16	11	11	38
10	7	8	15	13	5	17	16	16	6	29	15	8	51
11	9	9	13	9	7	13	13	11	0	39	11	9	59
12	9	10	9	11	7	12	10	12	1	33	11	10	55
13	14	11	13	12	6	13	12	15	3	10	11	15	37
14	8	7	13	7	9	12	12	9	2	24	9	8	43
15	12	12	14	15	7	11	17	18	2	20	20	9	51
16	5	9	18	13	6	11	11	12	6	8	8	8	24
17	4	8	13	8	5	10	7	7	3	27	14	11	53
18	7	11	10	10	3	12	8	7	5	39	17	8	65
19	6	7	7	7	4	8	6	7	4	18	9	13	41
20	9	9	10	7	5	15	9	7	3	45	21	9	76
21	11	12	14	12	8	16	12	14	0	22	12	9	44
22	14	4	13	14	11	7	18	20	1	19	12	8	40
23	10	9	11	13	10	11	12	12	8	33	8	7	49
24	14	13	13	9	8	13	12	9	6	22	15	10	48
25	11	10	13	12	4	15	10	16	4	33	10	12	56
26	9	10	13	14	8	13	11	12	5	34	11	4	49
27	10	10	10	5	8	12	6	12	6	57	16	8	83
28	12	13	11	14	6	15	9	14	4	32	16	10	60
29	9	12	10	12	6	17	10	12	4	53	14	13	81

Продолжение приложения 14.

30	10	7	12	15	9	13	11	12	1	29	12	8	50
31	8	0	16	12	5	6	18	11	0	21	13	3	38
32	10	12	14	14	4	7	12	9	2	20	15	5	41
33	5	4	13	14	5	9	11	14	4	23	10	6	39
34	7	3	13	10	8	10	11	12	3	40	19	9	69
35	10	10	12	11	7	14	11	10	2	39	18	8	66
36	2	12	13	11	8	14	7	14	5	17	11	7	36
37	9	12	11	6	6	12	10	10	1	10	12	9	32
38	11	11	11	11	9	13	9	12	0	55	15	12	83
39	9	7	8	10	6	7	13	10	0	30	18	9	59
40	10	11	16	7	7	10	11	10	2	19	8	10	37
41	10	11	16	13	7	12	9	15	6	20	8	6	34
42	9	8	12	10	6	12	12	10	5	15	8	8	32
43	11	8	10	13	3	12	12	7	2	42	13	16	72
44	16	11	15	13	9	10	14	13	0	44	11	13	69
45	7	12	12	12	7	14	12	13	5	16	5	6	27
46	8	10	11	10	6	16	11	11	5	5	14	9	28
47	12	11	13	9	10	16	9	15	1	19	9	14	43
48	7	6	12	10	6	14	10	9	6	23	12	12	47
49	12	10	13	13	5	15	13	12	1	45	20	14	80
50	7	9	14	9	7	9	13	10	2	17	5	5	28
51	10	13	13	12	6	15	11	16	1	38	16	11	67

Примечание: КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка, Д – достоверность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, КС – коммуникативные способности, МН – морально-нравственная нормативность, ЛАП – личностный адаптационный потенциал.

Приложение 15.

Результаты опросника Плутчика-Келлермана-Конте

(группа НОРМА)

№ п.п.	В	РГ	З	О	П	К	Г	Р
1	20	30	10	56	25	40	30	60
2	10	53	30	72	50	60	40	58
3	30	35	30	44	60	30	30	41
4	20	11	10	29	17	10	20	33
5	30	35	20	36	41	30	10	50
6	20	41	30	45	42	10	40	33
7	10	11	10	82	25	50	10	50
8	20	23	30	65	66	40	40	41
9	40	53	30	27	58	30	50	33
10	20	35	20	29	41	30	20	41
11	20	30	10	56	25	40	30	60
12	10	53	30	72	50	60	40	58
13	30	35	30	44	60	30	30	41
14	20	11	10	29	17	10	20	33
15	30	35	20	36	41	30	10	50
16	20	41	30	45	42	10	40	33
17	10	11	10	82	25	50	10	50
18	20	23	30	65	66	40	40	41
19	40	53	30	27	58	30	50	33
20	20	35	20	29	41	30	20	41
21	20	30	10	56	25	40	30	60
22	10	53	30	72	50	60	40	58
23	30	35	30	44	60	30	30	41
24	20	11	10	29	17	10	20	33
25	30	35	20	36	41	30	10	50
26	20	41	30	45	42	10	40	33
27	10	11	10	82	25	50	10	50
28	20	23	30	65	66	40	40	41
29	40	53	30	27	58	30	50	33
30	20	35	20	29	41	30	20	41
31	20	30	10	56	25	40	30	60
32	10	53	30	72	50	60	40	58

Продолжение приложения 15.

30	10	7	12	15	9	13	11	12	1	29	12	8	50
31	8	0	16	12	5	6	18	11	0	21	13	3	38
32	10	12	14	14	4	7	12	9	2	20	15	5	41
33	5	4	13	14	5	9	11	14	4	23	10	6	39
34	7	3	13	10	8	10	11	12	3	40	19	9	69
35	10	10	12	11	7	14	11	10	2	39	18	8	66
36	2	12	13	11	8	14	7	14	5	17	11	7	36
37	9	12	11	6	6	12	10	10	1	10	12	9	32
38	11	11	11	11	9	13	9	12	0	55	15	12	83
39	9	7	8	10	6	7	13	10	0	30	18	9	59
40	10	11	16	7	7	10	11	10	2	19	8	10	37
41	10	11	16	13	7	12	9	15	6	20	8	6	34
42	9	8	12	10	6	12	12	10	5	15	8	8	32
43	11	8	10	13	3	12	12	7	2	42	13	16	72
44	16	11	15	13	9	10	14	13	0	44	11	13	69
45	7	12	12	12	7	14	12	13	5	16	5	6	27
46	8	10	11	10	6	16	11	11	5	5	14	9	28
47	12	11	13	9	10	16	9	15	1	19	9	14	43
48	7	6	12	10	6	14	10	9	6	23	12	12	47
49	12	10	13	13	5	15	13	12	1	45	20	14	80
50	7	9	14	9	7	9	13	10	2	17	5	5	28
51	10	13	13	12	6	15	11	16	1	38	16	11	67

Примечание: В – вытеснение, РГ – регрессия, З – замещение, О – отрицание, П – проекция, К – компенсация, Г – гиперкомпенсация, Р – рационализация.

Приложение 16.

Результаты тест-опросника

самоотношения В.В. Столина и С.Р. Панталеева (группа НОРМА)

№ п.п.	S	I	II	III	IV	1	2	3	4	5	6	7
1	93	91	86	53	29	66	15	71	60	15	34	94
2	63	16	70	72	92	66	51	71	38	61	100	43
3	97	94	86	91	71	100	80	100	80	61	80	69
4	96	94	91	72	50	81	32	100	80	15	55	100
5	85	80	70	53	92	66	51	60	80	34	80	84
6	88	91	91	72	92	81	51	90	60	28	80	69
7	97	71	98	72	92	92	80	100	26	15	80	84
8	85	71	70	72	100	66	80	71	60	61	100	69
9	91	71	70	40	92	66	32	71	92	43	100	69
10	93	91	86	53	71	81	51	100	60	28	80	84
11	93	91	86	53	29	66	15	71	60	15	34	94
12	63	16	70	72	92	66	51	71	38	61	100	43
13	97	94	86	91	71	100	80	100	80	61	80	69
14	96	94	91	72	50	81	32	100	80	15	55	100
15	85	80	70	53	92	66	51	60	80	34	80	84
16	88	91	91	72	92	81	51	90	60	28	80	69
17	97	71	98	72	92	92	80	100	26	15	80	84
18	85	71	70	72	100	66	80	71	60	61	100	69
19	91	71	70	40	92	66	32	71	92	43	100	69
20	93	91	86	53	71	81	51	100	60	28	80	84
21	93	91	86	53	29	66	15	71	60	15	34	94
22	63	16	70	72	92	66	51	71	38	61	100	43
23	97	94	86	91	71	100	80	100	80	61	80	69
24	96	94	91	72	50	81	32	100	80	15	55	100
25	85	80	70	53	92	66	51	60	80	34	80	84
26	88	91	91	72	92	81	51	90	60	28	80	69
27	97	71	98	72	92	92	80	100	26	15	80	84
28	85	71	70	72	100	66	80	71	60	61	100	69
29	91	71	70	40	92	66	32	71	92	43	100	69
30	93	91	86	53	71	81	51	100	60	28	80	84

Продолжение приложения 16.

30	10	7	12	15	9	13	11	12	1	29	12	8	50
31	8	0	16	12	5	6	18	11	0	21	13	3	38
32	10	12	14	14	4	7	12	9	2	20	15	5	41
33	5	4	13	14	5	9	11	14	4	23	10	6	39
34	7	3	13	10	8	10	11	12	3	40	19	9	69
35	10	10	12	11	7	14	11	10	2	39	18	8	66
36	2	12	13	11	8	14	7	14	5	17	11	7	36
37	9	12	11	6	6	12	10	10	1	10	12	9	32
38	11	11	11	11	9	13	9	12	0	55	15	12	83
39	9	7	8	10	6	7	13	10	0	30	18	9	59
40	10	11	16	7	7	10	11	10	2	19	8	10	37
41	10	11	16	13	7	12	9	15	6	20	8	6	34
42	9	8	12	10	6	12	12	10	5	15	8	8	32
43	11	8	10	13	3	12	12	7	2	42	13	16	72
44	16	11	15	13	9	10	14	13	0	44	11	13	69
45	7	12	12	12	7	14	12	13	5	16	5	6	27
46	8	10	11	10	6	16	11	11	5	5	14	9	28
47	12	11	13	9	10	16	9	15	1	19	9	14	43
48	7	6	12	10	6	14	10	9	6	23	12	12	47
49	12	10	13	13	5	15	13	12	1	45	20	14	80
50	7	9	14	9	7	9	13	10	2	17	5	5	28
51	10	13	13	12	6	15	11	16	1	38	16	11	67

Примечание: S – интегральная шкала самооотношения, I – самоуважение, II – аутосимпатия, III – ожидаемое отношение от других, IV – самоинтерес, 1 – самоуверенность, 2 – отношение других, 3 – самопринятие, 4 – саморуководство, 5 – самообвинение, 6 – самоинтерес, 7 – самопонимание.

Приложение 17.

Результаты опросника социальной приспособленности Х.Белла

(группа НОРМА)

№ п.п.	a	b	c	d	e	f
1	19	16	9	12	22	12
2	3	11	6	19	15	14
3	7	7	32	19	13	8
4	13	2	12	6	1	24
5	6	10	14	14	8	14
6	9	8	17	12	21	20
7	9	7	11	15	22	14
8	15	14	25	28	16	10
9	19	12	7	21	13	9
10	27	10	13	10	18	19
11	5	25	19	28	22	14
12	21	10	15	17	15	21
13	24	11	28	26	25	17
14	3	11	6	19	15	14
15	7	7	32	19	13	8
16	13	2	12	6	1	24
17	6	10	14	14	8	14
18	9	8	17	12	21	20
19	9	7	11	15	22	14
20	15	14	25	28	16	10
21	19	12	7	21	13	9
22	27	10	13	10	18	19
23	5	25	19	28	22	14
24	21	10	15	17	15	21
25	3	11	6	19	15	14
26	7	7	32	19	13	8
27	13	2	12	6	1	24
28	6	10	14	14	8	14
29	9	8	17	12	21	20
30	9	7	11	15	22	14
31	15	14	25	28	16	10
32	19	12	7	21	13	9

Продолжение приложения 17.

33	27	10	13	10	18	19
34	5	25	19	28	22	14
35	21	10	15	17	15	21
36	3	11	6	19	15	14
37	7	7	32	19	13	8
38	13	2	12	6	1	24
39	6	10	14	14	8	14
40	9	8	17	12	21	20
41	9	7	11	15	22	14
42	15	14	25	28	16	10
43	19	12	7	21	13	9
44	27	10	13	10	18	19
45	5	25	19	28	22	14
46	21	10	15	17	15	21
47	6	10	14	14	8	14
48	9	8	17	12	21	20
49	9	7	11	15	22	14
50	15	14	25	28	16	10
51	19	12	7	21	13	9

Примечание: а – приспособляемость в семье; б – приспособляемость к болезням, травмам; с – уживчивость; d – эмоциональная уравновешенность; е – враждебность.

Результаты тест-опросника Р. Кеттела

(группа АСТМА)

№ п.п.	M D	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
1	6	9	4	7	10	8	7	9	11	5	7	4	7	10	3	4	5
2	6	9	1	10	7	7	7	10	10	5	6	3	10	8	6	6	6
3	9	7	3	8	4	3	10	5	3	7	5	6	1	5	8	9	2
4	2	8	2	6	7	5	7	9	6	8	5	4	11	10	6	7	5
5	5	8	3	8	7	6	8	7	6	6	6	4	7	8	6	6	5
6	2	8	2	6	6	5	7	9	6	8	5	4	11	10	6	7	5
7	6	9	4	7	10	8	7	9	11	5	7	4	7	10	3	4	5
8	6	9	1	10	7	7	7	10	10	5	6	3	10	8	6	6	6
9	9	7	3	8	4	3	10	5	3	7	5	6	1	5	8	9	2
10	2	8	2	6	7	5	7	9	6	8	5	4	11	10	6	7	5
11	5	8	3	8	7	6	8	7	6	6	6	4	7	8	6	6	5
12	2	8	2	6	6	5	7	9	6	8	5	4	11	10	6	7	5
13	6	9	4	7	10	8	7	9	11	5	7	4	7	10	3	4	5
14	6	9	1	10	7	7	7	10	10	5	6	3	10	8	6	6	6
15	9	7	3	8	4	3	10	5	3	7	5	6	1	5	8	9	2
16	2	8	2	6	7	5	7	9	6	8	5	4	11	10	6	7	5
17	5	8	3	8	7	6	8	7	6	6	6	4	7	8	6	6	5
18	2	8	2	6	6	5	7	9	6	8	5	4	11	10	6	7	5

Примечание: А – степень открытости, В – общий уровень интеллекта, С – эмоциональная устойчивость, Е – степень доминирования, F – степень сдержанности, G – степень социальной нормированности и организованности, H – смелость, I – степень эмоциональной утонченности личности; L – степень доверчивости, M – уровень развития воображения; N – дипломатичность, O – степень тревожности, Q₁ – степень радикализма, Q₂ – зависимость от группы, Q₃ – наличие внутренних напряжений, Q₄ – уровень контроля.

Приложение 19.

Результаты методики Р. Лазаруса и Т.Л. Крюковой и

«Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина

(группа АСТМА)

№ п.п.	КК	Д	С	ПСП	ПО	БИ	ПРП	ПП	Д	НПУ	КС	МН	ЛАП
1	10	8	16	10	8	12	15	18	8	30	6	8	44
2	11	11	14	12	9	11	13	14	2	19	11	9	39
3	7	8	14	12	5	9	11	8	4	11	20	5	36
4	10	8	11	16	6	12	16	14	4	41	13	11	66
5	9	9	13	12	7	11	13	14	3	15	10	9	34
6	10	8	11	16	6	12	16	14	4	12	13	8	33
7	10	8	16	10	8	12	15	18	8	30	6	8	44
8	11	11	14	12	9	11	13	14	2	19	11	9	39
9	7	8	14	12	5	9	11	8	4	11	20	5	36
10	10	8	11	16	6	12	16	14	4	41	13	11	66
11	9	9	13	12	7	11	13	14	3	15	10	9	34
12	10	8	11	16	6	12	16	14	4	12	13	8	33
13	10	8	16	10	8	12	15	18	8	30	6	8	44
14	11	11	14	12	9	11	13	14	2	19	11	9	39
15	7	8	14	12	5	9	11	8	4	11	20	5	36
16	10	8	11	16	6	12	16	14	4	41	13	11	66
17	9	9	13	12	7	11	13	14	3	15	10	9	34
18	10	8	11	16	6	12	16	14	4	12	13	8	33

Примечание: КК – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, БИ – бегство–избегание, ПРП – планирование решения проблемы, ПП – положительная переоценка, Д – достоверность, НПУ – нервно-психическая устойчивость, КС – коммуникативные способности, МН – морально-нравственная нормативность, ЛАП – личностный адаптационный потенциал.

Приложение 20.**Результаты методики социальной приспособленности Х. Белла**

(группа АСТМА)

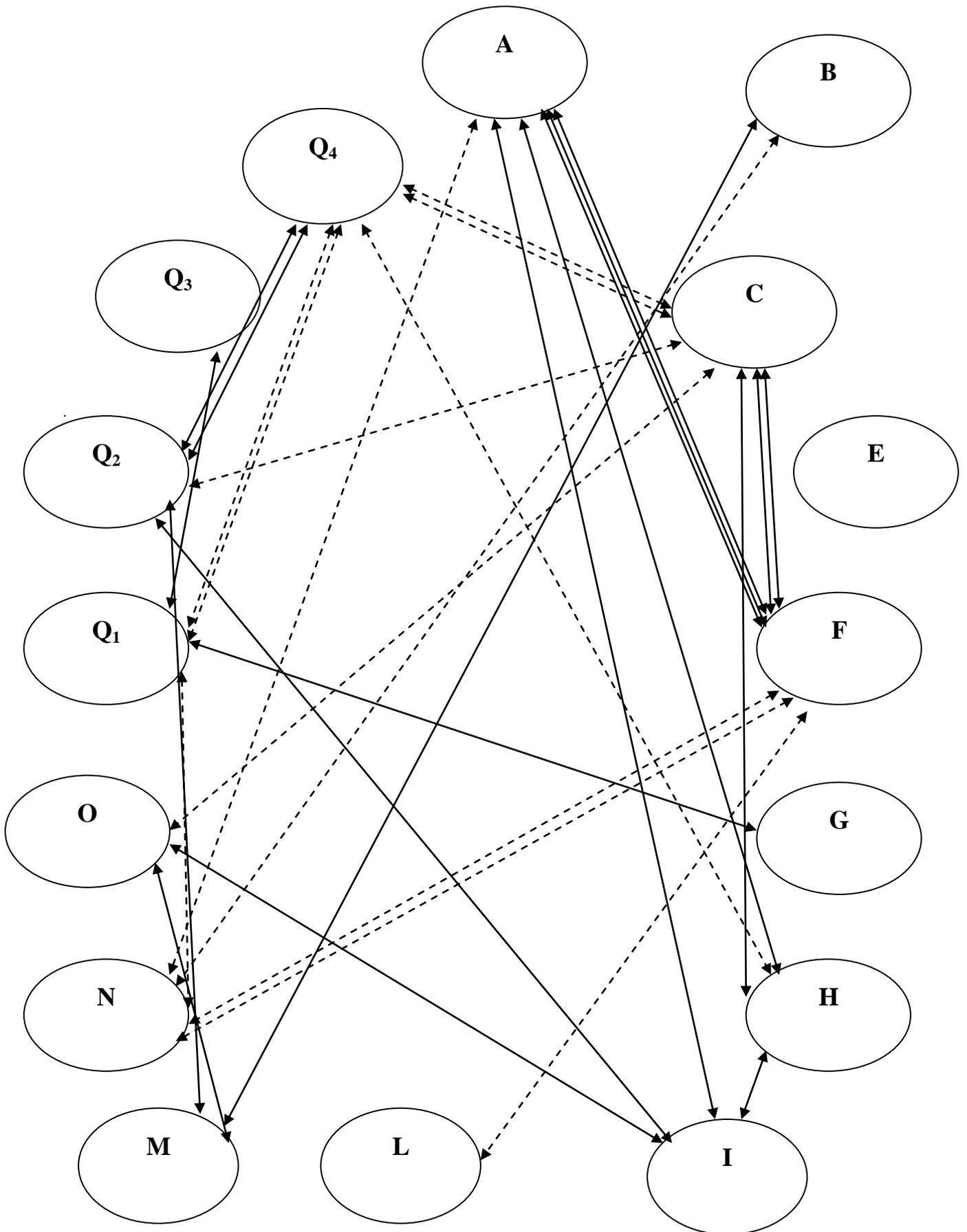
№ п.п.	a	b	c	d	e	f
1	15	23	15	16	6	13
2	6	13	11	13	15	7
3	9	9	24	6	6	23
4	21	11	11	16	18	17
5	15	20	15	16	6	13
6	6	13	11	13	15	7
7	9	9	24	6	6	17
8	19	11	11	16	18	17
9	15	23	15	16	6	13
10	6	13	11	13	15	7
11	9	9	24	6	6	18
12	18	11	11	16	18	17
13	15	23	15	16	6	13
14	6	13	11	13	15	7
15	9	9	24	6	6	15
16	20	11	11	16	18	17
17	6	13	11	13	15	7
18	9	9	24	6	6	23

Примечание: а – приспособляемость в семье; б – приспособляемость к болезням, травмам; с – уживчивость; d – эмоциональная уравновешенность; е – враждебность.

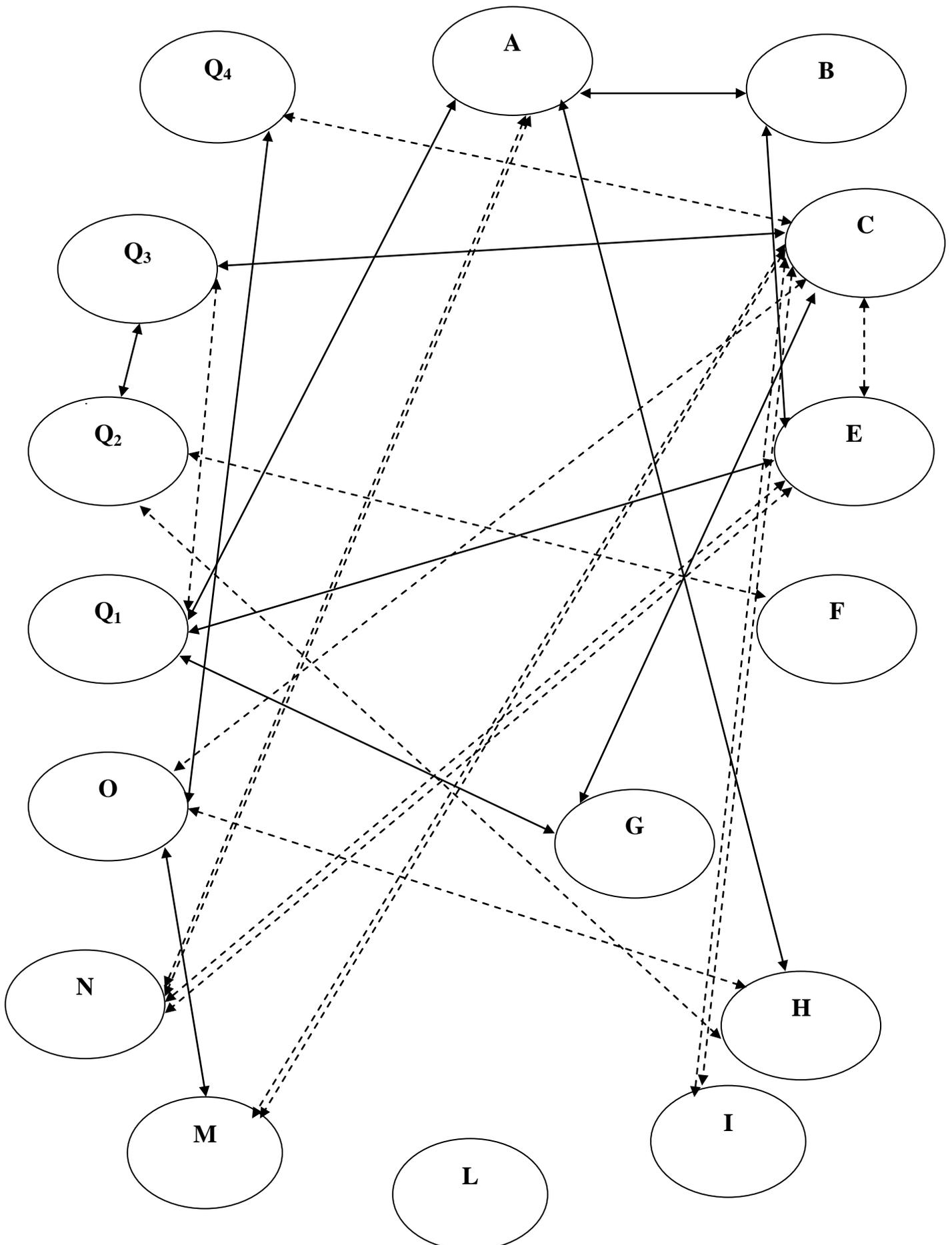
Приложение 21.

Таблица абсолютных показателей

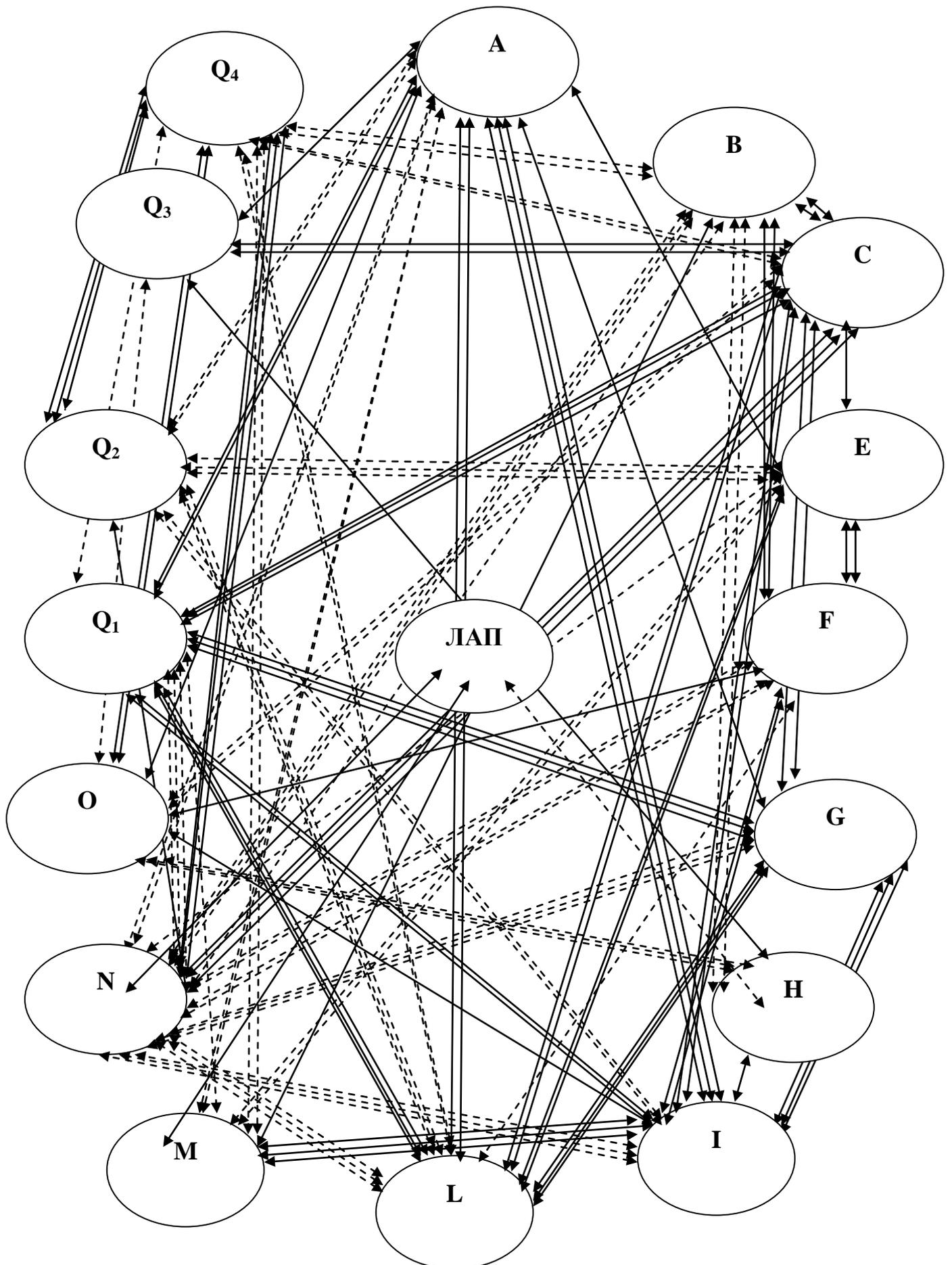
№ п.п.	Факторы	Группа ДСТ-ВА	Группа ДСТ-НА	Группа НОРМА
1.	С	7 стен	3 стен	
2.	І	3 стен	5 стен	
3.	L	6 стен	8 стен	
4.	М	4 стен	6 стен	
5.	О	5 стен	7 стен	
6.	Q2	5 стен	7 стен	
7.	Q4	3 стен	6 стен	
8.	БИ	67%	89%	
9.	Г	40	28	
10.	1	58	73	
11.	7	53	67	
12.	КК	61%		50%
13.	Д	63%		51%
14.	ПО	44%		36%
15.	О	35		51
16.	Г	40		30
17.	І	66		77
18.	1	58		75
19.	3	60		82
20.	7	53		73



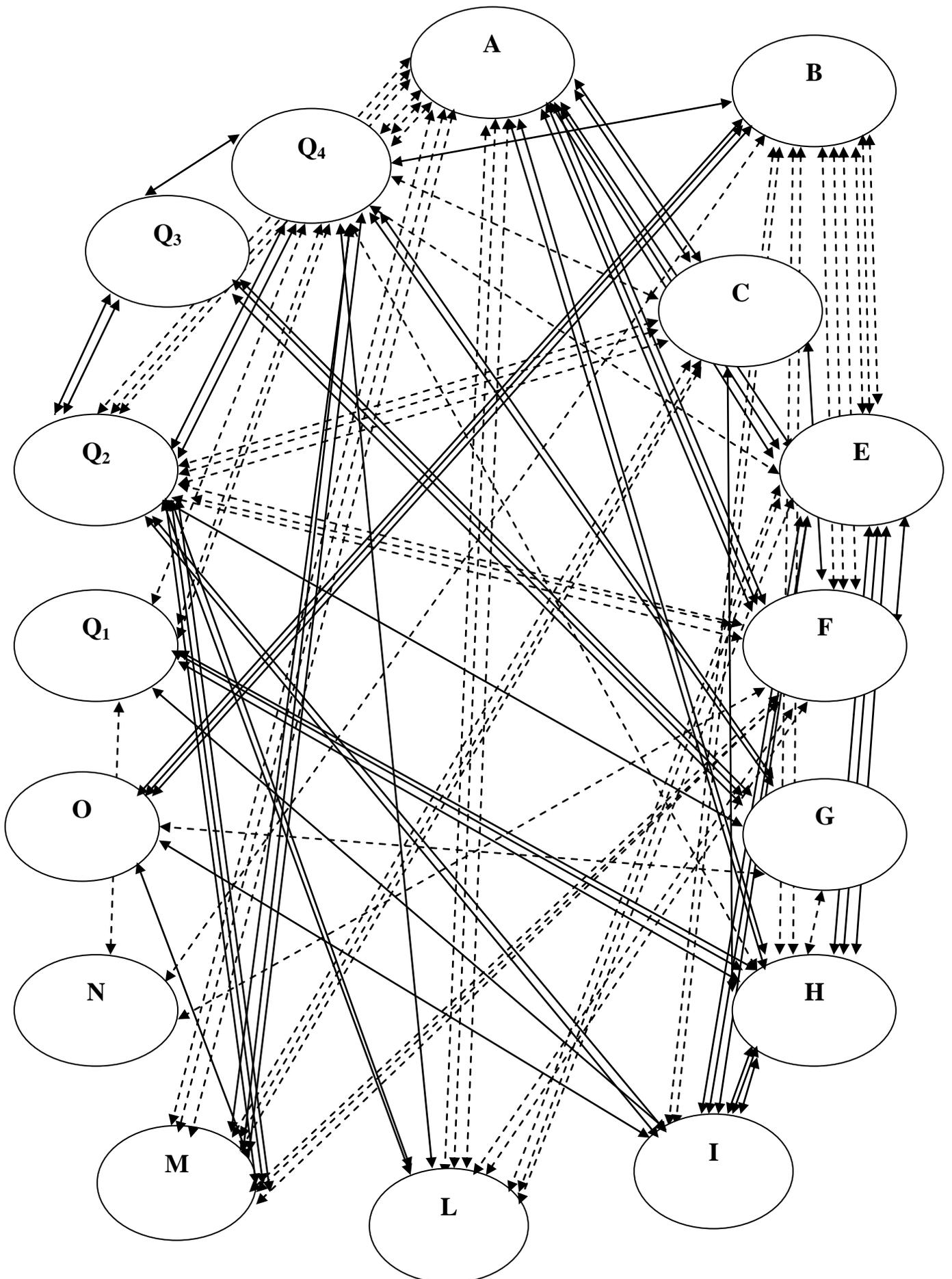
Структурограмма личностных качеств в группе ДСТ.



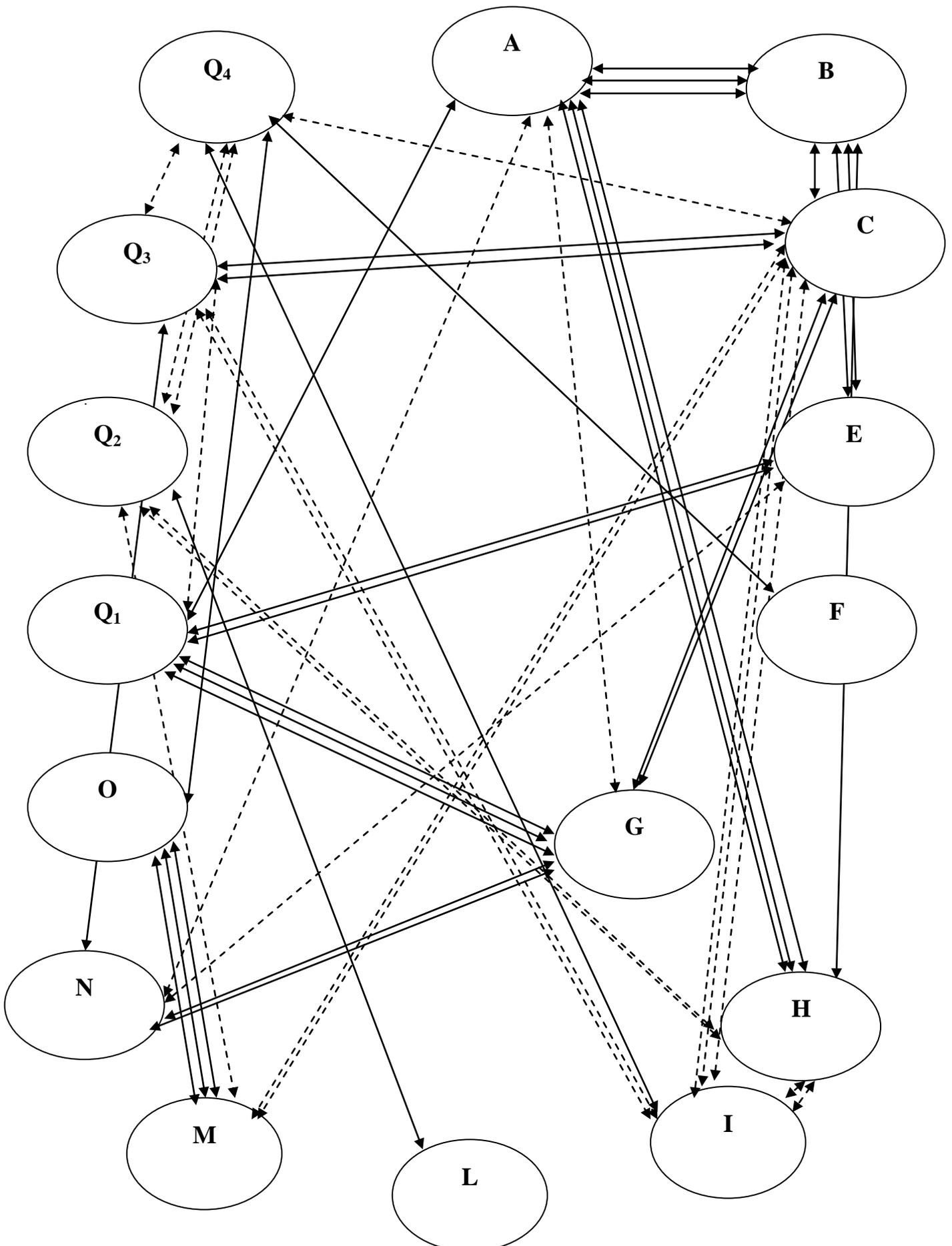
Структурограмма личностных качеств в группе НОРМА.



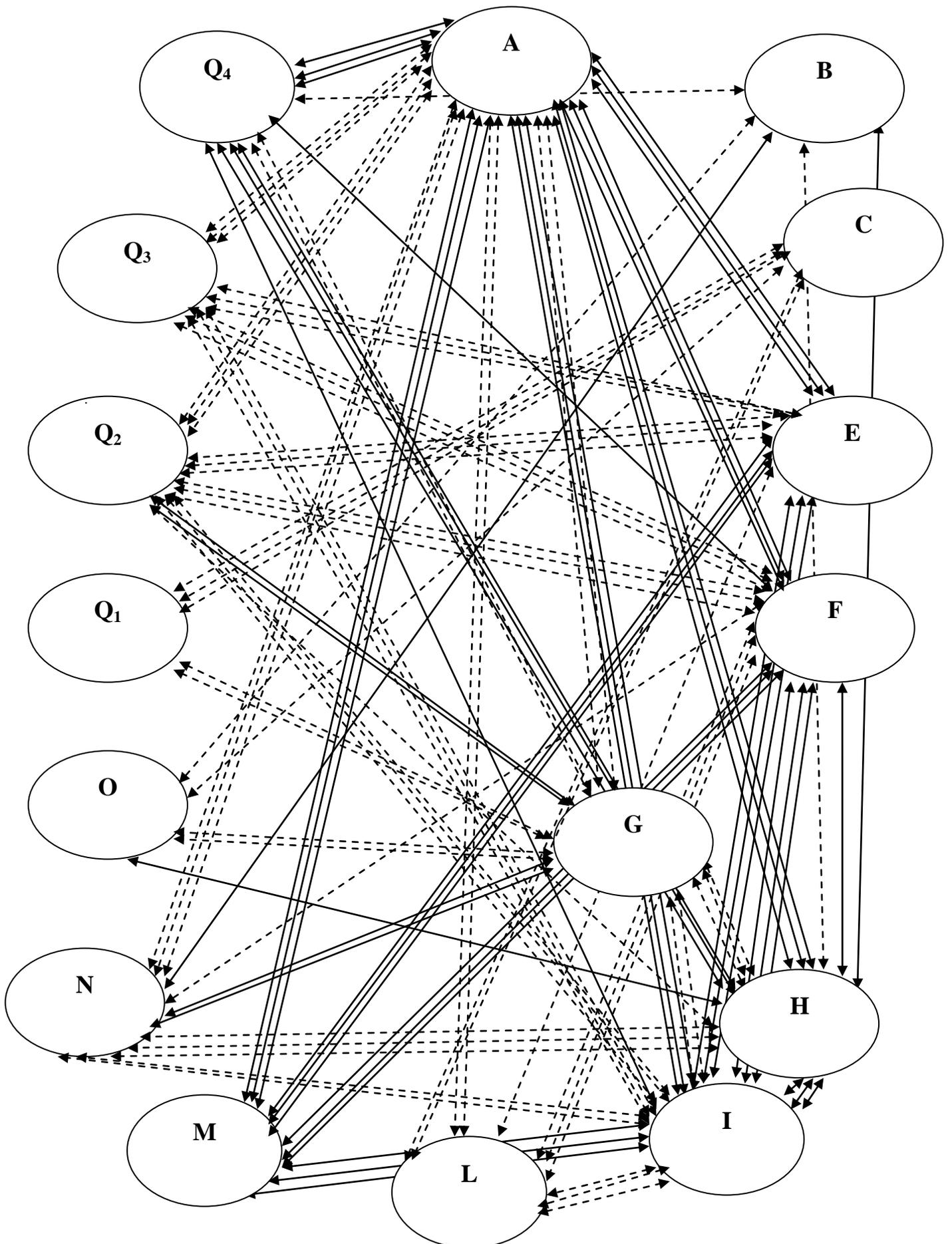
Структурограмма личностных качеств в группе ДСТ-ВА.



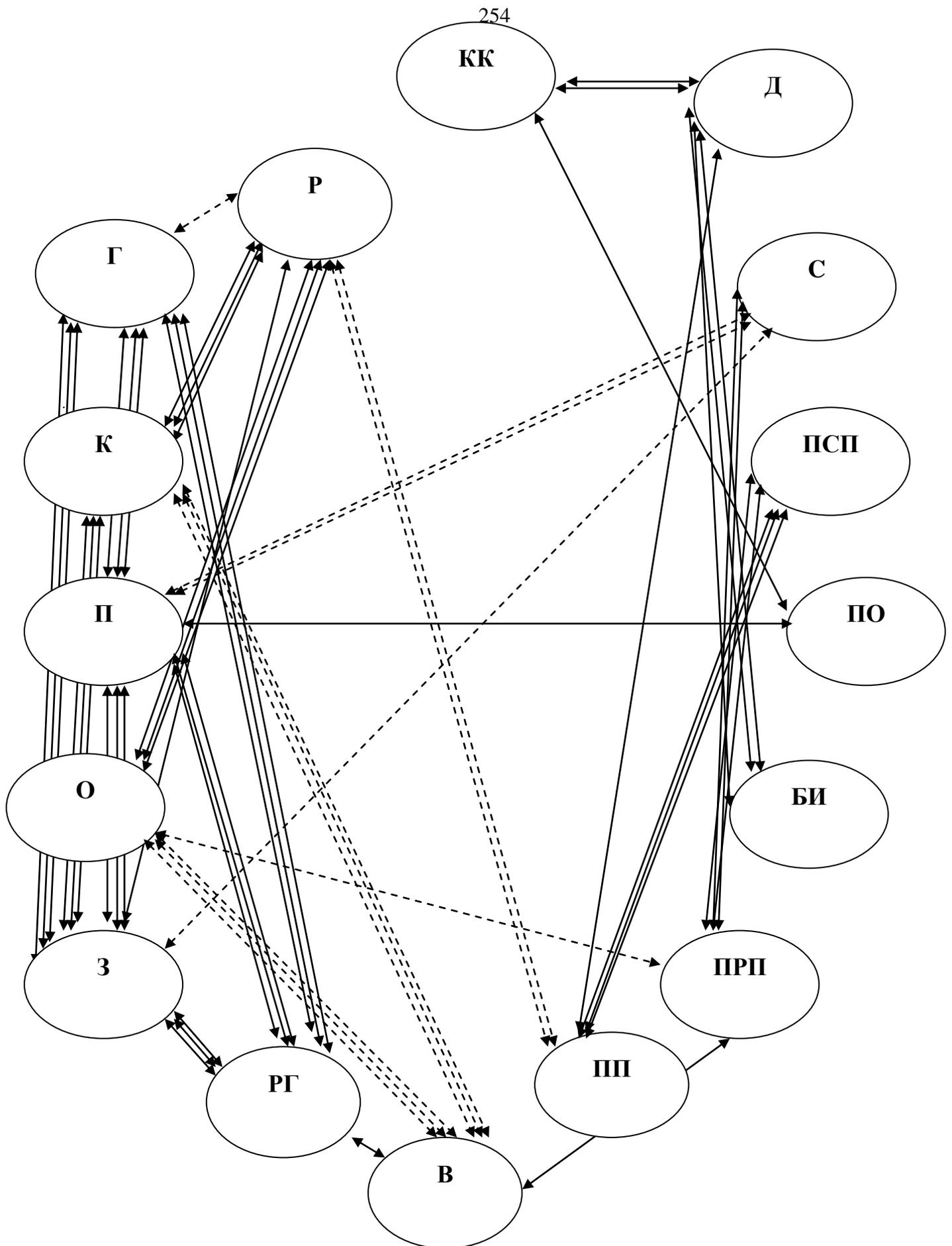
Структурограмма личностных качеств в группе ДСТ-НА.



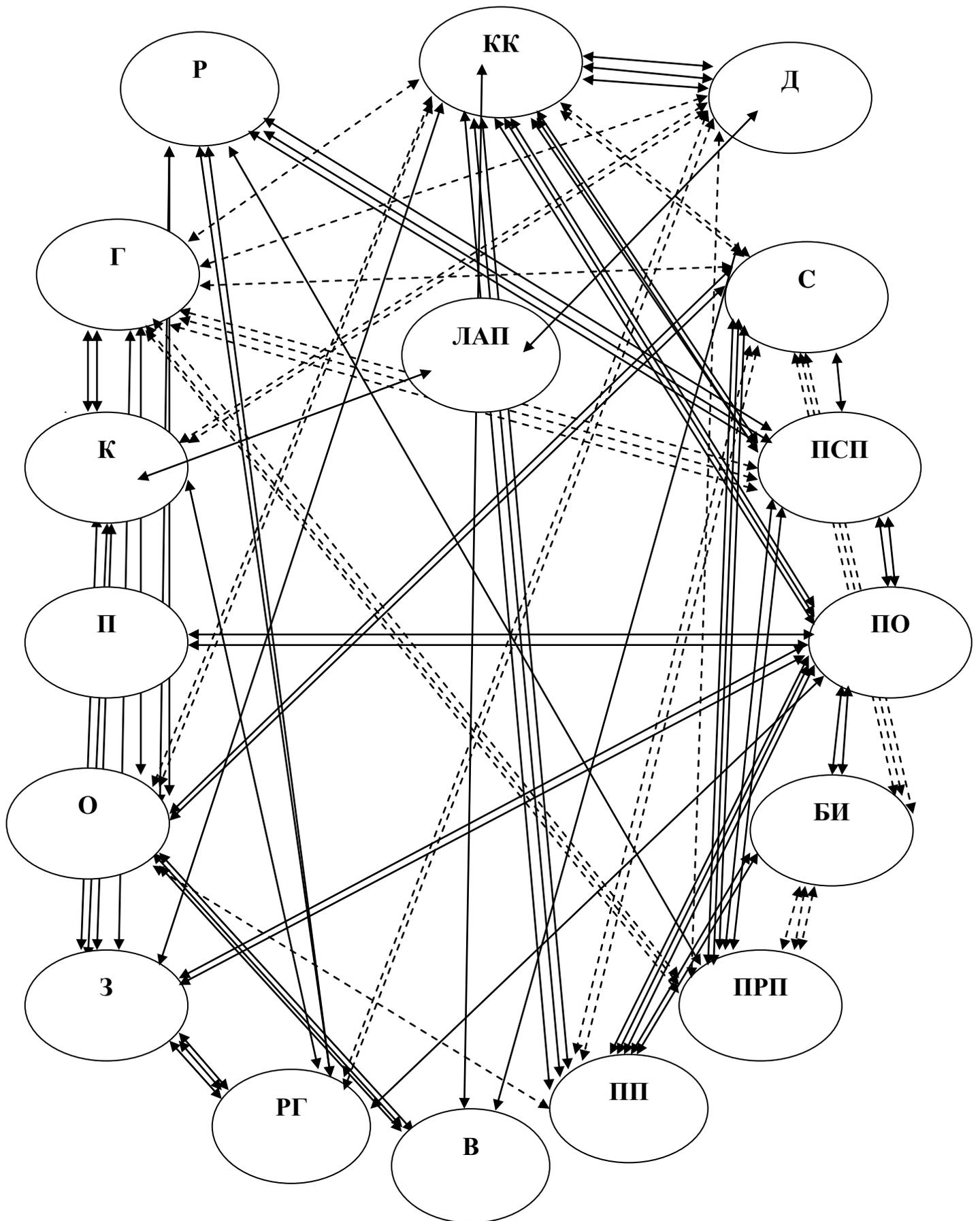
Структурограмма личностных качеств в группе НОРМА-ВА.



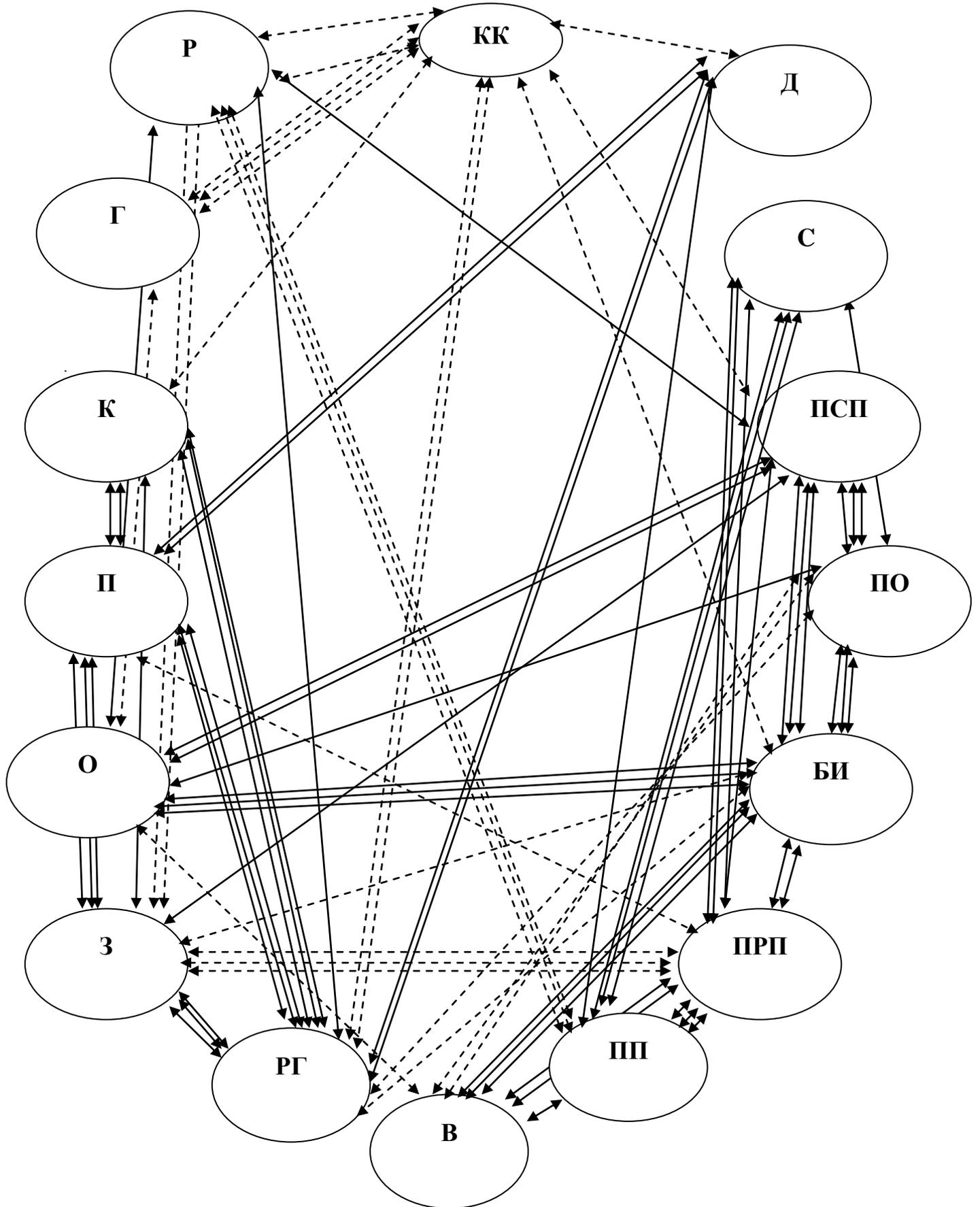
Структурограмма личностных качеств в группе АСТМА-ВА.



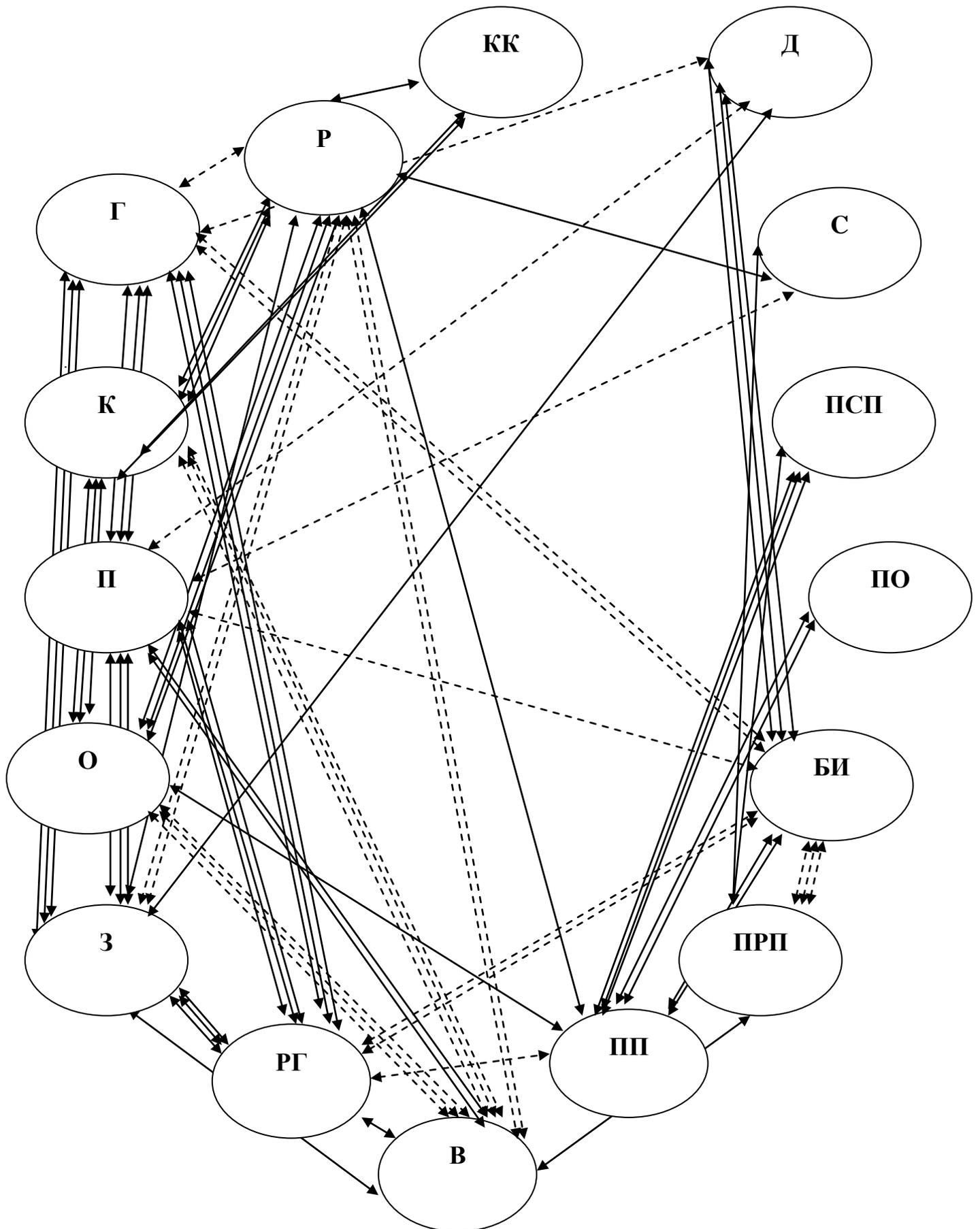
Структурограмма копинг-механизмов и механизмов психологической защиты в группе НОРМА.



Структурограмма копинг-механизмов и механизмов психологической защиты в группе ДСТ-ВА.



Структурограмма стратегий совладающего поведения в группе ДСТ-НА.



Структурограмма стратегий совладающего поведения в группе НОРМА-ВА.