

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ

«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е. Р. _____

Председатель ГАК
д. пс. н., профессор
Соловьева С. Л. _____

Выпускная квалификационная работа на тему:

***Родительские представления о состоянии здоровья ребенка с
нарушениями развития***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:
Студент 6 курса
Лечебного факультета
Отделения клинической психологии
Трясова Полина Сергеевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
Лорер Виктория Валерьевна
_____ (подпись)

Санкт-Петербург
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР	7
1.1 Описание факторов, влияющих на оценку родителями состояния здоровья детей с нарушениями развития.	7
1.1.1. Эмоциональное состояние родителей детей с нарушениями развития	7
1.1.2. Психологические особенности родителей детей с нарушениями развития	12
1.1.3. Понятие о компетентности родителей	15
1.1.4. Психосоциальная поддержка родителей детей с нарушениями развития	19
1.2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	25
1.2.1. Описание Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	25
1.2.2. Возможности применения МКФ, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке реабилитационного процесса	30
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
2.1. Описание выборки исследования	32
2.2. Процедура исследования	33
2.3. Методы исследования	33
3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ	39
3.1. Анализ данных интервью	39
3.2. Анализ психологических характеристик и эмоционального состояния родителей	42
3.2.1. Описательный анализ психологических характеристик и эмоционального состояния родителей	42
3.2.2. Сравнительный анализ психологических характеристик и эмоционального состояния родителей	48
3.3. Изучение взаимосвязи между личностными особенностями и эмоциональным состоянием родителей и их восприятием статуса ребенка	51

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	60
ВЫВОДЫ	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	68
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	69
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	74
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	77
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	79
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	80
ПРИЛОЖЕНИЕ 6	82
ПРИЛОЖЕНИЕ 7	83
ПРИЛОЖЕНИЕ 8	85
ПРИЛОЖЕНИЕ 9	91
ПРИЛОЖЕНИЕ 10	94
ПРИЛОЖЕНИЕ 11	96
ПРИЛОЖЕНИЕ 12	102
ПРИЛОЖЕНИЕ 13	106

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема нарушений развития у детей во всем мире стоит довольно остро. Она представляет собой не только большую медицинскую, но и социальную проблему. Согласно данным Росстата, по состоянию на 01.01.2023 г. 722 тыс. детей в возрасте до 18 лет относятся к категории детей с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном внимании; из них 197 тыс. детей в возрасте от 0 до 7 лет (Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2023).

Мировое медицинское сообщество под термином «здоровье» подразумевают состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав ВОЗ, 1946). В соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), состояние здоровья индивида рассматривается как интегративный показатель, который включает в себя не только объективную оценку функций и структур организма, но и активность человека, его вовлеченность в повседневные жизненные ситуации в контексте влияния факторов окружающей среды и персональных факторов (МКФ, 2001). Данный подход позволяет выйти за рамки клинических показателей развития болезни и посмотреть на здоровье человека с более широких позиций.

При планировании и проведении реабилитационных мероприятий в педиатрии специалистам необходимо иметь наиболее полное представление о семье, включая медицинские, психологические и социальные сведения. При этом стоит заметить, что важной особенностью работы в этом направлении является то, что «пациентом» в полном понимании этого слова выступает альянс родителя и ребенка. Ребенок в этом процессе субъектен, так как он не имеет достаточной самостоятельности, чтобы формулировать жалобы (запрос на лечение), описывать и сообщать картину заболевания, понимать и принимать разъяснения специалиста, формировать комплаенс. Таким образом, взаимодействие врача с пациентом детского возраста по своей сути

представляет собой общение в триаде «врач–родитель–ребенок» (Мирошниченко М. Д., 2021). В настоящее время мероприятия по комплексной реабилитации проводятся как в медицинских организациях, так и в организациях социального обслуживания.

Описание родителем или другим близким взрослым особенностей здоровья или заболевания ребенка не всегда может совпадать с наблюдениями специалиста или другими объективными данными. Это связано с отражением характеристик взрослого на его восприятии и последующем описании здоровья ребенка. К числу таких характеристик относится эмоциональное состояние, психологические особенности родителя, компетентность (знания о заболевании, о воспитании, умение взаимодействовать с ребенком и т.д.) и наличие психосоциальной поддержки. Данные характеристики также могут быть взаимосвязаны с тем, какие симптомы родитель считает основными или вторичными, с его представлениями о целях реабилитации, которые могут отличаться от основных мишеней, определяемых специалистами. В связи с этим, то, каким образом родители описывают состояние здоровья ребенка во всех его аспектах, становится чрезвычайно важным.

Таким образом, в формате взаимодействия специалиста и диады родитель-ребенок, выводы специалиста относительно здоровья ребенка делаются с учетом особенностей восприятия и описания его родителем. Роль родителя заключается в донесении близкой к объективной действительности картины нарушения, понимании предоставленной специалистом информации, ее правильном применении, выполнении назначений.

Гипотеза:

1. Существуют значимые различия в родительских представлениях о состоянии здоровья в группах родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра и родителей детей с признаками задержанного развития.

2. Существуют значимые различия в личностных особенностях и эмоциональном состоянии в группах родителей детей с нарушениями развития и условно здоровых детей.

3. Вектор описания родителем состояния здоровья своего ребенка зависит от личностных особенностей родителя.

Объект исследования: родители детей дошкольного возраста с нарушениями развития.

Предмет исследования: представления родителей о состоянии здоровья своего ребенка.

Целью данной работы является изучение особенностей представлений родителей о состоянии здоровья своего ребенка.

В соответствии с целью ставятся следующие **задачи**:

1. Изучить и сравнить представления родителей о состоянии здоровья в группе детей с нарушениями развития и в группе условно здоровых детей.

2. Изучить личностные особенности и эмоциональное состояние родителей детей с нарушениями развития и родителей условно здоровых детей.

3. Изучить взаимосвязи между личностными особенностями родителей и их представлениями о состоянии здоровья детей.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

1.1 Описание факторов, влияющих на оценку родителями состояния здоровья детей с нарушениями в развитии.

1.1.1. Эмоциональное состояние родителей детей с нарушениями в развитии

Тяжелый диагноз ребенка нередко становится источником психологической травмы для родителя или, по меньшей мере, явлением, привносящим значительные изменения в привычную жизнь. Отягощает ситуацию как то, что причина заболевания не всегда известна, так и длительный процесс лечения или реабилитации, который держит в напряжении родителей и подчиняет себе повседневность. Заболевание ребенка, который для родителей является символом временной перспективы их собственной жизни, приводит к глобальной перемене в стратегии будущего. Многие надежды рушатся, чувство безопасности исчезает, родители ощущают потерю контроля и неспособность изменить ситуацию. Также они зачастую стесняются общаться с другими людьми, так как боятся непонимания и осуждения с их стороны. Общество часто особым образом относится к детям с отклонениями в психологическом и физическом развитии. Для родителей такая ситуация опасна возникновением внутриличностного конфликта, который способствует сужению круга общения, снижению коммуникабельности и социальной дезадаптации (Седова Е. О., Гарданова Ж. Р., Токмакова Е. С., Чернов Д. Н., Андреева В. О., 2021).

На первых этапах столкновения родителей с заболеванием ребенка значительную роль играет медицинский персонал. При должной эффективности сопровождения он позволяет уменьшить глубину эмоционального потрясения для членов семьи. При этом может активироваться семейный копинг, который помогает процессу лечения и делает значимых родственников более приверженным совместному решению проблемы (Шабанова Т. Л., Низамова А. М., Курылёва В. С., 2021).

При первой встрече с заболеванием у родителей прослеживается несколько типов отношения к ситуации (Быкова И. С., Краснощекова И. В., Якиманская И. С., 2019). Одно из них – паническое бессилие, при котором перспективы заболевания воспринимаются непомерно тяжелыми, а бороться с ним кажется бесполезно. Также родители могут игнорировать проявления заболевания, вытесняя их из зоны своего восприятия («вытеснение»). При этом они могут скрывать отклонение в развитии ребенка от окружающих, боясь укоров или изменения отношения с их стороны. В такой ситуации неудовлетворение родителей может выплескиваться на медицинских работников, воспитателей или родственников. Такие родители ощущают себя одинокими, у них ярко выражено чувство вины. Другим типом отношения может быть бегство в болезнь – родитель становится сверхопекающим, защищая ребенка от любых посторонних влияний, в том числе и тех, которые могут быть полезны для ребенка. Они полностью подстраивают жизнь под заболевание ребенка, испытывая при этом непонимание, растерянность и страх.

Во многом это схоже с процессом переживания утраты. Фактически, утрачивается «нормальность» жизни. С нарастанием напряжения и отсутствием возможности отвлечься психологические ресурсы истощаются. С этой точки зрения особенно важным оказывается информирование родителей о том, что они могут обращаться за помощью к социальному окружению. Оно, чаще всего, способно оказать как моральную поддержку, так и помощь относительно поиска места в социальной структуре.

Еще одной особенностью родителей ребенка с отклонениями является острое переживание чувства вины. Причиной этого, с родительской точки зрения, является то, что их малыш развивается не так, как его сверстники. То есть мама и папа считают, что, возможно, это происходит по их вине: они приложили недостаточно усилий для того, чтобы ребенок развивался правильно. Зачастую это приводит к внутрисемейным конфликтам. Родители вспоминают ошибки друг друга и начинают ссориться, выясняя, кто больше

виноват сложившейся ситуации (Малярчук Н. Н., Криницына Г. М., Пашенко Е. В., Отева Н. И., 2019).

Существует ряд классических ситуаций, в которых наиболее вероятно возникновение чувства вины у родителя. Рассмотрим некоторые из них.

Неправильное действие. В этом случае мама или папа малыша вспоминает допущенную ошибку и постоянно обвиняет себя за неё. Во многих случаях проступок уже был исправлен или перестал иметь значение. Но для человека с патологическим чувством вины такие доводы бессмысленны. Он вновь обвиняет тебя в том, что совершил, и не может избавиться от ощущения, что можно было сделать лучше, а также постоянно обдумывает возможные варианты развития ситуации в случае принятия в прошлом правильного решения.

Неправильное бездействие. Родитель испытывает вину, если считает, что приложил недостаточно усилий для достижения желаемого результата.

Неверное решение с последствиями или без. Ошибочное решение, от которого пострадали другие люди. В этом случае чувство вины возникает именно перед ними.

Неправильное отношение к чему-то или кому-то. Тот тип вины, при котором человек чувствует себя виноватым перед самим собой. Такая вина возникает в результате внутриличностного конфликта. Человек осознает то, что его негативное отношение к другим людям, словам, поступкам или решениям является неправильным, но при этом не желает предпринимать усилий для изменения ситуации (Белик И. А., 2006).

Психолог В.А. Горянина провела ряд исследований, на основании результатов которых сделала вывод, что чувство вины в большинстве случаев возникает у молодых родителей, не имеющих достаточно опыта. Есть ряд предположений о том, почему это происходит, но основной версией является следующее: родители, имевшие опыт воспитания, испытывают уверенность в своих методах, которые уже принесли плоды. При этом неопытные мама и папа пока не понимают, как выстраивать общение с ребёнком, чтобы не

утратить своего авторитета и в то же время сохранить с малышом хорошие отношения (Горянина В.А., 2007). При этом угрызениям совести сопутствует обида и разочарование. Нередко чувство вины сопровождается физиологическими изменениями, ведь человек, который постоянно напряжен, быстрее утомляется и тратит энергию на самобичевание. Важно понимать, что огорчение, которое сопровождает чувство вины, может не давать человеку понять, в чём причина проблемы. Родитель может испытывать физические недомогания, проблемы в общении с другими людьми и различные страхи. Если в семье воспитывается малыш с ограниченными способностями, то такое поведение родителей делает атмосферу в доме напряженной. Это только усугубляет ситуацию. В нездоровой атмосфере ребёнок не сможет развиваться необходимым образом, что скажется на его дальнейшей адаптации в жизни.

Очевидно, что родителям, особенно малоопытным, в семье которых воспитывается ребёнок с ОВЗ, необходима работа над собой - самостоятельно или с привлечением профессионалов. Таким родителям необходимо своевременно получать консультации по вопросам об особенностях течения болезни малыша, а также о том, как выстраивать отношения с социумом и друг с другом. Мама и папа ребенка с ограниченными способностями постоянно испытывают стресс, независимо от того, был ли у них опыт воспитания детей в прошлом. Это сказывается на всех сторонах их жизни: снижается работоспособность, уменьшается энергичность, повышается тревожность, возникает боязнь осуждения со стороны других людей и чувство неполноценности. При этом чувства родителей к малышу также могут быть весьма противоречивыми. С одной стороны, они любят своего ребёнка и стремятся всеми силами ему помочь. С другой стороны - испытываемое чувство вины заставляет их стыдиться малыша и бояться осуждения со стороны других людей. Такая нестабильность ситуации может отрицательно сказаться на развитии ребёнка, его способности к социальной адаптации и самооценке.

Существует еще один немаловажный фактор, по которому можно судить о различиях в оценке здоровья ребенка мамой и папой и врачом-специалистом. Это медицинская активность родителей. Около 70% родителей обращаются к медицинскому специалисту при острых симптомах заболевания. Такие родители следуют данным им врачом рекомендациям. При этом родители детей раннего возраста в три раза, а родители подростков - в 4,5 раза чаще, чем медики, считают, что здоровье их детей соответствует оценке «хорошее». При этом родители готовы оценить состояние своего ребёнка как «плохое» в 2,5 раза реже, чем медицинские специалисты. В семьях, где малыша воспитывает один из родителей, этот показатель еще выше. Важно, что некоторые родители не осознают тяжесть заболевания ребенка и обращаются к врачам только в экстренных случаях. В ситуациях же, когда симптомы проявляются слабо, такие родители предпочитают заниматься самолечением или ищут советов в интернете. Часто родители не осознают всей серьезности ситуации и не обращаются к педиатру вовремя. Например, зачастую мама и папа не придают значения тому, что вес ребенка не соответствует параметрам, которые считаются нормальными в его возрасте и при его росте. Зато возникновение респираторных заболеваний вызывает желание немедленно обратиться к врачу. Приоритеты педиатров и родителей при анализе здоровья ребенка не совпадают. Соответственно, мероприятия, направленные на сохранение здоровья малыша, зачастую проводятся неправильно или не соответствуют степени важности. Многие семьи обращают внимание на рацион ребёнка только в том случае, если у малыша наличествуют хронические заболевания, требующие особенной диеты. Если родители думают, что могут самостоятельно оценивать состояние ребёнка и принимать решение о его лечении, то зачастую это заканчивается госпитализацией с заболеванием в тяжелой форме (Старобина Е. М., 2018).

Низкий уровень медицинской активности говорит о том, что родители не осознают важность контроля со стороны врачей здоровья и особенностей

развития ребёнка. Одним из показателей уровня медицинской активности является своевременная вакцинация от опасных заболеваний. На данный момент наблюдается увеличение числа родителей, которые отказываются от важных своевременных прививок в угоду веяниям времени, общественному мнению или личным соображениям. Такой подход может нанести ущерб здоровью ребёнка, о чем родители должны быть информированы педиатром.

В первую очередь, медицинская активность родителей заключается в желании предупредить возникновение болезни или ее усугубление. Необходимо посещать больницу с ребёнком при первых же заметных изменениях в его физическом состоянии. Терапевтические мероприятия позволят вовремя предупредить возникновение заболевания, купировать рецидив и улучшить здоровье малыша. Важно посещать педиатров не только при обнаружении симптомов заболевания, но и в профилактических целях (Клёнов М.В., 2013).

1.1.2. Психологические особенности родителей детей с нарушениями в развитии

В различных исследованиях часто утверждается, что с появлением в семье ребенка, развитие которого было нарушено, функционирование семьи становится не таким, как прежде: появляется множество ограничений, меняется привычный порядок жизни. Но также большое влияние оказывается и на родителей, в частности, матерей, которые чаще всего занимаются воспитанием и взаимодействием с профильными специалистами. Отмечается, что сопутствующее напряжение повышает уровень невротизации, что может привести к психосоматическим расстройствам. Также ухудшать ситуацию могут и другие факторы: недостаточный уровень активности родителя в отношении оказания специализированной помощи ребёнку, своеобразные установки, нарушения во внутрисемейном взаимодействии, недостаточный уровень медико-психолого-педагогической компетентности. Все это снижает уровень реабилитационных возможностей для ребёнка с нарушением в развитии. (Ермолова В. М., 2019).

В работах, посвященных исследованию особенностей родителей с детьми, имеющими отклонения в развитии, отмечаются некоторые особенности отношения к ребенку. К примеру, многие родители склонны обращать внимание на активность ребенка, уделяя время множеству развивающих игр и занятий, чтобы «ускорить» его развитие; они стараются дистанцироваться от ребенка, при этом занимая авторитарную позицию; стараются не проявлять негативные эмоции (гнев, вспыльчивость, раздражение) и избежать их появления у ребенка. Часть родителей также возлагают ответственность за условную «ненормальность» ребенка на себя (интернальный локус контроля болезни ребенка), при этом испытывая чувство напряжения и преувеличивая степень тяжести самого заболевания. Среди личностных характеристик чаще всего упоминаются конфликтность в угрожающих ситуациях, удовлетворенность имеющимися благами и сопутствующая робость, импульсивность, тревожность и снижения порога возбудимости, практичность во взглядах, недостаточную оригинальность в поведении, склонность снимать с себя ответственность за внутрисемейные конфликты, перекладывая ее на партнеров или близких родственников. В качестве стратегий совладающего поведения родители детей с отклонениями чаще используют вытеснение, то есть устранение всяких позиций и представлений, которые не схожи с принятыми ими. При этом у них ярко выражен интерес к любым успехам ребенка, тяга к его всестороннему развитию, стремление преодолевать препятствия (Зинова И. М., 2015).

В свою очередь, А. И. Захаров называл некоторые личностные черты материнской фигуры, которые могут с большой вероятностью оказывать негативное влияние на процесс развития ребенка: тревожность; сензитивность – высокий уровень эмоциональной восприимчивости к внешним воздействиям; аффективность – низкий порог эмоциональной возбудимости, нестабильность, яркая выраженность эмоциональных реакций; «недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний, или противоречивость личности, в целом обусловленная трудно совместимым

сочетанием трех предшествующих и трех последующих характеристик»; стремление к доминантности в межличностных отношениях; эгоцентризм – склонность опираться исключительно на собственную точку зрения, неумение подстраиваться; гиперсоциальность – высокий уровень чувства долга, приверженность своим принципам, нежелание идти на компромиссы (Захаров А.И., 2006).

Родители, оказавшиеся, по сути, в сложной жизненной ситуации могут справляться с окружающей действительностью несколькими способами: с помощью агрессии, чувства вины, гиперопеки, активной открытой или закрытой пассивной позиции. Наиболее организованные из них находят в себе силы для мобилизации ресурсов. В остальных же ситуациях родители могут неадекватно оценивать сложившиеся обстоятельства, в том числе и здоровье ребенка. Многие целиком полагаются на мнение специалистов, сводя собственное участие в реабилитационных и коррекционных программах к минимуму.

Отмечается, что многие родители детей с отклонениями в развитии имеют тревожно-депрессивные тенденции или расстройства, признаки астении и самообвинения. Некоторые из них склонны расценивать новые негативные симптомы как прогресс в состоянии ребенка (Мальцева А. А., 2020). Примечательно и то, что, испытывая отрицательные эмоции, родители стараются не проявлять их, избегая неправильной интерпретации таких реакций со стороны окружающих. В межличностных отношениях они, как правило, проявляются ограниченно, не проявляют непосредственность и непринужденность.

Значение также имеет и характер нарушений у ребенка. При сравнении матерей детей со сложными нарушениями (аутизм с умственной отсталостью) и с умственной отсталостью исследователи выявляют значимые различия в личностных характеристиках представителей данных групп. Так, например, у матерей первой группы ярко выраженными оказываются ответственность, обостренное чувство долга, неудовлетворенность собой,

тенденции к самообвинению, неуверенность в себе, сензитивность, самоконтроль, раздражительность, зависимость от окружающих, зависимость эмоционального состояния от состояния здоровья ребенка; у второй группы – деятельность, готовность к изменениям и взаимодействию, высокая самооценка (Киселева Т. Г., Рогунова Ю. В., 2022).

В рамках изучения совладающего поведения у родителей детей с отклонениями делаются выводы о том, что ситуация, в которой оказались родители, часто видится им безвыходной, что приводит к ухудшению эмоционального состояния. Это, в свою очередь, не позволяет адекватно применять имеющиеся стратегии совладающего поведения, снижая интерес к жизни и повышая уровень эмоционального напряжения. Часто родители используют стратегии, направленные на контроль эмоций и избегание, из-за чего они вынуждены снижать количество социальных взаимодействий (Гостунская Я.И., Шеховцова Е.А., 2018).

Говоря о динамике материнских переживаний, стоит заметить, что в первые годы жизни ребенка картина дефекта, как правило, неполная. Психика использует множество защитных механизмов, что по итогу выглядит как принятие матерью дефекта ребенка. По мере его взросления, развития заболевания или медленному прогрессу в коррекционно-развивающей работе, мать может переходить в отвергающую позицию (Устюжанинова Е.Н., Стребкова Е.А., 2023).

Таким образом, можно говорить о специфичности некоторых личностных особенностей родителей детей с отклонениями в развитии.

1.1.3. Понятие о компетентности родителей

Если в семье есть ребёнок с ограниченными возможностями, то важно, чтобы родители понимали важность создания для него условий для социальной адаптации в процессе дальнейшей жизни. При этом разные родители выбирают различные стратегии поведения. Рассмотрим основные типы поведения семей, в которых есть дети с ОВЗ.

Первый тип - это семьи, в которых родители стараются относиться к своему ребёнку, как к полностью здоровому. Они уделяют достаточно времени медицинским и реабилитационным мероприятиям, но при этом не относятся к малышу как к больному. Такие родители не стараются оградить ребёнка от воздействия внешнего мира, а, напротив, активно вовлекают его в общественную жизнь. В такой семье сохраняется здоровая атмосфера, потому что мама и папа не отказываются от общения с друзьями, работы и не испытывают чувства вины или стыда, связанные со своим ребёнком. Такой подход является наиболее оптимальным. Родители, которые относятся к своему малышу, как к здоровому, сохраняют психологическое и физическое здоровье, что помогает установить позитивную атмосферу в семье и положительным образом сказывается на малыше. Ребенок таких родителей чаще вырастает самостоятельным и понимает, что у мамы и папы есть другие стороны жизни и интересы, помимо удовлетворения его капризов.

Есть и второй тип семей. Такие родители не знают, как воспитывать ребёнка с особенностями развития, и часто неправильно или несвоевременно проводят медицинские и реабилитационные процедуры. При этом они тратят большое количество времени на восстановление здоровья ребенка, но мало разбираются в особенностях течения его заболевания. Как правило, в таких семьях мама и папа испытывают чувство вины перед ребёнком, друг перед другом и имеют психологическую проблему в виде внутриличностного конфликта. Всё это приводит к возникновению чрезмерного желания опекать малыша и формированию неправильного воспитания. Невозможность ребёнка самостоятельно справляться с бытовыми проблемами только усугубляет ситуацию. Важно понимать, что, если занижать требования к малышу и стремиться сделать всё за него, то он и не научится быть самостоятельным. Кроме того, такие родители зачастую стремятся ограничить своего ребёнка от общения. Это приводит к возникновению сложностей с социальной адаптацией.

Когда малыш приходит в школу или дошкольное учреждение, он невольно становится частью микросоциальной структуры. Учителя, воспитатели и другие педагоги предъявляют ему такие же требования, как и к остальным детям. Наличие заболевания не делает малыша особенным. Если воспитание в семье было неправильным, то ребёнок будет продолжать вести себя привычным образом и в школе, то есть будет капризничать или пытаться манипулировать другими людьми. Чрезмерная опека не позволяет малышу подготовиться к полноценному общению со сверстниками и другими взрослыми людьми, помимо родителей, что негативным образом сказывается на его социальной адаптации. Ребёнок чувствует себя больным и требует к себе повышенного внимания, что не всегда возможно в условиях обучения.

Семьи, в которых воспитывается малыш с ограниченными возможностями, зачастую нуждаются в помощи профессионального психолога для создания здоровой атмосферы в доме, а также в помощи опытного педагога, который сможет развить навыки и способности ребёнка с учётом его особенностей.

Это требует формирования психологической и педагогической компетентности родителей.

Психологическая компетентность является фактором, который показывает вероятность успеха реализации действий, требующих от родителей правильного поведения и проявления личностных качеств. При этом задачей психолога является формирование у родителей способности ощущать себя в психологической безопасности независимо от состояния ребёнка и мнения окружающих (Кузьменко И. В., 2020).

Пензенский педагог Н. А. Хрусталькова считает, что в семье со здоровой психологической атмосферой родители не испытывают чувства вины и страх перед тем, что они могут оказаться «плохими». Родителям важно понимать свою роль в воспитании и контроле за здоровьем ребенка, и предпринимать действия в соответствии с текущей ситуацией. Компетентный родитель знает, что для оптимального развития ребёнка необходимо развиваться самому, а

именно - учиться новому и узнавать актуальную информацию (Хрусталькова Н.А., 2008).

Компонентами педагогической готовности считаются: мотивационный, когнитивный, деятельностный и рефлексивный. Рассмотрим отдельно каждый из них.

Мотивационный компонент проявляется в разработке условий для максимально быстрого и эффективного включения семьи в реабилитационные процессы. В это понятие входит формирование интереса у родителей к изучению особенностей развития и воспитания ребёнка, готовность к обращению врачам различных направлений для решения проблем со здоровьем малыша и для разрешения ситуаций психологического характера. Необходимо сформировать у родителей потребность научиться основам правильного воспитания ребёнка с особенностями развития и способность адекватно оценивать течение его болезни (Шац И. К., 2023).

Когнитивный компонент представляет собой систему знаний, а также совокупность практических навыков и опыта, которые семья может использовать для повышения уровня развития ребёнка и его социализации.

Деятельностный компонент представляет собой именно действия, которые направлены непосредственно на реализацию составленного плана, а именно — на реабилитацию малыша, его развитие и социализацию, в том числе и в образовательном учреждении.

Рефлексивный компонент представляет собой способность адекватно оценить полученный результат и самостоятельно проконтролировать выполнение рекомендаций педагога (Вахрушева А.С., 2016).

Очевидно, что согласованная деятельность родителей и компетентных специалистов дает максимальный эффект при воспитании и обучении ребенка с особенностями развития. Но при этом существует ряд факторов, препятствующих сотрудничеству родителей и специалистов. К ним относятся неверное восприятие родителями уровня развития своего ребёнка, неспособность родителей к самооценке и самоконтролю, неумение родителей

принять чуждые им методы воспитания и своевременно исправлять ошибки (Максименко О. П., 2016).

Согласно вышеизложенному, мамы и папы детей, которые имеют дефекты речи, часто не понимают всей серьезности проблемы. Важно осознавать, что именно речь является основным коммуникативным навыком между людьми. Если родители не имеют представления о том, каким образом помочь ребёнку или думают, что их роль при решении данной проблемы не существенна, то решить ее будет намного сложнее. Родители с низким уровнем ответственности часто заявляют о своей некомпетентности, о невозможности уделять достаточно времени занятиям логопедией, а также ссылаются на другие причины.

В федеральном законе «Об образовании» от 29.12.2012 г. №273-ФЗ ст.44 прописано: «Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся...обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка» (Закон об образовании в Российской Федерации от 29.12.2012 г. №273-ФЗ.- М.:ТЦ Сфера, 2014). Понятие ответственного родительства включает в себя осознание мамой и папой проблемного ребёнка того, что малыш требует непосредственного родительского участия в вопросах воспитания, обучения и социализация. Далеко не все способны уделять время и силы решению данных вопросов. Тем не менее, именно совместный труд родителей и педагогов дает максимальный эффект (Мунгиева Н. З., Магомедова З. Ш., Абдурахманова М. А., 2022). Всё это является предпосылкой к проведению исследований, которые позволят специалистом выявить оптимальные методы и подходы для работы с родителями детей с ОВЗ.

1.1.4. Психосоциальная поддержка родителей детей с нарушениями в развитии

Одна из составляющих, которые влияют на восприятие родителем состояния здоровья своего ребенка – это наличие психосоциальной поддержки. Под ней подразумеваются специализированные учреждения,

оказывающие помощь, социальное окружение, семья, а также материальные возможности.

Некоторые исследователи считают, что понятие социальной поддержки является двояким. Можно рассматривать его как помощь лицам со стороны государства или общества в ситуации, с которой человек не может справиться сам. С другой стороны, понятие социальной поддержки означает взаимодействие между людьми, при котором происходит общение и обмен необходимой для разрешения сложной ситуации информацией (Круглова Е. Е., 2022). При этом часто под социальной поддержкой понимается помощь именно нематериального характера, например, помощь в трудоустройстве или создание условий для получения профессии.

В исследованиях различных авторов социальную поддержку рассматривают как «буфер» в стрессовых ситуациях, т. е. как некий элемент, который значительно уменьшает действие стресса на психическое состояние человека. Кроме того, ряд авторов считает данные меры помощи своеобразным элементом, снижающим действие стрессовых ситуаций на человека. Существует обратная зависимость между наличием последствий от стресса и возможностями для получения социальной поддержки (Cobb S., 1976). Таким образом, человек, который получает социальную поддержку со стороны государства или общества, менее подвержен влиянию стресса. Важно отметить, что эффективность мер поддержки зависит от множества факторов. При изменении обстоятельств те меры, которые были эффективными в прошлом, могут не приносить аналогичного эффекта в настоящем.

Для родителей, которые воспитывают ребенка с ОВЗ, социальная поддержка очень важна. Американский учёный Карл Данст провёл ряд исследований, выявляющих зависимость последствий стресса от наличия социальной поддержки. Выяснилось, что родители детей с особыми потребностями, которые получали высокий уровень поддержки, не испытывали таких негативных последствий от сложившейся ситуации, как те,

кому было некому помочь (Dunst C.J., Trivette C.M., Cross A.H., 1986). Кроме того, было выявлено, что матери, воспитывающие детей с низким уровнем ментального развития, при отсутствии социальной поддержки выполняли большее количество ролей, но не имели возможности уделять своему ребенку должного внимания. Учёные связывают данное обстоятельство с тем, что именно на матери лежит груз ответственности за своё дитя. В случае если матери некому помочь и не с кем разделить это бремя, страдает сфера взаимодействия между членами семьи. Снижается взаимопонимание и уменьшается вероятность выбора подходящего стиля для воспитания ребёнка с ограниченными возможностями.

Многие исследователи указывают в своих трудах, что в виде одной из мер социальной поддержки может выступать взаимодействие со старшим поколением семьи. Бабушки и дедушки могут помогать в воспитании внуков и служить существенным источником поддержки для семьи (Seligman M., 1997). Забота и эмоциональная поддержка со стороны других людей способствует возникновению у членов семьи, в которой воспитывается ребёнок с ОВЗ, ощущения безопасности и защищенности. Родители, которые получают социальную поддержку, не чувствуют себя изолированными от общества или ущербными, что, в свою очередь, благоприятно сказывается на воспитании детей (Шульга Т.И., 2017). Некоторые авторы отмечают в своих исследованиях, что качество социальной поддержки оказывает огромное влияние на эмоциональное состояние родителей и зачастую влияет на их благополучие даже больше, чем фактическая ситуация. Тяжесть заболевания ребенка также воспринимается родителями через призму мер социальной поддержки, которую они получают от государства и от общества. Мэри Вейс провела исследование в группе из 120 семей. При этом исследовательница оценивала именно то, как ситуацию воспринимает мать ребёнка. Треть женщин из контрольной группы воспитывали детей с аутизмом, треть - детей с ЗПР, а еще треть - детей, не имеющих ментальных нарушений. Выявилось, что больше всех от последствий стресса страдают матери детей с аутизмом.

Немного выше показатель психологического благополучия был у женщин из второй категории. Все женщины из группы при оценке наличия социальной поддержки и уровня стресса в основном опирались на наличие поддержки со стороны отца ребенка. Данное исследование четко показало, что моральная поддержка имеет даже большее значение, чем деятельная (Заплетина О. О., 2020). М. Маргалит и Т. Клейтман проанализировали восприятие текущей ситуации при помощи семидесяти матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Большинство из них подчеркивали тот факт, что их уровень стресса зависит от формы взаимоотношений дома и наличия заботы со стороны других членов семьи. (Margalit M., Kleitman T., 2006). Т. Хортон и Дж. Валландер проводили исследования, направленные на изучение уровня стресса у матерей детей с различными отклонениями ментального и физического характера. В ходе анализа полученных результатов было установлено, что социальная поддержка существенно способствует уменьшению уровня стресса. В результате своих исследований, ученые пришли к выводу о том, что в семьях, в которых воспитывается ребёнок с инвалидностью, уровень стресса для родителей достаточно высок, но эффективные меры социальной поддержки могут смягчить негативные последствия данного явления. Благополучие родителей непосредственно сказывается на воспитании и развитии ребёнка (Савёнышева С. С., Заплетина О. О., 2021).

Было выявлено, что мамы и папы, которых активно поддерживает государство и общество, лучше справляются с воспитанием ребёнка с ОВЗ. Кроме того, такие родители реже применяют методы морального давления и физического унижения при воспитании. В частности, в ходе одного из исследований было выявлено, что уменьшению негативных последствий стресса способствует активная социальная жизнь родителей. Мэри Элизабет Рауткис провела исследование, в котором рассматривались эффекты влияния как положительного, так и отрицательного социального взаимодействия на людей, ухаживающих за психически неполноценными родственниками. Было

выявлено, что, если опекун имеет большое количество негативных взаимодействий с членами семьи и с другими людьми, то это ухудшает его психологическое состояние. При этом в случае положительно эмоционально окрашенных взаимодействий существенного снижения уровня стресса не наблюдается. На данный момент в России наблюдается такая тенденция: родители детей с ОВЗ не чувствуют социальной поддержки со стороны государства и общества, что способствует ухудшению отношений между членами семьи. Поэтому негативные ситуации в таких семьях часто приводят к разводу или к установлению тиранических отношений между родителями (Анохина С. А., 2018). Таким образом, ребёнок с ограниченными возможностями развития сталкивается с дополнительными проблемами, что ухудшает его способность к адаптации в обществе и оказывает негативное влияние на развитие. Становится очевидно, что при разработке мер социальной поддержки для семей с детьми с ментальными нарушениями необходимо в первую очередь поддерживать именно родителей, ведь они являются для ребёнка непосредственным источником информации и образцом для подражания. Поэтому в нашей работе мы делаем основной акцент на состояние родителей.

Если говорить о мерах, которые предпринимает государство для обеспечения социальной поддержки семей с детьми-инвалидами, то многие исследователи отмечают низкий уровень этого параметра (Варламов А., Скороходов И., Шпицберг И., 2020). Эти данные согласуются с теми, которые получили другие эксперты в ходе проведения исследований (Рахманина И. Н., 2017). Самые низкие оценки выявлены у параметра доступности среды. Инфраструктура городов зачастую не приспособлена для людей с ограниченными возможностями. Особенно это касается небольших населённых пунктов. В столичных городах ситуация немного лучше, чем в регионах, но всё же далека от идеала. В России наблюдается негативное отношение к детям-инвалидам и отсутствие у персонала общественных

заведений квалификации для работы с такими посетителями (Федорова А. И., Щербакова А. М., 2020).

Большинство родителей детей с ограниченными способностями указывают на проблемы в медицинской сфере с выявлением болезней на ранней стадии, своевременным распознаванием симптомов, а также с отсутствием квалифицированных медицинских специалистов, которые способны проводить грамотные консультации и способствовать решению проблемы или уменьшению негативного эффекта от фактической ситуации. В сфере образования также наблюдаются проблемы с обучением детей с ограниченными возможностями здоровья. Немногие педагоги обладают должной квалификацией для работы с такими детьми. При этом зачастую работа специалистов не является бесплатной, что провоцирует возникновение материальных трудностей, а также проблем с невозможностью физического доступа к контакту со специалистом по причине его удаленности от семьи (Шакед Л., 2020).

При этом наиболее благоприятная для ребёнка с ОВЗ обстановка наблюдается в реабилитационных центрах. Вот таких учреждениях медики, педагоги и психологи имеют соответствующую квалификацию и направляют все усилия на помощь ребёнку в развитии. Специалисты реабилитационных центров лучше обеспечены необходимыми для работы с детьми-инвалидами материалами, чем их коллеги в общедоступных учреждениях, и обладают более широким списком компетенций.

Таким образом, психосоциальная поддержка в каждом из ее проявлений представляет собой важный фактор, формирующий отношение родителей к отклонению и, следовательно, состоянию здоровья ребенка.

1.2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

1.2.1. Описание Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, известная как МКФ, является классификацией доменов, связанных со здоровьем. В данной классификации описаны различные элементы здоровья не только отдельного индивида, но и общества в целом. Основные домены представлены следующими двумя списками: 1) функции и структуры организма, 2) домены социальной активности. Кроме того, МКФ учитывает и тот факт, что на состояние здоровье индивидов и общества во многом влияет экологическая ситуация, поэтому существует отдельный перечень факторов окружающей среды, которые влияют на данные параметры (ВОЗ, 2013).

Классификация описывает взаимосвязь между функционированием систем организма человека, его индивидуальными особенностями и факторами внешней среды.

МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года (резолюция WHA 54,21). В отличие от своей предшественницы, МКФ была одобрен для применения в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья (ВОЗ, 2013).

МКФ является не только классификационной структурой, но и наглядно демонстрирует весь опыт, накопленный в медицинской сфере в области обслуживания людей с ограниченными возможностями. Дополняет её Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). При этом МКФ знакомит с общими терминами, изучение которых

позволяет сделать выводы о пациентах с ограничением здоровья как внутри одного населенного пункта или страны, так и провести сравнительную аналогию между разными местностями или странами. Таким образом, данная классификация позволяет структурировать данные об ограничениях жизнедеятельности.

Международная классификация функционирования указывает на то, что появление инвалидности может быть актуальным для любого человека, независимо от его возраста, пола, генетических особенностей и т. д. Даже если индивид здоров сейчас, то в будущем у него могут возникнуть проблемы со здоровьем, которая приведут к ограничению возможностей. Ограничение трудоспособности рассматривается не как специфика определенной небольшой группы лиц, а как совокупность человеческого опыта по данному вопросу. За счёт чётко и логично выстроенной структуры, МКФ позволяет использовать универсальную шкалу здоровья и инвалидности для оценки физического состояния индивида.

Кроме того, данная классификация включает в понятие дисфункции персональные и экологические факторы (ВОЗ, 2013).

Структура МКФ. МКФ состоит из двух списков: составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности; составляющие контекстных факторов.

Функционирование и ограничения жизнедеятельности включает две классификации для описания организма: функции систем организма и структуры организма и классификацию активности и участия, которая охватывает все категории, описывающие функционирование с индивидуальной и социальной позиции.

Контекстные факторы представлены рядом персональных факторов и факторов окружающей среды, которые классифицируются по степени взаимодействия с человеком. Личностные факторы учитывают генетическую предрасположенность индивида к болезни, его возраст, пол, особенности трудовой и социальной деятельности и т. д.

Единицей классификации является определенная категория здоровья или болезни внутри каждого элемента. При этом важно понимать, что МКФ не принимает за единицу классификации конкретного пациента. Данная система лишь позволяет описать существующее положение дел, поэтому всегда должно составляться в контексте сопутствующих факторов (Шошмин А.В, Бесстрашнова Я.К., 2019).

Международная классификация определяет функционирование и ограничения жизнедеятельности как понятия, относящиеся к большому спектру функций, факторов и сфер жизни человека. В частности, в МКФ учитывается экологическая ситуация, непосредственная деятельность индивидуума и особенности его организма.

Определения в МКФ:

- Функционирование на уровне организма. Под этим определением подразумеваются персональные особенности организма индивида, его предрасположенности к заболеваниям и состояние внутренних структур.
- Функционирование на уровне личности. В это понятие входят особенности деятельности, которой занимается индивид. При этом имеется в виду не только рабочая деятельность, но и особенности проведения досуга и социального взаимодействия с другими людьми.
- Функционирование в качестве члена общества. Под этим понятием подразумевается участие человека в различных сферах жизни, а также возможность наличия ограничений, которые наложены на его деятельность вследствие особенностей здоровья или других факторов.
- Экологические факторы и другие факторы внешнего воздействия.

Определителями называются численные показатели, которые проставляются рядом с доменом с соответствующим кодом для обозначения уровня воздействия проблемы на индивидуума. Данная величина может иметь вид универсального или основного определителя и соответствует

одной из цифр пятибалльной шкалы. Для внешних факторов, не зависящих от человека, используют одновременно и негативную, и позитивную шкалу.

Цели МКФ. МКФ используется в разных областях жизни и сферах деятельности для осуществления ряда функций. Можно выделить следующие цели данной классификации:

- Создание научной основы для понимания показателей здоровья и связанных с ним факторов.
- Разработка единой терминологии для описания показателей здоровья и факторов, связанных с ним. Это необходимо для того, чтобы работники медицинской сферы, ученые и люди, интересующиеся данными вопросами, могли без проблем понимать друг друга и обмениваться информацией.
- Возможность проведения анализа данных, актуальных для разных сфер жизни и стран.
- Создание упорядоченной структуры кодирования для информационных систем здоровья.

Все эти цели находятся в тесной взаимосвязи друг с другом, поэтому разработка МКФ стала важным шагом в сфере здравоохранения. Классификация позволяет оценивать эффективность предпринимаемых мер по улучшению здоровья населения и доступна для использования потребителями из разных стран и разного социального уровня (МКФ ВОЗ, 2001).

Применение МКФ. Первая пробная версия МКФ была разработана в 1980 году. В то время её создание преследовало несколько целей. Классификация была ориентирована на выполнение следующих функций:

- Сбор статистических данных.
- Возможности для исследований и оценки различных факторов, влияющих на здоровье людей, включая оперативные вмешательства, особенности жизнедеятельности и экологическое воздействие.

- Анализ потребностей пациентов разных групп, проведение сравнительной аналитики в отношении различных вариантов медицинского вмешательства и лечения, оценка качества работы сотрудников здравоохранения и вероятности реабилитации после оперативных вмешательств.
- Разработка мер социальной поддержки, а также компенсационных систем для разных групп граждан и выявление оптимальных путей для их реализации.
- Обучение медицинских работников, а также проведение работы с общественностью касательно вопросов сохранения здоровья и лечения существующих заболеваний.

Поскольку МКФ является классификацией здоровья и всех обстоятельств, которые связаны со здоровьем, она используется во множестве сфер жизни человека - от разработки правил гигиены до создания правил техники безопасности на рабочем месте и особенностей страхования здоровья и жизни. Она принята в ООН как "Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности".

Очевидно, что МКФ является одним из элементов, позволяющих реализовать законы, действующие на уровне государства, а также международные законодательные акты.

Благодаря своей чёткой структуре и удобству использования, МКФ применяется во множестве областей человеческой жизни. Использование данной классификации влияет на формирование законодательства, участвует в разработке мер социальной защиты, оказывает влияние на особенности трудоустройства некоторых групп граждан, участвует в обучении специалистов и многое другое. Концепция структурирования информации о здоровье гражданина позволяет разработать меры профилактики заболеваний, а также выявить факторы, облегчающие течение болезни, и

разработать оптимальную социальную поддержку для пациента (МКФ ВОЗ, 2001).

1.2.2. Возможности применения МКФ, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке реабилитационного процесса

В целях реализации реабилитационного процесса учреждения используют комплексный подход. Он предполагает максимальное терапевтическое вмешательство в сочетании с социальной поддержкой, в том числе и членами семьи пациента. Понятие реабилитации закреплено в Федеральном законе № 181 от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Данный нормативный акт позиционирует реабилитацию как систему частичного или полного восстановления больного для ведения дальнейшей жизнедеятельности, в том числе профессиональной и общественной. Главными целями процесса реабилитации является возвращение индивидом утраченных функций, что позволит ему реализовать собственные потребности и максимально эффективно использовать ресурсы организма. Кроме того, специалисты учреждений должны помогать пациентам адаптироваться к внешним факторам. Основное значение реабилитации в максимальном снятии ограничений, относящихся к состоянию здоровья. После прохождения процесса реабилитации пациент должен получить возможность продолжить или начать рабочую деятельность и общественную жизнь. При работе с пациентами с ограниченными возможностями здоровья используется биопсихосоциальный подход к оценке состояния индивидуума, а также к разработке плана реабилитационных мероприятий и оценке результатов. Такой комплекс мероприятий основывается именно на положениях МКФ. В соответствии с Международной классификацией ограничения, возникающие в жизнедеятельности индивида, базируются на характеристиках структур его организма, а также на влиянии внешних факторов.

Комплексный подход, который используется учреждениями для реабилитации пациентов, представлен в виде цикла из нескольких элементов.

Он основан на четырех основных пунктах: 1) анализ существующих проблем больного и выявление его потребностей; 2) разработка реабилитационных мероприятий; 3) выполнение пунктов реабилитации согласно составленному плану; 4) оценка результатов реабилитационных вмешательств. При реализации реабилитационных мероприятий необходимо следить за тем, чтобы их качество соответствовало в установленным нормам. В современном мире существует множество научных трудов, посвященных оценкам реабилитации при помощи МКФ. Данная классификация позволяет разработать оптимальное взаимодействие специалистов разных областей при помощи выявления функционального профиля человека с ограничением возможностей. Это позволяет создать персональный план реабилитации и добиться максимального эффекта.

МКФ не только позволяет выявить оптимальный для конкретного индивида план действий по реабилитации, но и адекватно оценить результаты терапевтического воздействия. Возможность оценки эффективности необходима для коррекции разработанного плана мероприятий. Несмотря на то, что данная классификация не позволяет определить цель реабилитации или описать конкретного пациента как субъект, она выявляет основные показатели здоровья организма и позволяет разработать схему взаимодействия для специалистов разных областей, если это необходимо. Таким образом, применение МКФ как интегративного показателя работы каждого специалиста дает возможность объективно оценить эффективность реабилитационных вмешательств (Лорер В.В., Жукова Т.Н., 2017).

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Описание выборки исследования

В исследовании приняли участие 93 родителя. Возраст исследуемых составил от 25 до 38 лет. Средний возраст респондентов – $31,4 \pm 5,9$.

По данным документации и беседы 57% воспитывают детей в полной семье. Работу с узконаправленными специалистами (психолог/логопед/дефектолог/аба-терапевт) ведут 76% семей (71 из 93). Из группы детей с нарушениями в развитии 57% (37 из 64) проходили 2 и более реабилитационные программы.

Распределение детей по половому признаку показало, что в группе 56% составили девочки, а 44% – мальчики. Возраст детей: от 1 года 10 месяцев до 7 лет 8 месяцев.

В процессе исследования была выделена группа родителей условно здоровых детей без установленных диагнозов ($n=29$) и группа родителей детей с нарушениями развития ($n=64$). По данным медицинской документации, в группе родителей детей с нарушениями развития установлен диагноз F83 Смешанные специфические расстройства психологического развития. Дети, имевшие подозрение на расстройство аутистического спектра, проходили дополнительное обследование с использованием скринингового инструмента – методики CASD, входящей в клинические рекомендации (скрининговый инструмент II уровня для выявления риска расстройств аутистического спектра) (Клинические рекомендации – Расстройства аутистического спектра – 2020 (14.08.2020) – Утверждены Минздравом РФ). На основании результатов скрининга родители детей, получившие результат, соответствующий диапазону РАС, были выделены нами в отдельную группу. Сопутствующие диагнозы данной группы: дизартрия, расстройство экспрессивной речи, сенсо-моторная алалия.

Таким образом, выборка представлена следующими группами родителей:

- Группа 1 (n=33) – родители детей с признаками расстройства аутистического спектра.
- Группа 2 (n=31) – родители детей с признаками задержанного развития.
- Группа 3 (n=29) – родители условно здоровых детей без установленных диагнозов.

2.2. Процедура исследования

Исследование проводилось на базе Детского реабилитационно-восстановительного центра (ДРВЦ), СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района Санкт-Петербурга». Исследование включало в себя сбор данных во время первичного приема семьи в учреждении. С родителями проводилось полуструктурированное интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка» (Приложение 1), разработанное с учетом положений МКФ. Далее осуществлялся перевод данных интервью в категории МКФ в соответствии с правилами, определенными в статье (Cieza, A., Geyh, S. and Chatterji, S. (2005) ICF linking rules: An update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 212-218). Перевод осуществлялся двумя экспертами, согласованность ответов составила 95%. Также в исследование включалось заполнение родителями Личностного многофакторного опросника Р. Кеттелла (форма В), Краткой анкеты для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек), Шкалы астенического состояния (Л. Д. Малкова), Шкалы депрессии Бека, Шкалы оценки реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (в адаптации Ю. Л. Ханина). В исследовании также использовались: описательная статистика, сравнительный анализ по критерию Краскела-Уоллиса, корреляционный анализ по критерию Спирмена.

2.3. Методы исследования

В основе проведения исследования лежит полуструктурированное интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка». Перевод данных интервью в категории Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

проводился с помощью специально разработанных правил (Cieza, A., Geyh, S. and Chatterji, S. (2005) ICF linking rules: An update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 212-218).

Интервью – один из наиболее часто используемых методов в качественных исследованиях. Для обозначения структурированного интервью иногда применяют термин «стандартизированное». В этом случае акты управления программой интервью значатся исследователем-интервьюером. Целью таких опросов является воздействие определённого стимула на нескольких респондентов, чтобы определить мнение опрашиваемых по конкретному вопросу. Это позволяет систематизировать и классифицировать ответы опрашиваемых. При составлении плана интервью важно помнить, что запрос к пациенту должен быть одинаковым во всех случаях. В состав интервью включалось 10 вопросов. Все из них были направлены на описание родителем здоровья своего ребенка с нарушениями в развитии. Формулировка вопросов подразумевает в ответе использование тех или иных категорий МКФ. Вопросы были разделены в соответствии компонентами МКФ. Первый вопрос направлен на сбор общих данных о состоянии здоровья ребенка. Второй вопрос включает в себя данные о структурах и функциях организма (body structure + body function [b+s] в соответствии с МКФ). Третий вопрос направлен на сбор данных о показателях активности и участия (activities and participation [d]). Четвертый вопрос направлен на определение целей терапии. Пятый и шестой вопросы включает в себя данные о поддерживающих факторах окружающей среды и барьерах (environmental factors (facilitators, barriers) [e]). Седьмой вопрос направлен на сбор данных о личностных факторах ребенка в том виде, в каком их видят родители (personal factors). Восьмой и девятый вопросы направлены на установление личностных факторов ребенка, которые, с точки зрения родителя помогают или препятствуют в достижении целей терапии. Бланк интервью представлен в Приложении 1.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья известная как МКФ, и является классификацией доменов, связанных со здоровьем. В данной классификации описаны различные элементы здоровья не только отдельного индивида, но и общества в целом. Основные домены представлены следующими двумя списками: 1) функции и структуры организма, 2) домены социальной активности. Кроме того, МКФ учитывает и тот факт, что на состояние здоровья индивидов и общества во многом влияет экологическая ситуация, поэтому существует отдельный перечень факторов окружающей среды, которые влияют на данные параметры.

Многофакторный личностный опросник 16PF был разработан в 1949 году психологом Р.Б. Кеттеллом (Raymond B. Cattell), США. Наиболее часто для проведения психологических исследований используется тот его вариант, который включает в себя 187 вопросов. В тест входят различные жизненные ситуации, в которых индивид должен выбрать один из вариантов ответной реакции на предложенные обстоятельства. При этом измеряются устойчивые психологические показатели личности, которые Р.Б. Кеттелл назвал конституционными факторами. Каждый из них измеряется в специальных единицах - стэнах. Минимальный показатель составляет 1 единицу, а максимальный - 10 единиц.

Соответственно, показатель в один стэн соответствует минимальному выражению качества в личности индивида, а показатель в 10 стэнов - максимальному. При этом показатель в 5 стэнов является нейтральным и говорит о том, что исследуемая характеристика выражена, но в меру. В большинстве вопросов получение одного балла интерпретируется как негативный результат, а 10 баллов - как позитивный. Но на самом деле всё индивидуально, и результаты прохождения теста требуют работы с психологом, чтобы выяснить актуальность полученных данных.

Р. Кеттелла и его коллегами разработаны четыре формы теста: А, В, С, D и Е. Формы С и D сокращенные, по 105 задач, и предназначены для

малообразованных граждан. В своей работе мы использовали опросник формы В из 187 пунктов.

Результаты использования указанного опроса позволяют выявить психологические особенности индивидуума, в частности - нюансы его характера и темперамента. При этом важно, что тест позволяет выявить не только личностные особенности, но и склонность к выстраиванию взаимоотношений с другими людьми и другие характеристики, говорящие о способности к общественной жизни. Некоторые из параметров можно объединить в отдельные блоки по следующим общим направленностям: интеллектуальный блок: факторы: В — общий уровень интеллекта; М — уровень развития воображения; Q₁ — восприимчивость к новому, радикализм. Эмоционально-волевой блок: факторы: С — эмоциональная устойчивость; О — степень тревожности; Q₃ — наличие внутренних напряжений; Q₄ — уровень развития самоконтроля; G — степень социальной нормированности и организованности. Коммуникативный блок: факторы: А — открытость, замкнутость; Н — смелость; L — отношение к людям; Е — степень доминирования — подчиненности; Q₂ — зависимость от группы; N — динамичность (Schuerger, J.M., 2009).

Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек). Его теоретической основой является то, что все черты характера и темперамента человека могут быть разделены на две группы: основные и дополнительные. К первым относятся непосредственно те черты, которые говорят о воле и ценностях человека. В случае, если они выражены в высокой степени, можно говорить о том, что данный человек является «акцентуированной» личностью. Это название проистекает из синонима яркой выраженности - акцента.

Данное понятие психологи считают пограничным состоянием между нормой и психическим заболеванием. Акцентуированные люди не имеют психопатии, но она может развиваться в ходе влияния ряда неблагоприятных факторов. В этом случае ярко выраженные черты характера приобретают

патологическую форму, что способствует развитию психических заболеваний и негативным образом сказывается на внутренней гармонии человека. Вследствие дисбаланса между разными чертами характера структура личности может начать разрушаться.

К. Леонгард выделял следующие типы акцентуаций: демонстративный тип, педантичный тип, застревающий тип, возбудимый тип, гипертимический тип, дистимический тип, тревожно-боязливый тип, циклотимический тип, аффективно-экзальтированный тип, эмотивный тип.

Этот опросник был актуализирован в 1970 году немецким ученым Гансом Шмишеком. Он разработал сокращённую и более универсальную версию опросника Леонгарда, который назвал «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей».

В новый вариант теста было включено 88 вопросов по десяти шкалам темперамента или характера. Респондент должен дать на каждый вопрос положительный или отрицательный ответ. По результатам пройденного теста можно легко сделать выводы о расставлении акцентов между чертами характера.

Шкала Астенического Состояния (ШАС) была создана Л. Д. Малковой и адаптирована Т. Г. Чертовой на основе ММРІ. Этот подход позволяет быстро диагностировать астеническое состояние у пациента. В данном случае, с точки зрения психологического подхода, под данным термином имеется в виду состояние психической слабости. Оно характеризуется повышенной утомляемостью, раздражительностью, бессонницей, отсутствием энергии, отсутствием устойчивости к стрессам и другими проявлениями. Людям, у которых выявлено астеническое состояние, необходимо следовать рекомендациям специалиста, чтобы своевременно восстанавливать физические и психологические ресурсы.

Методика Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня депрессии. Данный тест был разработан в 1961 году известным американским психиатром, создавшим основы когнитивной психотерапии. В

опроснике указаны симптомы депрессии, наличие или отсутствие которых позволяет говорить о проявлениях заболевания.

В ходе проведения ряда клинических исследований психиатр выделил 21 наиболее часто встречающийся у больных симптом. Если состояние пациента позволяет утвердительно ответить на большинство популярных жалоб при депрессии, высока вероятность наличия заболевания.

Шкала оценки реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (в адаптации Ю. Л. Ханина) направлена на дифференцированное измерение тревожности и как личного свойства, и как состояния. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий "веер" ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

3.1. Анализ данных интервью

Для достижения поставленной цели исследования проводился анализ результатов интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка» в группах родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра ($N_1=33$), родителей детей с признаками задержанного развития ($N_2=31$) и родителей условно здоровых детей ($N_3=29$) с использованием доменов МКФ. В соответствии с МКФ, состояние здоровья индивида рассматривается как интегративный показатель, который включает в себя не только объективную оценку функций и структур организма, но и активность человека, его вовлеченность в повседневные жизненные ситуации в контексте влияния факторов окружающей среды и персональных факторов. Исследование проводилось с помощью методов описательной статистики, а также сравнительного анализа с использованием критерия Краскела-Уоллиса. Полученные результаты представлены в Приложениях 2 и 3, а также на Рисунке 1.

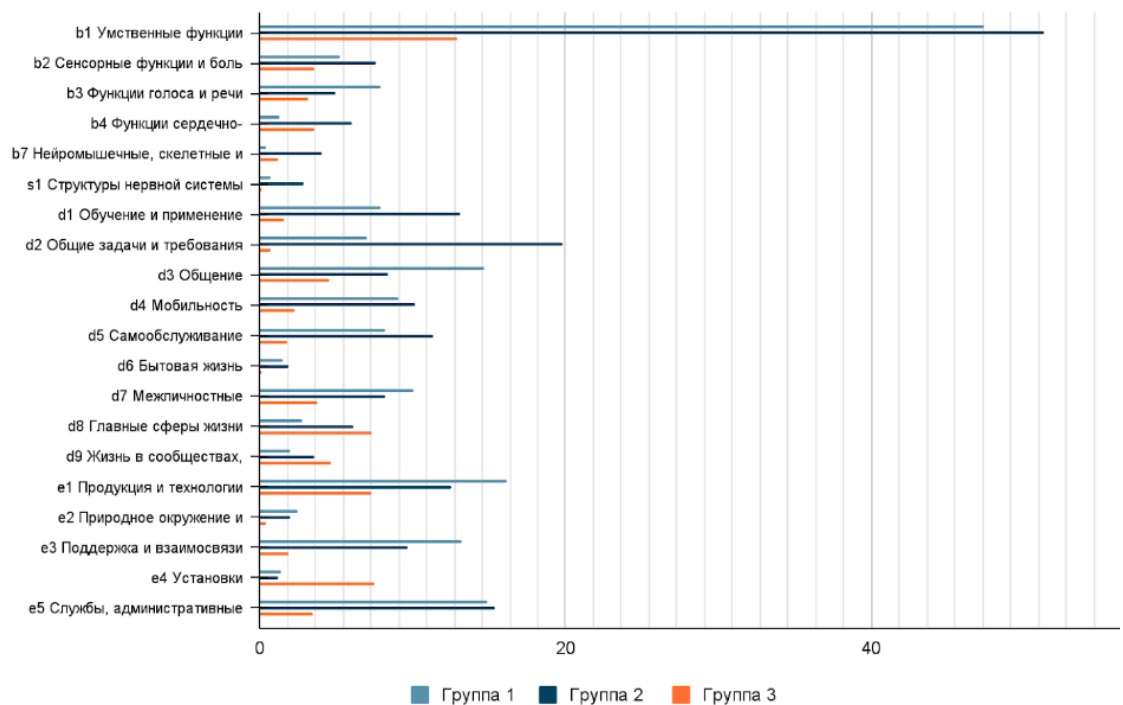


Рисунок 1. Усредненные показатели упоминания доменов МКФ в интервью в трех группах респондентов.

По итогам проведенного сравнительного анализа было выявлено, что родители детей с нарушенным развитием в категории b «Функции организма» чаще упоминают домены b1-b3, b5-b7. При этом родители Группы 2 значимо чаще говорят об умственных функциях (b1; $M_1=47,39\pm 12,55$, $M_2=51,26\pm 11,73$, $M_3=12,97\pm 6,96$, $p=0,0000$), сенсорных функциях (b2; $M_1=5,21\pm 2,64$, $M_2=7,58\pm 3,74$, $M_3=3,62\pm 3,11$, $p=0,0001$), функциях сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем (b4; $M_1=1,27\pm 1,38$, $M_2=6,00\pm 4,06$, $M_3=3,59\pm 2,31$, $p=0,0000$), функциях пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (b5; $M_1=2,00\pm 1,56$, $M_2=3,68\pm 1,87$, $M_3=0,45\pm 0,91$, $p=0,0000$), урогенитальных и репродуктивных функциях (b6; $M_1=0,09\pm 0,29$, $M_2=4,10\pm 2,15$, $M_3=0,97\pm 2,29$, $p=0,0000$) и нейромышечных, скелетных и связанных с движением функциях (b7; $M_1=0,45\pm 0,90$, $M_2=1,45\pm 1,29$, $M_3=1,21\pm 1,63$, $p=0,0074$), что можно связать с сущностью их нарушений развития, а также с сопутствующими соматическими заболеваниями.

В категории s «Структуры организма» родители детей с признаками задержанного развития (Группа 2) значимо чаще остальных говорят об анатомических структурах организма — Структуры головного мозга (s1), Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры (s2), Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (s4), Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе (s5), Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам (s6), Структуры, связанные с движением (s7).

В категории d «Активность и участие» родители детей с нарушенным развитием значительно чаще говорят об обучении и применении знаний, в частности, о целенаправленном использовании зрения и слуха, копировании, повторении, навыках одевания и раздевания, сосредоточении на голосе родителя в шумной обстановке и др. (d1; $M_1=7,88\pm 4,28$, $M_2=13,10\pm 5,68$, $M_3=1,59\pm 1,68$, $p=0,0000$), общих задачах и требованиях, куда включаются параметры выполнения ребенком простых или сложных разноплановых задач

(чтение, заправка кровати, выполнение школьного задания, уборка посуды по столу после приема пищи и др.), способы совладания со стрессом, параметры организации и соблюдения распорядка дня (d2; $M_1=7,00\pm 2,63$, $M_2=19,77\pm 6,11$, $M_3=0,76\pm 1,43$, $p=0,0000$); общении (d3; $M_1=14,70\pm 4,69$, $M_2=8,39\pm 2,96$, $M_3=4,59\pm 2,35$, $p=0,0000$), мобильности (d4; $M_1=9,06\pm 4,74$, $M_2=10,16\pm 4,09$, $M_3=2,31\pm 2,02$, $p=0,0000$), самообслуживании (d5; $M_1=8,15\pm 3,46$, $M_2=11,32\pm 4,18$, $M_3=1,83\pm 1,63$, $p=0,0000$), бытовой жизни (d6; $M_1=1,55\pm 1,39$, $M_2=1,87\pm 1,50$, $M_3=0,10\pm 0,31$, $p=0,0000$), межличностных взаимодействиях и отношениях (d7; $M_1=10,09\pm 4,61$, $M_2=8,23\pm 3,77$, $M_3=3,76\pm 1,86$, $p=0,0000$). Родители условно здоровых детей более подробно описывают главные сферы жизни, такие как образование, экономическая жизнь, работа (d8; $M_1=2,82\pm 2,16$, $M_2=6,10\pm 2,10$, $M_3=7,28\pm 4,24$, $p=0,0000$), жизнь в сообществах, общественную и гражданскую жизнь, а именно характеристики проведения отдыха и досуга, религия, участие в жизни различных благотворительных и общественных организаций (d9; $M_1=2,03\pm 1,81$, $M_2=3,58\pm 2,06$, $M_3=4,66\pm 2,19$, $p=0,0000$).

В категории е «Факторы окружающей среды» родители детей с нарушенным развитием более подробно описывают продукцию и технологии, которые включают в себя пособия и изделия для обучения и отдыха, средства коммуникации, собственность и капитал и многие другие параметры (e1; $M_1=16,18\pm 4,28$, $M_2=12,48\pm 4,85$, $M_3=7,28\pm 4,37$, $p=0,0000$); природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком (e2; $M_1=2,18\pm 2,02$, $M_2=1,97\pm 1,68$, $M_3=0,38\pm 0,90$, $p=0,0000$), поддержку и взаимосвязи со стороны семьи, близкого окружения, медицинских работников, профессионалов психологического и других профилей (e3; $M_1=13,21\pm 4,53$, $M_2=9,68\pm 3,36$, $M_3=1,93\pm 2,66$, $p=0,0000$), службы, административные системы и политику, прежде всего, в сферах здравоохранения, социальной защиты (e5; $M_1=14,85\pm 7,43$, $M_2=15,42\pm 6,15$, $M_3=3,52\pm 2,31$, $p=0,0000$). Раздел Установки (в отношении реабилитационных

мероприятий) чаще упоминается родителями условно здоровых детей ($e4$; $M_1=1,42\pm 1,54$, $M_2=1,19\pm 1,19$, $M_3=7,55\pm 3,64$, $p=0,0000$).

3.2. Анализ психологических характеристик и эмоционального состояния родителей

3.2.1. Описательный анализ психологических характеристик и эмоционального состояния родителей

Одной из задач нашего исследования было изучение особенностей эмоционального состояния родителей детей с нарушениями развития и родителей условно здоровых детей. Для выполнения поставленной задачи нами были проанализированы эмпирические данные, полученные в результате проведения опроса всех респондентов. Усредненные данные групп респондентов по методике «Многофакторный личностный опросник Кеттелла» представлены на Рисунке 2, а также в Приложениях 4, 5, 6.

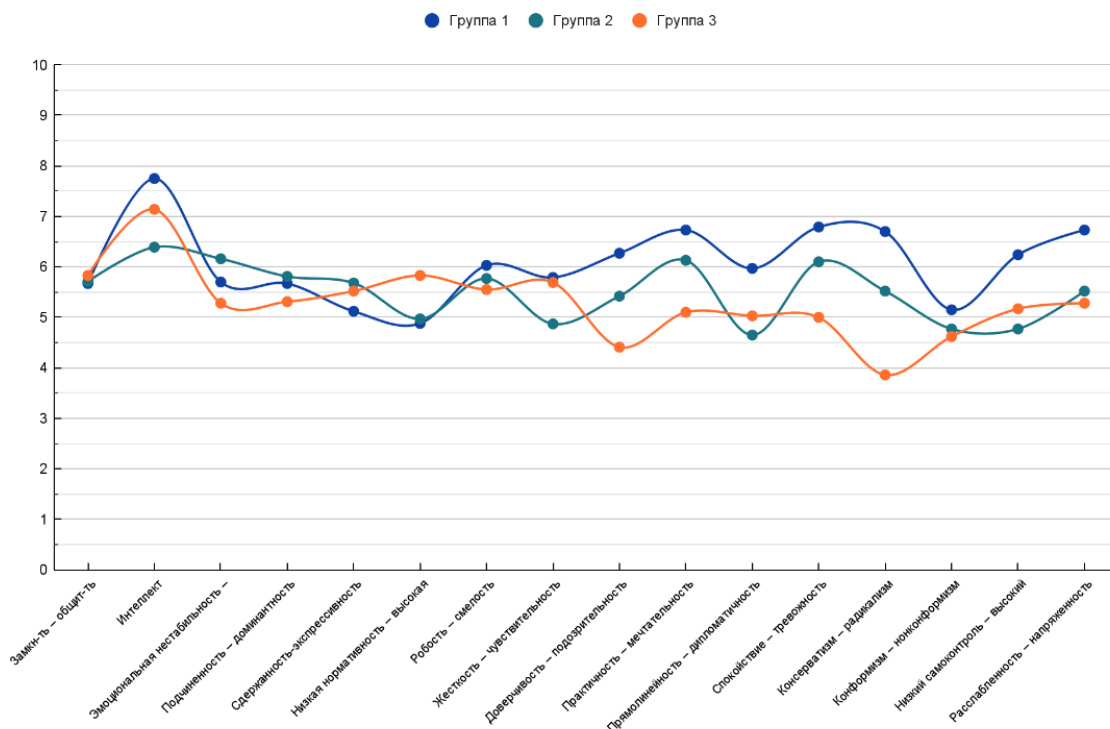


Рисунок 2. Усредненные профили групп респондентов по методике «Многофакторный личностный опросник Кеттелла»

По результатам Многофакторного личностного опросника Кеттелла в Группе 1 ($N = 33$) были получены следующие результаты. Родители детей с

признаками расстройства аутистического спектра имеют хорошо развитые умственные способности (показатель Интеллекта равен 7,75), при этом они чаще всего эмоционально устойчивы, хорошо регулируют собственные эмоциональные реакции (показатель эмоциональной стабильности равен 5,70; показатель высокого самоконтроля равен 6,24). Также наблюдается достаточно высокий показатель мечтательности (6,7), который выражается в снижении практичности, что отражается на процессе реабилитации. Показатели чувствительности (6,73), подозрительности (6,27) и тревожности (6,79) могут свидетельствовать в пользу тщательного контроля за здоровьем ребенка. Большая часть родителей испытывает скорее напряженность, чем расслабленность (показатель Расслабленности-напряженности равен 6,73). Сочетание показателей смелости (6,03) и дипломатичности (5,97) можно интерпретировать как настойчивость в отношении процесса терапии и реабилитации, наличие четких целей и видение пути их достижения.

По результатам данных в Группе 2 (N=31) можно выделить следующие особенности. Показатели доминантности (5,81), экспрессивности (5,68) и смелости (5,77) могут свидетельствовать в пользу активности в процессе реабилитации, возможном сопротивлении точке зрения специалистов. Наблюдается относительная эмоциональная стабильность (6,16), невысокий уровень чувствительности (4,87), что может интерпретироваться как эмоциональная устойчивость относительно переживаний по поводу диагноза ребенка.

В группе родителей условно здоровых детей (N = 29) были получены следующие результаты. Родители имеют хорошо развитые умственные способности (показатель Интеллекта равен 7,2). Чаще всего, они обладают достаточно высоким уровнем нормативности (5,9) и чувствительности (5,7), что может свидетельствовать о добросовестности, настойчивости, четкому следованию моральным принципам вместе со способностью к эмпатии и пониманию, добротой, терпимостью. Показатель консерватизма (3,9) в этой группе более выражен, чем радикализма.

По методике «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)» были получены результаты, представленные в Таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Средние показатели родителей Группы 1 (N = 33) (родители детей с признаками расстройства аутистического спектра) по методике «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)»

Усредненные показатели в Группе 1		
Шкала	M	SD
Гипертимные	13,64	6,88
Возбудимые	10,48	3,12
Эмотивные	12,18	3,18
Педантичные	10,48	3,50
Тревожные	14,09	4,47
Циклотимные	8,27	4,31
Демонстративные	9,27	5,05
Неуравновешенные	9,61	5,51
Дистимные	10,91	5,08
Экзальтированные	8,36	6,17

Наиболее выраженными тенденциями в данной группе родителей является гипертимность, эмотивность и тревожность, которые могут быть связаны с потребностью во взаимодействии с другими родителями со схожими проблемами и повышенном чувстве ответственности за жизнь и здоровье ребенка. Остальные показатели данной методики находятся в пределах нормативных (от 7 до 12).

Таблица 2

Средние показатели родителей Группы 2 (N = 31) (родители детей с признаками задержанного развития) по методике «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)»

Усредненные показатели в Группе 2		
Шкала	M	SD
Гипертимные	10,45	3,09
Возбудимые	10,45	2,95
Эмотивные	12,00	3,19
Педантичные	10,06	2,50
Тревожные	10,94	2,95
Циклотимные	6,68	3,17
Демонстративные	8,45	2,86
Неуравновешенные	7,55	3,18
Дистимные	10,55	3,94
Экзальтированные	5,42	4,20

Среди группы родителей детей с признаками задержанного развития большинство результатов находится в пределах нормативных (от 7 до 12). Выделяются низкие результаты по шкалам экзальтированности (5,42) и циклотимности (6,68). Данные показатели могут свидетельствовать о низкой пластичности психических процессов, отсутствии ярких аффективных реакций, реализме, эмоциональной устойчивости.

Средние показатели родителей Группы 3 (N = 29) (родители условно здоровых детей) по методике «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)»

Усредненные показатели в Группе 3		
Шкала	M	SD
Гипертимные	14,38	4,04
Возбудимые	12,14	3,70
Эмотивные	10,86	3,88
Педантичные	9,03	2,76
Тревожные	9,83	3,39
Циклотимные	9,93	3,12
Демонстративные	10,00	2,51
Неуравновешенные	9,83	2,99
Дистимные	10,34	3,73
Экзальтированные	3,10	4,13

Среди группы родителей условно здоровых детей выделяется показатель гипертимности (14,38). При этом на верхней границе нормы находится показатель возбудимости, что может свидетельствовать о недостаточном контроле над собственными побуждениями, ярком выражении эмоций, властности. В совокупности с низким показателем по шкале экзальтированности это может приводить к явным проявлениям эмоций в отношении «негативного» поведения ребенка (к примеру, раздражение в ситуациях проявления ребенком ярких эмоций). Остальные показатели данной методики находятся в пределах нормативных (от 7 до 12).

По остальным методикам, направленным на диагностику эмоционального состояния, были получены результаты, представленные в Таблице 4.

Таблица 4

Средние показатели родителей Группы 1 (N = 33), Группы 2 (N = 31) и Группы 3 (N=29) по результатам методик, направленных на диагностику ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Методики	M			SD			Медиана		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Астеническое состояние (Шкала астенического состояния)	66,73	68,50	50,97	18,52	15,05	10,71	64	68	48
Депрессивное состояние (Шкала депрессии Бека)	15,64	14,84	8,69	7,98	5,96	4,07	15	15	8
Ситуативная тревожность (Шкала тревоги Спилбергера-Ханина)	39,18	37,55	28,10	9,19	11,03	6,09	36	36	26
Личностная тревожность (Шкала тревоги Спилбергера-Ханина)	45,06	32,52	35,03	5,54	9,29	6,22	46	34	34

В обеих группах родителей детей с нарушенным развитием наблюдается слабо выраженная астения, субдепрессивные проявления, умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности. В группе

родителей условно здоровых умеренно выражена личностная тревожность, остальные показатели в норме.

3.2.2. Сравнительный анализ психологических характеристик и эмоционального состояния родителей

Для достижения поставленной цели исследования мы сравниваем полученные эмпирические данные у родителей детей с нарушенным развитием и родителей условно здоровых детей с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Были обнаружены значимые различия между группами методике «Многофакторный личностный опросник Кеттелла» по показателям Фактора В (интеллект) ($p=0,0013$), Фактора С (эмоциональная нестабильность – стабильность) ($p=0,0654$), Фактора I (жесткость – чувствительность) ($p=0,0817$), Фактора L (доверчивость – подозрительность) ($p=0,0003$), Фактора М (практичность – мечтательность) ($p=0,0026$), Фактора N (прямолинейность – дипломатичность) ($p=0,0057$), Фактора О (спокойствие – тревожность) ($p=0,0007$), Фактора Q₁ (консерватизм – радикализм) ($p=0,000$), Фактора Q₃ (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль) ($p=0,0007$), Фактора Q₄ (расслабленность – напряженность) ($p=0,0002$). В наглядном виде данные представлены в Приложении 7.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что у родителей детей с нарушенным развитием показатели чувствительности, подозрительности, мечтательности, тревожности, радикализма и напряженности выше, чем у родителей условно здоровых детей. Вместе с тем, у них наблюдается более низкий уровень нормативности, в отличие от группы родителей условно здоровых детей. По показателем других факторов значимых различий выявлено не было.

Также мы провели сравнение эмпирических данных трех групп по методике «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)». Результаты представлены в Таблице 4.

Таблица 4

Сравнительные показатели трех групп испытуемых по методике «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)»

Шкалы	Группа 1 (N=33) M±SD	Группа 2 (N=31) M±SD	Группа 3 (N=29) M±SD	Уровень значимости
Гипертимные	13,64±6,88	10,45±3,09	14,38±4,04	0,0062**
Возбудимые	10,48±3,12	10,45±2,95	12,14±3,70	0,1235
Эмотивные	12,18±3,18	12,00±3,19	10,86±3,88	0,3123
Педантичные	10,48±3,50	10,06±2,50	9,03±2,76	0,1064
Тревожные	14,09±4,47	10,94±2,95	9,83±3,39	0,0001***
Циклотимные	8,27±4,31	6,68±3,17	9,93±3,12	0,0027**
Демонстративные	9,27±5,05	8,45±2,86	10,00±2,51	0,1308
Неуравновешенные	9,61±5,51	7,55±3,18	9,83±2,99	0,0604
Дистимные	10,91±5,08	10,55±3,94	10,34±3,73	0,9162
Экзальтированные	8,36±6,17	5,42±4,20	3,10±4,13	0,0011**

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что у родителей детей с нарушенным развитием более ярко выражены тревожные ($p=0,0001$) и экзальтированные ($p=0,0011$) черты, чем у родителей условно

здоровых детей. При этом в группе родителей детей с признаками задержанного развития значимо меньше выражены гипертимные, циклотимные и неуравновешенные черты по сравнению с группами родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра и родителями условно здоровых детей. По показателям других шкал значимых различий не обнаружено.

Сравнительный анализ эмоционального состояния по методикам, направленным на диагностику эмоционального состояния, были получены результаты, представленные в Таблице 5.

Таблица 5

Сравнительные показатели трех групп испытуемых по методикам, направленным на исследование эмоционального состояния

Методики	Группа 1 (N=33) M±SD	Группа 2 (N=31) M±SD	Группа 3 (N=29) M±SD	Уровень значимости
ШАС	66,73±18,5 2	68,50±15,05	50,97±10,71	0,0000***
Шкала депрессии Бека	15,64±7,98	14,84±5,96	8,69±4,07	0,0001***
Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (ситуативная тревожность)	39,18±9,19	37,55±11,03	28,10±6,09	0,0000***
Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (личностная тревожность)	45,06±5,54	32,52±9,29	35,03±6,22	0,0000***

По данным таблицы можно наблюдать, что в группах родителей детей с нарушенным развитием показатели астении ($p=0,0000$), депрессии ($p=0,0001$), ситуативной ($p=0,0000$) тревожности более высокие по сравнению с группой родителей условно здоровых детей. При этом, личностная тревожность в

группе родителей детей с признаками задержанного развития значимо ниже, чем в двух других.

3.3. Изучение взаимосвязи между личностными особенностями и эмоциональным состоянием родителей с представлениями о состоянии здоровья ребенка в соответствии с МКФ

Одной из задач нашего исследования было установление и анализ связей личностных и эмоциональных особенностей родителей детей с нарушенным развитием с их представлениями о состоянии здоровья ребенка в соответствии с МКФ. Представления родителей о том, какие характеристики являются наиболее значимыми в понятии о состоянии здоровья, связаны с их личностными особенностями. Иными словами, личностные особенности родителей взаимосвязаны с преобладанием тех или иных наиболее значимых категорий, описывающих состояние здоровья их ребенка. Для этого нами был проведен анализ полученных эмпирических данных с помощью критерия корреляции Спирмена. По результатам корреляционного анализа мы выявили ряд значимых взаимосвязей.

Подробно результаты корреляционного анализа представлены в Приложениях 8, 9, 10. Рассмотрим отдельные значимые корреляционные связи между показателями личностных особенностей и эмоционального состояния, полученными в результате проведения методик «Многофакторный личностный опросник Кеттелла», «Краткая анкета для оценки акцентуированных личностей (Леонгард-Шмишек)», «Шкала Астенического Состояния», «Шкала депрессии Бека», «Шкала оценки реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (в адаптации Ю. Л. Ханина)» и интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка» в группе родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра. Результаты представлены на Рисунке 3.

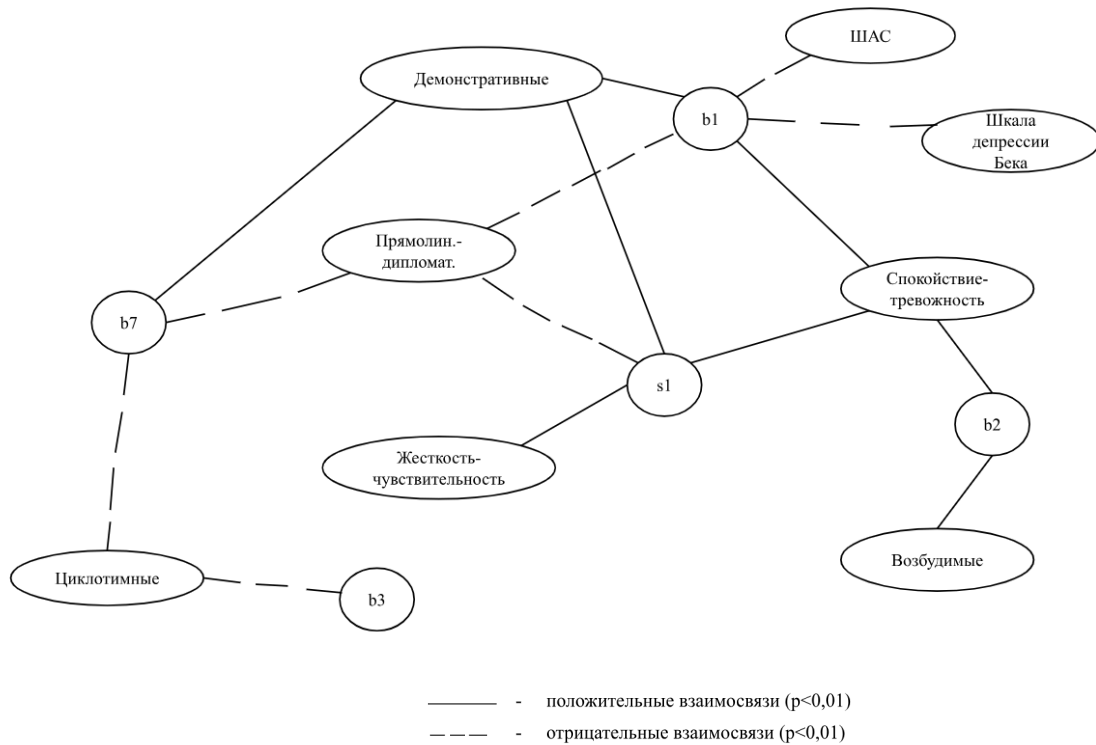


Рисунок 3. Корреляции в Группе 1 между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием разделов доменов b и s в интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка»

Анализ результатов показал наличие значимой положительной связи между категориями умственных функций (при описании родителями в интервью) и такими чертами личности, как демонстративность ($r=0,483694$, $p < 0,01$) и тревожность ($r=0,490573$, $p < 0,01$). Обратная корреляция упоминаний данного раздела МКФ наблюдается с наличием депрессивных ($r=-0,533658$, $p < 0,01$) и астенических ($r=-0,500545$, $p < 0,01$) состояний, а также со шкалой Прямолинейности–Дипломатичности ($r=-0,447316$, $p < 0,01$). Обнаруживается прямая корреляционная связь демонстративных черт связаны с упоминанием Нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (b7; $r=0,442923$, $p < 0,01$), а также обратная корреляционная связь с упоминанием Структур нервной системы (s1; $r=0,448018$, $p < 0,01$), которые, в свою очередь, связаны прямой корреляцией с чувствительностью ($r=0,447304$, $p < 0,01$), тревожностью ($r=0,489999$, $p < 0,01$)

и обратной – с прямолинейностью ($r=-0,472891$, $p<0,01$). Циклотимные черты обратно коррелируют с подробностью описания Нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (b7; $r=-0,482708$, $p<0,01$) и Функций голоса и речи (b3; $r=-0,461515$, $p<0,01$). О сенсорных функциях и боли (b2) большее количество раз говорят родители с более высоким уровнем тревоги ($r=0,458746$, $p<0,01$) и возбудимости ($r=0,477982$, $p<0,01$).

Рассмотрим результаты корреляционного анализа между личностными и эмоциональными особенностями родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра (Группа 1) и упоминанием ими отдельных разделов домена d Активность и участие (Рисунок 4).

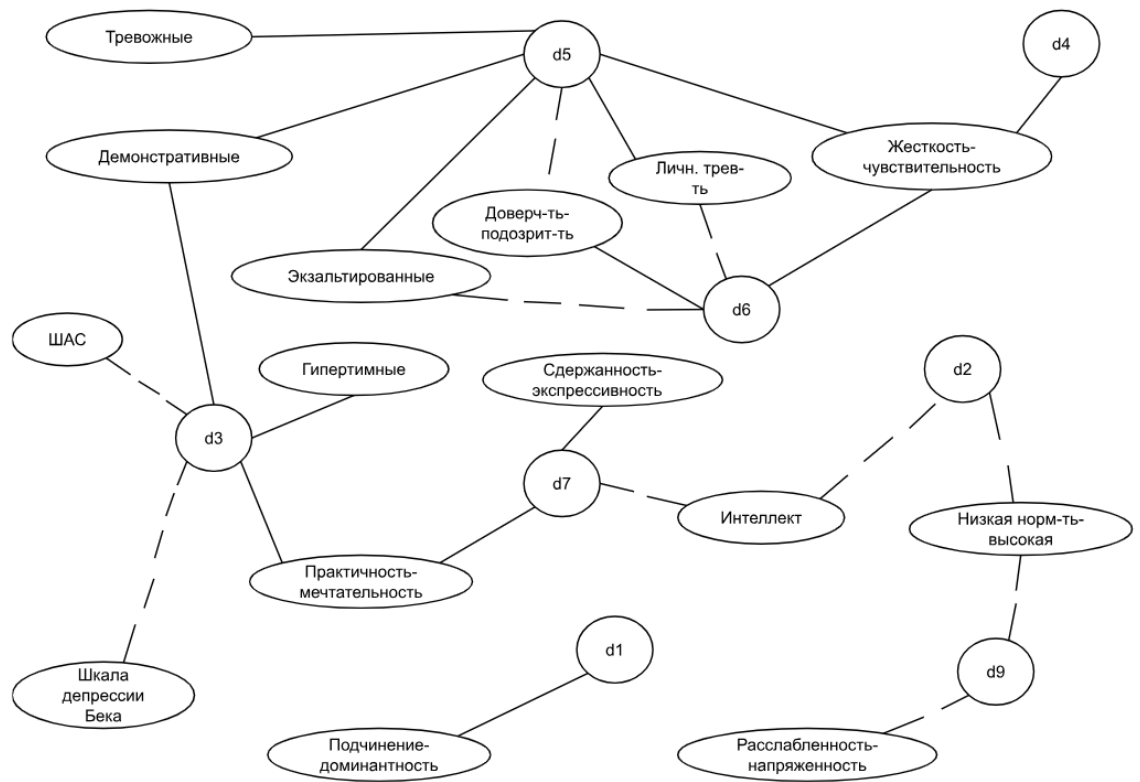


Рисунок 4. Корреляции в Группе 1 между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием отдельных разделов домена d в интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка»

По результатам корреляционного анализа выявлено, что упоминание Раздела «Обучение и применение знаний» прямо коррелирует с чертами доминантности (d1; $r=0,619582$, $p<0,01$). Раздел «Общие задачи и

требования» (d2) взаимосвязан с показателем интеллекта ($r=-0,351209$, $p<0,05$) и нормативности ($r=-0,432028$, $p<0,05$). Частота упоминания раздела d3 «Общение» положительно коррелирует с демонстративными ($r=0,533941$, $p<0,01$), гипертимными ($r=0,748695$, $p<0,01$) чертами и с показателем мечтательности ($r=0,472827$, $p<0,01$). При этом наблюдается обратная корреляция с тенденциями к астеническому ($r=-0,626229$, $p<0,01$) и депрессивному ($r=-0,666611$, $p<0,01$) состояниям. Подробность описания мобильности (d4) взаимосвязана с такой личностной особенностью как чувствительность ($r=0,536550$, $p<0,01$). Частота упоминаний Раздела d5 «Самообслуживание» прямо коррелирует со следующими личностными особенностями: тревожность ($r=0,536903$, $p<0,01$), демонстративность ($r=0,517275$, $p<0,01$), экзальтированность ($r=0,559424$, $p<0,01$), личностная тревожность ($r=0,450308$, $p<0,01$); также наблюдается обратная корреляция с чертами подозрительности ($r=-0,568536$, $p<0,01$) и жесткости ($r=-0,463371$, $p<0,01$). Описание бытовой жизни (d6) взаимосвязано с личностной тревожностью ($r=-0,446043$, $p<0,01$) и экзальтированностью ($r=-0,492123$, $p<0,01$), а также с чертами подозрительности ($r=0,385395$, $p<0,05$) и жесткости ($r=0,415433$, $p<0,01$). Показатели интеллекта ($r=-0,508103$, $p<0,01$), практичности ($r=0,568663$, $p<0,01$) и сдержанности ($r=0,514738$, $p<0,01$) связаны с более подробным описанием раздела d7 «Межличностные взаимодействия и отношения». Показатели по шкалам Расслабленности–Напряженности ($r=-0,449543$, $p<0,01$) и Низкой нормативности–Высокой нормативности ($r=-0,471084$, $p<0,01$) обратно коррелируют с частотой упоминания раздела d9 «Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь».

Рассмотрим результаты корреляционного анализа между личностными и эмоциональными особенностями родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра и упоминанием ими отдельных разделов домена e Факторы окружающей среды (Рисунок 5).

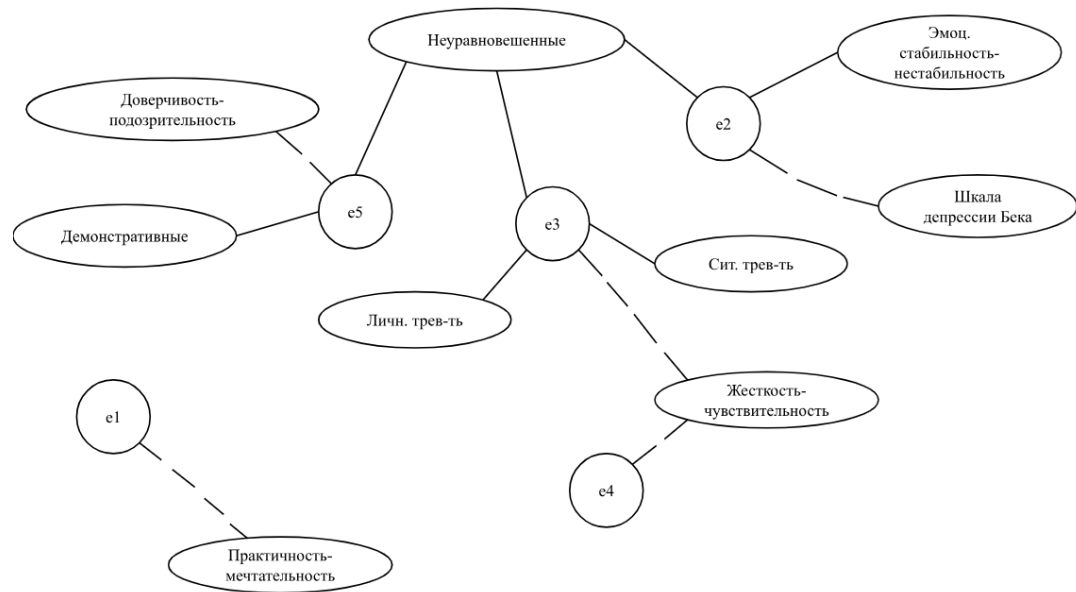


Рисунок 5. Корреляции в Группе 1 между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием отдельных разделов домена е в интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка»

Анализ результатов показал наличие обратной корреляционной связи такой характеристики личности как мечтательность с подробностью описания раздела е1 «Продукции и технологии» ($r=-0,461549$, $p<0,01$). Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком (е2) взаимосвязаны с тенденциями к неуравновешенности ($r=0,480555$, $p<0,01$), эмоциональной нестабильности ($r=-0,433093$, $p<0,05$) и депрессивными тенденциями ($r=-0,452622$, $p<0,01$). Личностная тревожность ($r=0,467967$, $p<0,01$), ситуативная тревожность ($r=0,458003$, $p<0,01$) и показатель Жесткости-Чувствительности ($r=-0,504031$, $p<0,01$) связаны с упоминанием раздела е3 «Поддержка и взаимосвязи». Описание раздела е5 «Службы, административные системы и политика» взаимосвязано с чертами демонстративности ($r=0,633551$, $p<0,01$), неуравновешенности ($r=0,633551$, $p<0,01$) и доверчивости ($r=-0,488499$, $p<0,01$).

Рассмотрим результаты корреляционного анализа между личностными и эмоциональными особенностями родителей детей с признаками

задержанного развития и упоминанием ими отдельных разделов доменов b
 Функции организма и s Структуры организма (Рисунок 6).

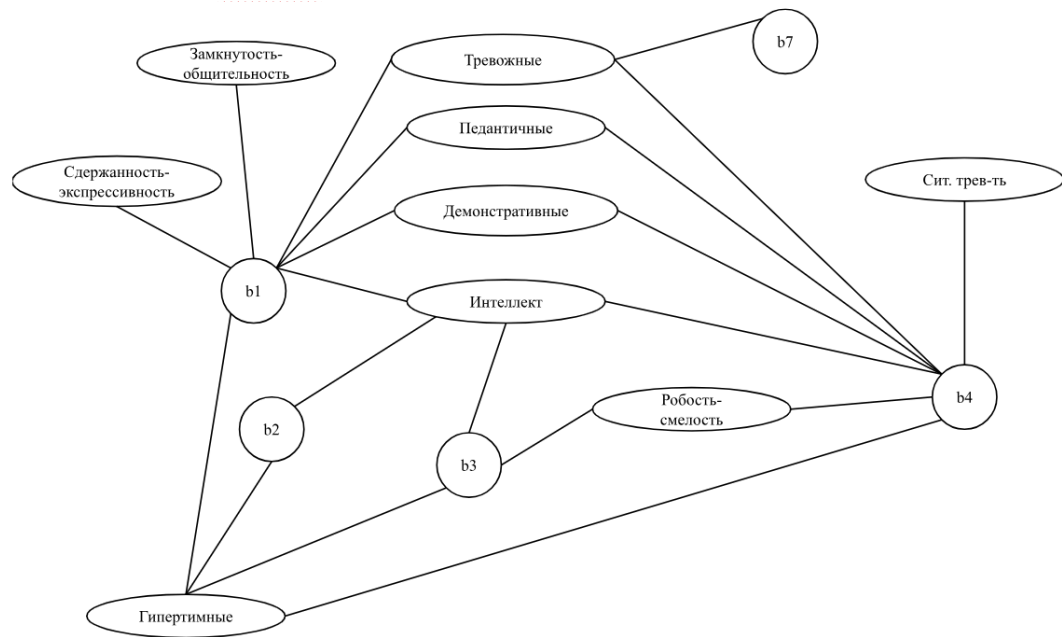


Рисунок 6. Корреляции в Группе 2 между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием отдельных разделов доменов b и s в интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка»

Были выявлены прямые корреляционные связи между Умственными функциями (b1) и следующими личностными чертами: экспрессивность ($r=0,463447$, $p<0,01$), гипертимность ($r=0,543134$, $p<0,01$), общительность ($r=0,752494$, $p<0,01$), тревожность ($r=0,484385$, $p<0,01$), педантичность ($r=0,460890$, $p<0,01$), демонстративность ($r=0,491821$, $p<0,01$), а также с более высоким показателем интеллекта ($r=0,637911$, $p<0,01$). Количество упоминаний раздела b2 Сенсорные функции и боль положительно коррелирует с показателем интеллекта ($r=0,517884$, $p<0,01$) и гипертимностью ($r=0,491708$, $p<0,01$). Выявлена связь между разделом b3 Функции голоса и речи и показателями интеллекта ($r=0,516405$, $p<0,01$), гипертимности ($r=0,569525$, $p<0,01$) и смелости ($r=0,503006$, $p<0,01$). Прямые корреляционные связи также были установлены между разделом b4 Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем и

тревожностью ($r=0,501500$, $p<0,01$), педантичностью ($r=0,474298$, $p<0,01$), демонстративностью ($r=0,510743$, $p<0,01$), показателем интеллекта ($r=0,637483$, $p<0,01$), смелостью ($r=0,465194$, $p<0,01$), гипертимностью ($r=0,500182$, $p<0,01$) и ситуативной тревожностью ($r=0,498683$, $p<0,01$). Раздел b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции более подробно описывался родителями с тревожными чертами ($r=0,472428$, $p<0,01$). Корреляционных связей личностных особенностей с разделами домена s не выявлено.

Рассмотрим результаты корреляционного анализа между личностными и эмоциональными особенностями и упоминанием отдельных разделов домена d Активность и участие в группе родителей детей с признаками задержанного развития (Рисунок 7).

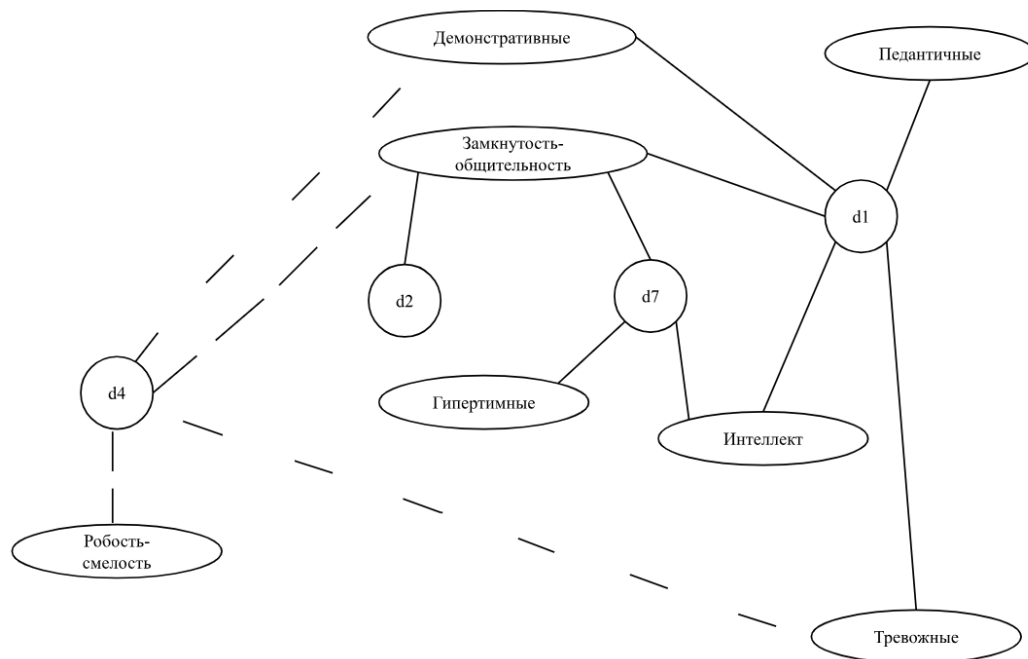


Рисунок 7. Корреляции в Группе 2 между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием отдельных разделов домена d Активность и участие в интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка»

Были выявлены прямые корреляционные связи между Разделом d1 Обучение и применение знаний и педантичностью ($r=0,490609$, $p<0,01$) и демонстративностью ($r=0,576749$, $p<0,01$), тревожностью ($r=0,560839$,

$p < 0,01$), общительностью ($r = 0,598178$, $p < 0,01$) и интеллектом ($r = 0,627577$, $p < 0,01$). Обратные корреляционные связи были выявлены между разделом d4 Мобильность и факторами Робости-смелости ($r = -0,577037$, $p < 0,01$), Замкнутости-общительности ($r = -0,713501$, $p < 0,01$) и демонстративности ($r = -0,601313$, $p < 0,01$). Раздел d7 Межличностные взаимодействия и отношения более подробно описывался родителями с более высоким показателем общительности ($r = 0,596306$, $p < 0,01$), интеллекта ($r = 0,677133$, $p < 0,01$) и гипертимности ($r = 0,476449$, $p < 0,01$).

Рассмотрим результаты корреляционного анализа между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием отдельных разделов домена e Факторы окружающей среды в группе родителей детей с признаками задержанного развития (Рисунок 8).

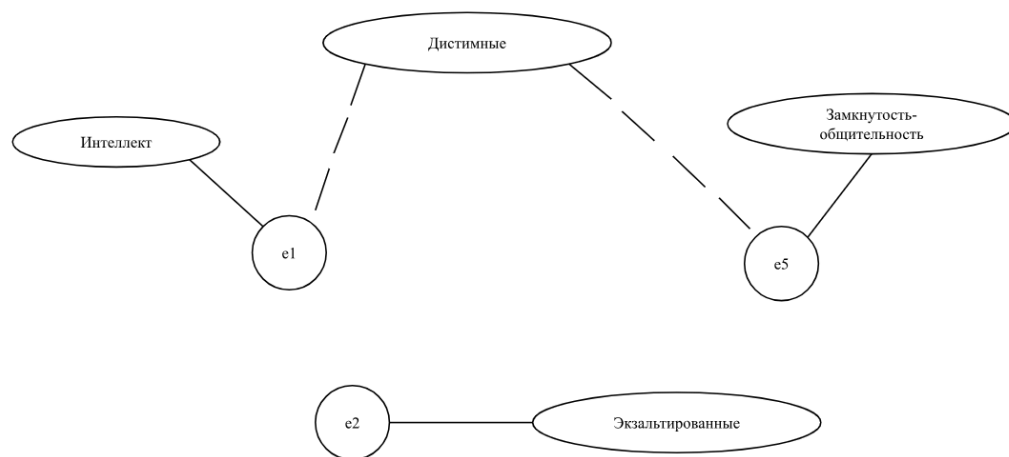


Рисунок 8. Корреляции в Группе 2 между личностными и эмоциональными особенностями родителей и упоминанием отдельных разделов домена e Факторы окружающей среды в интервью «Описание родителями состояния здоровья ребенка»

Была выявлена прямая корреляционная связь между Разделом e1 Продукция и технологии с показателем интеллекта ($r = 0,557803$, $p < 0,01$). Показатель дистимности имеет обратную корреляционную связь с Разделом e1 ($r = 0,580509$, $p < 0,01$) и Разделом e5 Службы, административные системы и политика ($r = 0,611250$, $p < 0,01$), который, в свою очередь, прямо коррелирует с показателем Замкнутости-общительности ($r = 0,584068$, $p < 0,01$). Показатель

экзальтированности прямо коррелирует с Разделом е2 Службы, административные системы и политика ($r=0,615448$, $p<0,01$).

Полные результаты представлены в Приложениях 11, 12, 13.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

По результатам сравнительного анализа данных интервью, можно сделать вывод о том, что родители детей с нарушенным развитием большое внимание уделяют умственным функциям детей – главным образом, пониманию. В область внимания родителей детей с признаками расстройств аутистического спектра попадает преимущественно речь – для родителей важно, как ребенок овладел речью, какие функции речи утрачены, над какими следует работать. Помимо этого, родители обеих групп детей с нарушенным развитием обращают внимание и на то, взаимодействует ли ребенок с окружающими его детьми и взрослыми и каким образом он это делает. Родители детей с признаками задержанного развития более подробно описывают процессы усвоения навыков, применения знаний. Они стараются замечать действия детей, отличающиеся от привычного образа поведения, приемы копирования и повторения ребенком действия окружающих, использование органов чувств для обучения. Также ими подробно описываются медицинские данные, которые содержат характеристику соматических особенностей здоровья. Примечательно, что родители детей с признаками РАС скудно описывают соматическое здоровье детей, хотя многие из них имеют слабый иммунитет, хронические заболевания, проблемы с мышечным тонусом. Это можно связать с тем, что важными для них оказываются те структуры, которые влияют на взаимодействие детей с окружающими, в том числе и с родителями.

Самыми волнующими факторами, влияющими на успешность прохождения реабилитации, в группе родителей детей с нарушенным развитием являются, например, фармакологические препараты и витамины, средства коммуникации (телефон или телевизор, рядом с которыми проводит время ребенок, в том числе и за развивающими передачами), материальный капитал родителей, влияющий на возможность посещения специалистов. Также их волнуют учреждения, которые необходимо посещать ребенку (обычные детские сады, коррекционные, школы и др.). Важным фактором для

них является и социальное окружение, включающее как близких родственников, так и друзей и специалистов медицинской или другой профессиональной сферы. В рамках домена e2 они отмечают преимущественно географическую отдаленность от специализированных учреждений, оказывающих профессиональную помощь. При этом родители условно здоровых детей гораздо чаще ориентируются на установки со стороны общества о том, каким должен быть ребенок, каким нормам должно соответствовать его поведение, что может быть связано с их выраженной ориентацией на социальную активность ребенка.

При изучении психологических характеристик и эмоционального состояния родителей, а также их связи с данными интервью были получены следующие результаты.

Группа родителей детей с признаками РАС имеет более высокие показатели интеллекта, чувствительности, подозрительности, дипломатичности, тревожности, радикализма, напряженности, гипертимности и экзальтированности, а также более низкий показатель практичности. Данные характеристики позволяют им объединяться в сообщества, что может быть связано с потребностью во взаимодействии с другими родителями со схожими проблемами, настойчивостью в их решении, нетерпеливостью по отношению к противодействию; тщательнее следить за динамикой состояния здоровья ребенка, а также относительно продуктивно взаимодействовать со специалистами необходимого для них профиля. При этом тенденция к мечтательности (т.е. невысокий показатель практичности) может способствовать постановке реалистичных целей относительно процесса реабилитации.

В группе родителей детей с признаками задержки развития наблюдаются более высокие показатели эмоциональной стабильности, что может быть результатом выработанных навыков саморегуляции из-за длительной эмоциональной нагрузки, а также более низкие показатели интеллекта, чувствительности, дипломатичности, самоконтроля.

В отношении эмоционального состояния можно сделать вывод, что все родители имеют умеренную личностную тревожность, что может быть обусловлено беспокойством за жизнь и здоровье ребенка. При этом, родители детей с нарушенным развитием более истощены: показатели астении и депрессии находятся на умеренном уровне. Это может свидетельствовать о высоком уровне стресса в процессе реабилитации ребенка, в том числе связи с трудностями принятия диагноза, необходимостью добиваться требующихся медицинских услуг, неопределенностью в отношении адаптации ребенка к окружающей его социальной среде или проблемным поведением самого ребенка.

Перейдем к изучению и анализу полученных корреляционных связей. Родители детей с признаками аутизма при наличии более высокого показателя интеллекта дают менее подробную характеристику имеющимся у ребенка навыкам, выполняемым задачам, характеристикам коммуникации и сотрудничества, но тщательно описывают Продукцию и технологии, которые в т.ч. используются в процессе обучения. Можно предположить, что им важно когнитивное развитие ребенка и средства, способствующие его развитию.

В группе родителей детей с признаками задержанного развития более высокий показатель интеллекта связан с более подробным описанием функций организма (умственные и сенсорные функции, функции голоса и речи, функции отдельных систем органов). Такие результаты могут быть связаны с пониманием генеза нарушения развития, осведомленностью по части медицинских данных, более тесной коммуникацией со специалистами медицинского профиля. Также они дают подробную характеристику обучающим технологиям, навыкам обучения, усвоения знаний, которые являются ключевыми при задержанном развитии, и коммуникации, являющейся важной частью получения навыков социального функционирования ребенка для включения в общество и процесса реабилитации.

В группе родителей детей с признаками РАС такие характеристики как общительность, экспрессивность, гипертимность, а также низкие показатели по Шкале депрессии Бека и Шкале астенических состояний связаны с частотой упоминания сферы общения и социального взаимодействия ребенка. Можно предположить, что таким родителям важно, чтобы коммуникативные навыки ребенка были приближены к уровню сверстников, а также к уровню социальной нормы, принятой в обществе. Также на данную сферу большое внимание обращают родители с более низким показателем практичности. В контексте процесса терапии и реабилитации это может привести к нереалистичным и недостижимым целям в отношении развития своего ребенка, искаженному описанию речевой сферы, которая является основой данного нарушения развития, смещению фокуса внимания на второстепенные цели реабилитации.

Показатели активности, тревожности и демонстративности в данной группе преимущественно связаны с обширностью описания состояния умственных функций ребенка. В ряде случаев это можно связать с желанием подчеркнуть высокий уровень развитости когнитивной сферы ребенка. В свою очередь, более тревожные родители обеспокоены как непосредственно когнитивными функциями (внимание, память, мышление), так и волевыми и побудительными, которые являются важным звеном, например, в таком направлении, как прикладной анализ поведения (АВА-терапия).

Важной частью состояния здоровья ребенка, по мнению родителей детей с признаками РАС, также является самообслуживание. Тщательность его описания связана с такими личностными чертами, как тревожность, демонстративность, экзальтированность, чувствительность. Вероятно, такие родители испытывают переживания по поводу степени сформированности данной сферы, говоря о ней в рамках целей реабилитации.

Родители с такими характеристиками, как настороженность, раздражительность, чувствительность, высокий уровень эмоциональности подробно описывают бытовую жизнь ребенка. Можно предположить, что для

них важно, чтобы в жизни ребенка присутствовала ежедневная рутина, связанная с усвоением и применением бытовых навыков, что, с их точки зрения, может способствовать формированию самостоятельности и сепарации от матери.

При наличии выраженных показателей нормативности и напряженности родители могут менее подробно описывать характеристики социальной жизни, участия в сообществах. Мы можем предположить, что они осознают трудности в данной сфере для них как для семьи и для ребенка как единицы социума и стремятся избегать этой темы.

Среди факторов окружающей среды также обнаружены интересующие нас взаимосвязи. Родители с тенденцией к нестабильности эмоционального состояния более подробно описывают раздел e2, в состав которого входят: физическая география (чаще всего упоминается в контексте географической удаленности населенного пункта от организаций и специалистов, оказывающих необходимую помощь и поддержку). Можно предположить, что таким родителям необходима четко организованная система терапии и реабилитации, которую сложно получить вдали от специализированных организаций. Родители с более высокими показателями тревоги склонны обращать внимание на поддержку со стороны близких людей и специалистов, им важно иметь опору не только на себя, но и на других. Матери с тенденциями к демонстративности и доверчивости также склонны иметь внешнюю опору, однако под ней они чаще подразумевают различного рода организации, оказывающие сопровождение и поддержку.

Среди группы родителей детей с признаками задержанного развития наблюдается связь между такими личностными характеристиками как общительность, экспрессивность, демонстративность, тревожность, педантичность, гипертимность и упоминанием умственных функций, а также функций отдельных систем органов. Выраженность таких характеристик прямо коррелирует с тщательностью описания когнитивных функций ребенка, которые являются ядром данного нарушенного развития, и с

соматическими проблемами, которые могли послужить его причиной. Это может дать специалисту большой объем информации для дальнейшей работы. Показатель интеллекта также связан с количеством упоминаний сенсорных функций ребенка, которые тоже могут быть первопричиной задержки. Частота упоминаний характеристик речи, помимо интеллекта, взаимосвязана с показателями гипертимности и смелости. Более тревожные родители чаще упоминают функции, связанные с движением, которые играют немаловажную роль для составления программы коррекции.

Черты демонстративности, педантичности, общительности, тревожности, а также показатель интеллекта связаны с количественной характеристикой упоминаний матерями обучения ребенка и применения полученных знаний. Можно предположить, что эти черты способствуют более тщательному отслеживанию динамики получаемых навыков и, следовательно, динамики терапии и реабилитации. Однако показатель Замкнутости-общительности также прямо коррелирует с общими задачами и требованиями по отношению к ребенку, что может говорить как об отслеживании выполнения этих задач, так и о перегрузке ребенка ими. Также наблюдается отрицательная корреляция между факторами Замкнутости-общительности, Робости-смелости, демонстративными чертами и описанием мобильности ребенка, вследствие чего можно сделать вывод, что при наличии данных характеристик матери обращают меньше внимания на двигательную сферу ребенка, которая, как было сказано выше, может являться важным звеном реабилитации или одной из причин задержанного развития. Также выраженность показателей общительности и гипертимности связана с тщательностью описания социального взаимодействия ребенка.

Дистимность, которая может выражаться в сниженном настроении, нерешительности, пассивности, связана с описанием продукции и технологий, которые применяются в процессе развития ребенка. Следовательно, можно предположить, что родители с дистимными чертами, меньше внимания обращают на атрибуты, играющие роль в повседневной

тренировке навыков ребенка. Вместе с тем, родители с более высоким уровнем интеллекта, вероятно, придают этому важное значение. Дистимность также взаимосвязана с описанием вспомогательных служб, что может быть связано с общим снижением уровня активности при наличии данной характеристики. Более общительные родители, по всей видимости, наоборот, уделяют этой сфере больше внимания. Экзальтированность, выражающаяся в большом диапазоне эмоциональных реакций, связана с природным окружением и изменениями окружающей среды, в число которых в соответствии с МКФ входят физическая география, население, климат и другие характеристики среды.

ВЫВОДЫ

1. Родители детей с признаками расстройства аутистического спектра при описании состояния здоровья делают акцент на речь и коммуникацию, родители детей с задержкой развития больше описывают соматическое здоровье, усвоение и применение навыков.

2. В группе детей с признаками расстройства аутистического спектра родители склонны объединяться в сообщества, имеют более развитые коммуникативные навыки, чаще используют альтернативные методы реабилитации, а также склонны ставить менее реалистичные цели. В группе детей с признаками задержанного развития родители характеризуются эмоциональной устойчивостью относительно переживаний по поводу диагноза ребенка, прямолинейностью и настойчивостью. В группе условно здоровых детей родители более эмпатичны, чувствительны, склонны следовать моральным принципам; колебания фона их настроения находятся преимущественно в нормальном диапазоне.

3. В группе родителей детей с признаками расстройства аутистического спектра тревожные черты взаимосвязаны с полнотой описания когнитивных функций, повседневной жизни, а также социальной поддержки. Более социально активные, а также менее прагматичные родители данной группы тщательно следят за состоянием коммуникативной сферы ребенка. Социальная активность родителей в группе детей с признаками задержанного развития связана с обширностью представлений о когнитивных функциях как о ведущей характеристике состояния здоровья при менее подробном описании активности и участия ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе написания дипломной работы поставленная цель была достигнута, задачи были выполнены, сформулированные гипотезы о значимых различиях в личностных особенностях и эмоциональном состоянии родителей детей с нарушенным развитием и родителей условно здоровых детей, а также о взаимосвязи между личностными особенностями и вектором описания состояния здоровья ребенка были подтверждены.

Ценность полученных данных заключается в возможности доведения теоретических разработок до уровня практических рекомендаций, направленных на оптимизацию процесса коммуникации с родителями детей с нарушенным развитием, для специалистов медицинского профиля.

Новизна нашего исследования заключается в том, что впервые была установлена и доказана взаимосвязь между личностными особенностями родителей и их описанием состояния здоровья и статуса своего ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохина С. А. Социальная поддержка и уровень психоэмоционального напряжения у родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Государственного университета просвещения. Серия: Психологические науки. 2018. №2.
2. Белик И. А. Чувство вины в связи с особенностями развития личности: Автореф. дисс. ... канд. наук. Санкт-Петербург, 2006
3. Быкова И. С., Краснощекова И. В., Якиманская И. С. Отношение к болезни у родителей детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья): постановка проблемы // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. №1.
4. Варламов А., Скороходов И., Шпицберг И. Достижения и проблемы системы поддержки аутизма в России: многомерный опрос заинтересованных сторон. 2020). Эти данные соответствуют данным, полученным в ходе других российских исследований (Рахманина И. Н. Оказание ранней комплексной помощи детям с РАС: проблемы и пути их решения // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15, № 2. С. 45–54
5. Вахрушева А.С. Родительство как профессия: анализ феномена с позиций компетентностного подхода // Актуальные проблемы науки и практики современного общества, 2016, №3, с.71-86.
6. ВОЗ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (2001)
7. Горянина В.А. Психологические предпосылки непродуктивного стиля межличностного взаимодействия // Психологический журнал. 2007. Т. 18, № 6. С. 73–83.
8. Гостунская Я.И., Шеховцова Е.А. Особенности совладающего поведения родителей, воспитывающих детей с нарушением интеллекта // МНКО. 2018. №5 (72)
9. Ермолова В.М. Модель психологической поддержки семей, воспитывающих детей с нарушениями в развитии // Ученые записки.

- Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2019. №1 (49).
10. Закон об образовании в Российской Федерации от 29.12.2012 г. №273-ФЗ.- М.:ТЦ Сфера, 2014.
 11. Заплетина О. О. Социально-психологические и социально-демографические факторы родительского стресса: анализ зарубежных источников // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. №6.
 12. Захаров А. И. .Происхождение и психотерапия детских неврозов / А. И. Захаров. - Санкт-Петербург: изд-во КАРО, 2006 (М.: Типография "Наука"). - 671, [1] с.: ил ., схемы, табл.; 22 см.; ISBN 5-89815-704-2 (В пер.)
 13. Зинова И. М. Психологические особенности родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом // Science Time. 2015. №10 (22)
 14. Киселева Т. Г., Рогунова Ю. В. Психологические особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с интеллектуальными нарушениями // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. №2.
 15. Круглова Е. Е. Опыт организации социально-педагогического сопровождения семей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вестник ОГУ. 2022. №2 (234).
 16. Кузьменко И. В. Психологическая и педагогическая готовность родителей к воспитанию детей с ОВЗ // Научные междисциплинарные исследования. 2020. №8-2
 17. Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]. *Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia]*, 2017, vol. 6, no. 3, pp. 116– 134. doi: 10.17759/psycljn.2017060307

18. Максименко Ольга Павловна Формирование педагогической компетенции родителей в развитии речевых навыков ребенка в семье. Семейное чтение // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». 2016. №5.
19. Мальцева А. А. Личностные особенности родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Russian Journal of Education and Psychology. 2020. №6
20. Малярчук Н. Н., Криницына Г. М., Пащенко Е. В., Отева Н. И. Проблемы и ресурсы семей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями в развитии // Вестник Мининского университета. 2019. №2 (27).
21. Мунгиева Н. З., Магомедова З. Ш., Абдурахманова М. А. Педагогическое сопровождение социального развития детей раннего возраста в процессе взаимодействия с семьей // Проблемы современного педагогического образования. 2022. №74-1.
22. Росстат. Официальный сайт. URL: <https://www.rosstat.gov.ru> (дата обращения: 01.12.2023)
23. Савёнышева С. С., Заплетина О. О. Социальная поддержка как фактор родительского стресса матерей детей раннего и дошкольного возраста // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. №1.
24. Седова Е. О., Гарданова Ж. Р., Токмакова Е. С., Чернов Д. Н., Андреева В. О. Особенности переживания чувства вины родителями детей с ограниченными возможностями здоровья // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. №3.
25. Старобина Е. М. Об изучении реабилитационного потенциала семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2018. №190.
26. Устюжанинова Е.Н., Стребкова Е.А. Психологические особенности родителей и семейных взаимоотношений в семьях с детьми с ОВЗ //

- Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2023. №1-2 (76).
27. Федорова А. И., Щербакова А. М. Сравнительное исследование отношения к различным группам людей с ограниченными возможностями здоровья в России и Израиле // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18, № 1. С. 4–13.
28. Хрусталькова Н. А. Педагогическая компетентность у родителей в профессионально-замещающей семье: содержание, структура, критерии и уровни сформированности // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Гуманитарные науки. 2008. №3.
29. Шабанова Т. Л., Низамова А. М., Курылёва В. С. К проблеме влияния эмпатии медицинских работников на принятие родителями диагноза ребенка с ОВЗ // Проблемы современного педагогического образования. 2021.
30. Шакед Л. Инклюзивное образование: политические аспекты и изменения. Права, изложенные в поправках к Закону Государства Израиль «О специальном образовании» (1988 г.) // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18, № 1. С. 14–23.
31. Шац И. К. Психолого-педагогические аспекты сопровождения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2023. №2.
32. Шульга Т.И. Состояние семей как ресурс воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Актуальные проблемы психологического знания. 2017. № 4 (45). С.45–53.
33. Cobb S. Social support as moderator of life stress // Psychosomatic Medicine. 1976. Vol. 38. P. 300–314.
34. Dunst C.J., Trivette C.M., Cross A.H. Mediating influences of social support: Personal, family, & child outcomes. In: American Journal of Mental Deficiency, 1986, vol. 90, pp. 403–417.

35. Margalit M., Kleitman T. Mother's stress, resilience, and early intervention // European Journal of Special Needs Education. 2006. Vol. 21 (3). P. 269–283
36. Seligman M., Darling R.B. Ordinary families: Special children. New York, 1997. 324 p.
37. Schuerger, J.M. «The 16 Personality Factor Questionnaire», J. M Schuerger, C.E. Watkins Jr., V.L. Campbell and [Ets.]//“Testing and Assessment in Counseling Practice”. – Mahwah, NJ: «Lawrence Erlbaum Associates» – 2009.– P. 67–99

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Компоненты МКФ	Вопросы интервью, проводимого профессионалами
Состояние здоровья Health condition	Как бы Вы описали текущее состояние здоровья вашего ребенка? (в настоящий момент)
Структуры и функции организма Body structure + body functions [b+s]	Могли бы Вы описать основные проблемы у вашего ребенка? (нарушения в развитии каких функций)
Активности и участие Activities and participation [d]	Какие у вас ежедневные занятия (виды повседневной активности)? Какие занятия даются легко ребенку, а с какими трудно справиться?
Цели терапии Therapy goals	Какие цели терапии вы ставите перед своим ребенком? Под терапией понимаются любые виды вмешательств в зависимости от учреждения (реабилитация, абилитация, ранняя помощь, коррекционно-развивающие занятия)
Факторы окружающей среда (фасилитаторы — облегчающие факторы) Environmental factors [e] (facilitators)	Можете ли Вы описать поддерживающие факторы для ваших целей терапии?
Факторы окружающей среды (барьеры) Environmental factors [e] (barriers)	Можете ли Вы описать препятствия и проблемы относительно ваших целей терапии? (Барьеры)
Личностные факторы Personal factors	Как бы вы описали своего ребенка?
Личностные факторы (фасилитаторы) Personal factors (facilitators)	Существуют ли личностные качества (особенности личности) вашего ребенка, которые помогают вам достичь целей терапии? (Фасилитаторы)
Личностные факторы (барьеры) Personal factors (barriers)	Есть ли у вашего ребенка личностные особенности, которые препятствуют ему достижению целей терапии? (Барьеры)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Домены	M			SD			Медиана		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 1	Группа 2	Группа 3
b1 Умственные функции	47,39	51,26	12,97	12,55	11,73	6,96	45	49	11
b2 Сенсорные функции и боль	5,21	7,58	3,62	2,64	3,74	3,11	5	7	4
b3 Функции голоса и речи	7,88	4,90	3,21	4,94	2,70	4,07	6	5	2
b4 Функции серд.-сосуд., крови, иммун. и дыхат. систем	1,27	6,00	3,59	1,38	4,06	2,31	1	6	3
b5 Функции пищеварит., эндокринной систем и метаболизма	2,00	3,68	0,45	1,56	1,87	0,91	2	4	0
b6 Урогенитальные и репродуктивные функции	0,09	4,10	0,97	0,29	2,15	2,29	0	4	0
b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	0,45	1,45	1,21	0,90	1,29	1,63	0	2	0
b8 Функции кожи и связанных с ней структур	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0
s1 Структуры нервной системы	0,67	2,84	0,17	0,99	1,53	0,54	0	3	0
s2 Глаз, ухо и отн. к ним структуры	0,03	2,39	0,52	0,17	1,67	0,95	0	2	0
s3 Структуры, участв. в голосообразовании и речи	0,06	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0	0	0
s4 Структуры серд.-сосуд., иммунной и дыхат. систем	0,12	2,87	0,21	0,42	1,98	0,77	0	3	0
s5 Структуры, отн. к пищеварит. системе, метаболизму и эндокринной	0,27	2,23	0,21	0,63	1,75	0,56	0	2	0

системе										
s6 Структуры, отн. к уrogenитальной и репродуктивной системам	0,00	0,23	0,00	0,00	0,43	0,00	0	0	0	
s7 Структуры, связанные с движением	0,09	0,19	0,00	0,29	0,40	0,00	0	0	0	
s8 Кожа и относящиеся к ней структуры	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	
d1 Обучение и применение знаний	7,88	13,10	1,59	4,28	5,68	1,68	7	11	1	
d2 Общие задачи и требования	7,00	19,77	0,76	2,63	6,11	1,43	7	18	0	
d3 Общение	14,70	8,39	4,59	4,69	2,96	2,35	14	8	4	
d4 Мобильность	9,06	10,16	2,31	4,74	4,09	2,02	8	10	2	
d5 Самообслуживание	8,15	11,32	1,83	3,46	4,18	1,63	8	11	2	
d6 Бытовая жизнь	1,55	1,87	0,10	1,39	1,50	0,31	1	2	0	
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	10,09	8,23	3,76	4,61	3,77	1,86	10	8	4	
d8 Главные сферы жизни	2,82	6,10	7,28	2,16	2,10	4,24	2	6	6	
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	2,03	3,58	4,66	1,81	2,06	2,19	2	4	5	
e1 Продукция и технологии	16,18	12,48	7,28	4,28	4,85	4,37	17	12	6	
e2 Прир. окружение и изменения окр. среды, осуществленные человеком	2,48	1,97	0,38	2,02	1,68	0,90	2	2	0	
e3 Поддержка и взаимосвязи	13,21	9,68	1,93	4,53	3,36	2,66	12	10	0	
e4 Установки	1,42	1,19	7,55	1,54	1,19	3,64	1	1	6	
e5 Службы, адм. системы и политика	14,85	15,42	3,52	7,43	6,15	2,31	15	15	4	

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Домены интервью	Группа 1 (N=33) M±SD	Группа 2 (N=31) M±SD	Группа 3 (N=29) M±SD	Уровень значимости
b1 Умственные функции	47,39±12,55	51,26±11,73	12,97±6,96	0,0000***
b2 Сенсорные функции и боль	5,21±2,64	7,58±3,74	3,62±3,11	0,0001**
b3 Функции голоса и речи	7,88±4,94	4,90±2,70	3,21±4,07	0,0000***
b4 Функции серд.-сосуд., крови, иммун. и дыхат. систем	1,27±1,38	6,00±4,06	3,59±2,31	0,0000***
b5 Функции пищеварит., эндокринной систем и метаболизма	2,00±1,56	3,68±1,87	0,45±0,91	0,0000***
b6 Урогенитальные и репродуктивные функции	0,09±0,29	4,10±2,15	0,97±2,29	0,0000***
b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	0,45±0,90	1,45±1,29	1,21±1,63	0,0074**
b8 Функции кожи и связанных с ней структур	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	1,000
s1 Структуры нервной системы	0,67±0,99	2,84±1,53	0,17±0,54	0,0000***
s2 Глаз, ухо и отн. к ним структуры	0,03±0,17	2,39±1,67	0,52±0,95	0,0000***
s3 Структуры, участв. в голосообразовании и речи	0,06±0,24	0,00±0,00	0,00±0,00	0,1591
s4 Структуры серд.-сосуд., иммунной и дыхат. систем	0,12±0,42	2,87±1,98	0,21±0,77	0,0000***
s5 Структуры, отн. к пищеварит. системе, метаболизму и эндокринной системе	0,27±0,63	2,23±1,75	0,21±0,56	0,0000***
s6 Структуры, отн. к урогенитальной и репродуктивной системам	0,00±0,00	0,23±0,43	0,00±0,00	0,0006***
s7 Структуры, связанные с движением	0,09±0,29	0,19±0,40	0,00±0,00	0,0413*

s8 Кожа и относящиеся к ней структуры	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	1,000
d1 Обучение и применение знаний	7,88±4,28	13,10±5,68	1,59±1,68	0,0000***
d2 Общие задачи и требования	7,00±2,63	19,77±6,11	0,76±1,43	0,0000***
d3 Общение	14,70±4,69	8,39±2,96	4,59±2,35	0,0000***
d4 Мобильность	9,06±4,74	10,16±4,09	2,31±2,02	0,0000***
d5 Самообслуживание	8,15±3,46	11,32±4,18	1,83±1,63	0,0000***
d6 Бытовая жизнь	1,55±1,39	1,87±1,50	0,10±0,31	0,0000***
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	10,09±4,61	8,23±3,77	3,76±1,86	0,0000***
d8 Главные сферы жизни	2,82±2,16	6,10±2,10	7,28±4,24	0,0000***
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	2,03±1,81	3,58±2,06	4,66±2,19	0,0000***
e1 Продукция и технологии	16,18±4,28	12,48±4,85	7,28±4,37	0,0000***
e2 Прир. окружение и изменения окр. среды, осуществленные человеком	2,48±2,02	1,97±1,68	0,38±0,90	0,0000***
e3 Поддержка и взаимосвязи	13,21±4,53	9,68±3,36	1,93±2,66	0,0000***
e4 Установки	1,42±1,54	1,19±1,19	7,55±3,64	0,0000***
e5 Службы, адм. системы и политика	14,85±7,43	15,42±6,15	3,52±2,31	0,0000***
p<0,05*				
p<0,01**				
p<0,001***				

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Средние показатели в Группе 1 (родители детей с расстройством аутистического спектра) по методике «Многофакторный личностный опросник Кеттелла»		
Фактор	M	SD
Фактор А: «замкнутость – общительность»	5,67	1,65
Фактор В: интеллект	7,75	1,15
Фактор С: «эмоциональная нестабильность – стабильность»	5,7	1,49
Фактор Е: «подчиненность – доминантность»	5,67	1,71
Фактор F: «сдержанность-экспрессивность»	5,12	1,63
Фактор G: «низкая нормативность – высокая нормативность»	4,88	1,32
Фактор H: «робость – смелость»	6,03	2,32
Фактор I: «жесткость – чувствительность»	5,79	2,1
Фактор L: «доверчивость – подозрительность»	6,27	1,55
Фактор M: «практичность – мечтательность»	6,73	1,68
Фактор N: «прямолинейность – дипломатичность»	5,97	1,53

Фактор О: «спокойствие – тревожность»	6,79	1,71
Фактор Q1: «консерватизм – радикализм»	6,7	1,45
Фактор Q2: «конформизм – нонконформизм»	5,15	1,35
Фактор Q3: «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»	6,24	1,64
Фактор Q4: «расслабленность – напряженность»	6,73	1,42

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Средние показатели в Группе 2 (родители детей с умственной отсталостью) по методике «Многофакторный личностный опросник Кеттелла»		
Фактор	M	SD
Фактор А: «замкнутость – общительность»	5,71	1,66
Фактор В: интеллект	6,39	1,52
Фактор С: «эмоциональная нестабильность – стабильность»	6,16	1,29
Фактор Е: «подчиненность – доминантность»	5,81	1,42
Фактор F: «сдержанность-экспрессивность»	5,68	1,33
Фактор G: «низкая нормативность – высокая нормативность»	4,97	1,22

Фактор Н: «робость – смелость»	5,77	1,50
Фактор I: «жесткость – чувствительность»	4,87	1,34
Фактор L: «доверчивость – подозрительность»	5,42	1,36
Фактор М: «практичность – мечтательность»	6,13	1,31
Фактор N: «прямолинейность – дипломатичность»	4,65	1,31
Фактор О: «спокойствие – тревожность»	6,10	1,25
Фактор Q1: «консерватизм – радикализм»	5,52	1,21
Фактор Q2: «конформизм – нонконформизм»	4,77	1,36
Фактор Q3: «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»	4,77	1,38
Фактор Q4: «расслабленность – напряженность»	5,52	1,43

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Средние показатели в Группе 3 (родители условно здоровых детей, без поставленных диагнозов, связанных с нарушением психического развития) по методике «Многофакторный личностный опросник Кеттелла»		
Фактор	M	SD
Фактор А: «замкнутость – общительность»	5,83	1,79
Фактор В: интеллект	7,14	1,03
Фактор С: «эмоциональная нестабильность – стабильность»	5,28	1,77
Фактор Е: «подчиненность – доминантность»	5,31	2,00
Фактор F: «сдержанность-экспрессивность»	5,52	1,94
Фактор G: «низкая нормативность – высокая нормативность»	5,83	1,91
Фактор Н: «робость – смелость»	5,55	1,88
Фактор I: «жесткость – чувствительность»	5,69	1,51
Фактор L: «доверчивость – подозрительность»	4,41	1,86
Фактор М: «практичность – мечтательность»	5,10	1,70
Фактор N: «прямолинейность – дипломатичность»	5,03	1,97
Фактор О: «спокойствие – тревожность»	5,00	1,81

Фактор Q1: «консерватизм – радикализм»	3,86	1,48
Фактор Q2: «конформизм – нонконформизм»	4,62	1,63
Фактор Q3: «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»	5,17	1,58
Фактор Q4: «расслабленность – напряженность»	5,28	1,16

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Факторы	Группа 1 (N=33) M±SD	Группа 2 (N=31) M±SD	Группа 3 (N=29) M±SD	Уровень значимости
Фактор А: «замкнутость – общительность»	5,67±1,65	5,71±1,66	5,83±1,79	0,9017
Фактор В: интеллект	7,75±1,15	6,39±1,52	7,14±1,03	0,0013**
Фактор С: «эмоциональная нестабильность – стабильность»	5,7±1,49	6,16±1,29	5,28±1,77	0,0654
Фактор Е: «подчиненность – доминантность»	5,67±1,71	5,81±1,42	5,31±2,00	0,6769
Фактор F: «сдержанность-экспрессивность»	5,12±1,63	5,68±1,33	5,52±1,94	0,3947
Фактор G: «низкая нормативность – высокая нормативность»	4,88±1,32	4,97±1,22	5,83±1,91	0,1078
Фактор H: «робость – смелость»	6,03±2,32	5,77±1,50	5,55±1,88	0,7314

Фактор I: «жесткость – чувствительность»	5,79±2,1	4,87±1,34	5,69±1,51	0,0817
Фактор L: «доверчивость – подозрительность»	6,27±1,55	5,42±1,36	4,41±1,86	0,0003***
Фактор M: «практичность – мечтательность»	6,73±1,68	6,13±1,31	5,10±1,70	0,0026***
Фактор N: «прямолинейность – дипломатичность»	5,97±1,53	4,65±1,31	5,03±1,97	0,0057**
Фактор O: «спокойствие – тревожность»	6,79±1,71	6,10±1,25	5,00±1,81	0,0007***
Фактор Q1: «консерватизм – радикализм»	6,7±1,45	5,52±1,21	3,86±1,48	0,0000***
Фактор Q2: «конформизм – нонконформизм»	5,15±1,35	4,77±1,36	4,62±1,63	0,3690
Фактор Q3: «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль»	6,24±1,64	4,77±1,38	5,17±1,58	0,0007***
Фактор Q4: «расслабленность – напряженность»	6,73±1,42	5,52±1,43	5,28±1,16	0,0002***

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Домены	Замкнутость-общительность	Интеллект	Эмоциональная нестабильность-стабильность	Подчинение-доминантность	Сдержанность-экспрессивность	Низкая нормативность-высокая нормативность	Робость-смелость	Жесткость-чувствительность	Доверчивость-подозрительность	Практичность-мечтательность	Прямолинейность-дипломатичность	Спокойствие-тревожность	Консерватизм-радикализм	Конформность-нонконформизм	Низкий самоконтроль-высокий	Расслабленность-напряженность
б1 Умственные функции	0,0331 27	0,1367 53	-0,141 319	0,3785 15	0,1473 66	0,0137 14	0,11512 5	0,0723 69	-0,299 368	-0,358 098	-0,447 316	0,4905 73	0,1715 23	-0,380 823	-0,449 735	-0,157 801
б2 Сенсорные функции и боль	-0,080 138	-0,141 493	-0,320 366	0,1844 08	0,0227 65	-0,085 377	0,0189 96	0,2871 03	-0,315 914	0,0009 53	-0,304 359	0,4587 46	-0,238 311	-0,221 782	-0,245 155	-0,102 206
б3 Функции голоса и речи	-0,1121 59	-0,201 303	0,1864 63	0,3648 97	0,3165 88	0,2693 45	0,1946 20	-0,048 850	-0,0110 71	0,0003 45	-0,170 804	-0,220 173	-0,079 324	-0,313 045	-0,149 322	0,2305 36
б4 Функции серд.-сосуд., крови, иммун. и дыхат. систем	-0,151 314	0,0828 00	-0,382 752	0,3115 02	-0,106 142	0,2400 78	0,1534 88	-0,138 727	-0,225 665	-0,374 958	-0,243 319	-0,122 579	-0,018 631	-0,392 930	-0,056 968	0,0085 12
б5 Функции пищеварит.,	-0,183 127	0,1245 29	-0,209 204	0,1651 83	0,1464 67	-0,057 654	-0,1354 88	-0,024 139	-0,288 211	-0,078 356	-0,023 878	-0,218 947	-0,012 574	-0,245 976	-0,272 536	-0,161 840

эндокри нной систем и метаболиз ма																
b6 Урогени тальные и репроду ктивные функци и	0,1404 58	-0,319 789	0,3608 18	0,4858 19	0,2817 18	-0,158 741	0,2012 75	0,2022 60	-0,034 082	-0,033 951	-0,356 543	0,3035 73	-0,084 751	-0,381 655	-0,464 803	0,1817 21
b7 Нейром ышечны е, скелетн ые и связанн ые с движен ием функци и	0,0588 03	-0,365 462	0,1297 51	0,5266 10	0,1720 51	-0,034 985	0,2569 27	0,1928 48	-0,064 992	-0,209 720	-0,477 578	0,3011 51	-0,160 554	-0,639 787	-0,400 824	-0,070 513
b8 Функци и кожи и связанн ых с ней структу р																
s1 Структу ры нервной системы	-0,217 540	-0,130 064	0,0251 07	0,0912 17	-0,029 497	-0,296 026	-0,0938 91	0,4473 04	-0,281 537	-0,048 858	-0,472 891	0,4899 99	0,0564 69	-0,139 424	-0,149 336	0,1866 77

к урогени тальной и репроду ктивной система м																
s7 Структу ры, связанн ые с движен ием	-0,264 062	-0,319 789	0,2142 36	-0,079 087	0,0450 75	-0,351 498	-0,1341 83	-0,067 420	-0,363 538	0,2376 54	-0,220 717	-0,089 948	-0,389 853	-0,199 372	-0,0113 37	0,0454 30
s8 Кожа и относящ иеся к ней структу ры																
d1 Обучен ие и примене ние знаний	-0,031 041	-0,160 698	0,2144 44	0,6195 82	0,0465 23	-0,1116 08	0,2881 90	0,0769 20	0,0101 74	-0,221 499	-0,154 879	-0,030 633	-0,230 090	-0,467 583	-0,350 080	-0,309 870
d2 Общие задачи и требова ния	-0,006 790	-0,351 209	0,0224 26	-0,045 719	0,2037 78	-0,432 028	-0,1493 46	-0,103 576	-0,177 890	0,2281 08	0,0171 44	-0,054 958	-0,267 878	-0,272 165	-0,2011 04	-0,328 754
d3 Общени е	0,1673 30	-0,441 885	-0,038 433	0,2769 28	0,3695 86	-0,206 122	0,1494 06	0,6318 71	-0,250 063	0,4728 27	-0,005 144	0,4362 06	-0,032 696	-0,242 486	-0,308 786	0,0674 46

d4 Мобильность	0,3469 89	-0,042 163	0,2890 78	0,2662 38	0,1217 33	-0,126 777	0,3035 11	0,5365 50	-0,107 084	0,1243 07	0,0636 20	-0,208 897	-0,154 299	-0,4311 84	-0,427 862	0,0899 58
d5 Самообслуживание	-0,038 614	0,1625 36	-0,068 172	-0,233 038	0,1097 62	-0,174 094	-0,1102 74	0,4633 71	0,5685 36	-0,045 157	-0,246 516	-0,094 248	-0,203 590	-0,198 950	-0,059 598	-0,400 205
d6 Бытовая жизнь	0,3999 24	0,0108 04	0,0099 67	0,1325 48	0,0629 12	-0,092 580	0,0794 22	0,4154 33	0,3853 95	-0,058 442	0,3799 41	0,0072 36	0,0263 74	0,0197 00	-0,306 172	-0,164 597
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	0,2909 63	-0,508 103	-0,005 470	-0,034 086	0,5147 38	-0,351 619	0,1749 48	0,2648 99	-0,051 928	0,5686 63	0,2437 55	-0,146 251	-0,108 613	-0,207 953	-0,030 765	0,2129 08
d8 Главные сферы жизни	-0,178 551	0,2540 38	0,0095 57	0,0794 54	0,1942 90	0,2669 24	0,0836 75	0,3263 00	-0,223 633	0,1147 56	-0,239 751	0,2512 90	0,5044 21	0,2248 74	-0,042 330	0,3851 40
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	0,0547 03	-0,209 763	-0,341 399	-0,143 758	-0,019 885	-0,471 084	-0,3086 19	0,0172 20	-0,080 542	0,1933 97	0,3187 05	0,4145 68	-0,266 139	0,2272 30	0,0959 03	-0,449 543
e1 Производство и технологии	0,3658 37	0,3529 09	0,0811 02	0,1630 44	-0,256 354	-0,084 660	0,1790 52	0,0464 77	0,0697 94	-0,461 549	0,0184 17	-0,045 650	-0,165 307	-0,160 078	-0,037 926	-0,059 067

е2 Прир. окружен ие и изменен ия окр. среды, осущест вленные человек ом	0,1233 26	0,0521 78	-0,433 093	0,0218 98	0,3213 73	-0,133 515	0,01152 4	-0,042 348	-0,283 712	0,2246 51	-0,065 901	0,0999 66	-0,198 940	-0,027 076	-0,223 475	-0,142 299
е3 Поддер жка и взаимос вязи	-0,1198 94	0,4306 27	-0,202 909	0,0104 53	0,0893 86	0,1524 53	-0,1504 30	-0,504 031	-0,354 774	-0,334 356	-0,301 454	0,0342 76	-0,043 961	-0,021 685	-0,259 545	-0,372 423
е4 Установ ки	-0,182 176	-0,268 376	-0,015 554	0,1811 12	0,1411 53	-0,088 633	-0,3311 94	-0,466 441	0,2177 79	0,0617 27	0,1020 28	-0,012 301	-0,240 897	0,0905 91	0,0442 19	-0,148 569
е5 Службы , адм. системы и политик а	-0,148 747	0,1670 01	-0,095 390	0,1583 28	-0,1133 36	-0,062 627	-0,1015 74	-0,149 260	-0,488 499	-0,109 687	-0,343 758	0,2757 76	-0,131 017	-0,124 117	-0,172 667	-0,454 153
p<0,05																

s1 Структуры нервной системы	0,404867	0,312542	0,255444	-0,046681	-0,039423	-0,007487	0,448018	0,039227	-0,066306	0,354750
s2 Глаз, ухо и отн. к ним структуры	0,000000	0,000000	-0,029513	-0,038064	-0,219275	0,048603	0,056818	0,009486	0,066178	0,107849
s3 Структуры, участв. в голосообразовании и речи	0,243208	0,178663	0,240294	-0,054692	-0,315063	-0,223470	0,149670	-0,340752	-0,407518	0,154962
s4 Структуры серд.-сосуд., иммунной и дыхат. систем	0,076046	-0,176800	-0,052740	-0,068023	-0,116507	0,086855	-0,051623	-0,267982	0,118264	-0,033803
s5 Структуры, отн. к пищеварит. системе, метаболизму и эндокринной системе	-0,157265	0,019995	-0,261809	0,364963	0,387101	-0,091443	0,017512	0,220425	0,367144	0,207325
s6 Структуры, отн. к урогенитальной и репродуктивной системам										
s7 Структуры, связанные с движением	0,123359	0,148289	0,181845	-0,306412	-0,108011	0,295606	0,327503	0,231914	0,231129	0,403390
s8 Кожа и относящиеся к ней структуры										
d1 Обучение и применение знаний	0,266390	0,253300	-0,057962	-0,151066	-0,028043	-0,363785	0,317627	0,039322	-0,401898	0,142333

d2 Общие задачи и требования	0,198164	0,106453	-0,238897	-0,208087	0,061663	-0,182496	0,202233	0,134221	-0,019923	0,321811
d3 Общение	0,748695	0,326768	0,366116	-0,385615	-0,048399	-0,161564	0,533941	-0,205997	-0,372511	0,183151
d4 Мобильность	0,435044	-0,107692	0,164900	-0,557863	-0,261729	-0,081996	0,165397	-0,350455	-0,491535	-0,116404
d5 Самообслуживание	-0,171081	0,127894	0,262277	-0,040979	0,536903	0,534762	0,517275	0,800866	0,326720	0,559424
d6 Бытовая жизнь	0,189567	-0,102601	-0,001910	-0,235129	-0,364454	-0,179416	-0,358853	-0,482024	-0,428725	-0,492123
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	0,253835	0,073496	0,106005	-0,411199	-0,155390	-0,094200	0,009160	-0,299196	-0,138451	-0,041480
d8 Главные сферы жизни	0,279243	0,006445	0,016214	-0,230243	0,208704	0,084268	0,147630	-0,140976	-0,025655	0,026070
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	-0,103028	0,263798	0,123490	-0,028634	0,132700	0,125880	-0,063719	0,198232	0,191627	0,029773
e1 Продукция и технологии	-0,066509	-0,233650	-0,073859	-0,110793	-0,059475	-0,121811	-0,090846	-0,037503	-0,357299	-0,057075
e2 Прир. окружение и изменения окр. среды, осуществленные человеком	0,072711	0,180729	-0,039702	0,140004	0,389222	0,025945	0,415357	0,480555	0,101630	0,322936
e3 Поддержка и взаимосвязи	-0,289575	-0,031660	-0,320997	0,181331	0,412305	0,060746	0,003597	0,545713	0,162621	0,258913
e4 Установки	-0,190796	-0,131308	-0,372876	0,409187	0,090227	-0,103943	-0,044229	0,166550	0,202455	0,111515

е5 Службы, адм. системы и политика	0,126953	0,263468	0,132275	0,031254	0,395123	0,255231	0,633551	0,633551	0,074968	0,426092
p<0,05										

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Домены	ШАС	Шкала депрессии Бека	Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (ситуативная тревожность)	Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (личностная тревожность)
b1 Умственные функции	-0,500545	-0,533658	0,170646	0,003870
b2 Сенсорные функции и боль	-0,273294	-0,317605	0,162703	0,203908
b3 Функции голоса и речи	-0,042224	-0,018430	0,069597	-0,002627
b4 Функции серд.-сосуд., крови, иммун. и дыхат. систем	-0,181296	-0,129288	0,061233	0,146727
b5 Функции пищеварит., эндокринной систем и метаболизма	-0,440720	-0,398471	0,262097	0,065628
b6 Урогенитальные и репродуктивные функции	-0,221830	-0,155451	-0,461500	-0,428536
b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	-0,289593	-0,340310	-0,042760	-0,070984
b8 Функции кожи и связанных с ней структур				
s1 Структуры нервной системы	-0,376673	-0,345000	-0,087893	-0,041433
s2 Глаз, ухо и отн. к ним структуры	-0,148808	-0,018621	-0,289069	-0,270670

s3 Структуры, участв. в голосообразовании и речи	-0,160361	-0,173914	-0,348355	-0,321857
s4 Структуры серд.-сосуд., иммунной и дыхат. систем	0,110132	0,300168	-0,333446	-0,160223
s5 Структуры, отн. к пищеварит. системе, метаболизму и эндокринной системе	-0,275187	-0,209610	0,343382	0,057784
s6 Структуры, отн. к урогенитальной и репродуктивной системам				
s7 Структуры, связанные с движением	0,255105	0,266487	-0,139006	0,094612
s8 Кожа и относящиеся к ней структуры				
d1 Обучение и применение знаний	-0,313302	-0,403473	0,079754	-0,249113
d2 Общие задачи и требования	-0,191240	-0,154246	0,096465	0,014475
d3 Общение	-0,626229	-0,666611	-0,107143	-0,143833
d4 Мобильность	-0,346367	-0,286938	-0,087827	-0,170597
d5 Самообслуживание	0,255954	0,087938	0,390839	0,450308
d6 Бытовая жизнь	-0,168224	-0,170646	-0,287141	-0,446043
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	-0,122919	-0,244761	-0,311051	-0,361289
d8 Главные сферы жизни	-0,335720	-0,249098	0,061647	0,174744
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	-0,234873	-0,341693	-0,014632	-0,181775
e1 Продукция и технологии	-0,316921	-0,235207	0,208845	-0,065166

е2 Прир. окружение и изменения окр. среды, осуществленные человеком	-0,187847	-0,452622	0,377358	0,108210
е3 Поддержка и взаимосвязи	0,017327	0,071405	0,458003	0,467967
е4 Установки	-0,049242	-0,104402	-0,021071	-0,199873
е5 Службы, адм. системы и политика	-0,213150	-0,373547	0,393572	0,331782
p<0,05				

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Домены	Замкнутость-общительность	Интеллект	Эмоциональная неустойчивость-устойчивость	Подчинение-доминантность	Сдержанность-экспрессивность	Низкая нормативность-высокая нормативность	Робость-смелость	Жестокость-чувствительность	Доверчивость-подозрительность	Практичность-мечтательность	Прямолинейность-дипломатичность	Спокойствие-тревожность	Консерватизм-радикализм	Конформность-нонконформность	Низкий самоконтроль-высокий	Расслабленность-напряженность
б1 Умственные функции	0,752494	0,637911	-0,144794	0,252981	0,463447	0,017689	0,551677	0,150013	0,010981	0,224018	0,431917	0,270103	0,045632	0,272643	0,144211	-0,176674
б2 Сенсорные функции и боль	0,612344	0,517884	-0,234010	0,187789	0,228262	-0,002856	0,207065	-0,028196	-0,238684	0,097150	0,525821	0,136011	0,269227	-0,094583	0,119379	-0,166105

б3 Функции и голоса и речи	0,6864 58	0,5164 05	0,2010 82	0,3250 30	0,3900 33	0,0175 89	0,5030 06	0,0393 67	-0,023 457	0,3095 02	0,3967 59	0,3891 39	0,1382 88	0,2222 50	0,1350 02	-0,106 196
б4 Функции и серд.-со суд., крови, иммун. и дыхат. систем	0,7670 78	0,6374 83	-0,095 049	0,1771 08	0,2731 71	-0,105 293	0,4651 94	-0,056 609	0,0486 31	0,1448 50	0,3626 34	0,1015 71	0,1599 38	0,1977 91	0,1931 09	0,0160 54
б5 Функции и пищева рит., эндокри нной систем и метаболизма	-0,014 937	-0,144 524	-0,288 192	0,0157 07	0,0771 44	0,2075 75	0,0955 09	-0,385 831	0,0370 86	0,2847 12	-0,050 059	0,1036 45	-0,327 857	0,0294 70	0,1546 59	0,2497 47
б6 Урогени тальные и репродуктивные функции	0,3294 76	0,4285 88	-0,091 650	0,1991 28	0,1045 84	0,1663 24	0,1966 20	-0,017 875	0,0021 01	0,0142 75	0,6050 38	-0,144 015	0,3275 77	0,1422 70	-0,041 942	-0,092 864
б7 Нейром ышечные, скелетные и связанные	0,0816 35	-0,097 911	-0,123 937	-0,024 134	0,0588 36	0,1856 08	0,1351 88	-0,154 207	0,0266 89	-0,286 906	0,2472 58	0,0377 00	0,0350 37	-0,083 769	-0,083 034	0,0685 41

ые с движен ием функци и																
b8 Функци и кожи и связанн ых с ней структу р																
s1 Структу ры нервной системы	0,0104 86	0,4109 96	-0,215 920	-0,038 684	0,1906 60	0,0492 00	0,0351 41	0,0514 02	0,0683 42	0,0613 36	-0,255 521	0,1473 62	0,0448 61	0,4219 96	-0,188 398	-0,251 764
s2 Глаз, ухо и отн. к ним структу ры	0,0247 42	0,2587 14	0,0233 93	0,3473 72	0,1378 77	-0,006 027	-0,0619 34	0,0459 61	0,0066 72	0,2819 06	0,0525 97	0,2669 37	0,0803 77	0,2990 71	0,0091 14	-0,206 354
s3 Структу ры, участв. в голосоо бразова нии и речи																
s4 Структу ры серд.-со суд.,	0,1002 34	0,4127 50	-0,059 286	0,1580 88	0,0718 60	0,2084 42	-0,1840 99	-0,156 869	0,0693 06	-0,149 388	0,1430 97	-0,063 549	0,0178 34	0,3557 57	-0,2118 44	0,0461 22

структуры																
d1 Обучение и применение знаний	0,598178	0,627577	-0,258175	0,139473	0,413846	0,037876	0,378200	0,050175	0,086367	0,168976	0,229285	-0,024348	-0,046876	0,384886	0,062746	-0,078117
d2 Общие задачи и требования	0,534903	0,134720	0,183994	0,143243	0,224542	-0,244352	0,265758	0,121312	-0,194871	0,184979	0,139946	0,286731	0,130216	-0,280361	0,167705	-0,274903
d3 Общение	0,418779	0,149316	0,015598	0,040217	0,376551	-0,187560	0,108576	0,368937	-0,084661	0,063136	0,394589	0,022356	0,084705	0,123879	0,016277	-0,040321
d4 Мобильность	-0,713501	-0,451479	0,121053	-0,048481	-0,329427	-0,018169	-0,577037	-0,218633	0,036585	0,010178	-0,154967	0,082445	-0,255722	-0,194812	0,151648	0,363610
d5 Самообслуживание	-0,280469	-0,248581	0,392105	0,186693	-0,340868	0,049441	-0,282862	0,035797	-0,080661	0,145621	-0,114164	-0,112693	0,308657	-0,011975	0,117752	-0,051594
d6 Бытовая жизнь	0,084621	0,048727	0,194064	0,389188	0,127321	0,179565	-0,135766	0,028960	-0,183128	0,209934	-0,246879	0,240226	0,069273	0,094484	-0,406632	-0,218675
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	0,596306	0,677133	-0,080025	0,079129	0,320548	0,082165	0,359154	-0,088105	0,115758	0,171432	0,336409	0,121236	0,176905	0,275763	-0,011959	-0,077782
d8 Главные сферы	-0,247981	-0,151518	0,126272	0,011585	0,118050	-0,176132	-0,217361	-0,070859	-0,342517	0,100031	-0,010571	0,052389	0,100058	0,013218	-0,282307	-0,058760

жизни																
d9 Жизнь в сообщес твах, обществ енная и граждан ская жизнь	-0,138 838	0,0689 40	-0,252 218	-0,019 300	0,1581 15	-0,016 685	-0,1538 64	0,2445 79	0,1259 67	-0,029 549	0,2686 66	-0,141 319	-0,099 178	0,1189 21	-0,162 815	0,0031 47
e1 Продук ция и техноло гии	0,4473 17	0,5578 03	-0,066 784	-0,070 432	0,0994 86	0,1076 75	0,2463 55	0,0635 30	-0,121 716	-0,037 742	0,3331 04	-0,084 714	-0,019 349	-0,047 195	-0,157 217	-0,087 497
e2 Прир. окружен ие и изменен ия окр. среды, осущест вленные человек ом	-0,230 729	-0,162 258	0,0381 30	0,1097 69	-0,034 204	0,2786 44	-0,3968 12	0,1486 09	-0,177 748	-0,087 174	0,2055 25	-0,187 214	-0,069 220	-0,186 947	-0,146 210	-0,1126 08
e3 Поддер жка и взаимос вязи	0,2470 79	0,1077 25	-0,180 430	-0,163 545	0,1410 57	-0,230 464	0,3082 79	0,2548 67	0,0243 63	-0,029 650	0,0244 89	0,1525 99	0,1169 06	0,2121 51	0,1994 22	-0,341 825
e4 Установ ки	0,2506 99	0,0635 48	-0,369 265	0,0625 11	0,4337 91	0,1222 16	0,0106 29	0,1858 76	0,1668 84	0,2960 90	0,1936 39	0,3425 10	-0,243 614	0,2448 32	0,0395 38	-0,1139 39
e5 Службы , адм. системы	0,5840 68	0,3654 27	-0,007 919	-0,042 305	0,0126 31	-0,234 568	0,4354 74	0,1218 47	-0,050 746	-0,037 643	0,3065 29	0,0708 28	0,2994 75	0,0394 02	0,1524 56	0,0298 93

Урогенит. и репродукт. функции										
b7 Нейромышечные, скелетные и связ. с движением функции	0,151090	-0,292014	0,052569	-0,081633	0,472428	0,105229	0,113652	-0,101752	-0,038696	0,026199
b8 Функции кожи и связанных с ней структур										
s1 Структуры нервной системы	-0,206032	0,170554	-0,033599	-0,021087	-0,192886	-0,289951	0,026319	0,019622	0,099760	-0,309461
s2 Глаз, ухо и отн. к ним структуры	-0,067376	0,218602	-0,134198	-0,009257	-0,193136	0,431567	-0,095349	0,032946	-0,338271	-0,146659
s3 Структуры, участв. в голосообразовании и речи										
s4 Структуры серд.-сосуд., иммунной и дыхат. систем	-0,015798	0,283036	0,326852	0,114862	0,013508	0,057967	-0,148185	-0,134537	-0,058036	-0,081380
s5 Структуры,	-0,350654	0,371010	0,368363	-0,009034	-0,215357	0,008781	-0,076452	-0,305447	0,266380	0,073535

отн. к пищеварит. системе, метаболизму и эндокринной системе										
s6 Структуры, отн. к урогенитальной и репродуктивной системам	0,076771	-0,013231	0,241891	0,253653	-0,181422	-0,098634	-0,247587	-0,081055	-0,088480	0,070940
s7 Структуры, связанные с движением	0,105143	0,298726	0,137478	0,268441	0,369598	-0,279941	0,112295	0,104842	-0,154504	0,200202
s8 Кожа и относящиеся к ней структуры										
d1 Обучение и применение знаний	0,406323	0,366131	0,383828	0,490609	0,560839	0,077652	0,576749	0,363367	-0,421794	0,231105
d2 Общие задачи и требования	0,431444	-0,028725	0,263932	0,098103	0,106151	0,222043	0,323578	0,182085	-0,602482	-0,083984
d3 Общение	0,344322	0,263915	0,356197	0,453060	0,161110	0,218886	0,214394	-0,012826	-0,448743	0,135820
d4 Мобильность	-0,425787	-0,096146	-0,395122	-0,228165	-0,560671	0,007785	-0,601313	-0,414636	0,429783	-0,131729
d5 Самообслуживание	-0,068463	-0,133418	-0,276792	-0,125529	-0,320598	0,393402	-0,230548	0,126390	0,076414	-0,067370

живание											
d6 Бытовая жизнь	-0,025657	0,095283	0,222848	0,133319	-0,106322	-0,065821	-0,038417	-0,160705	-0,057768	0,046739	
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	0,476449	0,313214	0,309076	0,339098	0,315393	0,052487	0,227366	0,425222	-0,615170	0,049818	
d8 Главные сферы жизни	-0,079753	0,043794	-0,180457	-0,045870	-0,232792	-0,185066	-0,025295	-0,010007	0,049262	0,102305	
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	0,084765	0,269522	0,254687	0,260839	-0,005173	-0,155310	0,027522	-0,119722	-0,021233	0,266871	
e1 Продукция и технологии	0,307872	0,164909	0,258475	0,102065	-0,063117	0,437049	0,029209	0,336108	-0,580509	-0,023932	
e2 Прир. окружение и изменения окр. среды, осуществленные человеком	0,037214	0,084769	0,189475	0,171378	0,081772	0,297914	-0,034327	0,141996	-0,062166	0,615448	
e3 Поддержка и взаимосвязи	-0,085347	0,191174	-0,164893	-0,178768	0,237536	0,059333	0,285796	0,132206	-0,052516	0,030127	

е4 Установки	0,313562	0,079435	0,379151	0,206497	0,224171	0,236561	0,125853	-0,049056	-0,425025	-0,152144
е5 Службы, адм. системы и политика	0,446089	0,156969	-0,003568	0,071525	0,160358	0,171959	0,176722	0,021840	-0,611250	-0,268931
p<0,05										

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

Домены	ШАС	Шкала депрессии Бека	Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (ситуативная тревожность)	Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (личностная тревожность)
b1 Умственные функции	0,162645	0,238134	0,282943	0,145253
b2 Сенсорные функции и боль	0,143946	0,169256	0,289981	-0,119153
b3 Функции голоса и речи	0,250945	-0,108234	0,374929	0,129602
b4 Функции серд.-сосуд., крови, иммун. и дыхат. систем	0,264710	0,102513	0,498683	0,066160
b5 Функции пищеварит., эндокринной систем и метаболизма	0,153475	-0,109176	0,130865	0,083076
b6 Урогенитальные и репродуктивные функции	0,297879	0,318141	0,056761	0,014543
b7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции	-0,113685	0,444177	-0,122501	0,218566
b8 Функции кожи и связанных с ней структур				
s1 Структуры нервной системы	-0,161263	0,118748	-0,116659	0,038871

s2 Глаз, ухо и отн. к ним структуры	0,149850	-0,125842	0,260410	-0,067425
s3 Структуры, участв. в голосообразовании и речи				
s4 Структуры серд.-сосуд., иммунной и дыхат. систем	0,207112	0,297801	0,185447	-0,142602
s5 Структуры, отн. к пищеварит. системе, метаболизму и эндокринной системе	0,029485	-0,051769	0,092869	0,053017
s6 Структуры, отн. к урогенитальной и репродуктивной системам	0,254667	0,120896	0,155532	-0,120920
s7 Структуры, связанные с движением	-0,018272	0,201055	0,169171	0,155392
s8 Кожа и относящиеся к ней структуры				
d1 Обучение и применение знаний	0,415883	0,239932	0,432463	0,076923
d2 Общие задачи и требования	-0,079179	-0,099636	0,040182	0,211655
d3 Общение	0,202300	0,319042	0,100276	0,064248
d4 Мобильность	-0,286743	-0,266769	-0,236416	-0,053304
d5 Самообслуживание	0,191046	-0,466108	0,131907	-0,402860
d6 Бытовая жизнь	0,238846	-0,152442	0,219984	-0,151854
d7 Межличностные взаимодействия и отношения	0,329419	0,216775	0,462194	-0,080142
d8 Главные сферы жизни	0,104904	0,138009	-0,154843	-0,226249
d9 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	0,296078	0,087096	0,001232	0,207575

e1 Продукция и технологии	0,151987	-0,010318	0,215283	-0,048462
e2 Прир. окружение и изменения окр. среды, осуществленные человеком	0,316117	0,271583	0,172144	0,112728
e3 Поддержка и взаимосвязи	-0,153715	0,048514	-0,065503	0,040098
e4 Установки	0,214075	0,172575	0,106767	0,426578
e5 Службы, адм. системы и политика	-0,105785	-0,319778	0,030064	0,099869
p<0,05				