

8. *Kashirin V.P. Sotsial'naya psikhologiya*. M.: RosNOU, 2015. 200 s.
9. *Sotsial'naya psikhologiya: uchebnoe posobie / otv. red. A.L. Zhuravlev*. M.: PER SE, 2002. 351 s.
10. *Feoktistova S.V., Vasil'eva N.N. Teoreticheskie podkhody k organizatsii vzaimodejstviya pedagogov i psikhologov po obespecheniyu adaptatsii detej k obucheniyu v shkole // Nachal'naya shkola plus Do i Posle*. 2014. № 2. S. 9–11.
11. *Chaldini R. Psikhologiya vliyaniya*. M.: Eksmo, 2017. 416 s.
12. *Shejnov V.P. Skrytoe upravlenie chelovekom (psikhologiya manipulirovaniya)*. M.: AST; Minsk: Kharvest, 2001. 848 s.
13. *Shostrom E. Anti-Karnegi, ili Chelovek-manipulyator*. Minsk: Polifakt, 1992. 127 s.
14. *Shostrom E. Chelovek-manipulyator. Vnutrennee puteshestvie ot manipuljatsii k aktualizatsii*. M.: Aprel'-Press: Psikhoterapiya, 2008. 192 s.

DOI: 10.25586/RNU.V925X.19.01.P.010

УДК 159.9.072.43

Р.Е. Барабанов

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ КАЧЕСТВА  
ЖИЗНИ ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА  
И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Представлены результаты исследования психологических составляющих качества жизни лиц с особыми образовательными потребностями (на примере людей с патологией голосового аппарата) и здоровых респондентов. На основе полученных данных проведен сравнительный анализ психологических компонентов качества жизни лиц с нарушением голоса и здоровых сверстников. Делается вывод, что важнейшими детерминантами качества жизни выступают, с одной стороны, факторы личностных усилий, стремление к саморазвитию, готовность к самоизменению, а с другой – специфическая форма организации социальной поддержки лиц с особыми образовательными потребностями.

*Ключевые слова:* качество жизни, патология голосового аппарата, лица с особыми образовательными потребностями, здоровый человек.

R.E. Barabanov

ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF QUALITY  
OF LIFE OF PERSONS WITH PATHOLOGY OF VOICE SUBSTANCE  
AND HEALTHY PEOPLE

The results of the study of the psychological components of the quality of life of people with special educational needs (for example, people with vocal pathology) and healthy respondents are presented. On the basis of the data obtained, a comparative analysis of the psychological components of the quality of life of persons with voice disorders and healthy peers was conducted. It is concluded that the most important determinants of the quality of life are, on the one hand, the factors of personal effort, the desire for self-development, readiness for self-change, and on the other, a specific form of organization of social support for people with special educational needs.

*Keywords:* quality of life, pathology of voice substance, persons with special educational needs, healthy man.

*Вводные замечания*

На сегодняшний день улучшение качества жизни населения является одной из центральных задач, направляющих развитие прикладного аспекта общественных наук. Термин «качество жизни» используется учеными для оценки общего благополучия отдельно взятого человека или населения в целом. Довольно трудно дать определение этому понятию, так как оно состоит из целого набора объективных и субъективных измерений, которые могут изменяться с течением времени, с приобретением человеком нового опыта [5]. Каждое научное направление ориентируется на свои подходы и концепции, а это означает, что термин «качество жизни» приобретает различное толкование и предполагает использование разных способов измерения.

Патология голосового аппарата (гортанная патология) – одна из наиболее распространенных в оториноларингологии. При этом в последнее десятилетие возрастает число больных, у которых на фоне гортанной патологии развивается инвалидность. Поэтому особую актуальность приобретает вопрос оказания качественной медико-психологической помощи, целью которой должно стать повышение качества жизни пациентов с нарушением голосовой функции.

В связи с традиционным стремлением к объективизации измерения качества жизни исследования людей, живущих с соматической патологией, в большей мере сосредоточены на изучении объективных средовых переменных. Действительно, во многих странах проблема повышения качества жизни лиц с тем или иным соматическим заболеванием решается в первую очередь улучшением социально-экономических условий их существования и оптимизацией оказываемой им медико-

реабилитационной помощи. Так, одной из целей и тактических задач деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации является повышение качества и увеличение объема услуг по реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В связи с этим большинство государственных программ социального развития, как и большинство научных исследований, ведущихся в этом направлении, сосредоточено на изучении качества жизни с точки зрения внешних по отношению к субъекту условий существования. Вследствие этого работы, посвященные изучению качества жизни лиц с особыми потребностями (к коим относятся и лица с патологией голосового аппарата), зачастую сосредоточены на негативных сторонах и последствиях заболевания (низкий уровень жизни, снижение социальной включенности, выявление степени физической и психологической неполноценности). При этом анализ общетеоретических взглядов на проблему качества жизни в разных отраслях науки показывает, что исследователями признается в том числе и высокая значимость объективного аспекта качества жизни, который касается внутреннего содержания психической жизни человека [7, с. 25].

Закономерно, что исследования качества жизни лиц с особыми потребностями (на примере соматической патологии) в первую очередь строятся вокруг проблемы здоровья – болезни. Здесь можно выделить два подхода к изучению качества жизни, связанного со здоровьем. Первый подход, реализующийся в классических клинических исследованиях, предполагает рассматривать здоровье как системообразующий фактор качества жизни. Предметом таких исследований

является прежде всего состояние здоровья обследуемого и связанные с ним ограничения физического или психического функционирования организма. В данном случае в фокусе исследователей находится не сам субъект (личность), а медицинский статус и его субъективно воспринимаемые последствия.

Другой исследовательский подход ориентирован на изучение восприятия субъектом своего статуса здоровья, внутренней картины болезни и его способности вести полноценную жизнь [8]. При таком ракурсе рассмотрения качество жизни, связанное со здоровьем, определяется как оптимальный уровень психического, физиологического и социального функционирования, включающего субъективное благополучие, удовлетворенность лечением, восприятие актуального состояния здоровья, а также будущих перспектив его изменения [9].

В контексте описываемой проблемы система образования претерпевает кардинальные изменения. Об этом свидетельствует разработка программ реализации инклюзивного подхода в образовательном процессе. Лицам с особыми образовательными потребностями, в частности с нарушением голоса, открываются обычные возможности получать образование (среднее, среднеспециальное, высшее) наряду с их сверстниками, не имеющими данной патологии. Вместе с этим со стороны науки остается нерешенной проблема методологического подхода к анализу особых образовательных потребностей (далее – ООП). Слабая разработанность специальных методов и средств работы с лицами с ООП (в данном случае в контексте патологии голосового аппарата) ставит под сомнение возможность реализации успешного процесса инклюзивной социализации и, как следствие, инклюзивного образования.

Итак, традиционных сведений социального и медицинского характера оказывается недостаточно для разработки подхода к пониманию объективного качества жизни лиц с ООП (на примере лиц с патологией голосового аппарата). Множество исследований упускают роль психологического базиса личности и ее активности в процессе жизни. Таким образом, мы наблюдаем глубокую пропасть между научной теорией, делающей акцент на клинических и социально-экономических факторах качества жизни, и имеющимися в окружающей нас действительности реальными фактами раскрытия потенциала личности в условиях особых потребностей.

В этом отношении качество жизни лиц с ООП с позиции психологии развития, акмеологии подразумевает, что социальная актуальность исследования заключается в существовании многочисленных параметров психологического и психического функционирования.

В русле психологии развития «особая потребность» возникает первоначально в социальном плане, в «драме» отношений с миром и только затем становится объективно переживаемой самой личностью [10]. В этих условиях сам физический недостаток становится движущей силой развития психологических особенностей личности.

В нашей стране основные исследования, посвященные проблеме развития личности с соматическими ограничениями, касаются разработок, осуществленных на основе осмысления опыта практической работы с людьми с ООП. В результатах этой работы, наряду с факторами «целенаправленного формирования психики» (термин введен И.А. Соколянским и А.И. Мещеряковым), решающая роль отводится собственной активности лич-

ности, находящейся в ситуации неполноценного здоровья. В.Э. Чудновский [8] говорит о превращении слабости в силу, когда сами физические ограничения становятся стимулом личностного развития, формируя особый психологический базис. При этом А.Н. Леонтьев рассматривает проблему особых потребностей через призму идеи формирования сознания. Он говорит о том, что освоение социальных навыков лицом с ограничением по здоровью – это не следствие какой-то чрезвычайной компенсации, а результат целенаправленной работы личности [4; 5].

Особая роль в развитии личности с тяжелыми ограничениями здоровья (в нашем случае при узелках голосовых складок, остром катаральном ларингите или истерической афонии) заключается в персонифицированном подходе со стороны социального окружения, а также в поддержании баланса ее субъективного благополучия. Главными участниками этого процесса становятся, безусловно, близкие родственники, профессиональные и духовные наставники. Социальная поддержка людей с ООП отличается необходимостью сбалансированного, тонкого и аккуратного «руководства» в условиях «личностно-ориентированной деятельности» [12].

Личностная ресурсность является важнейшим фактором объективного благополучия любого человека. В ситуации особых образовательных потребностей на фоне болезни этот фактор становится первостепенными.

Одну из первых попыток исследовать личностную ресурсность совместно с психологическим функционированием и задать не медико-социальные, а психологические критерии «здоровья» предприняла М. Яхода [11]. Ею были рассмотрены

и интегрированы различные точки зрения, в основном клинические, на благополучие и психическое здоровье. Она выделила психологические особенности, ведущие к здоровью:

- принятие себя;
- точное восприятие реальности;
- автономия;
- компетентность;
- рост и развитие;
- интеграция личности.

Развивая эти взгляды, К. Рифф [13] выявляет шесть основных измерений ядра психологического благополучия: самопринятие, наличие цели в жизни, компетентность, позитивные отношения с другими людьми, автономия и личностный рост. Взятые вместе, эти измерения включают положительную оценку самого себя и своей жизни, чувство постоянного роста и развития как личности, убеждение в целенаправленности и осмысленности жизни, умение строить хорошие отношения с другими людьми, способность эффективно управлять своей жизнью и самоопределяться в окружающем мире [15]. К. Рифф и другие отмечают, что «цели и жизненные стремления, намерения могут являться предшественниками психологического благополучия» [13; 14], а смысл жизни выступает его индикатором [Ibid.].

Таким образом, улучшение объективных показателей качества жизни (здоровья, уровня социального обеспечения и др.) служит только средством, а не целью самой по себе. Конечной целью улучшения качества жизни должно быть поддержание и расширение охвата, глубины и интенсивности психологического благополучия человека. Это говорит о том, что какие-либо всеобъемлющие оценки качества жизни должны полагаться на измерения нематериальных переменных [16].

Исходя из проведенного анализа, в настоящем исследовании мы ставили перед собой задачу объективизации психологических компонентов качества жизни (которые выступают в виде индивидуальных эталонов, смыслов и ценностей) лиц с ООП (на примере юношей и девушек с патологией голосового аппарата) и здоровых респондентов.

Для наибольшей достоверности мы приняли позицию, согласно которой выявление психологических параметров качества жизни не должно было ограничиваться изучением одной только удовлетворенности теми благами, какие имеет субъект, статусом его здоровья или степенью физических и психических ограничений.

В связи с этим возникла необходимость:

1) проанализировать различия в психологических компонентах качества жизни юношества с ООП (на примере патологии голосового аппарата) и здоровых сверстников;

2) проанализировать различия в психологических компонентах качества жизни юношей и девушек с ООП (на примере патологии голосового аппарата) и здоровых сверстников.

#### *Эмпирическая база исследования*

Для проведения исследования нами была отобрана экспериментальная и контрольная группы общей численностью 196 человек.

Исследование экспериментальной группы проводилось на базе Научно-клинического центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России. За период с марта 2017 г. по январь 2018 г. в опросе приняли участие 96 человек, которые являлись пациентами отделений фониатрии и патологии гортани данного центра. Из них 85 взрослых (средний и поздний юношеский возраст)

и 11 подростков (ранний юношеский возраст) с нарушением голоса в возрасте от 16 до 27 лет (48 юношей и 48 девушек) – учащиеся различных вокально-эстрадных отделений московских вузов. Средний возраст  $21 \pm 1,6$  года.

Исследование контрольной группы проводилось на базе Московского финансово-юридического университета (МФЮА). За период с сентября 2017 г. по июнь 2018 г. в исследовании приняли участие 100 человек, которые являлись студентами 1–4-х курсов вуза, а также колледжа МФЮА. Из них 82 взрослых (средний и поздний юношеский период) и 18 подростков (ранний юношеский период) в возрасте от 16 до 27 лет (50 юношей и 50 девушек). Средний возраст  $19 \pm 1,4$  года.

#### *Дизайн исследования*

Процедура исследования представляла собой заполнение обеими выборками девяти опросников разной измерительно-объективизирующей и целеустанавливающей направленности. При этом на первом этапе исследования был проведен контент-анализ (цель – выявление компонентов качества жизни на основе субъективной оценки лицами с патологией голосового аппарата и так называемой нормой), который позволил нам определиться с набором методик для настоящего исследования.

Выбор методик для основного исследования был обусловлен следующими результатами контент-анализа: на основании метода главных компонент с помощью повернутой матрицы компонентов мы получили 15 субъективных составляющих (компонентов) качества жизни лиц с нарушением голоса и здоровых респондентов. В это число вошли:

1. Принятие/самопринятие.
2. Самореализация/самостоятельность/самоорганизация.



3. Продуктивность.
4. Калокагатия.
5. Самоценность.
6. Психологическое благополучие (отсутствие стресса).
7. Здоровье (психическое и соматическое).
8. Саморегуляция.
9. Активный образ жизни.
10. Мотивационная направленность личности.
11. Социальная направленность личности.
12. Смысложизненные ориентации.
13. Общение.
14. Жизнестойкость.
15. Экзистенциальная исполненность [1].

В соответствии с полученными результатами в целях объективизации данных было принято решение:

1) по компонентам «Калокагатия» и «Отсутствие стресса» использовать опросник К. Рифф «Шкалы психологического благополучия личности» в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова и П.П. Фесенко (2005 г.);

2) по компонентам «Самореализация/самостоятельность/самоорганизация» и «Саморегуляция» применить методику М.А. Одинцовой и Н.П. Радчиковой «Самоактивация» (2017 г.) [6];

3) по компонентам «Продуктивность» и «Смысложизненные ориентации» взять методику смысложизненных ориентаций (далее – СЖО) «Тест смысложизненных ориентаций» – модифицированную версию теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Д. Крамбо (J. Crumbaugh) и Л. Махолика (L. Maholic), которая определяет переживание индивидом онтологической значимости жизни. Мы использовали русскоязычную адаптацию Д.А. Леонтьева, сделанную в 1986–

1988 г. на основе более ранней адаптации К. Муздыбаева;

4) по компоненту «Здоровье» в качестве измерительного материала взять методику «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (для взрослых) Н.Е. Водопьяновой (2005 г.);

5) по компонентам «Мотивационная направленность личности» и «Экзистенциальная исполненность» применить методику «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера в адаптации И.Н. Майниной и А.Ю. Васанова (2010 г.);

6) по компоненту «Общение» использовать методику «Опросник качества жизни и удовлетворенности» Е.И. Рассказовой (2012 г.);

7) по компоненту «Жизнестойкость» за основу взять методику «Опросник жизнестойкости» Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой (2006 г.);

8) по компонентам «Активный образ жизни» и «Социальная направленность личности» использовать в качестве объективирующего средства методику субъективного качества жизни (далее – СКЖ) «Субъективное качество жизни» Т.В. Эксакусто и А.А. Заиченко (2012 г.);

9) по компонентам «Принятие/самопринятие» и «Самоценность» применить метод незаконченных предложений (далее – МНП) (SSCT) «Метод незаконченных предложений» Сакса Леви в адаптации Г.Г. Румянцева (1969 г.).

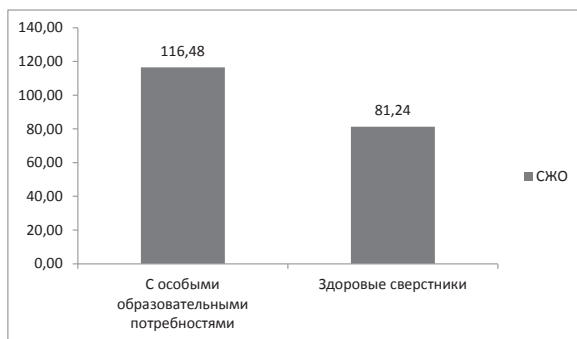
#### *Результаты исследования и их обсуждение*

Анализ полученных данных проводился с использованием программы математической обработки информации SPSS версии 22.0. В работе был применен U-критерий Манна – Уитни, используемый для сравнения двух несвязанных выборок по уровню количественного признака, измененного в порядковой шкале.

В результате U-критерий Манна – Уитни показал, что имеют место групповые различия в степени выраженности тех или иных психологических компонентов качества жизни по различным шкалам выбранных методик (между респондентами с особыми потребностями и условно здоровой выборкой), например:

1. Существуют различия в степени выраженности показателя СЖО (рис. 1). Как мы можем видеть на диаграмме, в группе респондентов с ООП этот показатель по сумме среднего ранга статистически превышает показатель в группе условно здоровых респондентов (116,48 и 81,24 соответственно). Асимптотическая двусторонняя значимость  $p = 0,000$ . На основании этих данных можно сделать следующий статистический вывод: отвергаем нулевую гипотезу и принимаем альтернативную с уровнем значимости  $p = 0,000$ . Психологический вывод свидетельствует о преобладании разной выраженности смысло-жизненных ориентаций у лиц с ООП и здоровых сверстников в исследованных выборках, т.е. о групповых различиях. Связано это может быть с тем, что юноши и девушки с голосовой патологией име-

ют класс смысловых состояний с высокой осмысленностью всех трех временных локусов. Данное состояние характеризуется ощущением, что прошедший отрезок жизни был продуктивным. В подтверждение того, что данная группа в большей части характеризуется осмысленными состояниями, говорят полученные данные высоких показателей по шкалам «Результат жизни» и «Локус контроля – Я». При этом локус контроля является универсальной личностной характеристикой, оказывающей влияние не только на качество жизни в условиях болезни и наличия особых потребностей, но и на адаптацию к стрессовым ситуациям. Полученные данные могут свидетельствовать о своеобразном характере осознания заболевания у гортанных больных. Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что испытуемые этой группы значимо оценивают осмысленность пройденного участка жизни именно до заболевания и имеют представление о себе как о волевой личности, обладающей достаточной силой духа, чтобы построить свою жизнь в соответствии с вновь возникшими болезненными условиями.



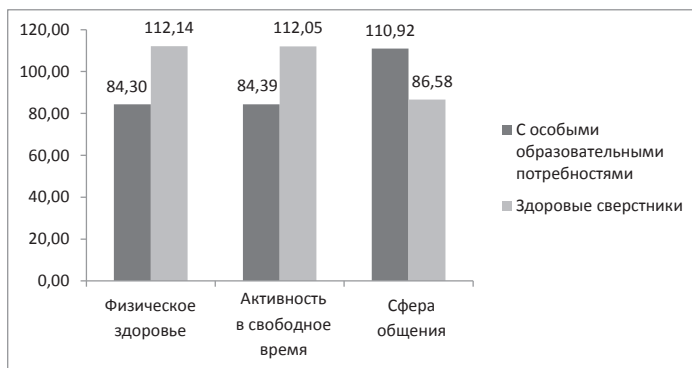
**Рис. 1.** Показатели среднего ранга СЖО по статистике U-критерия Манна – Уитни в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП

2. Имеют место также и различия в показателях удовлетворенности жизнью в методике «Опросник качества жизни

и удовлетворенности» по нескольким шкалам, а именно: физическое здоровье, активность в свободное время и сфера

общения. На диаграмме (рис. 2) наглядно представлены результаты математической обработки, позволяющие говорить о том, что в группе респондентов с нарушением голосовой функции в наибольшей степени выражен показатель сферы *общения* (средний ранг 110,92 на уровне значимости  $p = 0,003$ ). Это может быть связано с тем, что при нарушении голосовой функции первично страдает речезыковая деятельность. В связи с этим коммуникация как

незаменимая сфера жизнедеятельности оказывается фрустрированной. Лица, имеющие особые потребности из-за голосового недостатка, в области общения переживают полный комплекс отрицательных эмоций: гнев, отчаяние, тревогу, раздражение, разочарование и т.д. Именно поэтому реализация полноценной речевой деятельности, общения приобретает для них особый смысл, исполненный на уровне качества жизни.



**Рис. 2.** Показатели средних рангов в методике «Опросник качества жизни и удовлетворенности» Е.И. Рассказовой по статистике U-критерия Манна – Уитни в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП

Также мы можем видеть, что имеется разница в выраженности таких компонентов, как «физическое здоровье» (средний ранг 112,14 у здоровых респондентов, превышающий показатель 84,3 у респондентов с нарушением голоса) и «активность в свободное время» (средний ранг 112,05 у условно здоровых респондентов, который выше показателя среднего ранга в 84,39 у сверстников с особыми потребностями). Асимптотическая значимость  $p = 0,001$  по первому и второму показателю соответственно. Это позволяет отвергнуть нулевую гипотезу о равенстве эмпирического и теоретического распределений и с уровнем значимости  $p = 0,001$  принять альтернативную гипотезу о неравенстве распределений в обеих группах по

этим двум показателям. С позиции психологии это означает, что группа респондентов (юношей и девушек) с ООП (имеющих нарушение голосовой функции), находясь на длительном амбулаторном лечении или ожидая оперативное вмешательство, негативно оценивает свое физическое состояние, что вполне справедливо для данной категории соматических больных. При этом чем сложнее структура голосового дефекта, тем выраженнее негативная оценка в сфере физического здоровья. Это лишний раз подтверждает экзистенциальное положение о том, что в ситуации болезни первостепенной задачей для субъекта становится стремление преодолеть свою «неполноценность» и выжить любой ценой. Можно предположить, что для группы



здоровых респондентов представленная категория является более значимой ввиду имеющегося в сознании страха заболеть. Условно здоровые боятся заболеть, а лица, переносящие болезнь, прекрасно осознают, что они болеют. Что же касается *активности в свободное время*, то данный компонент менее актуален для группы лиц с нарушением голоса (на уровне асимптотической значимости  $p = 0,001$ ). Объясняется это тем, что самооценка респондентами с гортанной патологией своих досуговых возможностей радикальным образом отличается от общих тенденций и носит выраженный негативный характер. Связано это может быть с тем, что, наряду со сферой общения, вторично фрустрированной оказывается сфера активной социальной интеграции, именно поэтому собственный досуг воспринимается лицами с особыми потребностями преимущественно в негативном ключе и, вместо того чтобы компенсировать возникшие жизненные трудности (в области здоровья), напротив, является дополнительным источником недовольства и пессимизма.

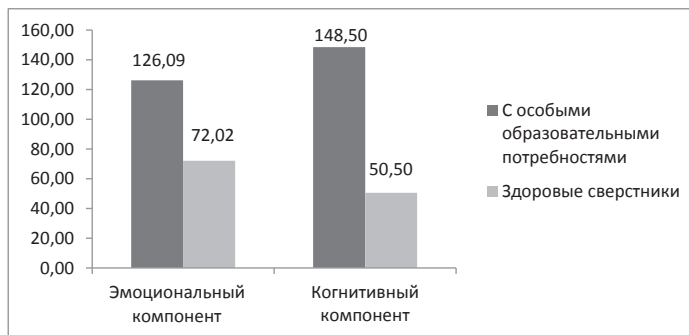
3. В результате исследования мы также получили разницу в выраженности таких показателей, как «эмоциональный компонент» и «когнитивный компонент», по методике «Субъективное качество жизни» Т.В. Эксакусто и А.А. Заиченко (рис. 3). Значение U-критерия Манна – Уитни с поправкой на непрерывность по первому признаку 126,09 и 72,02 для группы с ООП и здоровых респондентов соответственно, по второму – средний ранг 148,5 у юношей и девушек с нарушением голоса против среднего ранга 50,5 у здоровой выборки. Асимптотическая двусторонняя значимость для обоих признаков  $p = 0,000$ . На основании этих данных можно сделать следующий статистический

вывод: отвергаем нулевую гипотезу и принимаем альтернативную с уровнем значимости  $p = 0,000$ . Это означает, что для лиц с голосовой патологией особое значение приобретает акцентуация на собственной палитре эмоций, чувств и переживаний. Происходит это потому, что пациентам с патологией гортани приходится длительное время находиться на амбулаторном и/или стационарном лечении, они лишены возможности полноценной коммуникации, вынуждены ограничить себя в образовательной и профессиональной деятельности. Также эти больные зачастую сталкиваются с ситуацией, когда со стороны окружающих к ним обращены «неудобные» вопросы относительно их состояния (голоса), заставляющие смущаться или стыдиться, в результате пациенты стесняются, ощущая физическую «неполноценность», опасаются вступать в контакт с посторонними людьми и даже родственниками, боясь, что их не поймут и эффективного общения не получится [2; 3].

Важно отметить, что лица с нарушением голоса в наибольшей степени подвержены страху перед незнакомыми, перед будущим по сравнению со здоровыми людьми и этот страх занимает доминирующую позицию над интересом, который в норме способствует расширению социальных связей и отношений, включению человека в происходящие вокруг него события [Там же]. Стоит заметить, что для лиц, имеющих нарушение голоса, специфическими являются следующие эмоциональные состояния: эмоциональная возбудимость; интерес; презрение, неуважение; отвращение; чувство вины, раскаяние; сочувствие, сострадание [Там же]. Наиболее выраженными являются такие эмоциональные состояния, как горе, страдание, гнев, ярость, страх и стыд, застенчивость [2]. В данном случае некоторым из пациентов свойствен-

но испытывать презрение, отвращение к себе и своему внешнему виду, они более остро переживают горе и т.п. [1; 2; 3]. Для группы здоровых респондентов эмоциональный компонент оказался не настолько значим, ввиду того что эмоциональным состоянием, выраженным у наибольшего количества испытуемых в контрольной выборке, является эмоциональная возбудимость и интерес, что считается признаком наличия у представителей контрольной группы низкого порога возбудимости, который дает возможность в любой ситуации реагировать раньше и сильнее на раздражители. При этом членов условно здоровой группы отличает от экспериментальной наличие удовлетворенности собой и уверенности в себе, что может усиливать устойчивость к фрустрации и способствовать развитию самоуверенности. Опираясь на полученные данные, можно предпо-

ложить обусловленность такого результата тем, что юноши и девушки, страдающие голосовой патологией, ощущают пристальное внимание со стороны окружающих к своему дефекту, у них формируется низкая самооценка, они зачастую пребывают в состоянии длительного психоэмоционального дискомфорта и поэтому по отношению к другим людям (здоровым в плане голоса) проявляют такие эмоциональные реакции, как гнев и застенчивость [2; 3]. При этом эмоциональный компонент выполняет особую функцию в структуре качества жизни. Эмоция играет важную роль в определении направленности поведения личности и способов его реализации (особенно в условиях наличия болезни). В данном случае справедливо считать, что качество жизни в сфере эмоций наиболее тесно связано с качеством жизни в социальной сфере и сфере здоровья [1].



**Рис. 3.** Показатели средних рангов в методике СКЖ по статистике U-критерия Манна – Уитни в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП

Что же касается когнитивного компонента, то здесь респонденты с нарушением голоса в наибольшей степени склонны к тому, чтобы здраво оценивать общую удовлетворенность своей жизнью и ставить во главу угла мотивацию достижения, а именно мотивацию преодоления болезни. И первая и вторая грани представляют собой две относительно независимые пси-

хологические реальности, опирающиеся на различные механизмы рационализации. Это означает, что в области целеполагания группа респондентов с особыми потребностями отличается от здоровой тем, как реализует актуальные жизненные задачи. Цель для них не является личностным конструктом, а представляет собой социальный элемент, проецируемый на субъект

в форме личностного фактора развития. Это значит, что половина целевых установок отсеивается юношами и девушками с нарушением голоса в связи с тем, что нет возможности исполнить те цели, которые «навязываются» социумом. Остается одна главная цель – выздороветь.

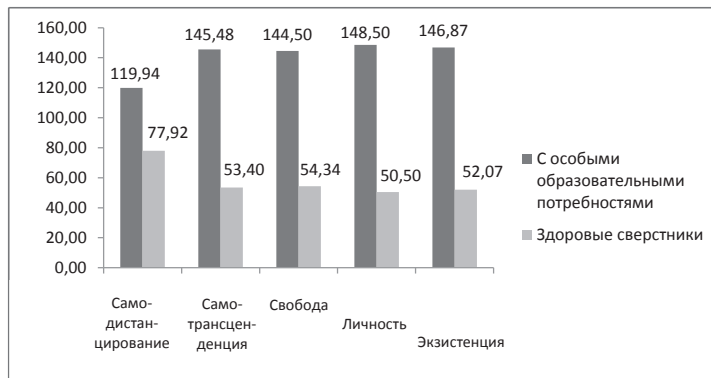
4. В методике «Шкала экзистенции» (А. Лэнгле и К. Орглера в адаптации И.Н. Майниной и А.Ю. Васанова) мы получили значимые различия по следующим параметрам (рис. 4). У лиц с нарушением голоса в большей степени выражен показатель *самодистанцированности* (средний ранг 119,94 на уровне асимптотической двусторонней значимости  $p = 0,000$ ), что может являться следствием того, что юноши и девушки этой группы зачастую ощущают свое неприятие дорогими им людьми, испытывая «всепоглощающие чувства гнева и враждебности», подтверждающиеся ранее проведенными исследованиями [1; 2; 3]. Можно предположить, что данная группа респондентов психологически склонна заново переживать свой опыт, позволяя себе реконструировать и объяснять прошлое такими способами, которые предотвращают дальнейшее копание в нем и способствуют формированию установки на излечение. В этом случае, когда человек смотрит на свое заболевание с позиции стороннего наблюдателя, он может ослабить боль и дать облегчающее адаптацию объяснение. Для группы здоровых респондентов представленный механизм, естественно, не является актуальным и поэтому выражен слабее. Также у юношей и девушек с ООП выделяется показатель *самотрансценденции* (средний ранг 145,48 на уровне значимости  $p = 0,000$ ). Здесь мы можем говорить о выходе человека за пределы своего «Я» с его преимущественной ориентацией на окружающих, на свою социальную деятельность. Это означает,

что человек в первую очередь вступает в некое отношение с внеположной реальностью. Именно это мы и наблюдаем в экспериментальной группе – у больных с нарушением голоса. Большинство из них, не прерывая лечебно-оздоровительного процесса, пусть и в ограниченном формате, продолжает работать. Несмотря на свой недуг, они обучаются в массовых образовательных учреждениях, ведя активно-пассивную речетворческую деятельность, а некоторые, в силу обстоятельств, поют и т.п. Психологически это может означать, что юноши и девушки из экспериментальной группы с высокой самотрансценденцией находят больше смысла в деятельности и получают от нее больше наслаждения, особенно в ситуации, когда нацелены на преодоление болезни. Вероятнее всего, что они более склонны входить в состояние потока во время активной, направленной деятельности (будь то лечение, обучение или семейный быт) и легче находят в ней смысл. Можно также предположить, что способность личности обнаруживать смысл и наличие готового смысла в трудной жизненной ситуации (имея соматическое заболевание и борясь с ним) являются взаимодополняющими факторами развития качества жизни.

Наряду с самотрансценденцией в группе респондентов с особыми потребностями выражен компонент *свободы* (средний ранг 144,5 на уровне асимптотической значимости  $p = 0,000$ ). Свобода в экзистенциальной психологии – это способность личности найти во всем многообразии мира возможности для самореализации. В связи с этим мы можем справедливо отметить, что актуальным для группы респондентов с нарушением голоса является стремление мыслить и поступать в соответствии со своими представлениями и желаниями, а не вследствие внутреннего или внешнего принуждения.

Что касается *показателя личности (личностной исполненности)*, то он также более выражен в группе юношей и девушек с нарушением голоса (средний ранг 148,5 на уровне двусторонней асимптотической значимости  $p = 0,000$ ). Это может быть связано с тем, что представители данной группы, в связи со своим заболеванием, стремятся к определению себя и своей роли в бытии, что дает им ощущение высших смыслов существования. По уровню *экзистенции* (средний ранг 146,87 на уровне значимости  $p = 0,000$ ) мы аналогично наблюдаем расхождения в степени выраженности этого компонента в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП с перевесом в сторону последних. Это может являться следствием того, что испытуемые этой группы оказались в наибольшей степени способны к преодолению четырех ступеней поиска смысла своей жизни. В связи со своим состоянием они возымели возможность «собрать релевантную информацию и познакомиться с условиями и обстоятельствами ситуации». Вполне вероятно, что у юношей и девушек этой группы сформировалось особое отношение к болезни, готовность видеть себя и свое заболевание ясно и всерьез (посколь-

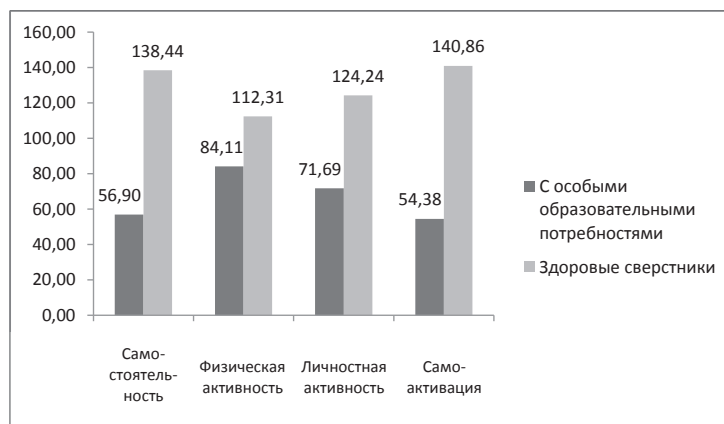
ку принятие окружающего мира приводит к уходу от иллюзий и ставит перед человеком реалистические задачи). Наименьшую экзистенциальную исполненность в группе здоровых респондентов можно объяснить тем, что все представители данной выборки – учащиеся различных творческих и педагогических вузов, которые не испытывают тягот заболевания. Известно, что построение профориентационного плана после школы происходит под большим влиянием семьи (по Климову). Поступление в образовательное учреждение высшего профессионального образования – это решение не только и не столько абитуриента, сколько его семьи, которая стремится сохранить ребенка в сложных социально-экономических условиях. Так как на одном из первых мест среди потребностей человека стоит задача самосохранения (по Маслоу, Лэнгле), ребята соглашаются с решением семьи, но при этом у них отсутствует внутреннее согласие с процессом или содержанием учебы. Наряду с этим бытовая монотония в этот промежуток жизни в группе условно здоровых респондентов (дом – вуз – дом) влияет на уровень исполнения экзистенции даже в большей степени, чем другие факторы.



**Рис. 4.** Показатели средних рангов в методике «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера в адаптации И.Н. Майниной и А.Ю. Васанова по статистике U-критерия Манна – Уитни в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП

5. В методике «Самоактивация» М.А. Одинцовой и Н.П. Радчиковой мы получили различия в степени выраженности всех структурных компонентов на уровне значимости  $p = 0,000$ . При этом средний ранг каждой из шкал и общего показателя самоактивации асимптотически значимее выражен в группе здоровых респондентов (рис. 5). Психологически это может означать, что у условно здоровых юношей и девушек в достаточной степени выраженная самоактивация (по всем трем параметрам) является следствием развитости личностно-мотивационного ресурса (самоконтроля) [5], который позволяет конструктивно совладать с трудными жизненными ситуациями на основе регулирования своих импульсивных желаний, воздержания от вредного и опасного поведения и способствует более здоровому образу жизни. Мы можем

предположить, что у респондентов этой группы лучше развиты стремление к образованию, осознанное осуществление своих потенциальных возможностей, стремление к развитию себя как личности, поскольку их жизни и здоровью ничто не угрожает. Меньшая выраженность по шкалам «самостоятельность», «физическая активация» и «личностная активация» в группе юношей и девушек с нарушением голоса может свидетельствовать о снижении интереса с их стороны к миру и жизни как результате вторичного проявления болезни, создавая при этом, с одной стороны, условия для постановки здоровьесберегающих целей, а с другой – формируя неуверенность в их воплощении, амбивалентную готовность действовать, поскольку первичное восприятие болезни и ее хронификация связаны с неопределенностью [2].



**Рис. 5.** Показатели средних рангов в методике «Самоактивация» М.А. Одинцовой и Н.П. Радчиковой по статистике U-критерия Манна – Уитни в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП

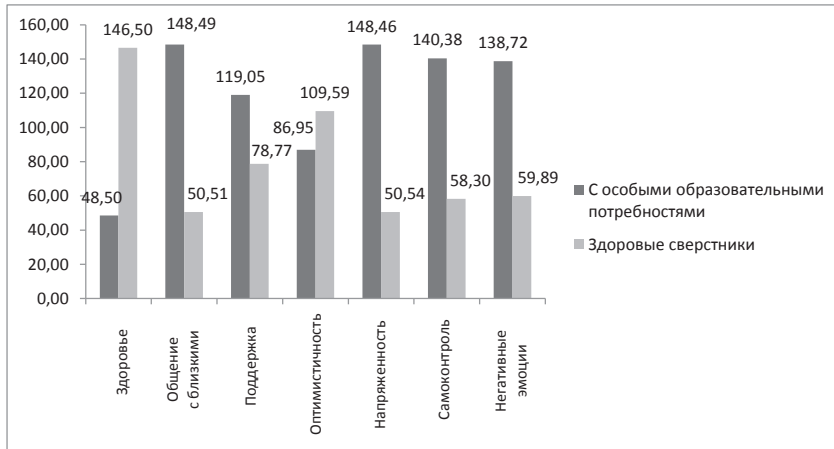
6. Что же касается методики «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (для взрослых) Н.Е. Водопьяновой, то здесь мы получили неоднородный результат по всем семи шкалам (рис. 6). Показатели здоровья (на уровне значимости  $p = 0,000$ ) и оптимистичности (на

уровне асимптотической значимости  $p = 0,003$ ) ярче выражены в группе здоровых респондентов. Это вполне закономерно для представителей контрольной группы, поскольку они субъективно ощущают себя физически сохраняемыми, полноценно интегрированными в социальную среду



и могут позволить себе активный отдых. Наряду с этим, в связи с меньшей подверженностью представителей данной группы психосоциальному стрессу [2; 3], у них

выражена убежденность в том, что события в будущем будут развиваться по лучшему сценарию и имеется любовь к переменам [1].



**Рис. 6.** Показатели средних рангов в методике «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (для взрослых) Н.Е. Водопьяновой по статистике U-критерия Манна – Уитни в группе здоровых респондентов и респондентов с ООП

Относительно шкал «общение с близкими», «поддержка», «напряженность», «самоконтроль» и «негативные эмоции» можно сказать, что они значительно выражены в группе сверстников с нарушением голоса на уровне значимости  $p = 0,000$ . Это является следствием фрустрированности сферы общения в результате специфики заболевания и приобретения выраженной потребности в данной области. Также выражена потребность в поддержке, поскольку как психологический феномен она незаменима и представителям экспериментальной группы необходимо говорить о своей болезни, чтобы принять и пережить ее. В отношении напряженности, по нашему мнению, данные результаты, в соответствии с теорией личности Р.Б. Кэттелла, позволяют говорить о таких личностных особенностях голосовых больных, как чувствительность к внешним раздражителям, неопределенность в ожидании будущего

и следование моральным стандартам. Также пациентам с расстройством голоса присуще чувство вины, подавленность, ипохондрия, симптомы тревоги, подозрительность по отношению к новым людям и идеям [2; 3], что выражается в проявлении негативных эмоций. Шкала самоконтроля же в большей степени выражена в группе респондентов с нарушением голоса. Это может быть следствием того, что представители данной группы, стремясь к «выживанию», исцелению, возвращению в обычное жизненное русло, проявляют особую обязательность, активизируют все свое самообладание, принимая важные для себя решения, и при изменении ситуации стараются приспособиться к новым условиям среды.

#### Заключение

Исследования, ориентированные на изучение качества жизни лиц с ООП, в большей мере сосредоточены на изуче-

нии их объективных аспектов, таких как социально-экономические и медицинские показатели. При этом объектом этих исследований становятся внешние условия жизнедеятельности, а внутреннее содержание человеческой жизни остается на периферии или же вовсе не учитывается исследователями. В связи с этим в настоящем исследовании мы были ориентированы на то, что объективный аспект качества жизни обладает высокой значимостью, открывает границы для изучения и понимания внутренней картины болезни, а психологическое благополучие может существенно варьироваться у людей, находящихся в разных жизненных ситуациях.

Проблема выявления психологических факторов объективного благополучия наиболее активно разрабатывается в контексте западной психологии. Тем не менее наблюдается дефицит исследований психологического благополучия на выборках людей с ООП (на примере соматической патологии). Исследования в большей степени сосредоточены на изучении негатив-

ных аспектов качества жизни лиц с ООП. Поэтому в настоящей работе мы приняли за ориентир феноменологическую составляющую качества жизни как важнейший фактор, определяющий развитие личности и ее активную жизненную позицию.

Таким образом, интегративный анализ полученных эмпирических данных позволяет сделать вывод, что важнейшими детерминантами объективного благополучия личности, ее гармоничного развития, а также качества жизни выступают, с одной стороны, факторы личностных усилий, стремление к саморазвитию, готовность к самоизменению, а с другой – особая форма организации социальной поддержки лиц с ООП. Главными факторами, определяющими качество жизни, являются не условия среды жизнедеятельности, а сама личность и ее позиция по отношению к жизни в ситуации болезни, ее способность к активации собственного ресурсного потенциала. Именно личность, отталкиваясь от ограничений здоровья, делает их основополагающим ресурсом саморазвития.

### Литература

1. Барabanов Р.Е. К вопросу о структуре качества жизни лиц с патологией голосового аппарата // Вестник Российского нового университета. Серия «Человек в современном мире». 2018. Вып. 2. С. 74–86.
2. Барabanов Р.Е. Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса. Современные исследования и разработки в фониатрии. Бо-Бассен – Роз-Хилл, 2018. 109 с.
3. Барabanов Р.Е., Фанталова Е.Б. Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5, № 4. С. 39–49.
4. Леонтьев Д.А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструкторов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: материалы II Международной научно-практической конференции (23–25 сентября 2010 г., Кострома) / под ред. Т.Л. Крюковой, М.В. Сапоровской, С.А. Хазовой. Т. 2. Кострома, 2010. С. 40–42.
5. Леонтьев Д.А. Факторы и психологические механизмы развития личности в затрудненных условиях // Инклюзивное образование: методология, практика, технология: материалы международной научно-практической конференции (20–22 июня 2011 г., Москва). М., 2011. С. 69–70.

6. *Одинцова М.А., Радчикова Н.П.* Разработка методики самоактивации личности // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 58. С. 12.
7. *Чиксентмихайи М.* Поток: психология оптимального переживания / пер. с англ. М., 2011. 520 с.
8. *Чудновский В.Э.* Становление личности и проблема смысла жизни. М.; Воронеж, 2008. 768 с.
9. *Bowling A.* Measuring Disease: A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales. Vol. 43. Buckingham: Philadelphia, 2011.
10. *Hajiran H.* Toward a Quality of Life Theory: Net Domestic Product of Happiness // Social Indicators Research. 2008. Vol. 75.
11. *Jahoda M.* Current Concepts of Positive Mental Health. N. Y., 1958. 138 p.
12. *Murphy K., Cooney A., Shea E.O., Casey D.* Determinants of Quality of Life for Older People Living with a Disability in the Community // Journal of Advanced Nursing. 2009. Vol. 65 (3).
13. *Ryff C.D.* Happiness is Everything, or is it Explorations on the Meaning of Psychological Wellbeing // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57.
14. *Ryff C.D.* What I Know and How I Change: Is Education a Help or Hindrance During Life Transition? // Gerontological Society of America Meetings. November. Los Angeles, 1995. Vol. 5.
15. *Ryff C.D., Singer B.* The Contours of Positive Human Health // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9.
16. *Sirgy M.J.* The Psychology of Quality of Life. Dordrecht; Boston; L., 2010. 230 p.

#### Literatura

1. *Barabanov R.E.* К вопросу о структуре качества жизни лиц с патологией голосового аппарата // Вестник Российского нового университета. Серия “Человек в современном мире”. 2018. Вып. 2. С. 74–86.
2. *Barabanov R.E.* Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса. Современные исследования и разработки в фониатрии. Во-Бассен – Роз-Кхилл, 2018. 109 с.
3. *Barabanov R.E., Fantalova E.B.* Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5, № 4. С. 39–49.
4. *Leont'ev D.A.* Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструктов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: материалы II Международной научно-практической конференции (23–25 сентября 2010 г., Кострома) / под ред. Т.Л. Крыковой, М.В. Сaporovской, С.А. Кхазовой. Т. 2. Кострома, 2010. С. 40–42.
5. *Leont'ev D.A.* Факторы и психологические механизмы развития личности в трудных условиях // Инклюзивное образование: методология, практика, технология: материалы международной научно-практической конференции (20–22 июня 2011 г., Москва). М., 2011. С. 69–70.
6. *Odintsova M.A., Radchikova N.P.* Разработка методики самоактивации личности // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 58. С. 12.
7. *Чиксентмихайи М.* Поток: психология оптимального переживания / пер. с англ. М., 2011. 520 с.
8. *Чудновский В.Э.* Становление личности и проблема смысла жизни. М.; Воронеж, 2008. 768 с.
9. *Bowling A.* Measuring Disease: A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales. Vol. 43. Buckingham: Philadelphia, 2011.
10. *Hajiran H.* Toward a Quality of Life Theory: Net Domestic Product of Happiness // Social Indicators Research. 2008. Vol. 75.

11. *Jahoda M.* Current Concepts of Positive Mental Health. N. Y., 1958. 138 p.
12. *Murphy K., Cooney A., Shea E.O., Casey D.* Determinants of Quality of Life for Older People Living with a Disability in the Community // Journal of Advanced Nursing. 2009. Vol. 65 (3).
13. *Ryff C.D.* Happiness is Everything, or is it Explorations on the Meaning of Psychological Wellbeing // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57.
14. *Ryff C.D.* What I Know and How I Change: Is Education a Help or Hindrance During Life Transition? // Gerontological Society of America Meetings. November. Los Angeles, 1995. Vol. 5.
15. *Ryff C.D., Singer B.* The Contours of Positive Human Health // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9.
16. *Sirgy M.J.* The Psychology of Quality of Life. Dordrecht; Boston; L., 2010. 230 p.

DOI: 10.25586/RNU.V925X.19.01.P.026

УДК 159.9

А.А. Васильева

---

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ  
С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

---

Подчеркивается значимость воспитательно-обучающего направления в оказании помощи детям дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в современном учебном процессе. Отмечается центральная роль в этом процессе педагогов, психологов, что отвечает практическим запросам в современном образовательном пространстве. Представлена психолого-педагогическая программа, акцентирующая внимание на формировании психологических установок регуляции поведения таких детей.

*Ключевые слова:* саморегуляция деятельности, произвольное внимание, синдром дефицита внимания, обучение, произвольная саморегуляция.

A.A. Vasilyeva

---

MODERN DIRECTIONS OF PSYCHOLOGICAL WORK  
WITH CHILDREN OF THE SENIOR OF PRESCHOOL AGE  
WITH SYNDROME OF DEFICIENCY ATTENTION  
AND HYPERACTIVITY

---

Emphasizes the importance of educational and training areas in assisting children of preschool age with attention deficit hyperactivity disorder in the modern educational process. Teachers and psychologists play a central role in this process, which responds to practical demands in the modern educational space. The psychological and pedagogical program is presented, focusing on the formation of psychological attitudes to regulate the behavior of these children.

*Keywords:* self-regulation of activity, arbitrary attention, attention deficit syndrome, training, arbitrary self-regulation.