

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена



И. А. Горьковая, А. В. Микляева

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПОДРОСТКОВ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ:
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

Монография

Санкт-Петербург, 2019

УДК 159.9
Г71

Монография подготовлена и издана при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 17-06-00336.

Рецензенты:

Соловьева Светлана Леонидовна – доктор психологических наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, терапевтический факультет, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России (Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации)

Исаева Елена Рудольфовна – доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии, отделение клинической психологии, профессор, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России (Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации)

Щукина Мария Алексеевна – доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей, возрастной и дифференциальной психологии, профессор, СПбГАУ ВО СПбГИПиСР (Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы)

Г71 Горьковая И. А., Микляева А. В. Социально-психологические факторы жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. Монография. – СПб.: Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 2019. – 186 с.

ISBN 978-5-8064-2818-0

В монографии представлены результаты эмпирического исследования жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Показаны универсальные характеристики жизнестойкости и определяющих ее факторов, типичные для подросткового возраста в целом, а также специфические особенности жизнестойкости, факторов ее формирования и укрепления у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями разной степени тяжести. Монография адресована специалистам, научно-исследовательская или практическая деятельность которых сфокусирована на психологическом сопровождении подростков с нарушениями зрения, слуха или опорно-двигательного аппарата, студентам и аспирантам, получающим образование по направлениям «Педагогика» и «Психология».

УДК 159.9

ISBN 978-5-8064-2818-0

© И. А. Горьковая, А. В. Микляева, 2019
© Издательство РГПУ им. А.И. Герцена

Содержание

Введение	5
1. Жизнестойкость подростков с ограниченными возможностями здоровья: общая характеристика	8
1.1. Жизнестойкость как психологический феномен	8
1.2. Специфика жизнестойкости и ее компонентов в подростковом возрасте	14
1.3. Ограниченные возможности здоровья как контекст формирования жизнестойкости в подростковом возрасте	17
1.4. Жизнестойкость подростков с ограниченными возможностями здоровья разного типа: результаты эмпирического исследования (на примере подростков с нарушениями зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата)	21
1.5. Жизнестойкость как фактор, определяющий качество жизни подростков с ограниченными возможностями здоровья: результаты эмпирического исследования	31
2. Личностные факторы жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья	43
2.1. Ограничение возможностей здоровья как контекст формирования личности в подростковом возрасте	43
2.2. Личностные характеристики подростков с ограниченными возможностями здоровья как фактор их жизнестойкости: результаты эмпирического исследования	51
2.2.1. Самооценка подростков с ограниченными возможностями здоровья	51
2.2.2. Копинг-поведение подростков с ограниченными возможностями здоровья	60
2.2.3. Взаимосвязи самооценки, копинг-поведения и жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья	76

3. Отношения с другими людьми как фактор жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья	90
3.1. Ограниченные возможности здоровья как фактор, опосредующий отношения с другими людьми в подростковом возрасте	91
3.2. Особенности системы социальных контактов подростков с ограниченными возможностями здоровья: результаты эмпирического исследования	102
3.2.1. Структура социальных контактов подростков с ограниченными возможностями здоровья и ее основные характеристики	102
3.2.2. Коммуникативная направленность личности подростков с ограниченными возможностями здоровья	109
3.2.3. Особенности детско-родительских отношений в семьях подростков с ограниченными возможностями здоровья	113
3.2.4. Характеристики системы отношений с другими людьми как факторы формирования жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья	123
4. Формирование и укрепление жизнестойкости в контексте задач психологического сопровождения становления личности подростков с ограниченными возможностями здоровья	140
Заключение	157
Литература	162
Приложение 1. Общая характеристика выборки подростков, принявших участие в исследовании	182
Приложение 2. Проективный рисунок «Моя жизнь» как инструмент диагностики жизнестойкости подростков	183

Введение

В условиях последовательной гуманизации современного российского общества и трансформации отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) большое значение приобретает изучение личностного адаптационного потенциала детей и подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, который является важнейшим фактором их успешной социализации. В современной психологии в контексте ожесточенных, не прекращающихся на протяжении нескольких последних десятилетий дискуссий о структуре личностного адаптационного потенциала, все большее распространение получает представление о том, что одним из «ядерных» компонентов адаптационного потенциала человека является его жизнестойкость, представляющая собой систему убеждений личности, способствующую готовности заинтересованно участвовать в собственной жизни, контролировать жизненные события, успешно справляться с жизненными трудностями. В психологических исследованиях жизнестойкость изучается преимущественно как мера психологического здоровья человека в контексте проблематики совладения со стрессом, что делает особенно актуальным изучение жизнестойкости как ресурса адаптации людей, в силу тех или иных обстоятельств испытывающих на себе стрессогенные воздействия большей (в сравнении с нормативной) интенсивности.

К числу таких людей, без сомнения, относятся подростки с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). По меткому замечанию А. Г. Самохваловой, для таких подростков характерна «тройная нагрузка трудностей»: помимо универсальных трудностей подросткового возраста, обусловленных логикой возрастного развития, эти подростки испытывают затруднения в коммуникации, связанные с характером заболевания, а также трудности, сопряженные с необходимостью осмысления и принятия дефицитарных сторон своего развития (Самохвалова, 2015). Особенной уязвимостью в этой связи характеризуются подростки с сенсорными и двигательными нарушениями, сталкивающиеся с разнообразными трудными жизненными ситуациями, обусловленными особенностями имеющихся у них нарушений и требующими для их преодоления ресурсов жизнестойкости. Однако, несмотря на несомненную актуальность, исследования жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями сегодня носят фрагментарный характер, а их результаты являются трудно сопоставимыми в силу разнообразия методологических оснований и методических приемов, используемых исследователями. В результате оказывается затруднительной разработка эффективных

научно-обоснованных программ психологического сопровождения личностного становления таких подростков, востребованность которых в условиях распространения практик инклюзивного образования последовательно возрастает.

В связи с этим на первый план выходит задача поиска ресурсов жизнестойкости подростков с ОВЗ, содействующих развитию и укреплению жизнестойкости, или, в «переводе» на научно-психологический язык, факторов жизнестойкости. Решению именно этой задачи и было посвящено эмпирическое исследование, результаты которого обобщены в данной монографии. Планируя исследование, мы исходили из представления о том, что одним из важнейших направлений развития личности в подростковом возрасте является расширение круга социальных связей и трансформация системы межличностных отношений, в связи с чем в исследование была включена оценка различных параметров межличностных отношений подростков с ОВЗ, которые гипотетически могут рассматриваться как ресурсы развития жизнестойкости. Однако, с другой стороны, мы учитывали и то, что развитие личности в условиях сенсорных или двигательных нарушений имеет довольно выраженную специфику, которая может так или иначе опосредовать особенности жизнестойкости подростков, имеющих соответствующие нарушения. Поэтому в программу исследования были включены задачи, связанные с диагностикой тех личностных особенностей подростков с ОВЗ, которые потенциально могут коррелировать с их жизнестойкостью.

В соответствии с этой логикой выстроена и структура данной монографии. Первая глава посвящена общей характеристике жизнестойкости подростков с ОВЗ. В ней обсуждаются особенности жизнестойкости подростков с ОВЗ в контексте их возрастных и гендерных характеристик, а также демонстрируется вклад жизнестойкости в субъективную оценку связанного со здоровьем качества жизни у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Вторая глава посвящена анализу личностных особенностей подростков с ОВЗ, таких как самооценка и предпочитаемые копинг-стратегии, в их взаимосвязи с жизнестойкостью. В третьей главе представлены результаты изучения системы межличностных отношений подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и поиска тех ее особенностей, которые обеспечивают укрепление жизнестойкости подростков в условиях нарушений сенсорных и двигательных функций. В четвертой главе содержится обобщенная характеристика направлений психологического сопровождения становления личности подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в контексте решения задачи формирования и укрепления жизнестойкости таких подрост-

ков, разработанных с учетом результатов проведенного исследования.

Перед тем как перейти к изложению наиболее интересных результатов нашего исследования, мы хотим выразить искреннюю признательность нашим коллегам – сотрудникам Института психологии Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена – за всестороннюю помощь и поддержку в процессе сбора эмпирических данных и осмысления полученных результатов, а также Российскому фонду фундаментальных исследований, обеспечившему финансирование исследования и подготовки данной монографии.

Глава 1. ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Феномен жизнестойкости сегодня широко обсуждается в контексте осмысления структуры личностного потенциала человека и рассматривается в качестве важнейшего ресурса сохранения и укрепления жизненного благополучия человека. Жизнестойкость представляет собой такую личностную характеристику, которая обеспечивает способность человека выдерживать стрессовые нагрузки, сохраняя психологическую стабильность и эффективность деятельности при осознании собственной уязвимости и принятии своих реальных возможностей (Леонтьев, Рассказова, 2006). Сегодня жизнестойкость понимается как интегральная черта личности, обеспечивающая успешность преодоления трудных жизненных ситуаций и обстоятельств. В этой связи проблема жизнестойкости в последние годы активно изучается в контексте личностных возможностей совладания со сложными жизненными ситуациями. Особую актуальность эти исследования приобретают в связи с задачей изучения ресурсов социально-психологической адаптации лиц с ОВЗ, в фокусе внимания которых оказываются те особенности личности и поведения, которые способствуют эффективному совладанию с возникающими в контексте нарушений здоровья трудностями. Большое прикладное значение имеют исследования, посвященные жизнестойкости личности в период подростничества, который рассматривается как сензитивный для развития личностных ресурсов человека. В первой главе представлены теоретические и эмпирические материалы, которые позволяют дать характеристику жизнестойкости подростков с ОВЗ, в частности, подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций.

1.1. Жизнестойкость как психологический феномен

Понятие «жизнестойкость» (*hardiness*, русскоязычный вариант термина предложен Д. А. Леонтьевым) вошло в научный обиход в конце 1970-х – начале 1980-х гг. благодаря работам Сальваторе Мадди и Сьюзен Кобейса. Анализируя стрессоустойчивость людей, занимающих управленческие должности в различных сферах жизни, С. Кобейса пришла к выводу, что стрессоустойчивость личности сопряжена с самопринятием, энергичным отношением к окружающей среде, чувством осмысленности жизни и внутренним локусом контроля (Kobasa, 1979). Дальнейшее исследование показало, что среди разнообразных

ресурсов стрессоустойчивости именно жизнестойкость занимает наиболее важное место, обеспечивая человеку возможность сохранять устойчивую жизненную позицию независимо от характера событий, происходящих в его жизни (Kobasa et al., 1985; Kobasa et al., 1982).

Теория жизнестойкости опирается на основные положения экзистенциальной философии и психологии, согласно которым жизнь человека рассматривается как непрерывный процесс и результат принятия решений, построения своего будущего путем совершения выбора в точке настоящего независимо от степени масштабности и осознанности этого выбора. Это всегда выбор между уже известными способами действий, сложившимися в прошлом опыте, знакомыми, и поэтому кажущимися безопасными, или принципиально новыми возможностями, атрибутом которых является неопределенность, неизменно сопровождающаяся онтологической тревогой. Таким образом, выбор привычного субъективно воспринимается человеком как более безопасный и комфортный, однако зачастую он не приводит к удовлетворению актуальных потребностей и усиливает переживание бессмысленности жизни. Выбор в пользу новых возможностей, в свою очередь, несмотря на тревогу, создает предпосылки для возникновения нового, более продуктивного опыта.

В парадигме экзистенциального подхода в качестве «фактора защиты», способствующего преодолению онтологической тревоги, утверждается «мужество быть» (или, в другом переводе, «отвага быть»). Человек, не имеющий «отваги быть», склонен регулярно выбирать прошлое, которое препятствует поиску смысла в настоящем. По мнению С. Мадди, жизнестойкость представляет собой действие «мужества быть» и является ключевой предпосылкой мотивации выбора новых способов действия, нового опыта, и, следовательно, развития (Maddi, 2002). По сути, конструкт жизнестойкости операционализирует феномен «отваги быть», раскрывая его в трех аспектах: вовлеченности (противоположной отчуждению), контроля (противоположному бессилию) и принятия риска (противоположного стремления к безопасности) (Maddi, 2004).

В отечественной психологии жизнестойкость принято трактовать как «меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности» (Леонтьев, Рассказова, 2006, с. 3), что зачатую приводит к пониманию жизнестойкости как способности поддерживать жизненное равновесие, сохранять состояние гомеостатического баланса с физической и социальной средой. Однако в той трактовке жизнестойкости, которой придерживаются авторы данного концепта, предлагается несколько иной смысловой акцент, позволяющий рас-

сма́тривать жизнестойкость как предпосылку личностного развития. С. Мадди отмечает, что жизнестойкость – это «сочетание установок, которые обеспечивают мужество и мотивацию для выполнения трудной работы по превращению стрессовых обстоятельств из потенциальных бедствий в возможности роста» (Maddi, 2006, с. 160). Механизмы жизнестойкости заключаются в повышении способности человека активно действовать в ситуации «жизненного вызова», оценивать такие ситуации в аспекте потенциала роста и развития личности. По мнению С. Мадди, «жизнестойкость проявляется в открытости к смыслам, которые можно получить только в личном опыте, а не в навязываемых убеждениях... Преодоление этих установок сопровождается переживанием экзистенциального роста и наполненности через постижение нового опыта» (Maddi et al., 2011, с. 374). Эти теоретические положения находят подтверждение в эмпирических исследованиях, демонстрирующих прямые связи между жизнестойкостью личности и ее готовностью к реализации своего потенциала (Кудинов и др., 2017; Дарвиш, 2018). Обозначенный смысловой аспект и составляет содержание трех основных компонентов жизнестойкости, принятых в качестве ее структурных элементов как зарубежными, так и отечественными психологами: вовлеченность (commitment), контроль (control) и принятие риска (challenge) (Леонтьев, Рассказова, 2006; Kobasa, 1979; Kobasa et al., 1982; Maddi et al., 2002).

Вовлеченность характеризует степень, в какой человек включен в различные сферы жизни (семья, работа, дружеские связи) (Kobasa, 1979). Этот компонент жизнестойкости обеспечивает человеку ощущение осмысленности собственной активности (в противоположность бесцельной активности). Вовлеченность человека в различные сферы жизни, преданность и готовность включаться в различные формы активности, быть в курсе происходящего даже в отношении трудных сторон жизни способствуют формированию представлений о целенаправленности собственной деятельности, и, как следствие, осмысленности целей своего существования, попутно определяя позитивную модальность восприятия себя как субъекта собственной жизни.

Контроль представляет собой степень, в какой человек верит в свою способность контролировать события, происходящие в его жизни. Уверенность в возможности контролировать собственную жизнь позволяет людям чувствовать, что они могут безопасно управлять своей окружающей средой и предвидеть потенциальные угрозы своему благополучию, превращая их в выигрышные ситуации. Отсутствие контроля, напротив, часто рассматривается как источник стресса. В результате люди с разным уровнем контроля не только по-

разному воспринимают стрессогенные события, но и объективно испытывают меньшее количество стрессов: уверенность в возможности контроля над окружающей средой создает предпосылки для проактивного подавления состояний, которые в перспективе могут приобрести характер серьезных стрессоров.

Принятие риска отражает способность человека рассматривать сложные жизненные ситуации как вызовы, а не как угрозы своему благополучию. Этот компонент жизнестойкости обеспечивает гибкую адаптацию к потенциально стрессовым ситуациям, придавая человеку уверенность в том, что стрессы составляют естественную часть жизни и позволяют получать новый опыт, важный в контексте решения задач дальнейшего развития, более глубокого осмысления собственного бытия.

Как отмечает Л. А. Александрова, установки личности, составляющие содержание жизнестойкости, являются основой позитивного мироощущения, повышения качества жизни, превращения препятствий и стрессов в источник роста и развития, придающего жизни ценность и смысл вне зависимости от объективных обстоятельств (Александрова, 2004).

В целом жизнестойкость в единстве своих компонентов позволяет человеку признавать собственную уязвимость, не теряя при этом веры в свои возможности. Важно отметить, что конструкт жизнестойкости включает в себя не только жизнестойкие установки. Жизнестойкость обеспечивает трансформационный характер копинга, определяющий возможность личностного роста и развития на основе извлечения из опыта позитивных впечатлений и интересных, непривычных способов решения жизненных проблем, а также построение межличностных отношений на основе взаимопомощи, сотрудничества и поддержки (Рыльская, 2014). Помимо этого, для жизнестойких людей характерно усиление иммунных реакций посредством психической и физической мобилизации, а также жизнестойкие практики здоровья, проявляющиеся в ответственном отношении к своему физическому, ментальному и социальному благополучию (Maddi, Khoshaba, 1994).

Ключевым контекстом изучения жизнестойкости является анализ ресурсов совладания со стрессом. В современном динамичном мире, в жизни, наполненной разнообразными, быстро сменяющимися друг друга событиями, в социуме, для которого характерно снижение устойчивости нормативных образцов социального поведения и магистральных ценностных ориентаций, человеку становится все труднее находить «готовые» опоры для совладания с жизненными трудностями. Изменчивый, труднопредсказуемый характер жизни создает

предпосылки для поиска ресурсов стрессоустойчивости не за пределами личности, а в ней самой, в особенностях ее отношения к миру и самой себе. Согласно Д. А. Леонтьеву, жизнестойкость представляет собой один из важнейших компонентов личностного потенциала, проявляющегося в способности личности к самодетерминации, действиям на основе устойчивых внутренних критериев, позволяющих сохранять стабильность целей и ценностей в условиях изменяющихся внешних факторов (Леонтьев и др., 2005). Согласно имеющимся к сегодняшнему дню эмпирическим данным, жизнестойкость тесно связана с такими чертами личности, которые традиционно рассматриваются в качестве факторов стрессоустойчивости (адекватная самооценка, эмоциональная устойчивость, оптимизм), и отрицательно коррелирует с характеристиками, ухудшающими ресурсы преодоления стресса (например, нейротизм и негативный эмоциональный фон), что подтверждается как частными эмпирическими исследованиями, так и метааналитическими обзорами (Eschleman et al., 2010), при этом эмоциональная компетентность связана с жизнестойкостью гораздо теснее, чем интеллектуальные возможности человека (Дробинина, 2007).

В последние годы появляются новые подходы к концептуализации жизнестойкости, предлагающие, в частности, иные структурные модели данного феномена, «вписывающие» его в привычный научно-психологический понятийный контекст. Так, Л. А. Александрова предлагает рассматривать жизнестойкость как «способность личности к трансформации неблагоприятных обстоятельств своего развития», выделяя при этом следующие компоненты жизнестойкости: личностные ресурсы совладания с трудностями и стратегии, посредством которых они реализуются, смысл, предопределяющий направленность жизни человека, а также гуманистическую этику, детерминирующую критерии выбора целей и средств в контексте решения разнообразных жизненных задач (Александрова, 2004). С. В. Книжникова трактует жизнестойкость как интегральную личностную характеристику, в структуре которой адекватная самооценка, развитые волевые качества, высокий уровень социальной и коммуникативной компетентности опосредуются смысловой регуляцией активности, определяющей вектор личностного функционирования (Книжникова, 2010). Нетрудно заметить, что, несмотря на разнообразие структурных моделей жизнестойкости, доминирующей остается проблема смыслопорождения, определяющего степень выраженности и направленности активности личности в ситуации столкновения с жизненными трудностями, что в полной мере отражает исходные принципы теории жизнестойкости, сформулированные ее авторами.

Теория жизнестойкости, безусловно, имеет не только сторонников, но и критиков. Так, дискуссионным являются вопросы о том, в какой мере содержание концепта «жизнестойкость» соответствует экзистенциальной категории «отвага быть» (или «экзистенциальное мужество»), операционализировать которую она призвана (Кричевец, Солодушкина, 2014; Митрофанова, 2018), насколько содержательно валидными феномену жизнестойкости являются выделенные компоненты и их трактовки (Funk, 1992; Hull et al., 1987). Вместе с тем за несколько десятилетий изучения накоплены неоспоримые данные о том, что жизнестойкость является базовой характеристикой личности, выступающей предпосылкой успешности деятельности, продуктивности познавательной активности, физической выносливости, качества жизни, а обобщения, выполненные в ключе метаанализа, позволяют выдвигать предположения о том, что жизнестойкость является одним из самых надежных диспозиционных предикторов благополучия (Eschleman et al., 2010). Как отмечает сам С. Мадди, развитие теории жизнестойкости происходит в условиях тесного взаимодействия теории и практики, и в этом процессе наблюдается последовательное расширение возможностей ее применения. Впервые появившись в исследованиях индивидуальных различий как реакция на стресс, сегодня жизнестойкость изучается не как частная черта личности, но как один из важнейших личностных ресурсов, обеспечивающих продуктивное совладание с трудностями на фоне поддержания благоприятных отношений человека с самим собой и другими людьми. Помимо этого, жизнестойкость сегодня изучается не только как личностный ресурс, но и как характеристика качества функционирования групп, например, в семейной и организационной психологии в контекстах изучения семейного или организационного стресса (Maddi, 2002). Жизнестойкость может способствовать повышению эффективности деятельности в различных областях жизни, прежде всего тех, которые сопряжены с повышенной стрессовой нагрузкой, например, в учебной и профессиональной сфере, позволяя выдерживать значительные стрессовые воздействия без ущерба для личности (Maddi et al., 2006), а также сокращать негативное влияние напряжения, связанного с преодолением стресса, которое ограничивает эффективность деятельности (Zack et al., 2007). В совокупности имеющиеся сведения дают основания для понимания жизнестойкости как элемента адаптационного потенциала личности и группы.

1.2. Специфика жизнестойкости и ее компонентов в подростковом возрасте

Авторы концепции жизнестойкости подчеркивают, что жизнестойкость не является врожденной характеристикой личности, она развивается по мере становления субъектной активности человека (Khoshaba, Maddi, 1999). Как отмечает С. Л. Соловьева, формирование жизнестойкости начинается с самых ранних этапов жизни и определяется степенью готовности значимых взрослых предоставлять ребенку посильную ему самостоятельность, поощрять инициативность, поддерживать ребенка, не лишая при этом его возможности совершать собственный выбор, демонстрировать модель жизнестойкого поведения в границах собственной жизни (Соловьева, 2010). В связи с этим можно с уверенностью говорить о том, что подростковый возраст, который традиционно понимается как период формирования потенциала личностной самодетерминации, активизации смыслопостроения, развития рефлексивных возможностей, качественного изменения представлений о мире и своем месте в нем является «сензитивным периодом» для развития жизнестойкости. Как отмечает Э. Ф. Зеер, «формирование таких психологических новообразований, как чувство взрослости, обобщенная самооценка, потребность в самоутверждении и саморегуляция, инициирует развитие нормативной жизнестойкости – преодоление неблагоприятных условий и психофизиологического развития, кризисов подросткового возраста, неадаптированность, восприятие социальной среды, активное преодоление негативного влияния среды и жизненных трудностей» (Зеер, 2015, с. 74).

И. С. Кон, описывая механизмы формирования «самости» в подростковом возрасте, подчеркивает значимость самоатрибуции, смысловой интеграции жизненных переживаний, которые становятся доступными именно на этом этапе развития (Кон, 1984). Д. И. Фельдштейн рассматривает подростковый возраст как «утверждающе-действенную» стадию развития личности, когда отношение к себе и различным сторонам действительности утрачивает реактивный характер и начинает опосредоваться активно формирующимися идеальными моделями собственной личности (Фельдштейн, 1994). Такие масштабные личностные преобразования порождают так называемую ситуативную личность, когда подросток становится «неопределенной личностью на неопределенное время» (Аверин, 1994, с. 161), и с неизбежностью запускают процессы самоопределения.

Для анализа специфики жизнестойкости в подростковом возрасте представляется продуктивным применение принципов субъектно-деятельностного подхода к проблеме самоопределения личности, заложенных в работах С. Л. Рубинштейна (Рубинштейн, 2012). В контексте субъектно-деятельностного подхода самоопределение рассматривается в контексте проблемы детерминации, в свете принципа «внешние причины действуют, преломляясь через внутренние условия». Самоопределение рассматривается как самодетерминация; в отличие от внешней детерминации, в нем выражается активная природа «внутренних условий». В. Ф. Сафин и Г. П. Ников отмечают, что в психологическом плане раскрытие сущности самоопределения личности предполагает опору на субъективную сторону самосознания – осознание собственного Я. Самоопределившаяся личность – это «субъект, осознавший, что он хочет (цели жизненные планы, идеалы), что он может (свои возможности, склонности, дарования), что он есть (свои личностные и физические свойства), что от него хочет или ждет коллектив, общество» (Сафин, Ников, 1984, с. 68). Самоопределение, таким образом, имеет ценностно-смысловую природу и создает предпосылки для формирования и закрепления установок, составляющих ядро жизнестойкости.

Согласно данным, которые приводит А. Н. Фомина, именно в контексте решения задач самоопределения актуализируются различные личностные процессы, создающие предпосылки для формирования жизнестойкости и ее отдельных компонентов: активный поиск смысла происходящих событий и жизни в целом, осмысление своих возможностей, жизненных планов и целей, своего отношения к различным сторонам жизни, рефлексия жизненных событий как результата собственного выбора, а также оснований этого выбора и т. д. (Фомина, 2012). Благодаря перечисленным личностным новообразованиям актуализируются процессы «смыслостроительства», сопровождающегося внутренней несогласованностью, подчас противоречивостью смыслов, составляющих, между тем, фундамент для «смыслостроительства» на следующих этапах жизни. Это время, когда сосуществуют парадоксально противоположные смыслы, время конгломерата смыслов, которые еще не стали устойчивой иерархией, но существенно обуславливают характер дальнейшего «смыслостроительства» (Чудновский, 2006). Возникающие смыслы и формирующиеся ценности становятся важнейшими предпосылками для поддержания собственной устойчивости в различных жизненных ситуациях и тем самым укрепляют жизнестойкость подростка.

В современной психологической литературе представлено довольно много исследований, демонстрирующих роль формирующейся

жизнестойкости подростков в совладании с реальными и потенциальными жизненными трудностями. Перечислим только некоторые из них:

- обосновано, что жизнестойкость как интегральное психологическое свойство личности является личностной характеристикой, обеспечивающей адаптацию подростков в условиях современной социальной действительности (Калашникова, Никитина, 2017);

- продемонстрировано, что жизнестойкость старшеклассников во взаимосвязи с совладающим поведением является детерминантой личностной успешности (Левченко, 2010);

- показано, что жизнестойкие подростки чаще, чем их сверстники с низкими показателями жизнестойкости, демонстрируют «выигрышные» жизненные сценарии, в противоположность «проигрышным» сценариям (Иванова, 2013);

- установлено, что старшие подростки с признаками личностной беспомощности характеризуются низкими показателями жизнестойкости, тогда как подростки, у которых сформирована самостоятельность – более высоким уровнем жизнестойкости и ее отдельных компонентов (Циринг, 2009);

- выявлено, что снижение жизнестойкости создает благоприятные условия для формирования девиантного поведения в подростковом возрасте и является фактором риска виктимизации в отношениях со сверстниками (Петросянц, 2011), возникновения интернет-зависимости (Колесникова, 2009), суицидального поведения подростков (Шварева, 2012; Ощепков, Гильмутдинова 2018).

Следует отметить, что жизнестойкость в подростковом возрасте, находясь в процессе активного становления, зависит от множества факторов, оказывающих опосредующее влияние на уровень ее развития. Так, канадскими исследователями (Sharpley, Yardley, 1999) доказана зависимость жизнестойкости от таких объективных переменных, как школьный класс и пол, с одной стороны, и религиозные убеждения и субъективная оценка счастья – с другой стороны (отметим, что в исследованиях жизнестойкости подростков, проведенных на российской выборке, гендерной специфичности подростковой жизнестойкости обнаружено не было (см. Петрова, 2015)). Очевидно, что уровень жизнестойкости подростков может быть опосредован и иными факторами, среди которых, весьма вероятно, могут оказаться особенности их здоровья. На наш взгляд одним из таких факторов является состояние здоровья подростков, которое в некоторых случаях может оказывать существенное влияние на личностное становление подростков и накладывать значительные ограничения на социальное функционирование, специфика которых очевидно определяется ха-

рактором заболевания. В этой связи большую актуальность приобретают исследования особенностей жизнестойкости подростков с ОВЗ, представляющих различные нозологические группы, для более дифференцированного понимания механизмов становления психологических ресурсов совладания с жизненными трудностями.

1.3. Ограниченные возможности здоровья как контекст формирования жизнестойкости в подростковом возрасте

Становление личности подростков с ОВЗ происходит в условиях особой социальной ситуации развития, отличающейся от нормативной. Распространяя идею А. Г. Самохваловой о «тройной нагрузке трудностей», которую вынуждены выдерживать подростки с ОВЗ в процессах коммуникации с другими людьми (Самохвалова, 2015), отметим, что к числу особенностей процессов развития личности подростков с ОВЗ, определяющих диапазон трудных жизненных ситуаций, требующих преодоления, необходимо отнести:

1. общевозрастные особенности становления личности в подростковом возрасте, которые, как уже отмечалось в предыдущем параграфе, предъявляют существенные требования к жизнестойкости подростков и одновременно создают предпосылки для ее развития и укрепления;

2. особенности, обусловленные состоянием здоровья, определяющим границы физического потенциала подростков, в частности, их сенсорные и двигательные возможности;

3. особенности, отражающие отношение подростков к состоянию своего здоровья, его влиянию на повседневную жизнь и процессы коммуникации с другими людьми, степень интегрированности представлений об объективно существующих проблемах со здоровьем в Я-концепцию и, следовательно, опосредованности ими поведения в различных жизненных ситуациях.

Таким образом, подростки с ОВЗ сталкиваются со значительно большим количеством «жизненных вызовов», в сравнении с их условно здоровыми сверстниками. В этой связи становится очевидным, что ограничение возможностей здоровья предъявляет дополнительные требования к ресурсам преодолевающего поведения, формирующимся у таких подростков. Этим и определяется актуализация возросшего в последние десятилетия интереса к изучению психологических ресурсов совладания с трудностями, обусловленными ограниченными возможностями здоровья.

Как отмечает Е. С. Фоминых, сформированные ресурсы совладания с трудными жизненными ситуациями являются важнейшим фактором успешной социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья, которая возможна только в условиях актуализации физических и психологических ресурсов личности, обеспечивающих возможность преодоления всевозможных трудностей, неизбежно возникающих в этом процессе. Психологические ресурсы человека с ограниченными возможностями здоровья представляют собой «совокупность взаимосвязанных внутренних персональных характеристик, которая: обуславливает активизацию возможностей лиц с ОВЗ в процессе инклюзии их в общество, способствует расширению социального пространства жизнедеятельности; предотвращает запуск стрессовых реакций и блокирует возникновение деструктивных последствий для психики вследствие преодоления различного рода трудностей, барьеров, стрессогенных ситуаций и ежедневных изменений, возникающих в результате данного процесса» (Фоминых, 2016). Психологические ресурсы личности определяют характер усилий, направляемых ею на преодоление неблагоприятных условий развития, степень ее готовности к работе над собой и над своим отношением к жизненным обстоятельствам.

Согласно точке зрения целого ряда авторов, жизнестойкость составляет один из центральных компонентов в системе психологических ресурсов лиц с ОВЗ, обеспечивая сохранение устойчивой конструктивной позиции в отношении собственной жизни и происходящих в ней событий (Александрова и др., 2014; Калинина, 2011). Однако условия взросления подростков с ограниченными возможностями здоровья зачастую вступают в противоречия с задачей формирования жизнестойкой личности. Ведущими специалистами в области психологии детей и подростков с ОВЗ показаны распространенность неконструктивных способов взаимодействия с ними, демонстрируемых значимыми взрослыми и сверстниками (гиперопека, инфантилизация, или, напротив, различные формы эмоционального отвержения), приводящих к различным искажениям личностного развития (Шипицына, 2003; Мамайчук, 2006). В связи с этим неудивительно, что результаты исследований, в фокусе внимания которых находится жизнестойкость подростков с ОВЗ в контексте ее сопоставления с жизнестойкостью их условно здоровых сверстников, рассматриваемой в качестве «нормы» возрастного развития данного качества, демонстрируют крайне противоречивые результаты.

Так, весьма распространена точка зрения, согласно которой для подростков с ОВЗ характерны более низкие показатели жизнестойкости, чем для их сверстников, не имеющих выраженных проблем со

здоровьем. Об этом говорят прежде всего результаты отечественных исследований, проведенных на нозологически не дифференцированных выборках, в которых под общим названием «подростки с ОВЗ» объединяются испытуемые с хроническими заболеваниями дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем, а также различными функциональными нарушениями (Киселева, Кузьмин, 2017; Shchiranova et al., 2016). Однако более детальный анализ, сосредоточенный на дифференцированном изучении жизнестойкости подростков с сенсорными нарушениями, чаще всего не позволяет отметить стойких тенденций к ее снижению (Bakhshi et al., 2017; Butler et al., 2018). Результаты исследований жизнестойкости подростков с нарушениями двигательных функций, в свою очередь, носят противоречивый характер: в некоторых исследованиях тенденция к снижению жизнестойкости у таких подростков фиксируется (Щербакова, Гудилина, 2010), а в других – нет (Токарская, Полякова, 2018).

Представляется, что неоднозначность приведенных выше результатов исследований жизнестойкости подростков с ОВЗ детерминирована целым рядом объективных и субъективных факторов, опосредующих ее становление. К числу объективных факторов, безусловно, стоит отнести характер заболевания (и степень его тяжести), в свою очередь определяющий социально-реабилитационный потенциал подростка, а также актуальный социальный опыт подростка, прежде всего, связанный с формой организации его учебной деятельности (инклюзивное обучение в общеобразовательной школе, обучение в специализированных/коррекционных учебных заведениях, домашнее обучение). В качестве субъективных факторов можно рассматривать особенности личности таких подростков, определяющие возможность выбора продуктивных стратегий совладания с трудностями (например, положительная самооценка, реалистичный взгляд на жизнь, оптимизм), а также особенности системы отношений подростка с другими людьми, прежде всего, наличие достаточного объема социальной поддержки и сформированные коммуникативные навыки, необходимые для поддержания социальных контактов.

С другой стороны, проводя исследования жизнестойкости подростков с ОВЗ, нельзя забывать об общевозрастных тенденциях личностного развития, характерного для данного этапа жизни. Весьма вероятно, что отсутствие выраженных различий в уровневых характеристиках жизнестойкости подростков с ОВЗ и их условно здоровых сверстников является проявлением большей значимости магистральных тенденций возрастного развития личности подростка, в сравнении с особенностями становления личности в условиях ограниченных

возможностей здоровья. Таким образом, перед нами возникает, как минимум, два исследовательских вопроса:

1. Имеются ли устойчивые нозоспецифические особенности становления жизнестойкости подростков с ОВЗ, отличающие их личностное становление от аналогичного аспекта развития условно здоровых подростков, или формирование жизнестойкости в подростковом возрасте разворачивается в логике универсальных общевозрастных закономерностей и не имеет специфики у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями?

2. Какой вклад в становление жизнестойкости подростков с ОВЗ вносят объективные условия их жизни и субъективные факторы, связанные с формированием тех или иных особенностей личности и системы отношений с другими людьми, и различаются ли факторы жизнестойкости подростков, имеющих сенсорные или двигательные нарушения, и их условно здоровых сверстников?

Отдельно следует отметить, что идея о значимости жизнестойкости в структуре психологических ресурсов личности подростков с ОВЗ формулируется преимущественно теоретически и также нуждается в эмпирической проверке на нозологически дифференцированных выборках. Отсюда возникает еще один исследовательский вопрос: каковы взаимосвязи между жизнестойкостью подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и их жизненным благополучием?

Поиск ответов на эти вопросы предполагает сопоставление между собой результатов исследования жизнестойкости подростков с ОВЗ и определяющих ее факторов с аналогичными данными, полученным в исследованиях с привлечением условно здоровых подростков. Однако необходимо отметить, что, к сожалению, опубликованные исследования, посвященные изучению жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, не всегда содержат информацию о характере заболевания и объективных условиях жизни подростка, что затрудняет сопоставление результатов, полученных разными авторами. Подобные сопоставления затруднены также разнообразием методических подходов, применяемых для решения одних и тех же задач, в то время как достоверные ответы на сформулированные вопросы могут быть получены только при сопоставлении результатов исследований, в которых изучались бы факторы становления и укрепления жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, проведенных на различных нозологических группах по единой методологии.

Серия именно таких исследований была проведена нами в 2017–2019 гг. при поддержке Российского фонда фундаментальных исследова-

дований. Целью наших исследований стало изучение социально-психологических детерминант жизнестойкости у подростков с ограниченными возможностями здоровья (на примере старших подростков с нарушениями зрения, слуха и двигательных функций различной степени выраженности). Под социально-психологическими детерминантами жизнестойкости нами понимался комплекс объективных и субъективных факторов, которые гипотетически могут оказывать влияние на становление и укрепление жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. В нашем исследовании приняли участие 337 подростков в возрасте 13–16 лет, в том числе 191 подросток с нарушениями сенсорных или двигательных функций и 136 условно здоровых подростков того же возрастного диапазона. Важно отметить, что все подростки с ОВЗ обучаются в специализированных учебных заведениях Санкт-Петербурга, проживая при этом в родительских семьях. Подростки, составившие группу сравнения, также проживают со своими родителями, обучаясь в общеобразовательных школах Санкт-Петербурга. Все подростки, принявшие участие в исследовании, имеют сохраненный интеллект. Подробная характеристика выборки представлена в Приложении 1. Эмпирические результаты, представленные в следующих параграфах данной монографии, получены в ходе этой серии исследований.

1.4. Жизнестойкость подростков с ограниченными возможностями здоровья разного типа: результаты эмпирического исследования

Сравнительный анализ жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и их условно здоровых сверстников, осуществленный с помощью краткой версии Теста жизнестойкости (Осин, Рассказова, 2013), не позволил выявить существенной специфичности суммарного показателя жизнестойкости подростков с ОВЗ (см. рисунок 1), а также показателей, характеризующих ее отдельные компоненты.

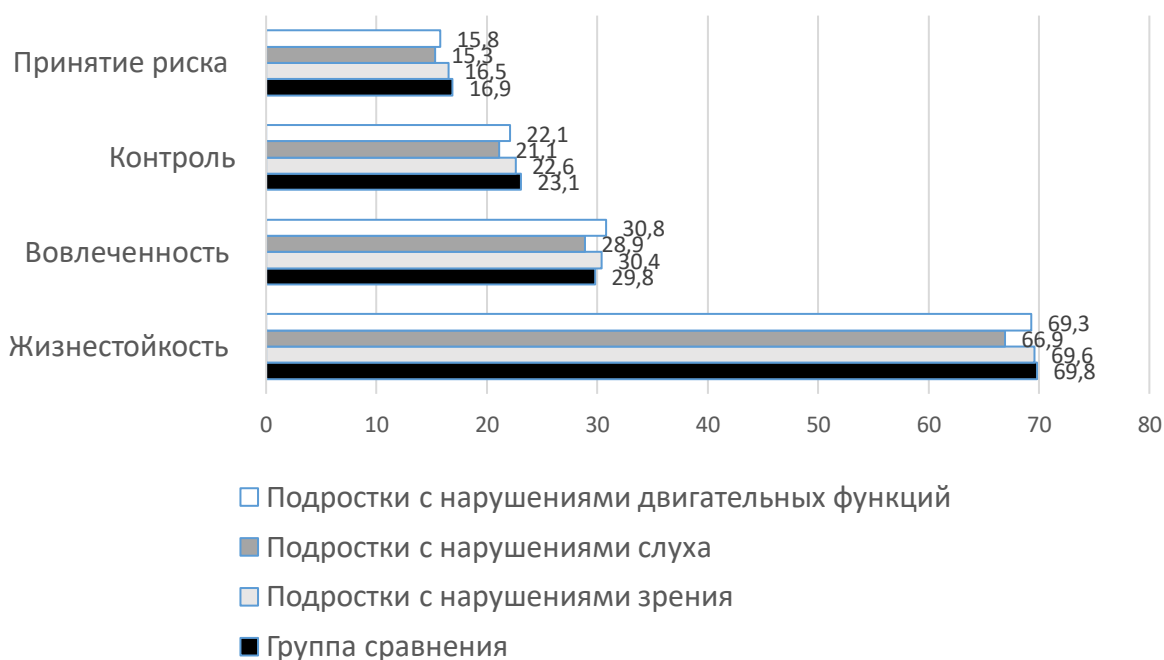


Рисунок 1. Средние значения показателей жизнестойкости и ее отдельных компонентов в выборках подростков с ОВЗ и их условно здоровых сверстников

Достоверных различий между подростками с нарушениями сенсорных и двигательных функций выявлено не было (критерий Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$). На уровне тенденции можно отметить, что показатели жизнестойкости и ее отдельных компонентов несколько снижены в выборке подростков с нарушениями слуха, однако эти различия статистически значимы (в сравнении с выборкой условно здоровых подростков) только по параметру «принятие риска» (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$). При этом следует отметить, что данные, представленные на рисунке 1, характеризуют жизнестойкость подростков с нарушениями зрения и опорно-двигательных функций разной степени тяжести, тогда как выборка подростков с нарушениями слуха представлена только слабослышащими респондентами, поскольку для тотально глухих подростков, характеризующихся дефицитностью развития речевых функций, вопросы, составляющие Тест жизнестойкости, оказались слишком сложными для понимания в силу содержащихся в них абстрактных формулировок.

Учитывая трудности, возникшие при диагностике жизнестойкости тотально глухих подростков с помощью опросного метода, было принято решение использовать для этой цели возможности проективного рисования. Для диагностики уровня жизнестойкости в данной группе нами был разработан альтернативный способ диагностики отдельных компонентов жизнестойкости, предполагавший ис-

пользование проективного рисунка «Моя жизнь». Опыт применения этой методики в наших предыдущих исследованиях позволил отметить, что доступные для экспертной оценки параметры такого рисунка (представление о содержании собственной жизни, доминирующий эмоциональный фон жизни, осмысленность жизни, «границы» собственной жизни и степень их проницаемости) содержательно близки компонентам, традиционно выделяемым в структуре жизнестойкости. На этом основании было сформулировано предположение о том, что проективный рисунок «Моя жизнь» может использоваться для экспресс-диагностики жизнестойкости подростков, не требующей больших временных затрат и не зависящей от уровня речевого развития подростка. Результаты апробации предлагаемого диагностического подхода, подтверждающие правомерность использования проективного рисунка «Моя жизнь» для диагностики жизнестойкости подростков, приведены в Приложении 2.

Здесь же мы остановимся только на характеристике отдельных компонентов жизнестойкости тотально глухих подростков (в сравнении с их условно здоровыми сверстниками, на материале обследования которых проводилась апробация возможностей проективного рисунка и сопоставление выделенных параметров его анализа с компонентами жизнестойкости, оцененными с использованием Теста жизнестойкости).

Результаты исследования показали, что уровень жизнестойкости глухих подростков аналогичен показателям, полученным в выборке условно здоровых сверстников, а в некоторых случаях даже превышает его. Так, показатель «стабильность жизни – динамичность жизни», который может рассматриваться как аналог компонента жизнестойкости «контроль», составляет 4,16 в выборке глухих подростков и 4,00 в выборке их условно здоровых сверстников (двойная независимая экспертная оценка с применением 5-балльной шкалы Лайкерта). Показатели «пассивность – активность» (аналог «вовлеченности» как компонента жизнестойкости) также несколько выше в выборке глухих подростков и составляют 2,68 и 2,31 соответственно, а различия по показателю «закрытость от мира – открытость миру» (аналог компонента «принятие риска»), который также выше в выборке подростков с нарушениями слуха, носят статистически достоверный характер (критерий Манна-Уитни, $p < 0,01$) и составляют соответственно 2,89 и 2,03. Таким образом, оказывается, что для подростков с тотальными нарушениями слуха характерны относительно более высокие показатели жизнестойкости, чем для их слабослышающих сверстников, показатели жизнестойкости которых, как отмечалось выше, меньше, нежели в выборке подростков с типичным развитием.

Это дало основания для предположения о том, что уровень жизнестойкости может различаться и внутри групп, объединяющих подростков со зрительными и двигательными нарушениями разной степени выраженности.

Результаты проверки этого предположения показали, что группы подростков с разной выраженностью зрительных и двигательных нарушений действительно различаются по уровню жизнестойкости. Если для подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций характерны более низкие, в сравнении с подростками с нарушениями двигательных функций средней степени тяжести, показатели жизнестойкости, которые к тому же достоверно отличаются по суммарному показателю и компоненту принятия риска от аналогичных результатов в выборке условно здоровых подростков (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$), то уровневые показатели жизнестойкости в выборках слабовидящих и тотально слепых подростков практически идентичны как между собой, так и с группой сравнения (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Средние значения показателей жизнестойкости и ее отдельных компонентов в выборках подростков с нарушениями зрительных и двигательных функций различной степени выраженности

Параметры жизнестойкости Выборки	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Сумма
Подростки с глубокими нарушениями зрения	30,3	22,5	16,7	69,6
Слабовидящие подростки	30,5	22,8	16,3	69,6
Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями	30,3	21,1	15,3	66,9
Подростки с умеренными двигательными нарушениями	31,9	23,2	16,3	71,3

Таким образом, можно констатировать, что показатели жизнестойкости и ее отдельных компонентов у подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций имеет больше сходств, нежели различий, с показателями условно здоровых сверстников. На этом фоне можно отметить некоторое снижение суммарного показателя жизнестойкости в выборках подростков с умеренными нарушениями слуха и тяжелыми нарушениями двигательных функций, прежде всего за счет снижения уровневых значений компонента «принятие риска», и, напротив, несколько более высокие значения, в сравнении со зна-

чениями контрольной группы, по параметру «принятие риска» в выборке тотально глухих подростков. Можно предполагать, что именно такой компонент жизнестойкости, как принятие риска, оказывается наиболее чувствительным к характеру заболевания, определяющему специфику социальной ситуации становления личности подростка с ОВЗ, определяя степень готовности личности к самосовершенствованию, в том числе благодаря опыту совладания с жизненными трудностями, однако направление его изменений не является однородным и различается для различных нозологических групп. В целом, можно отметить, что, несмотря на описанные тенденции, уровневые показатели жизнестойкости подростков с ОВЗ и их условно здоровых сверстников имеют больше сходств, чем различий.

Сходные тенденции были получены и при анализе возрастной динамики жизнестойкости подростков, осуществленном с помощью метода поперечных срезов. Характер распределения (значения критерия Колмогорова–Смирнова $K-S d=0,11$ при $p>0,20$) позволил нам использовать для анализа возрастных особенностей жизнестойкости подростков однофакторный дисперсионный анализ, который показал, что в группах подростков, различающихся характером и степенью выраженности нарушений сенсорных или двигательных функций, а также в группе сравнения (среди условно здоровых подростков) в целом наблюдается последовательное снижение показателей жизнестойкости в возрастном диапазоне от 13 до 16 лет (см. рисунок 2). Сходство результатов, полученных на материале анализа обследования подростков, составляющих разные нозологические группы, а также условно здоровых подростков, позволяет с уверенностью заключить, что последовательное снижение жизнестойкости является универсальной закономерностью, сопровождающей становление личности в старшем подростковом возрасте и вероятно отражающей последовательное расширение и углубление представлений подростков о своей жизни, своих ограничениях и возможностях. Данная тенденция статистически значима для распределения суммарного показателя жизнестойкости, а также показателей контроля и принятия риска ($p<0,05$) и немного «не дотягивает» до уровня статистической значимости для показателя вовлеченности ($p=0,08$).

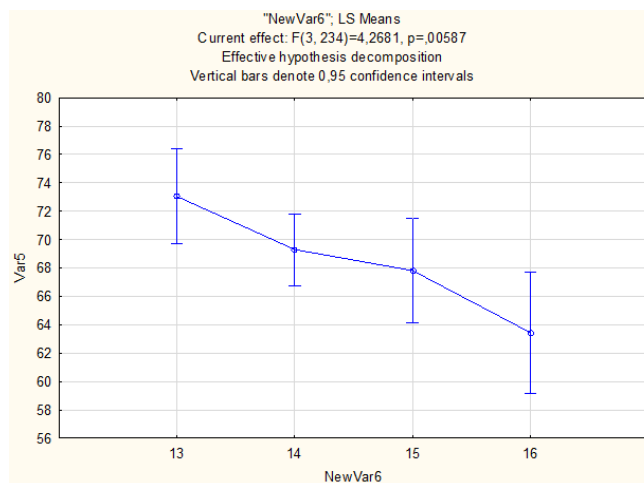
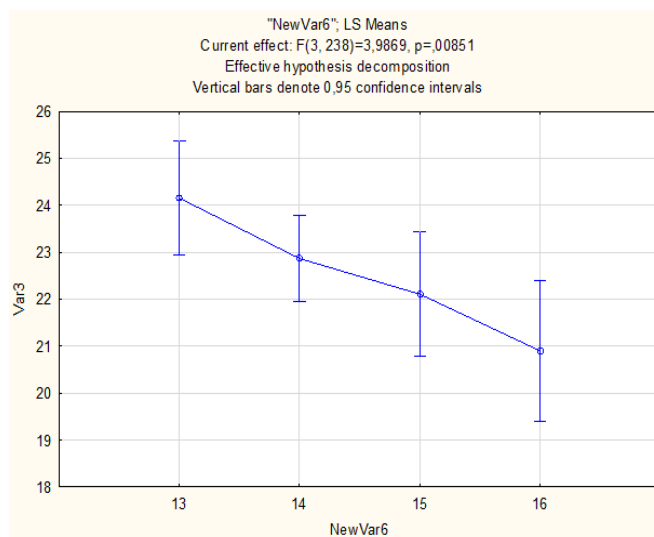
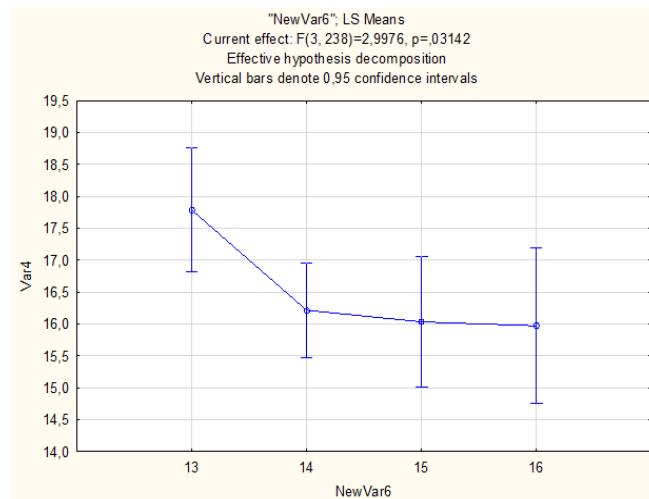


Рисунок 2. Зависимость уровневых показателей жизнестойкости и ее отдельных компонентов от возраста подростков по результатам дисперсионного анализа ANOVA. Примечание: Var 3 – контроль ($K-S d=0,11$ при $p>0,20$); Var 4 – принятие риска ($K-S d=0,10$ при $p>0,20$); Var 5 – жизнестойкость ($K-S d=0,11$ при $p>0,20$); NewVar 6 – возраст

Более детальный анализ, однако, позволяет заметить на фоне общей тенденции некоторую специфичность показателей жизнестойкости в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями (см. таблицу 2).

Данные, приведенные в таблице 2, показывают, что последовательное снижение суммарного показателя жизнестойкости и ее отдельных компонентов характерно, в первую очередь, для условно здоровых подростков. На наш взгляд, подобная динамика является отражением последовательного роста интереса к экзистенциальной проблематике в старшем подростковом возрасте, приводящего к переосмыслению своих возможностей в отношении событий собственной жизни. На это указывает тот факт, что показатель «принятие риска» в группе условно здоровых подростков остается практически неизменным, зато довольно существенно снижаются показатели «вовлеченность» (на уровне выраженной тенденции) и особенно «контроль» (различия этого показателя в группах 13- и 15-летних подростков достоверны, $p=0,04$): по мере взросления подростки, признавая, что любые жизненные ситуации являются источником опыта, начинают более реалистично оценивать свои возможности влияния на происходящее, преодолевая детскую позицию «всемогущего контроля», занимают позицию «наблюдателя за жизнью», помогающую переосмыслить «детские» взгляды на то, как устроен мир.

В группах подростков с умеренными сенсорными и двигательными нарушениями прослеживается несколько иная динамика жизнестойкости. Для них оказался характерен некоторый рост показателя жизнестойкости в период перехода в старший подростковый возраст. Возможно, выявленная тенденция является отражением нарастающей самостоятельности и вовлеченности в собственную, отдельную от родительской, жизнь. Однако по мере дальнейшего взросления жизнестойкость начинает снижаться, вероятно, по причинам, аналогичным отрицательной динамике жизнестойкости в выборке условно здоровых подростков, а также в связи с отсутствием достаточного личностного ресурса для адаптации к новым возможностям, появляющимся в ходе нарастающей автономности.

В выборке подростков с выраженными нарушениями зрения и слуха динамика показателя жизнестойкости и ее отдельных компонентов незначительна или вовсе отсутствует, характерного для подросткового возраста снижения жизнестойкости не наблюдается. В выборке подростков с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата эта динамика аналогична сопряженным с возрастом изменениям, выявленным на материале анализа результатов обследования условно здоровых подростков.

Таблица 2.

Средние значения показателей жизнестойкости в выборках подростков разного возраста. Примечание: * – на основе результатов анализа проективного рисунка «Моя жизнь»

Параметры жизнестойко- сти	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет
Подростки с тяжелыми нарушениями зрениями				
Вовлеченность	31,75	29,67	31,29	28,82
Контроль	23,51	22,50	21,43	23,44
Принятие риска	16,75	16,67	16,57	17,20
Жизнестойкость	71,75	68,83	69,29	69,00
Слабовидящие подростки				
Вовлеченность	28,62	32,61	28,72	26,62
Контроль	23,34	23,17	22,39	21,86
Принятие риска	15,33	16,28	16,39	16,25
Жизнестойкость	67,75	72,06	67,50	64,74
Подростки с тяжелыми нарушениям слуха *				
Вовлеченность	2,06	1,67	2,63	3,37
Контроль	4,13	4,02	3,89	4,50
Принятие риска	4,74	4,51	4,31	4,12
Слабослышащие подростки				
Вовлеченность	30,01	31,83	29,13	28,01
Контроль	22,56	24,50	22,04	21,14
Принятие риска	16,80	17,34	15,86	14,86
Жизнестойкость	69,14	73,07	67,16	64,03
Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций				
Вовлеченность	33,02	33,15	31,28	31,63
Контроль	24,31	23,02	23,14	21,44
Принятие риска	20,88	19,89	16,54	17,11
Жизнестойкость	78,23	76,76	69,66	66,29
Подростки с умеренными нарушениями двигательных функций				
Вовлеченность	31,14	31,23	30,25	29,91
Контроль	24,74	25,96	22,71	19,64
Принятие риска	17,64	17,56	16,28	15,04
Жизнестойкость	70,39	71,65	69,90	59,36
Группа сравнения				
Вовлеченность	31,06	29,02	28,22	29,81
Контроль	24,13	22,59	20,89	19,87
Принятие риска	17,77	16,20	16,33	16,40
Жизнестойкость	72,96	67,80	65,44	64,10

В ходе анализа гендерных особенностей жизнестойкости старших подростков с ОВЗ были получены результаты, свидетельствующие о том, что гендерная обусловленность жизнестойкости в подростковом возрасте опосредована степенью тяжести нарушений сенсорных и двигательных функций. Для условно здоровых подростков и их сверстников с умеренными нарушениями зрения, слуха или опорно-двигательного аппарата характерны более высокие показатели жизнестойкости в подгруппах мальчиков, в сравнении с девочками, в то время как в выборках подростков с тяжелыми нарушениями ситуация далеко не так однозначна, а в случае подростков с двигательными нарушениями – прямо противоположна (см. таблицу 3).

Таблица 3.

Средние значения показателей жизнестойкости и ее отдельных компонентов в выборках мальчиков и девочек с нарушениями зрительных и двигательных функций различной степени выраженности.

*Примечание: * – результаты получены с помощью проективного рисунка «Моя жизнь»*

Выборки	Показатели жизнестойкости			
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Суммарный показатель
1	2	3	4	5
Слабовидящие подростки				
Мальчики	30,22	22,41	16,63	70,33
Девочки	31,17	23,75	15,42	69,26
Тотально слепые подростки				
Мальчики	30,69	22,85	17,31	70,85
Девочки	30,78	23,10	17,00	70,89
Слабослышащие подростки				
Мальчики	28,62	22,06	15,50	66,40
Девочки	28,40	21,40	15,50	66,20
Тотально глухие подростки*				
Мальчики	2,88	4,19	3,96	-
Девочки	2,81	4,09	4,54	-
Подростки с умеренными нарушениями двигательных функций				
Мальчики	32,21	24,60	17,40	73,88
Девочки	28,35	21,13	16,00	65,59
Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций				
Мальчики	32,27	22,50	15,91	69,46
Девочки	33,00	24,14	18,14	74,72

Таблица 3 (окончание)

1	2	3	4	5
Группа сравнения (условно здоровые подростки)				
Мальчики	30,85	24,02	16,72	71,58
Девочки	28,88	22,27	17,00	68,15
Группа сравнения (условно здоровые подростки) *				
Мальчики	3,05	4,22	4,22	-
Девочки	2,66	4,10	4,05	-

На основе проведенного анализа, отвечая на первый исследовательский вопрос, сформулированный в предыдущем параграфе, можно констатировать, что формирование жизнестойкости в подростковом возрасте происходит преимущественно в контексте возрастных закономерностей становления личности, свойственных подростковому этапу жизни, и не имеет ярко выраженной специфики у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, которая отражала бы характер их заболевания. В качестве универсальной закономерности, не связанной с состоянием здоровья подростка, в первую очередь необходимо отметить последовательное снижение жизнестойкости на протяжении старшего подросткового возраста. В логике этой закономерности «всплеск» показателя жизнестойкости 15-летних подростков с умеренными сенсорными и двигательными нарушениями может интерпретироваться как проявление более медленного, в сравнении с условно здоровыми сверстниками, темпа личностного развития, «сдвигания» возрастных границ формирования основных новообразований личности, характерного для детей с ОВЗ. При этом в целом для девочек-подростков характерны более низкие показатели жизнестойкости в сравнении с мальчиками. Эта тенденция наглядно прослеживается как в выборке условно здоровых подростков (независимо от инструмента – тест или проективный рисунок), так и в выборках подростков с умеренными нарушениями зрения, слуха и двигательных функций. В случае выраженных нарушений гендерная специфичность жизнестойкости не прослеживается, вероятно, уступая роль ведущего фактора влияния характеру ограничений, сопряженных с заболеванием, наиболее чувствительным к которому оказывается компонент «принятие риска». Эти результаты представляются нам достаточно оптимистичными, потому что создают предпосылки для трактовки жизнестойкости как важного личностного ресурса подростков с ОВЗ, формирование которого, в первую очередь, подчинено общевозрастным закономерностям личностного становления, и лишь затем – состоянию здоровья.

1.5. Жизнестойкость как фактор, определяющий качество жизни подростков с ограниченными возможностями здоровья: результаты эмпирического исследования

Анализ «ресурсного» потенциала жизнестойкости подростков с ОВЗ будет неполным без соотнесения сведений об уровневых характеристиках жизнестойкости с теми или иными «результатирующими» показателями, которые характеризуют уровень жизненного благополучия. Решение этой задачи, однако, затруднено разнообразием подходов к оценке жизненного благополучия, сложившихся в современной психологии. С учетом того, что нашу выборку составляют подростки с нарушениями зрения, слуха и двигательных функций, в нашем исследовании критерием оценки жизненного благополучия было выбрано качество жизни, связанное со здоровьем.

Стоит отметить, что, несмотря на широкую распространенность исследований качества жизни, связанного со здоровьем, в психологии, медицине и смежных науках, единой трактовки данного термина на сегодняшний день не существует, равно как и единого подхода к его операционализации, инструментам и способам измерения. Одной из наиболее распространенных точек зрения, которой придерживаемся и мы, является взгляд на качество жизни, связанного со здоровьем, как на интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на его субъективной оценке собственного физического и психического благополучия (Новик, ИONOва, 2002).

Качеству жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, и, в частности, подростков с ОВЗ, сегодня уделяется повышенное внимание как в медицинской и психологической практике, так и в научных исследованиях. Данные, опубликованные к сегодняшнему дню, демонстрируют характерную для подростков с ОВЗ тенденцию к снижению качества жизни, в сравнении с их условно здоровыми сверстниками (Ihara, Wolf-Branigin, 2017; Ncube et al., 2018). Эта тенденция прослеживается как при исследовании качества жизни подростков с ОВЗ в целом, без нозологической дифференциации, так и при анализе качества жизни групп подростков, ограниченных единым для всех заболеванием: сахарным диабетом (Колбасина и др., 2009), бронхиальной астмой (Валиуллина, Мочалова, 2005), хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (Ахметова и др., 2016) и др. Аналогичная тенденция зафиксирована и на выборках подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций. При этом де-

тальный анализ обозначенной тенденции, однако, позволяет заметить неоднородность сведений о том, какие именно компоненты качества жизни таких подростков вносят наиболее весомый вклад в снижение суммарных показателей, а какие, напротив, являются сохраненными, выступая ресурсами сохранения и укрепления субъективного жизненного благополучия таких подростков.

Так, исследования, направленные на оценку качества жизни, связанного со здоровьем, у подростков с нарушениями слуха, воспроизводя в целом обозначенную выше тенденцию, в некоторых случаях демонстрируют сниженный (в сравнении с нормативной выборкой) уровень качества жизни у таких подростков по всем параметрам, включая физическое, психическое и эмоциональное функционирование (Aaronson et al., 2002; Annerose et al., 2007), в других случаях констатируют снижение качества жизни преимущественно в оценках физического и социального функционирования (Ротова, Раздобаров, Коган, 2013), а иногда, напротив, отмечают дефицит в сфере психического (эмоционального) благополучия (Côté-Leclerc et al., 2017; Meserole et al., 2014; Umansky et al., 2011).

Снижение качества жизни констатируется и в исследованиях, посвященных анализу жизненного благополучия подростков с нарушениями зрения (Коган, Яковлева, 2016; Rasmeet, Ahalya, 2011), причем, судя по всему, как и в случае подростков с нарушениями слуха, наиболее заметное снижение наблюдается в оценках физического и социального функционирования (Нефедовская, 2009). При этом на выборке подростков с нарушениями зрения показана парадоксальная тенденция во взаимосвязи качества жизни и степени выраженности нарушений зрения: по данным А. А. Голиковой, для подростков с тяжелыми нарушениями зрения (остаточное зрение менее 0,05 %) типичны более высокие субъективные оценки качества жизни, чем для подростков с умеренными зрительными нарушениями, имеющих статус слабовидящих (Голикова, 2015).

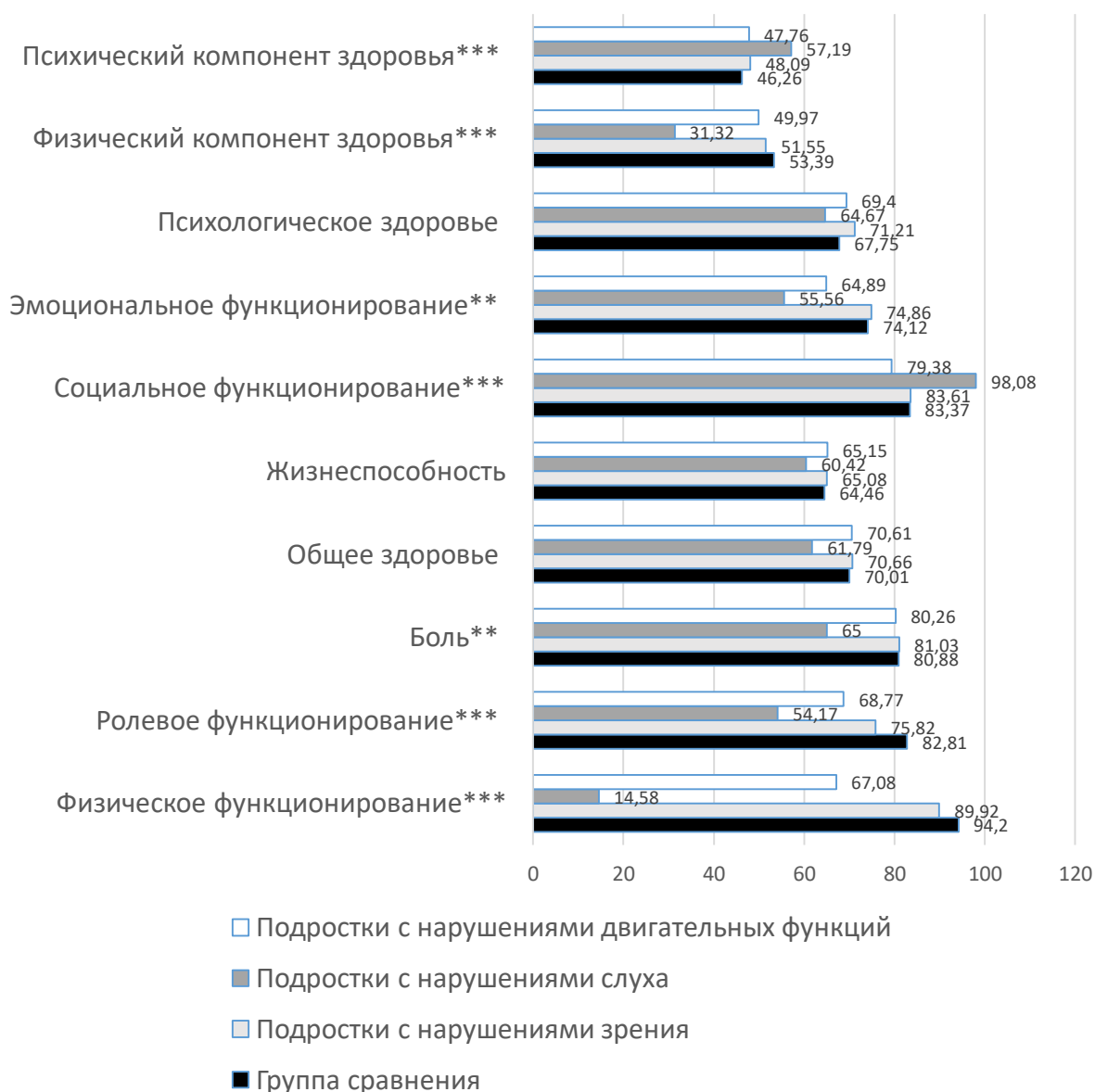
Довольно большое количество отечественных и зарубежных исследований посвящено оценке качества жизни подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Большинство из них проводится на материале обследования подростков с детскими церебральным параличом. Общая тенденция, фиксируемая в этих исследованиях, подтверждает идею о том, что качество жизни, связанное со здоровьем, в этой группе детей и подростков ниже, чем среди их условно здоровых сверстников, что проявляется в оценке всех сторон собственного функционирования: физического, психического, социального (Крыжко, Ветвицкая, 2015; Alriksson-Schmidt et al., 2007; Davis et al., 2017; Feitosa et al., 2017; Groff et al., 2009; Tsoi et al., 2012; Ven-

kadesan, Finita, 2010). Отдельно следует отметить сведения о том, что качество жизни, связанное со здоровьем, среди подростков с нарушениями двигательных функций прямо опосредуется характером их социальной активности, в частности, включенностью в социальные отношения за пределами дома (Шелепина, 2012; Groff et al., 2009).

Стоит отметить, что, несмотря на выявление некоторых общих тенденций в оценке подростками с нарушениями сенсорных и двигательных функций качества жизни, связанного со здоровьем, сопоставление данных, полученных в разных исследованиях, затруднено разнообразием используемых методических средств (самоотчеты подростков на основе Индекса качества жизни, Детского опросника качества жизни PedsQL, Методики оценки качества жизни SF-36; экспертные оценки качества жизни подростков специалистами, осуществляющими сопровождение их развития; оценки качества жизни на основе анализа суждений родителей и других членов семьи подростка). Представляется, что выявление реального соотношения показателей качества жизни подростков с сенсорными и двигательными нарушениями будет более объективным при условии использования единого методологического подхода к их оценке. В нашем исследовании эта задача решалась с помощью опросника SF-36 Health Status Survey.

Данные, представленные на рисунке 3, свидетельствуют о том, что интегральные показатели физического и психического компонентов здоровья в выборках подростков с ОВЗ их условно здоровых сверстников достоверно различаются (критерий Краскела-Уоллиса, $p < 0,001$). Показатели физического компонента здоровья оказываются закономерно выше в выборке условно здоровых подростков, в то время как более высокие оценки психического компонента здоровья демонстрируют подростки с сенсорными и двигательными нарушениями. При этом для подростков группы сравнения оказались характерными более высокие показатели физического компонента здоровья, в сравнении с психическим, в то время как в группах подростков с ОВЗ разница между этими показателями незначительна, за исключением группы подростков с нарушениями слуха, где она имеет обратный характер. Более детальный анализ показывает, что подростки с ОВЗ оценивают собственное состояние здоровья как ограничивающее их физическую активность и сокращающее возможности в осуществлении повседневной деятельности (в сравнении с условно здоровыми сверстниками). Именно показатели физического и ролевого функционирования вносят наибольший вклад в снижение интегративного показателя физического компонента здоровья в выборках подростков с ОВЗ, что характерно в большей степени для подростков с нарушением слуха и двигательных функций, и в меньшей степени – для подростков

с нарушениями зрения. Среди частных показателей, характеризующих субъективные оценки интегративного показателя психического здоровья, наибольшее дифференцирующее значение продемонстрировали показатели эмоционального реагирования и социального функционирования. Показатель эмоционального реагирования оказался достоверно более низким в выборках подростков с нарушениями слуха и двигательных функций, что свидетельствует о затруднениях в эмоциональной регуляции деятельности, тенденции к сокращению активности под влиянием эмоционального состояния.



*Рисунок 3. Средние значения показателей качества жизни, связанного со здоровьем, у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Примечание: звездочками обозначены параметры, по которым получены значимые различия между выборками, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$*

В целом, наибольшее число различий субъективных оценок качества жизни, связанного со здоровьем, зафиксировано между выборками условно здоровых подростков и их сверстниками с нарушениями слуха (см. таблицу 4).

Таблица 4.

Различия оценок качества жизни в выборках подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций и условно здоровых подростков

Параметры качества жизни	Отличия от выборки условно здоровых подростков (p<)		
	подростки с нарушениями зрения	подростки с нарушениями слуха	подростки с нарушениями и двигательных функций
Физическое функционирование	0,05	0,001	0,001
Ролевое функционирование	-	0,001	0,001
Боль	-	0,001	-
Общее здоровье	-	-	-
Жизнеспособность	-	-	-
Социальное функционирование	-	0,001	-
Эмоциональное функционирование	-	0,01	0,01
Психологическое здоровье	-	-	-
Физический компонент здоровья	-	0,001	0,001
Психический компонент здоровья	-	0,001	-

Следует отметить, однако, что данные о качестве жизни подростков с нарушениями слуха, полученные в нашем исследовании, не являются в полной мере показательными. Подросткам с глубокими нарушениями слуха, так же, как и в случае с Тестом жизнестойкости, оказалось не по силам ответить на вопросы, включенные в опросник SF-36, поэтому на рисунке 3 и в таблице 3 представлены результаты, характеризующие качество жизни слабослышащих подростков, тогда как сведения о качестве жизни подростков с нарушениями зрительных и двигательных функций представлены на материале анализа выборок, объединяющих подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями. Помимо этого, крайне высокий (на фоне остальных групп) показатель по параметру «социальное функционирование», выявленный в группе подростков с нарушениями слуха, вероятнее всего, специфичен именно для конкретной выборки, в которой преоб-

ладают подростки, перенесшие в недавнем времени операцию по кохлеарной имплантации, которая, как показывают результаты исследований, существенно повышает качество жизни детей и подростков с нарушениями слуха, в том числе и в аспекте социального функционирования (Wake et al., 2004; Meserole et al., 2014). В целом, сходство (а в случае подростков с нарушениями слуха – превышение) показателей психического компонента здоровья подростков с ОВЗ аналогичных показателей, полученных в выборке их условно здоровых сверстников, на фоне ожидаемого снижения оценок качества жизни в аспекте физического здоровья может рассматриваться как важнейший ресурс жизненного благополучия и, как следствие, успешной социальной адаптации подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций.

Опираясь на результаты, представленные в таблице 5, можно предполагать, что ресурсное значение относительно высокого уровня психического компонента качества жизни наиболее отчетливо проявляется в группах подростков с тяжелыми нарушениями сенсорных и особенно – двигательных функций. Именно в этих группах наблюдаются диаметрально противоположные значения показателей физического и психического компонентов здоровья. В группах подростков с тяжелыми нарушениями зрительных и двигательных функций показатели физического компонента здоровья ожидаемо оказались ниже, чем в группах слабовидящих подростков и подростков с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, тогда как показатели психического компонента здоровья – напротив, достоверно выше. Вероятно, относительно высокие показатели психического компонента здоровья в этих группах носят компенсаторный характер и иллюстрируют один из механизмов адаптации подростков с выраженными нарушениями развития к особенностям социализации в контексте имеющегося у них заболевания, отмеченный как в наших исследованиях (Горьковая, Микляева, 2018), так и в исследованиях других авторов, отмечающих, что подростки с нарушениями развития (на примере подростков с нарушениями зрения) на уровне самоидентификации воспринимают свое развитие как нормативное, и это становится возможным часто благодаря трансформации конструкта «нормы», в структуре которого для них наиболее значимым оказывается психологическое благополучие, а не физические возможности (Карбалевич и др., 2015).

Таблица 5.

Различия оценок качества жизни в выборках подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями зрительных и двигательных функций. Примечание: звездочками обозначены параметры, по которым получены значимые различия между выборками,

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$

Параметры качества жизни	Подростки с нарушениями зрения		Подростки с нарушениями двигательных функций	
	Слепые	Слабовидящие	Тяжелые нарушения	Умеренные нарушения
Физическое функционирование	86,82**	91,67**	51,89***	79,30***
Роль в функционировании	71,59	78,21	70,28	67,13
Боль	84,18	79,26	82,10	78,78
Общее здоровье	67,55	72,41	71,46	69,92
Жизненная активность	62,95	66,28	65,52**	55,83**
Социальное функционирование	89,77*	80,13*	83,57*	76,00*
Эмоциональное функционирование	75,76	74,36	69,95*	60,83*
Психологическое здоровье	71,09	71,28	72,41**	61,56**
Физический компонент здоровья	50,53	52,12	44,98**	50,26**
Психический компонент здоровья	49,01	47,57	51,63***	44,68***

В этой связи представляется интересной возрастная динамика показателей качества жизни подростков, сопряженная с взрослением. Если оценки физического компонента здоровья последовательно снижаются по мере взросления (причем данная закономерность имеет универсальный характер и отражает магистральную тенденцию изменения этого показателя как в выборках подростков с ОВЗ, так и среди их условно здоровых сверстников (см. рисунок 4)), то динамика оценок психического здоровья носит принципиально иной характер (см. рисунок 5) и свидетельствует о том, что последовательное снижение оценок этого компонента здоровья наблюдается только в выборке условно здоровых подростков, тогда как в выборках подростков с ОВЗ (особенно в случае тяжелых нарушений сенсорных и двигательных функций) оценки психического компонента здоровья являются довольно устойчивыми. Несмотря на то, что представленная на ри-

сунке 5 дисперсионная модель не демонстрирует статистически достоверных различий между оценками психического здоровья в выборках подростков с тяжелыми нарушениями сенсорных и двигательных функций и подростками, составившими группу сравнения, ниже мы приводим ее в качестве наглядной иллюстрации обозначенной тенденции.

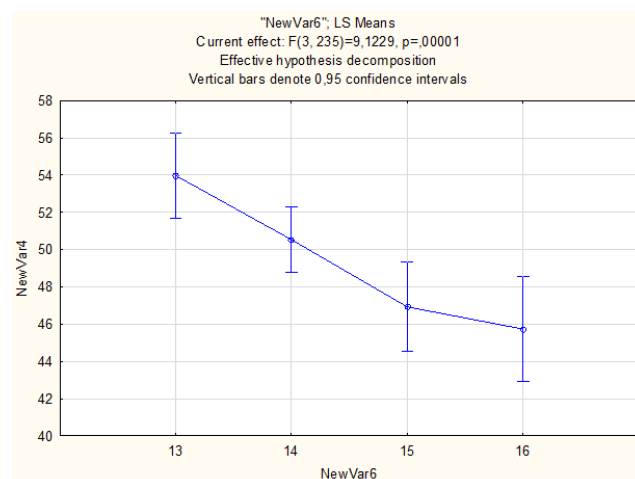
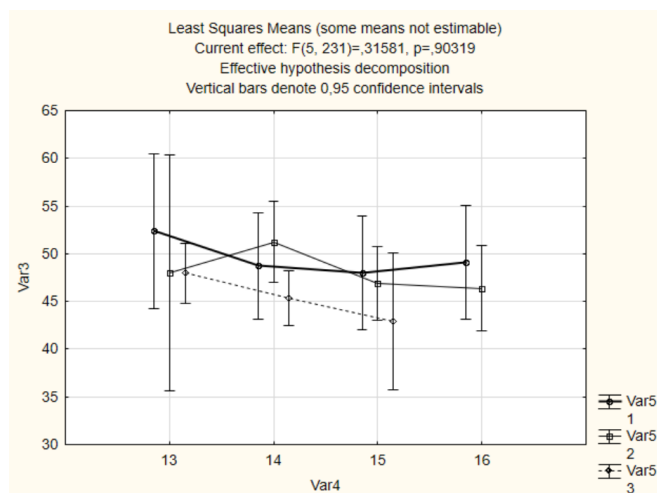


Рисунок 4. Возрастная динамика оценок физического компонента здоровья («поперечные срезы», общая выборка: подростки с ОВЗ и условно здоровые подростки). Примечание: NewVar 4 – оценки физического компонента здоровья ($K-S d=0,10$ при $p>0,20$), NewVar 6 – возраст



- - подростки с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций (Var 5 – 1)
- - подростки с умеренными нарушениями зрения и двигательных функций (Var 5 – 2)
- - условно здоровые подростки (Var 5 – 3)

Рисунок 5. Возрастная динамика оценок психического компонента здоровья в выборках подростков с тяжелыми и умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций, а также условно здоровых подростков («поперечные срезы»). Примечание: Var 3 – оценки психического компонента здоровья ($0,09<K-S d<0,10$ при $p>0,20$), Var 4 – возраст

Отметим, что обозначенные тенденции в наибольшей степени характерны для подростков с нарушениями двигательной функций и значительно менее выражены в случае подростков с нарушениями зрения, что вероятно отражает объективную картину степени выраженности ограничений в физическом функционировании в случае сенсорных и двигательных нарушений. Здесь еще раз подчеркнем, что в ходе нашего исследования нам не удалось изучить соотношение оценок физического и психического здоровья в выборках слабослышащих и глухих подростков, поскольку формулировки вопросов опросника SF-36 оказались непонятными для глухих подростков и, возможно, не в полной мере ясными для подростков с умеренными нарушениями слуха в силу абстрактности формулировок (Горьковая, Микляева, 2018).

Напомним, что показатели качества жизни подростков с ОВЗ интересовали нас не сами по себе, а в качестве относительно объективированного критерия жизненного благополучия, ресурсом которого, предположительно, выступает жизнестойкость. К сожалению, несмотря на распространенность этого утверждения в литературе, взаимосвязь качества жизни подростков с их жизнестойкостью чаще всего постулируется на гипотетическом уровне и не сопровождается результатами эмпирической проверки этой гипотезы. В нашем исследовании данная гипотеза была подвергнута эмпирической верификации с применением корреляционного и регрессионного анализа.

Корреляционный анализ позволил выявить множественные положительные взаимосвязи между оценками качества жизни и показателями жизнестойкости во всех выборках, принявших участие в исследовании. Так, на материале обследования условно здоровых подростков получено 20 таких взаимосвязей, слабовидящих подростков – 25, слепых подростков – 9, слабослышащих подростков – 14, подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций – 20, подростков с умеренными нарушениями двигательных функций – 21. Эти результаты, позволяющие в целом признать справедливым предположение о ресурсном характере жизнестойкости как фактора, вносящего вклад в жизненное благополучие подростков, в том числе подростков с ОВЗ. Вместе с тем, как известно, корреляционный анализ не позволяет установить направление взаимосвязи переменных, поэтому для уточнения полученных результатов данные были подвергнуты регрессионному анализу.

Результаты регрессионного анализа показали, что между оценками физического компонента здоровья и жизнестойкостью подростков взаимосвязи практически не прослеживаются (получен только один статистически достоверный результат, иллюстрирующий связь

оценок физического компонента здоровья и суммарного показателя жизнестойкости в выборке слабовидящих подростков, $\beta=0,78$, $p=0,05$), в то время как в случае оценок психического компонента здоровья такие связи достаточно выражены и разнообразны, причем эти связи характерны только для выборок подростков с ОВЗ и не обнаруживаются при анализе данных, полученных в результате обследования условно здоровых школьников (см. таблицу 6).

Таблица 6.

Результаты регрессионного анализа, иллюстрирующие вклад жизнестойкости подростков с оценки качества жизни в аспекте психического компонента

Параметры оценки жизнестойкости	b*	Std. er. of b*	b	Std. er. of b	t	p
Слабовидящие подростки ($0,28 \leq R^2 \leq 0,36$)						
Жизнестойкость (суммарный)	0,57	0,13	0,61	0,13	4,25	0,001
Вовлеченность	0,48	0,14	0,97	0,29	3,37	0,001
Контроль	0,67	0,12	1,53	0,27	5,50	0,001
Слепые подростки ($R^2=0,21$)						
Жизнестойкость (суммарный)	0,45	0,20	0,38	0,17	2,25	0,04
Слабослышащие подростки ($0,32 \leq R^2 \leq 0,41$)						
Жизнестойкость (суммарный)	0,57	0,18	0,62	0,19	3,22	0,003
Вовлеченность	0,46	0,19	0,89	0,37	2,44	0,02
Контроль	0,50	0,19	1,25	0,46	2,68	0,01
Подростки с умеренными двигательными нарушениями ($0,32 \leq R^2 \leq 0,41$)						
Жизнестойкость (суммарный)	0,69	0,13	0,50	0,10	5,16	0,001
Вовлеченность	0,70	0,13	1,42	0,27	5,35	0,001
Контроль	0,76	0,12	1,63	0,27	6,16	0,001

Примечательно, что, несмотря на обилие прямых корреляционных связей между показателями жизнестойкости и оценками качества жизни, значимые коэффициенты регрессии сосредоточились вокруг показателей, характеризующих оценки психического компонента здоровья в выборках подростков с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций. На первый план в связи с этим вышли такие компоненты жизнестойкости, как контроль и вовлеченность,

вклад которых в оценки психического компонента здоровья подростков с умеренными нарушениями зрения и функций опорно-двигательного аппарата оказался максимальным. Этот результаты дают основание утверждать, что жизнестойкость, будучи в целом значимым коррелятом качества жизни подростка, имеет особое значение в структуре личностно-адаптационного потенциала подростков с умеренными нарушениями развития.

* * *

Возвращаясь к исследовательским вопросам, сформулированным в параграфе 1.3, отметим, что представленные данные позволяют признать справедливым утверждение о том, что жизнестойкость подростков с ОВЗ является важным ресурсом, опосредующим их жизненное благополучие, выраженное в показателях качества жизни, связанного со здоровьем. Жизнестойкость может рассматриваться, в первую очередь, в качестве значимого предиктора психического компонента здоровья подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, который значительно превосходит компонент физического здоровья и может рассматриваться как важнейший ресурс жизненного благополучия данной категории подростков.

В целом для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями характерны более низкие, в сравнении с их условно-здоровыми сверстниками, показатели физического компонента здоровья (прежде всего, в аспектах физического и ролевого функционирования) на фоне более высоких оценок психического компонента здоровья. Жизнестойкость может рассматриваться как особо значимый предиктор качества жизни, связанного со здоровьем, среди подростков с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций, в группах которых она может, вероятно, рассматриваться в качестве важнейшего показателя в структуре реабилитационного потенциала и, соответственно, «мишени» в системе психолого-педагогического сопровождения личности. В то же время, несмотря на относительно меньший вклад жизнестойкости в оценки качества жизни подростков с выраженными нарушениями сенсорных и двигательных функций, в этих выборках жизнестойкость также является значимым коррелятом качества жизни, что требует внимания к созданию условий для ее формирования и укрепления среди подростков, имеющих глубокие сенсорные и двигательные нарушения, серьезно ограничивающие их активность.

В этой связи важными представляются результаты, иллюстрирующие закономерности формирования жизнестойкости таких подростков в сравнении с их сверстниками, не имеющими сенсорных и

двигательных нарушений. Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование жизнестойкости не имеет ярко выраженной специфики у подростков ОВЗ и происходит в общевозрастной логике развития личности в период подростничества. В то же время установленная нами тенденция к последовательному снижению жизнестойкости на протяжении старшего подросткового возраста от 13 к 16 годам указывает на необходимость уделять особое внимание укреплению жизнестойкости подростков с ОВЗ на протяжении всего подросткового возраста, что предполагает изучение факторов, способствующих жизнестойкости таких подростков, для повышения эффективности программ сопровождения их личностного становления. Именно поиску эти факторов посвящены две следующие главы данной монографии.

Глава 2. ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Как было отмечено в первой главе, жизнестойкость может рассматриваться как важнейший компонент личностного потенциала подростков с ОВЗ. В этой связи представляется важным дать теоретическую и эмпирическую характеристики тех личностных особенностей подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, которые рассматриваются как корреляты жизнестойкости, рассмотреть специфику их формирования в условиях становления личности подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций, а также проследить характер их взаимосвязей с жизнестойкостью, в сравнении с условно здоровыми подростками. Во второй главе монографии приводится общая характеристика личностного становления подростков с ОВЗ, сформулированная на основе обобщения данных, представленных в литературе, а также эмпирические данные, характеризующие копинг-стратегии и самоотношение подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в контексте их взаимосвязей с жизнестойкостью таких подростков, полученные в нашем исследовании.

2.1. Ограничение возможностей здоровья как контекст формирования личности в подростковом возрасте

Как уже отмечалось выше, отечественными и зарубежными исследователями показано, что сенсорные и двигательные нарушения способствуют снижению уровня социальной адаптации подростков, оказывая заметное влияние на формирование потребностно-мотивационной, аффективной, регуляторной, коммуникативной сфер личности, а также сферу самоотношения. В нашем исследовании особое внимание уделено взаимосвязи жизнестойкости подростков с ОВЗ, с одной стороны, и особенностей их самоотношения и копинг-поведения – с другой.

Выбор именно этих личностных переменных не случаен и обусловлен имеющимися в литературе данными об устойчивом характере таких взаимосвязей в подростковом возрасте (например, Фомина, 2012). Несмотря на то, что эти данные характеризуют, в первую очередь, личностный контекст становления жизнестойкости подростков, развитие которых происходит в границах условной нормы,

мы считаем возможным распространить их и на подростков с ОВЗ, учитывая выявленную нами универсальность закономерностей формирования жизнестойкости в подростковом возрасте. Однако согласно имеющимся в литературе данным, самосознание и копинг-стратегии подростков с ОВЗ имеют существенные отличия от аналогичных личностных характеристик их условно здоровых сверстников, тогда как показатели жизнестойкости во многом сходны. Охарактеризуем специфику самосознания и копинг-поведения подростков с сенсорными и двигательными нарушениями более подробно.

Становление самосознания (и самооценки как одного из его аспектов) традиционно рассматривается как одно из важнейших направлений личностного развития в подростковом возрасте (Бороздина, 1999; Кон, 1984 и др.). В этот период активно развивается обобщенная и парциальные самооценки, которые соотносятся с идеальными представлениями о себе, отражаемыми оценками других людей и представлениями о собственных жизненных перспективах.

Самосознание представляет собой «совокупности психических процессов, посредством которых личность выделяет себя из окружающего мира, выявляет свою сущность, изменяет отношение к своему прошлому, настоящему и будущему... Объектом самосознания является сам человек, его “Я”» (Диянова, Щеголева, 1993, с. 5). Центральным образованием и результатом самосознания является Я-концепция подростка, представляющая собой совокупность установок личности на самого себя и представленная тремя компонентами: когнитивным, эмоциональным и поведенческим. Когнитивная сторона Я-концепции – это представление человека о самом себе, характеризующее неповторимость каждой личности через сочетание ее отдельных черт и вместе с тем отражающее устойчивые тенденции в поведении, «психические модели, с помощью которых индивид организует жизнь» (Майерс, 1997, с. 65). Эмоционально-оценочная сторона Я-концепции включает в себя отношение к этому убеждению – самооценку, то есть эффективную оценку представлений о себе, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты образа “Я” могут вызывать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением (Бернс, 1986). Поведенческая сторона Я-концепции, рассматриваемая как потенциальная поведенческая реакция, опосредуется образом Я и самооценкой.

Формирование самосознания рассматривается многими авторами как центральный психический процесс подросткового возраста и одновременно его основное достижение. В это время появляются новые критерии для самооценки: помимо «внешних оценок (мнение родителей, друзей, школьные отметки) существенную роль начинают

играть «внутренние» субъективные критерии, связанные с образом Я. Динамика процесса развития самосознания в подростковом возрасте в самом общем виде такова: в младшем подростковом возрасте у ребенка возникает интерес к собственному внутреннему миру, затем самопознание углубляется, дифференцируется и обобщается, что к 14–16 годам приводит к становлению относительно устойчивого представления о себе как цельной личности, отличной от других людей, дающему основу для самоопределения (Фельдштейн, 1994). Самосознание в подростковом возрасте формируется посредством развития рефлексии подростка на себя и других. Обретение чувства собственной отграниченности от других людей, обеспечивающее устойчивость собственного «Я», идет в подростковом возрасте двумя путями: через идентификацию с группой сверстников (чувство «мы») и через поиск подростком одобрения себя и своего поведения со стороны других людей (Аверин, 1994). Источником самооценок и оценок других людей в подростковом возрасте могут выступать мнения родителей, учителей и других значимых взрослых, товарищей по школе, средств массовой информации и т. д. Тем не менее самооценка и оценка других людей не являются простым повторением услышанного, они всегда связаны со сравнением себя и своего поведения с другими людьми, а также со своими идеалами (Мнацаканян, 1991).

Отмечено, что у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями процесс становления самосознания приобретает выраженное качественное и количественное своеобразие. Именно в подростковом возрасте происходит глубокое осознание своих особенностей и ограничений, в том числе и тех, которые связаны с нарушениями зрения, слуха или двигательных функций. На формирование самооценки таких подростков оказывают существенное влияние факторы, являющиеся вторичными по отношению к нарушениям развития. Среди них, в первую очередь, необходимо назвать ограниченный опыт контактов со сверстниками, сокращающий возможности сравнения себя с ними, а также зависимость от взрослых, в силу которой значимость их оценок имеет больший удельный вес в процессе становления самооценки, в сравнении с условно здоровыми детьми.

Исследования самоотношения подростков с сенсорными и двигательными нарушениями довольно многочисленны, однако представленные в них сведения носят противоречивый характер. В частности, диапазон самооценок, фиксируемых у таких подростков, согласно литературным данным, может варьироваться от крайне низких до крайне высоких значений.

В отношении подростков с нарушениями зрения в некоторых исследованиях показано, что для них характерна более низкая само-

оценка (как актуальная, так и идеальная), чем для подростков с сохранным зрением (Капитанаки, Пыж, 2015). По результатам других исследований, напротив, утверждается, что у подростков с нарушениями зрения наблюдается неадекватно завышенная самооценка на фоне низкого уровня притязаний (Конева, Карпушкина, 2016; Рябуха, Ушакова, 2015). Вероятно, эти противоречия обусловлены различиями в степени тяжести нарушений, а также условий социализации подростков, составивших выборки в соответствующих исследованиях. Так, сразу несколько зарубежных исследований фиксируют сходство самооценочных профилей слабовидящих подростков и их условно здоровых сверстников (Kumar, Meena, 1997; Lifshitz et al., 2007). При этом имеются данные о существенных различиях самооценки totally blind и слабовидящих подростков (Голикова, Кучинский, 2015; Журавлева, 2016), а также подростков с нарушениями зрения, обучающихся в специализированных и общеобразовательных школах (Зябкина, Рябуха, 2017). Помимо этого, установлено, что самооценка подростков с нарушениями зрения имеет гендерную специфику, выражающуюся в более высоких оценках девушками своих физических возможностей, в сравнении с мальчиками, которые, в свою очередь, достоверно выше оценивают свою социальную компетентность (Lopez-Justicia, Pichardo, 2003). При этом показано, что интегральное самоотношение слепых и слабовидящих подростков, самоуважение, ожидаемое отношение со стороны других имеют прямые взаимосвязи с их жизнестойкостью (Токарская, Решетникова, 2019).

В исследованиях самооценки подростков с нарушениями слуха констатируется, что слабослышащие подростки в целом характеризуются неадекватно заниженным уровнем самооценки (Вагизова, Гаврилюк, 2010; Вольхин, 2016). С другой стороны, имеются данные о том, что к старшему подростковому возрасту самооценки подростков с нарушениями слуха становятся более адекватным и устойчивыми (Прилепская, 1989). Показано, что существенное влияние на характер самооценки подростков с нарушениями слуха оказывают степень тяжести нарушений, а также наличие или отсутствие аналогичных нарушений у их родителей (Смирнова, 2009).

Противоречия наблюдаются и в исследованиях, направленных на анализ самооценки подростков с нарушениями двигательных функций. У таких подростков может отмечаться неадекватно завышенная самооценка и уровень притязаний (Левченко, Приходько, 2001), или же, напротив, занижение самооценки (Донцова, 2017; Колчина, 2015; Тимофеева, 2011). Отмечается, что две трети подростков с нарушениями двигательных функций имеют низкий уровень самоотношения, не понимают и не одобряют себя, не интересуются собой,

ожидают негативного отношения к себе со стороны окружающих, в то время как позитивное самоотношение демонстрируют менее десяти процентов таких подростков (Борисова, 2015). Исследователи также обращают внимание на неадекватность оценки такими подростками собственного физического развития (Shubayeva, Nurjavova, 2018). При этом так же, как и в исследованиях подростков с нарушениями зрения и слуха, установлено, что самооценка подростков с двигательными нарушениями во многом определяется степенью тяжести заболевания и сопряженных с ним двигательных ограничений, с одной стороны, и отношением к ним, с другой стороны (Калюжнюк, 1987).

Неоднозначные данные имеются в литературе и в отношении копинг-стратегий, типичных для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Копинг-поведение представляет собой целенаправленное поведение, позволяющее человеку справляться с трудными жизненными ситуациями посредством осознанных действий, направленных на их преодоление (Лазарус, 1970). Стратегии копинг-поведения могут быть в большей или меньшей степени продуктивными (Вассерман и др., 2010), однако совладающее поведение в любом случае опирается на субъектность человека и связано с целеполаганием, прогнозированием развития проблемной ситуации и порождением новых решений. Использование продуктивных стратегий копинг-поведения сегодня рассматривается как один из механизмов социальной адаптации, сохранения здоровья человека в его физическом, психическом психологическом и социальном аспектах (Крюкова, 2010).

Вопрос о критериях продуктивности копинг-стратегий на сегодняшний день не имеет однозначного решения. В самом общем виде можно утверждать, что проблемно-ориентированные стратегии продуктивны в жизненных ситуациях, возможность разрешения которых зависит от активности субъекта, а эмоционально-ориентированные стратегии – в не зависящих от нее ситуациях (Лапкина, 2015; Хазова, Шипова, 2017). Вместе с тем отмечается, что копинг-поведение изменяется на различных этапах жизненного пути человека, который использует различные стратегии совладающего поведения в соответствии с изменяющимися жизненными задачами и собственными личностными и поведенческими возможностями (Исаева, 2009).

Формирование «репертуара» копинг-стратегий приходится на подростковый и юношеский период. Именно в этом возрасте на фоне активного развития личности и расширения социального опыта продуктивное копинг-поведение оказывается важнейшим ресурсом успешного преодоления проявлений возрастного кризиса (Нартова-Бочавер, 1997; Сирота, Ялтонский, 1994; Точилина, 2007). Нарастает

гендерная специфичность копинг-поведения, и к окончанию подросткового возраста и началу юношеского периода гендерные различия стратегий совладания с жизненными трудностями весьма заметны (Бартош, Бартош, 2012; Белашева, Лемясова, 2015). Исследователи приходят к единодушному выводу о том, что девушки-подростки демонстрируют более гибкое копинг-поведение, чем юноши, что свидетельствует о большей их адаптивности (Одинцова, 2016; Ветрова, 2010).

Вопреки «взрослым» тенденциям взаимосвязи жизнестойкости с активным (трансформационным) копингом в противовес реактивному копингу, включающему когнитивный и поведенческий уход и отрицание, а также эмоционально-ориентированное совладание (Kobasa, 1982; Maddi, 1999), в подростковом возрасте жизнестойкость может ассоциироваться с активно-агрессивными способами отстаивания личных границ и защиты своего мнения, что является проявлением типичных для подростков протестных реакций (Фоминова, 2012; Япарова, 2015). В целом, в подростковом возрасте прослеживаются слабые связи между жизнестойкостью личности и предпочитаемыми копинг-стратегиями (Одинцова, 2016), что, вероятно, говорит о том, что личностный потенциал подростков находится в стадии формирования. Наиболее «слабым» в этом контексте является такой компонент жизнестойкости, как принятие риска, и этот факт может свидетельствовать о недостаточно развитом умении подростков осмысливать полученный жизненный опыт, извлекать из него уроки и использовать в дальнейшей жизни (Ершова и др., 2019). С возрастом у подростков увеличивается количество конструктивных копингов, что способствует укреплению их потенциала совладания с трудностями.

Представляется весьма вероятным, что в ситуациях хронического стресса, связанного с нарушениями здоровья, к числу которых относятся сенсорные и двигательные нарушения, динамика формирования копинг-стратегий будет отличаться от нормативной для подросткового возраста. Сведения, представленные в современных научных публикациях, подтверждают это предположение.

Так, довольно много исследований посвящено особенностям копинг-поведения подростков с нарушениями зрения. Обобщая данные, представленные в литературе, можно отметить доминирующее представление о том, что подростки с нарушениями зрения менее толерантны к стрессовым воздействиям, в сравнении с их условно здоровыми сверстниками, а также реже прибегают к использованию эффективных копинг-стратегий (Капитанаки, Пыж, 2015), демонстрируют недостаточную развитость осознанного выбора стратегий совладания (Терентьева, 2004). Исследованиями показано, что менее

интенсивное использование продуктивных копинг-стратегий в ситуации нарушения зрения характерно и на более ранних этапах личностного развития (Куфтяк и др., 2017; Куфтяк, Самохвалова, 2015; Лебедев и др., 2017), а также сохраняется впоследствии в контексте закрепления личностных особенностей, характерных для зрительной патологии (Иванова, Куфтяк, 2008). У взрослых с нарушениями зрения было отмечено предпочтение копинг-стратегий, не имеющих большого распространения в выборках их условно здоровых сверстников: «поиск социальной поддержки» и «духовность (религиозность)» (Хачатурова, 2010). Вместе с тем в некоторых исследованиях получены результаты, выбивающиеся из общего контекста, согласно которым подростки с нарушениями зрения довольно широко используют и эффективные копинг-стратегии (Hallemani, Kale, Gholap, 2014), причем эта тенденция фиксируется и в течение последующих этапов жизни (Хазова, Шипова, 2017). Согласно результатам, полученным отечественными исследователями, в группе подростков с нарушенным зрением преобладают такие копинг-стратегии, как «планирование решения проблемы», «принятие ответственности» и «поиск социальной поддержки», минимальную выраженность имеют копинг-стратегии «дистанцирование» и «бегство», что во многом соответствует иерархии копинг-стратегий у условно-здоровых подростков, за исключением стратегии «поиск социальной поддержки», место которой в выборке условно здоровых подростков занимает «самоконтроль» (Капитанаки, Пыж, 2015). Зарубежные исследователи отмечают, что в целом для подростков с нарушениями зрения более характерными оказываются усилия, связанные с осмыслением ситуации и изменения отношения к ней, нежели активные действия, направленные на ее преодоление (Mastunak, 2008).

Схожие данные имеются в отношении копинг-стратегий подростков с нарушениями слуха. Известно, что у подростков с нарушениями слуха в связи со спецификой речевого развития затрудняется формирование коммуникативных навыков, что может приводить к нарушениям социальной адаптации и провоцировать возникновение дополнительной стрессовой нагрузки в сфере социального взаимодействия, фрустрацию потребностей социального уровня (Королева, Матасов, 2016). Установлено, что для таких подростков характерен суженный, в сравнении с условно здоровыми сверстниками, диапазон стратегий совладающего поведения, в котором к тому же преобладают неадаптивные стратегии (Продовикова, Бажина, 2019). Показано, что для подростков с нарушениями слуха типично использование таких копинг-стратегий, как несовладание, общественные действия, игнорирование, профессиональная помощь, и в этом выражается мень-

шая, в сравнении с типично развивающимися подростками, готовность предпринимать активные действия по разрешению трудных ситуаций (Серегина, 2018). Выявлена склонность подростков с сенсорными нарушениями, в том числе и с нарушениями слуха, использовать незрелые стратегии эмоционального профиля, характерные для лиц младшего школьного возраста (Королева, 2018). Схожие тенденции зафиксированы и на выборке взрослых инвалидов по слуху (Серегина, 2018). Вместе с тем, результаты исследований свидетельствуют о том, что социальная адаптация подростков с нарушениями слуха обеспечивается использованием продуктивных копинг-стратегий, включающих решение проблем, поиск социальной поддержки, позитивный фокус (Продовикова, Бажина, 2019).

В исследованиях копинг-поведения подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата показано, что для них также характерно сокращение репертуара используемых копинг-стратегий (Плотникова, 2017), тенденция к использованию неадаптивных и относительно адаптивных стратегий, таких как избегание проблем, поиск социальной поддержки и самоконтроль (Кыштымова, 2015), предпочтение эмоционально-ориентированного копинга активному совладанию (Вербрюгген, 2008). На выборке детей предподросткового возраста зафиксировано преобладание незрелых копинг-механизмов (Бакаева, Новохатько, 2019). Вместе с тем данные о склонности подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата к использованию копинг-стратегий, связанных с поиском социальной поддержки, для реализации принятых решений, а также преодоления проблем, носят противоречивый характер: в некоторых исследованиях указывается выраженность данной стратегии (Богомаз, Пашкович, 2016; Маракушина, Зайцева, 2014; Кыштымова, Пфау, 2016), тогда как в других, напротив, отмечается, что данная стратегия в большей степени характерна для условно-здоровых подростков (Плотникова, 2017).

С нашей точки зрения, противоречивость данных о самоотношении и копинг-стратегиях, типичных для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, обусловлена, как минимум, несколькими причинами. Во-первых, весьма вероятно, что характер самооценки и предпочтение тех или иных форм копинг-поведения может опосредоваться степенью тяжести нарушений сенсорной или двигательной сферы, которые, в зависимости от степени выраженности, создают принципиально различный контекст становления и функционирования личности, что, без сомнения, вносит определенный вклад и в формирование жизнестойкости. Это предположение частично подтверждено на материале обследования подростков с нарушениями

зрения (Токарская, Решетникова, 2019). Другой важный аспект может касаться возможного влияния условий социализации и социальной ситуации развития подростка в целом на становление личностных особенностей, опосредующих жизнестойкость подростков с ОВЗ. Так, как уже отмечалось выше, самоотношение таких подростков может существенно варьироваться в зависимости от того, в каких условиях проходит их обучение: на дому, в специализированной образовательной организации или общеобразовательной школе, что было показано на примере подростков с нарушениями зрения (Голикова, Кучинский, 2015; Журавлева, 2016). В нашем исследовании в силу специфики организации сбора данных нами была «протестирована» только первая из этих гипотез. Для выявления общего и специфического в формировании жизнестойкости и определяющих ее личностных факторов среди подростков с сенсорными и двигательными нарушениями различной степени выраженности было проведено изучение этих переменных в выборках, дифференцированных по степени тяжести нарушений, с применением единой исследовательской методологии. Результаты этого исследования представлены в следующем параграфе.

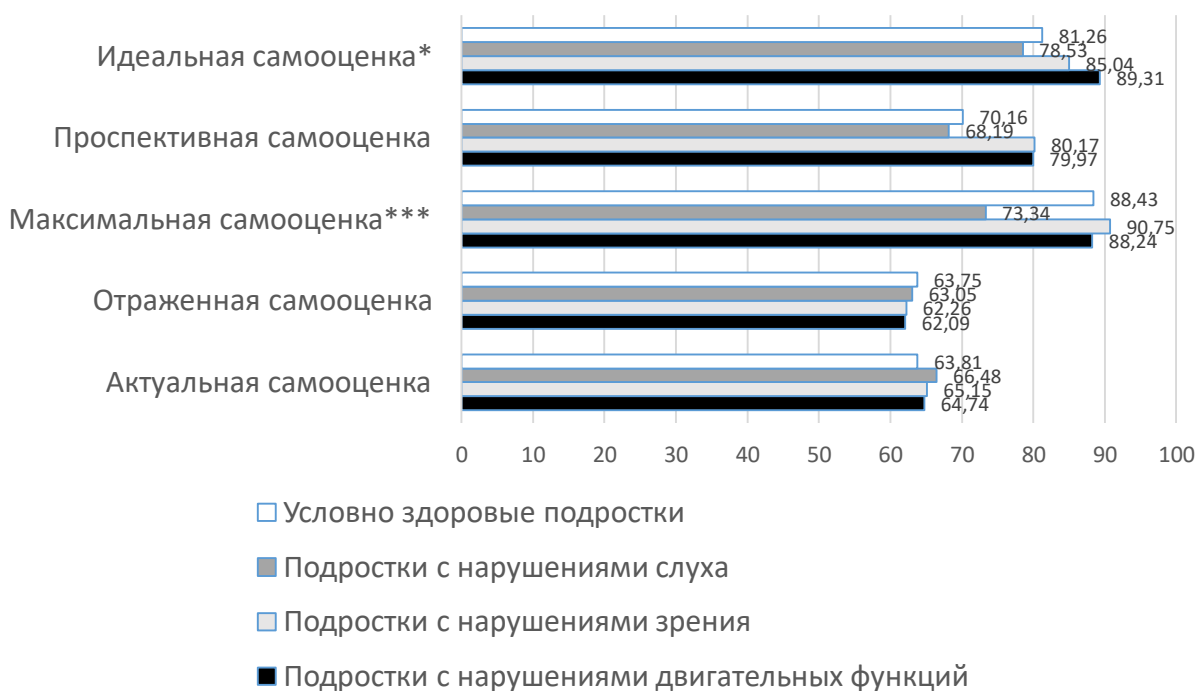
2.2. Личностные характеристики подростков с ограниченными возможностями здоровья как фактор их жизнестойкости: результаты эмпирического исследования

2.2.1. Самооценка подростков с ограниченными возможностями здоровья

С целью выявления общего и специфического в характеристике самооценки старших подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в нашем исследовании использовались Шкала самооценки Дж. Манастера в адаптации Е. В. Сидоренко (параметры «актуальная самооценка», «отраженная самооценка», «максимальная самооценка», «перспективная самооценка», «идеальная самооценка», 100-балльная шкала) и Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн (параметры «интеллект», «характер», «счастье», 100-балльная шкала).

Согласно результатам, полученным с помощью Шкалы самооценки (см. рисунок 6), показатели, характеризующие актуальную, отраженную и идеальную самооценку подростков с сенсорными и

двигательными нарушениями, не имеют достоверных различий с аналогичными показателями, полученными в выборке их условно здоровых подростков. Этот результат позволяет утверждать, что сенсорные и двигательные нарушения сами по себе не оказывают существенного влияния на формирование самоотношения подростков в аспектах соотношения реального и идеального Я, то есть в тех аспектах, которые характеризуют самоотношение «здесь и сейчас», однако в аспектах самоотношения, обращенных в будущее, а также отраженного самоотношения, наблюдается иная картина.



*Рисунок 6. Средние значения показателей обобщенной самооценки в выборках подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, зрения и слуха. Примечание: звездочками отмечены различия между выборками, определяемые с помощью критерия Краскелла-Уолиса, * – $p < 0,05$, *** – $p < 0,001$*

Так, показатели проспективной самооценки оказались достоверно более высокими в выборках подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и с нарушениями зрения (в сравнении с выборкой условно здоровых подростков с помощью критерия Манна-Уитни, $Z=2,03$ при $p < 0,05$ и $Z=2,07$ при $p < 0,05$ соответственно). Очевидно, что подростки, составляющие эти группы, ожидают от себя значительно больших изменений, чем их типично развивающиеся сверстники. Можно утверждать, что для подростков с нарушениями двигательных функций и нарушениями зрения в целом характерен

завышенный уровень притязаний, тогда как у подростков с нарушениями слуха уровень притязаний аналогичен выборке условно здоровых испытуемых. В различия по параметру «максимальная самооценка» наибольший вклад вносит выборка подростков с нарушениями слуха, в которой соответствующий показатель достоверно ниже, чем в выборке условно здоровых сверстников ($Z=4,55$ при $p<0,001$). В целом, профиль обобщенных самооценок у подростков с нарушениями слуха в большей степени схож с аналогичным профилем, полученным в выборке условно здоровых сверстников, в сравнении с подростками с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и нарушениями зрения.

Интересно, что отраженная самооценка, которая характеризует восприятие подростками отношения к себе со стороны других людей, являющихся для них значимыми, у подростков с различными нарушениями развития ниже, чем у их условно здоровых сверстников ($Z=2,13$ при $p<0,05$ для выборки подростков с нарушениями зрения, $Z=2,34$ при $p<0,05$ для выборки подростков с нарушениями слуха, различия в выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – на уровне выраженной тенденции, $p<0,09$). Таким образом, подростки с нарушениями развития в целом склонны считать, что окружающие их люди недооценивают их, в то время как в выборке условно здоровых подростков данной тенденции не наблюдается.

Анализ показателей обобщенной самооценки с учетом степени выраженности нарушений позволяет утверждать, что занижение отраженной самооценки в большей степени характерно для подростков с умеренными нарушениями развития, тогда как в случае тяжелых нарушений другим людям, напротив, приписываются более высокие оценки, превышающие актуальную самооценку (см. таблицу 7). Внутригрупповые различия по этому параметру достоверны для выборок подростков с нарушениями зрения ($Z=2,27$ при $p<0,05$) и слуха ($Z=2,96$ при $p<0,01$), в выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата эти различия представлены на уровне тенденции. Других статистически значимых различий между подгруппами, различающимися по степени выраженности нарушений, выявлено не было, однако можно отметить, что идеальная и максимальная самооценки в целом выше в подгруппах подростков с тяжелыми нарушениями, и разрыв между ними и актуальной самооценкой больше. На этом основании можно утверждать, что завышенный уровень притязаний в большей степени характерен для подростков с тяжелыми нарушениями (в том числе и в случае подростков с нарушениями слуха, чего не было отмечено при анализе этой выборки без ее разделе-

ния на подгруппы по степени тяжести нарушений), в то время как профили самооценок подростков с умеренными нарушениями в большей степени схожи с профилем самооценок условно здоровых сверстников.

Таблица 7.

Средние значения показателей обобщенной самооценки в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями различной степени выраженности. Примечание: УН – умеренные нарушения, ТН – тяжелые нарушения

Самооценка	Средние значения в выборках					
	Подростки с двигательными нарушениями		Подростки с нарушениями зрения		Подростки с нарушениями слуха	
	УН	ТН	УН	ТН	УН	ТН
Актуальная	66,18	65,34	63,74	64,10	65,32	66,62
Отраженная	63,28	65,97	59,63	66,87	53,52	69,81
Максимальная	86,66	90,01	89,03	93,75	71,92	74,30
Проспективная	81,68	77,86	79,01	82,20	70,60	66,57
Идеальная	88,37	90,55	82,97	88,65	73,73	81,89

Обращаясь к алгоритмам интерпретации результатов, предложенным Е. В. Сидоренко (Сидоренко, 1993), отметим, что переживание собственной неполноценности в большей степени характерно для подростков с нарушениями двигательных и зрительных функций, особенно в случае, если эти нарушения носят выраженный характер, и в значительно меньшей степени типично для подростков с нарушениями слуха, независимо от степени слуховых ограничений. Разница между показателями актуальной и максимальной самооценок позволяет отметить, что для подростков со зрительными и двигательными нарушениями в большей степени свойственна экстернальность в отношении собственных жизненных перспектив, в сравнении с подростками с нарушениями слуха, на фоне уверенности в своей будущей успешности, оценки которой в выборках подростков с нарушениями слуха и их условно здоровых сверстников относительно более сдержаны.

Анализ гендерной специфичности самооценок подростков, составляющих совокупную выборку, а также аналогичный анализ выборок подростков с сенсорными и двигательными нарушениями с учетом степени их тяжести не позволил выявить достоверных различий по оцениваемым параметрам самооценок мальчиков и девочек ни в одной из обследованных выборок. Однако корреляционный ана-

лиз показал разнонаправленность взаимосвязей различных аспектов самооценки и возраста девочек и мальчиков, причем описанные тенденции оказались в большей или меньше степени характерными как для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями разной степени тяжести, так и для типично развивающихся подростков (см. таблицу 8).

Таблица 8.

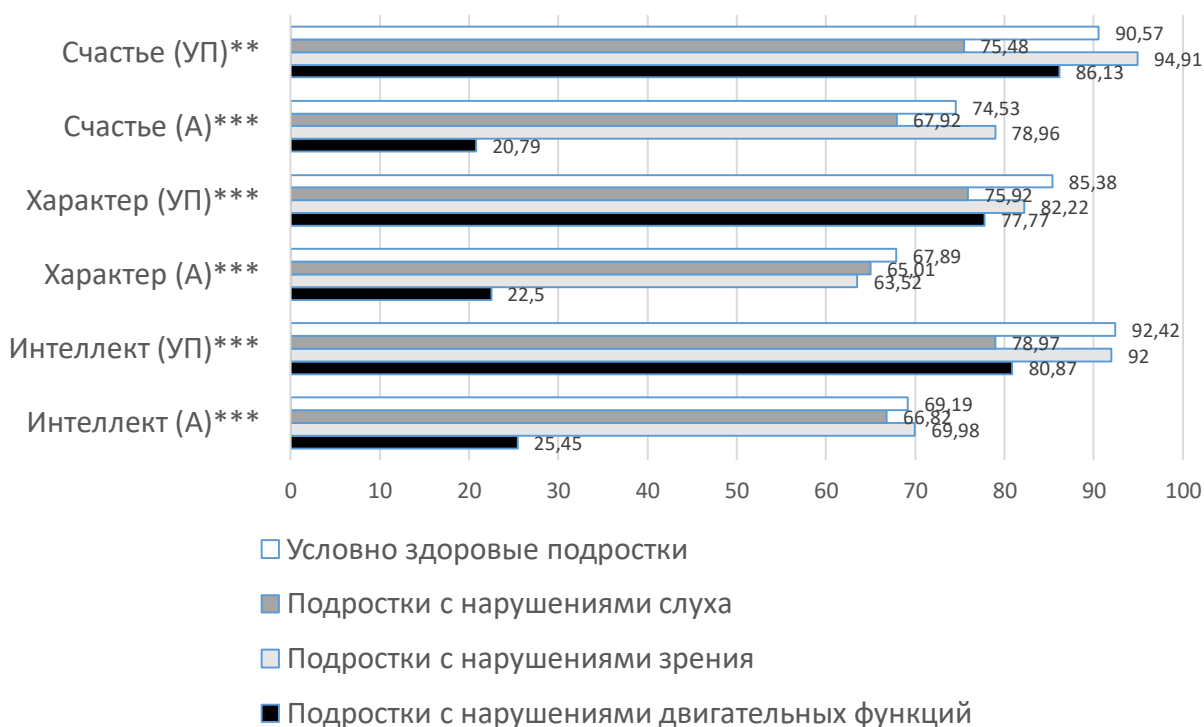
*Корреляционные связи между показателями, характеризующими отдельные аспекты самооценки мальчиков и девочек, и их возрастом (по совокупной выборке). Примечание: звездочками отмечены статистически значимые коэффициенты корреляции, * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$*

Аспекты самооценки	Корреляции с возрастом	
	в выборке девочек	в выборке мальчиков
Актуальная	0,23*	-0,25*
Отраженная	0,13	-0,28**
Максимальная	0,11	-0,24*
Перспективная	0,13	-0,11
Идеальная	0,21*	0,00

Полученные результаты демонстрируют различные тенденции в развитии самооценки девочек и мальчиков по мере взросления. Положительные взаимосвязи актуальной и идеальной самооценки девочек с возрастом позволяют предполагать, что их самооценка по мере взросления имеет тенденцию укрепляться, в то время как самооценка мальчиков, учитывая отрицательный знак корреляционных коэффициентов, напротив, в целом имеет тенденцию к снижению. Важно отметить, что идеальная самооценка мальчиков при этом остается неизменной вне зависимости от возраста, что может интерпретироваться как нарастание чувства неполноценности, не свойственное девочкам-подросткам. В целом, самоотношение мальчиков-подростков, вне зависимости от наличия или отсутствия ограничений, связанных со здоровьем, по всей вероятности, оказывается более уязвимым, в сравнении с самооценкой девочек.

В ходе дальнейшего анализа результатов, который предполагал изучение особенностей частных самооценок, полученных с применением методики Дембо-Рубинштейн, было установлено, что частные самооценки подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и слуха являются достоверно более низкими, чем в выборке условно здоровых подростков ($4,88 < Z < 8,55$ при $p < 0,001$ для выборки подростков с нарушениями двигательных функций и $2,39 < Z < 4,97$ при $p < 0,05$ для выборки подростков с нарушениями слуха); самооценки подростков с нарушениями зрения значимых разли-

чий с аналогичными показателями, полученными в группе условно здоровых сверстников, не показали (см. рисунок 7).



*Рисунок 7. Средние значения показателей частных самооценок в выборках подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, зрения и слуха. Примечания: А – актуальная самооценка, УП – уровень притязаний; звездочками отмечены различия между выборками, определяемые с помощью критерия Краскелла-Уолиса, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$*

Очевидно, что эти результаты вступают в противоречие с данными, полученными с применением методики Дж. Манастера, представленными выше. Интересно также, что в отличие от показателей обобщенных самооценок, достоверных различий между подгруппами подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями обнаружено не было. Вероятно, причины этих несоответствий кроются в степени обобщенности самооценок, которые выносят подростки в работе с методиками Манастера и Дембо-Рубинштейн. На этом основании было выдвинуто предположение о том, что взаимосвязи обобщенных и частных самооценок в исследуемых выборках различаются. Это предположение подтвердилось в ходе факторного анализа, который позволил выявить принципиально различные факторные структуры самооценок в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и их условно здоровых сверстников (см. таблицу 9).

Таблица 9.

Результаты факторизации показателей обобщенной и частных самооценок, полученных в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и их условно здоровых сверстников

Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Условно здоровые подростки		
актуальная самооценка интеллекта (0,61) актуальная самооценка счастья (0,54) актуальная обобщенная самооценка (0,83) максимальная самооценка (0,79) перспективная самооценка (0,71)	идеальная самооценка интеллекта (0,57) идеальная самооценка характера (0,50) и «счастье» (0,49) обобщенная идеальная самооценка (0,76)	отраженная самооценка (0,57) актуальная самооценка характера (0,70)
Подростки с нарушениями двигательных функций		
актуальная самооценка (0,71) отраженная самооценка (0,68) максимальная самооценка (0,83) перспективная самооценка (0,70) идеальная самооценка (0,76)	актуальная самооценка счастья (0,84) актуальная самооценка интеллекта (0,86) актуальная самооценка характера (0,89)	идеальная самооценка счастья (0,81) идеальная самооценка интеллекта (0,89) идеальная самооценка характера (0,83)
Подростки с нарушениями зрения		
актуальная самооценка (0,73) перспективная самооценка (0,65) актуальная самооценка счастья (0,65) идеальная самооценка интеллекта (0,80) идеальная самооценка характера (0,59)	отраженная самооценка (0,71) максимальная самооценка (0,67) актуальная самооценка интеллекта (0,82) идеальная самооценка счастья (0,75)	идеальная самооценка (0,66) актуальная самооценка характера (0,81)
Подростки с нарушениями слуха		
отраженная самооценка (0,76) идеальная самооценка (0,66) актуальная самооценка характера (0,74) идеальная самооценка счастья (0,76)	максимальная самооценка (0,80) актуальная самооценка счастья (0,77) идеальная самооценка интеллекта (0,69)	актуальная самооценка перспективная самооценка (0,78) актуальная самооценка интеллекта (0,77) идеальная самооценка характера (0,79)

Факторизация результатов, полученных в выборке условно здоровых подростков, позволила выделить три фактора с суммарной дисперсией 64,4 %. В первый фактор, названный нами «актуальная самооценка» (28,0 %), вошли такие переменные, как актуальная самооценка интеллекта, актуальная самооценка счастья, актуальная обобщенная самооценка, максимальная самооценка и перспективная самооценка. Второй фактор «идеальная самооценка» (24,9 %) составили показатели идеальной самооценки по параметрам «интеллект», «характер» и «счастье», а также обобщенной идеальной самооценки. Третий фактор «самооценка характера» (11,4 %) объединил показатели отраженной самооценки и актуальной самооценки характера. На основании этих результатов можно утверждать, что частные самооценки условно здоровых подростков, как актуальные, так и идеальные, находятся в прямых взаимосвязях с соответствующими обобщенными самооценками и вносят вклад в их формирование; самооценка характера в этой выборке во многом определяется отраженными оценками значимых других.

В выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата была получена принципиально иная картина. В первый фактор «обобщенная самооценка» (25,2 %) попали все показатели, полученные с помощью шкалы Манастера. Второй фактор составили показатели актуальных частных самооценок (21,3 %). В третий фактор вошли показатели идеальных частных самооценок (20,7 %). Эти результаты наглядно иллюстрируют тот факт, что обобщенная и частные самооценки подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны слабо, и обобщенные самооценки в этой выборке зачастую не подкреплены оценками конкретных сторон своей личности.

Факторные структуры, полученные на материале выборок подростков с нарушениями зрения и слуха, оказались неинтерпретируемыми, несмотря на то, что результаты факторизации могут быть признаны достоверными (суммарная дисперсия составляет 62,8 % и 63,6 % соответственно). Вероятно, за этим результатом кроется разнообразие вариантов взаимосвязей частных и обобщенных самооценок в данных выборках, например, варьирующееся в зависимости от степени выраженности нарушений. Относительная малочисленность подгрупп не позволила подтвердить это предположение методом факторного анализа. Выдвинутая гипотеза была частично подтверждена с помощью корреляционного анализа, который позволил выявить в выборке слабовидящих и слабослышащих подростков довольно тесные взаимосвязи между обобщенными и частными самооценками ($0,32 < r_s < 0,67$ при $p < 0,05$), а в выборках подростков с тяже-

лыми нарушениями зрения и слуха – тесные взаимосвязи отдельно для частных и обобщенных самооценок ($0,34 < r_s < 0,62$ при $p < 0,05$), однако практически полное отсутствие взаимосвязей между ними (если в выборках слабовидящих и слабослышащих подростков насчитывается соответственно 9 и 7 положительных корреляционных взаимосвязей между обобщенными и частными самооценками, то в выборках подростков с тяжелыми нарушениями зрения и слуха таких взаимосвязей всего 3 и 2).

В целом, представленные результаты позволяют охарактеризовать общие и нозоспецифичные особенности самооценки подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Так, показано, что самооценка подростков с нарушениями зрения, слуха и функций опорно-двигательного аппарата в целом отличается от самооценки их условно здоровых сверстников. Эти различия носят преимущественно качественный характер и заключаются в слабой взаимосвязанности обобщенных и частных самооценок, причем соответствующая тенденция значительно более выражена в случае тяжелых нарушений, в сравнении с нарушениями умеренной степени тяжести. Также установлено, что для подростков с различными формами нарушений развития в случае умеренных нарушений характерно снижение самооценки, прежде всего, в аспекте отраженной самооценки. В случае же тяжелых нарушений самооценка, наоборот, чаще завышается, уровень притязаний компенсаторно возрастает, что не подкрепляется, однако, готовностью таких подростков брать на себя ответственность за собственные изменения, и связано преимущественно с атрибуцией ответственности вовне. Описанные тенденции в наибольшей степени характерны для подростков с нарушениями зрения и слуха и в меньшей степени – для подростков с нарушениями слуха. В целом, профили самооценок подростков с умеренными нарушениями в большей степени схожи с профилем самооценок условно их здоровых сверстников. Также в выборках подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций констатируется разрыв между обобщенной и частными самооценками, не характерный для подростков с нормативными сенсорными и двигательными возможностями, что может указывать на нереалистичность, «оторванность от жизни» обобщенных самооценок подростков с ОВЗ вне зависимости от степени тяжести нарушений.

2.2.2. Копинг-поведение подростков с ограниченными возможностями здоровья

Копинг-стратегии подростков с сенсорными и двигательными нарушениями изучались с помощью Опросника изучения стратегий копинг-поведения Е. Хейма, позволяющего выделить три группы копинг-стратегий (когнитивно-ориентированные, эмоционально-ориентированные, поведенчески-ориентированные), а также дифференцировать их по степени адаптированности. В результате когнитивно-ориентированные способы совладания описываются такими адаптивными стратегиями, как «проблемный анализ» и «установка собственной ценности», а также относительно адаптивными стратегиями «сохранение самообладания», «относительность», «придание смысла», «религиозность» и неадаптивными копингами «игнорирование», «смирение», «диссимуляция» и «растерянность». К числу адаптивных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий, согласно автору методики, относятся «протест» и «оптимизм», относительно адаптивные стратегии этой группы представлены «эмоциональной разрядкой», и «пассивной кооперацией», неадаптивные – «подавлением эмоций», «покорностью», «самообвинением» и «агрессивностью». Адаптивные поведенчески-ориентированные копинг-стратегии, в свою очередь, представлены «альтруизмом», «сотрудничеством» и «обращением», относительно адаптивные стратегии этой группы – «отвлечением», «компенсацией» и «конструктивной активностью», неадаптивные – «активным избеганием» и «отступлением».

Анализ копинг-стратегий, предпочитаемых подростками, позволил отметить некоторые различия в копинг-стратегиях, наиболее часто используемых подростками с сенсорными и двигательными нарушениями, а также их условно здоровыми сверстниками (см. таблицу 10).

Таблица 10.

Типы предпочитаемых копинг-стратегий,
% от общего числа выбранных копинг-стратегий в выборке

Тип копинг-стратегий		Подростки с нарушениями зрения	Подростки с нарушениями слуха	Подростки с двигательными нарушениями	Группа сравнения
В целом	Адаптивные	41,5	32,4	45,0	38,2
	Неадаптивные	31,8	31,3	32,9	37,3
	Относительно адаптивные	26,7	36,3	22,1	24,5
Когнитивные копинг-стратегии	Адаптивные	45,9	31,7	38,6	39,7
	Неадаптивные	29,4	48,3	33,3	33,8
	Относительно адаптивные	24,7	20,0	28,1	26,5
Эмоциональные копинг-стратегии	Адаптивные	45,9	33,3	58,5	41,7
	Неадаптивные	41,9	31,8	33,8	46,4
	Относительно адаптивные	12,2	34,9	7,7	11,9
Поведенческие копинг-стратегии	Адаптивные	36,3	31,7	40,0	31,3
	Неадаптивные	22,4	11,6	24,6	32,6
	Относительно адаптивные	41,3	56,7	35,4	36,1

Характер копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с нарушениями зрения, не обнаружил достоверных различий с профилем копинг-стратегий, типичных для их условно здоровых сверстников. В то же время подростки с нарушениями слуха достоверно чаще, чем подростки с нормативным развитием, предпочитают неадаптивные копинг-стратегии когнитивного типа (различия установлены с помощью критерия Фишера, $\varphi^*=2,17$, $p<0,05$), однако при этом достоверно реже предпочитают неадаптивные копинг-стратегии эмоционального плана ($\varphi^*=1,65$, $p<0,05$). Подростки с нарушением двигательных функций, в свою очередь, достоверно чаще, чем их условно

здоровые сверстники, предпочитают адаптивные эмоциональные копинг-стратегии ($\varphi^*=2,21$, $p<0,05$), а также относительно адаптивные поведенческие копинг-стратегии ($\varphi^*=2,68$, $p<0,01$).

Результаты, представленные на рисунке 8, позволяют отметить, что наибольшее распространение среди подростков во всех четырех выборках, независимо от особенностей развития, имеют адаптивная копинг-стратегия «оптимизм» и относительно адаптивная копинг-стратегия «отвлечение». Отличительной особенностью подростков с нарушениями зрения оказалось предпочтение адаптивной копинг-стратегии «установка собственной ценности» ($\varphi^*=2,72$, $p<0,01$), а также неадаптивной стратегии «подавление эмоций» ($\varphi^*=2,81$, $p<0,01$), подростков с нарушениями слуха – относительно адаптивной копинг-стратегии «пассивная кооперация» ($\varphi^*=2,90$, $p<0,01$), подростков с нарушениями двигательных функций – неадаптивной копинг-стратегии «отступление» ($\varphi^*=1,66$, $p<0,05$).

Рисунок 8 наглядно демонстрирует, что предпочитаемые копинг-стратегии подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций обладают определенной спецификой, в сравнении с копинг-стратегиями, приоритетными среди условно здоровых сверстников. При этом необходимо отметить, что представленные в литературе сведения о том, что копинг-стратегии подростков с различными формами нарушений развития носят преимущественно неадаптивный характер, в нашем исследовании не нашли подтверждения. Напротив, подростки с сенсорными и двигательными нарушениями в целом оказались более склонны к использованию адаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий эмоционального и поведенческого плана, чем их условно здоровые сверстники. Единственная выборка, в которой нашла подтверждение идея о приоритете неадаптивных копинг-стратегий над адаптивными у подростков с ОВЗ – это выборка подростков с нарушениями слуха, и только в аспекте когнитивно-ориентированных копинг-стратегий неадаптивного характера. В целом, анализируя профили предпочитаемых копинг-стратегий, можно отметить, что наиболее адаптивные стратегии совладания характерны, вопреки ожиданиям, для подростков с нарушениями двигательных функций, наименее адаптивные – для подростков с нарушениями слуха, профили копинг-стратегий подростков с нарушениями зрения и условно здоровых подростков занимают в этом континууме промежуточное положение.

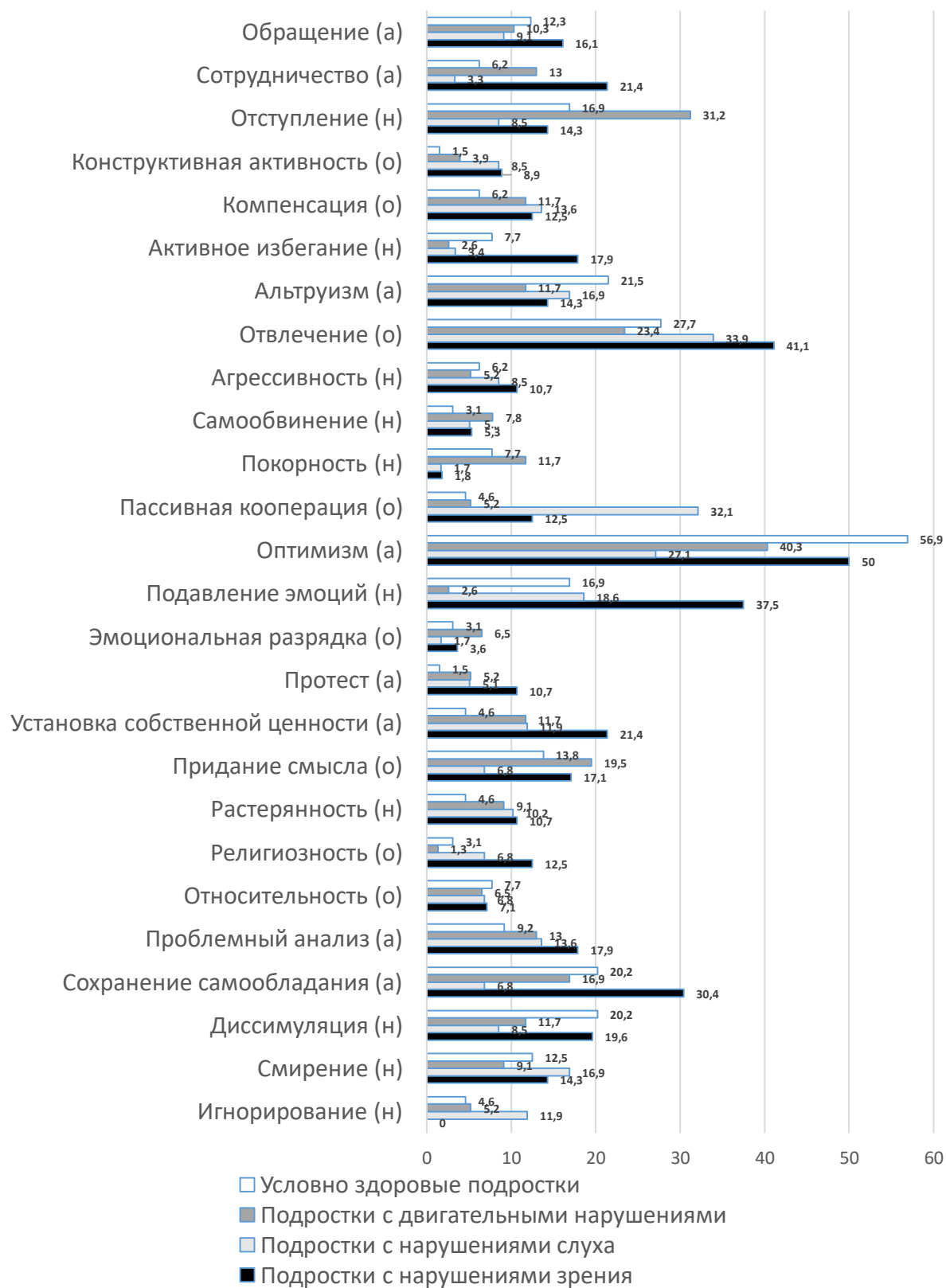


Рисунок 8. Виды предпочитаемых копинг-стратегий, % подростков, выбравших копинг-стратегию. Примечание: а – адаптивная, о – относительно адаптивная, н – неадаптивная

Полученные результаты выявили также универсальные копинг-стратегии, предпочитаемые подростками вне зависимости от особенностей развития. В их число вошли адаптивная эмоционально-ориентированная копинг-стратегия «оптимизм», позволяющая сохранять уверенность в наличии выхода из любой жизненной ситуации, и относительно адаптивная поведенчески-ориентированная копинг-стратегия «отвлечение», которая предполагает совладание с трудностями путем переключения с проблемной ситуации на какую-либо деятельность. В целом, копинг-стратегии, оказавшиеся универсально предпочтительными для подростков, ориентированы, в первую очередь, на достижение личностного благополучия, а не на разрешение проблемной ситуации. То же самое можно отметить и в отношении копинг-стратегий, оказавшихся типичными для подростков с различными формами нарушений развития («установка собственной ценности» и «подавление эмоций» для подростков с нарушениями зрения, «пассивная кооперация» (предлагающая передачу ответственности за разрешение ситуации другим людям) для подростков с нарушениями слуха, «отступление» для подростков с нарушениями двигательных функций): все они ориентированы, в первую очередь, не на активное преодоление трудностей, а на сохранение личностной целостности и эмоциональной устойчивости.

Анализ копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с сенсорными и двигательными нарушениями, с учетом степени выраженности нарушений сенсорных или двигательных функций, представлен в таблице 11.

Таблица 11.

Виды копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с тяжелыми (Т) и умеренными (У) сенсорными и двигательными, % подростков, выбравших копинг-стратегию

Тип копинг-стратегий		Подростки с нарушениями зрения		Подростки с нарушениями слуха		Подростки с двигательными нарушениями	
		Т	У	Т	У	Т	У
1	2	3	4	5	6	7	8
Когнитивные копинг-стратегии	Адаптивные	27,0	29,4	55,6	37,6	42,1	39,3
	Неадаптивные	29,7	25,5	19,5	20,8	23,7	26,0
	Относительно адаптивные	43,3	45,1	25,0	41,7	31,6	35,7

Таблица 11 (окончание)

1	2	3	4	5	6	7	8
Эмоциональные копинг-стратегии	Адаптивные	38,5	43,7	33,3	33,3	39,5	28,6
	Неадаптивные	23,0	6,3	41,7	20,8	17,9	7,1
	Относительно адаптивные	38,5	50,0	25,0	45,9	50,0	67,9
Поведенческие копинг-стратегии	Адаптивные	25,8	19,9	2,8	4,2	28,9	17,9
	Неадаптивные	32,3	49,0	52,8	62,5	31,6	19,4
	Относительно адаптивные	41,9	31,4	36,2	25,1	36,9	43,9

Представленные результаты демонстрируют важность детального, с учетом тяжести нарушений и сопряженных с ней жизненных ограничений, анализа копинг-стратегий подростков с ОВЗ, поскольку, как свидетельствуют данные, в выборках подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями предпочитаемые копинг-стратегии могут довольно существенно различаться. Так, в частности, достаточно высокий потенциал продуктивного копинга, отмеченный выше как типичный для подростков с нарушениями зрения, в выборке слабовидящих подростков чаще обеспечивается предпочтением адаптивных эмоциональных копинг-стратегий ($p < 0,05$), в то время как в выборке подростков с глубокими нарушениями зрения – адаптивных поведенческих копинг-стратегий ($p < 0,05$). Подростки с тяжелыми нарушениями слуха располагают ресурсом адаптивных копинг-стратегий когнитивной направленности, тогда как ($p < 0,05$) слабослышащие подростки в первую очередь располагают арсеналом относительно адаптивных копинг-стратегий как когнитивного ($p < 0,05$), так и эмоционального ($p < 0,05$) порядка. Среди подростков с тяжелыми формами нарушений функций опорно-двигательного аппарата в целом преобладают несколько более адаптивные когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии, в сравнении с выборкой их сверстников с умеренными нарушениями двигательных функций, однако это различие статистически не значимо и может констатироваться только как некоторая тенденция.

Ниже представлены результаты качественного анализа копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с сенсорными и двигательными нарушениями разной степени тяжести.

На рисунке 9 охарактеризованы копинг-стратегии слабовидящих и слепых подростков.

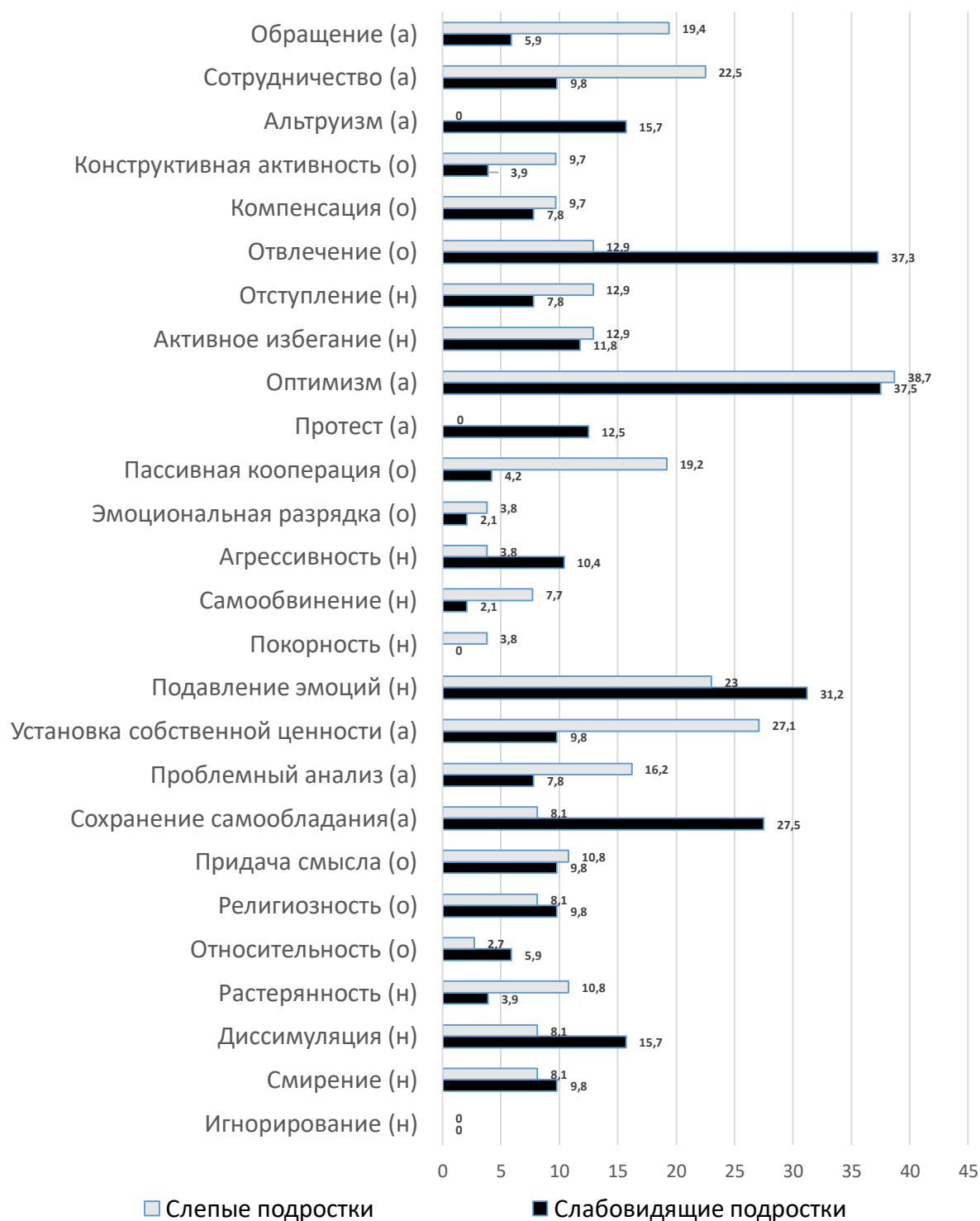


Рисунок 9. Виды копинг-стратегий, предпочитаемые слабовидящими и слепыми подростками, % подростков, выбравших копинг-стратегию.

Примечание: а – адаптивная, о – относительно адаптивная, н – неадаптивная

Качественный анализ показывает, что в группе подростков с глубокими нарушениями зрения наиболее распространенной когнитивной копинг-стратегией является «установка собственной ценности», слабовидящих – «сохранение самообладания»; среди эмоциональных копинг-стратегий в обеих группах преобладают «оптимизм» и «подавление эмоций»; среди поведенческих копинг-стратегий – «сотрудничество» и «обращение» у подростков с глубокими нарушениями зрения и «отвлечение» у слабовидящих подростков. Сравнительный анализ позволил установить наличие достоверных различий между выборками слепых и слабовидящих подростков по предпочтительности таких стратегий, как «обращение» ($p < 0,05$), «сотрудничество» ($p < 0,05$), «установка собственной ценности» ($p < 0,05$), «отвлечение» ($p < 0,01$), «пассивная кооперация» ($p < 0,05$) и «сохранение самообладания» ($p < 0,05$), причем первые три копинг-стратегии в большей степени свойственны слепым подросткам, а остальные три – слабовидящим.

Обобщая полученные результаты, можно отметить, что копинг-потенциал слабовидящих подростков включает в себя адаптивные копинг-стратегии эмоциональной и когнитивной направленности, такие как «сохранение самообладания» и «оптимизм», которые позволяют им сохранять уверенность в возможности выхода из любой, даже самой сложной, ситуации, обеспечивают возможность анализа возникших трудностей и различных способов их преодоления на фоне поддержания положительного баланса самооценки и веры в собственные ресурсы. Также для них типичны относительно адаптивные стратегии отвлечения и пассивной кооперации, позволяющие снимать напряжение, связанное с проблемами, путем переключения на другие мысли и действия, эмоционального отреагирования или передачи ответственности по разрешению трудностей другим лицам, что в совокупности может как способствовать преодолению трудностей, так и препятствовать ему (в зависимости от характера ситуации). Также среди слабовидящих подростков довольно распространена неадаптивная стратегия подавления эмоций, что может интерпретироваться как проявление незрелости эмоциональной саморегуляции.

Подавление эмоций свойственно и для слепых подростков. Кроме того, для них, как и для слабовидящих, характерен оптимистический взгляд на проблемы, уверенность в возможности их разрешения. На этом фоне важнейшими ресурсами, обеспечивающими копинг-потенциал слепых подростков, являются «установка собственной ценности», которая позволяет сохранять уверенность в своих силах даже в тех случаях, когда преодоление возникших трудностей осложняется, а также их готовность к обращению за помощью к другим лю-

дям, готовность принимать эту помощь в ситуации, когда она необходима. В целом, можно отметить, что в сравнении со слабовидящими подростками подростки с глубокими нарушениями зрения более ориентированы на привлечение ресурсов, имеющихся в социальном окружении, что вполне объяснимо значительно более серьезными жизненными ограничениями, которые им приходится ежедневно преодолевать.

На рисунке 10 представлена распространенность различных копинг-стратегий в выборках подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата разной степени выраженности. Приведенные результаты наглядно свидетельствуют о том, что наибольшее

распространение в обеих группах имеет стратегия «оптимизм». Для подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций также довольно характерны стратегии «сохранение самообладания» и «альтруизм», в то время как среди подростков с умеренными нарушениями – «подавление эмоций», «отвлечение» и «отступление».

На основе полученных данных мы можем утверждать, что более зрелые и адаптивные формы копинг-поведения характерны для подростков с тяжелыми двигательными нарушениями, которые достоверно реже, чем их сверстники с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, используют неадаптивные стратегии «подавление эмоций» ($p < 0,05$) и «активное избегание» ($p < 0,05$). Копинг-потенциал подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций представлен адаптивными стратегиями «оптимизм», «сохранение самообладания» и «альтруизм», позволяющими им сохранять уверенность в возможности успешного разрешения возникающих трудностей, анализировать происходящее и действовать на этой основе, не поддаваясь первым эмоциональным порывам, быть готовыми принимать помощь близких людей и, что не менее важно, в свою очередь оказывать поддержку людям, составляющим ближайшее социальное окружение.

На этом фоне копинг-потенциал подростков с умеренными нарушениями выглядит несколько менее зрелым. Несмотря на выраженность оптимистических установок, такие подростки достоверно чаще оказываются склонными подавлять свои эмоции, не анализируя своего состояния, использовать в качестве инструмента совладания отвлечение от проблемной ситуации, а также активно избегать мыслей о неприятностях, занимать пассивную позицию в случае столкновения с трудностями вплоть до полного отказа от решения возникших проблем. Кроме того, для этой группы подростков в напряженной ситуации довольно характерно игнорирование возможных ресурсов

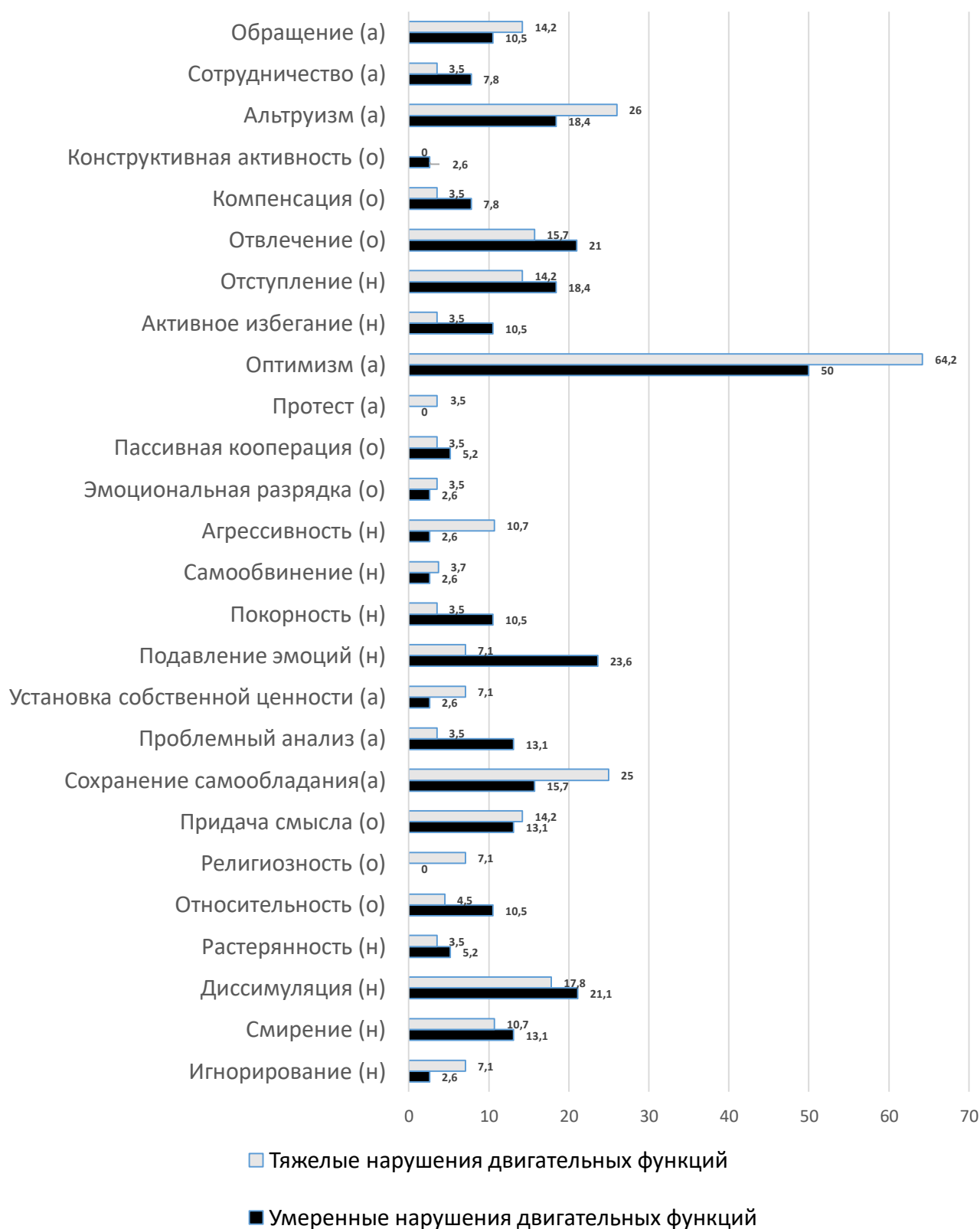


Рисунок 10. Виды копинг-стратегий, предпочитаемые подростками с тяжелыми и умеренными нарушениями двигательных функций, % подростков, выбравших копинг-стратегию. Примечание: а – адаптивная, о – относительно адаптивная, н – неадаптивная

социальной поддержки, стремление к изоляции, активное избегание межличностных контактов, в том числе тех, которые потенциально могли бы оказаться полезными для решения наличных проблем. В целом, можно отметить, что среди подростков с двигательными нарушениями, как и в совокупной выборке подростков с нарушениями зрения, наблюдается тенденция к более активному использованию социально-ориентированного копинга подростками с тяжелыми формами нарушений, в сравнении с подростками, нарушениях которых носят умеренный характер.

Схожие тенденции можно наблюдать и в выборке подростков с нарушениями слуха, что наглядно показано на рисунке 11. На основе представленных данных можно отметить, что копинг-потенциал слабослышащих подростков в целом характеризуется преобладанием тех копинг-стратегий, которые характерны для подросткового возраста: «подавление эмоций», «отвлечение» и «оптимизм». В выборке глухих подростков, как и в других выборках подростков с тяжелыми нарушениями, отмечается тенденция к предпочтению социально-ориентированного копинга в форме пассивной кооперации, которая достоверно чаще ($p < 0,01$) встречается у глухих подростков, чем у слабослышащих. Однако обращает на себя внимание предпочтение глухими подростками позиции «пассивного получателя» помощи и практически полный отказ от стратегий активного преодоления трудностей, а также крайне низкую выраженность типичной для других подростков стратегии «оптимизм», что может интерпретироваться как преобладающая неадаптивность их копинг-ресурсов и позволяет предполагать, что подростки, составляющие данную группу, могут быть особенно уязвимыми в ситуации столкновения с жизненными трудностями. Однако, памятуя о трудностях, которые возникли у глухих подростков с заполнением других опросников, нельзя сбрасывать со счетов и возможность, того что полученные результаты отчасти являются отражением сложностей, с которыми глухие подростки сталкиваются в процессе понимания материала, носящего абстрактный характер.

Анализируя копинг-потенциал подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, мы обращали отдельное внимание на гендерные особенности предпочтений ими тех или иных копинг-стратегий. Потенциал совладания с трудностями формируется в неразрывном единстве с другими сторонами личностного становления, и, весьма вероятно, опосредуется процессами становления гендерной идентичности. Это предположение опирается на установленный факт гендерной специфичности копинг-поведения, в котором находит отражение нормативное содержание мужских и женских социальных

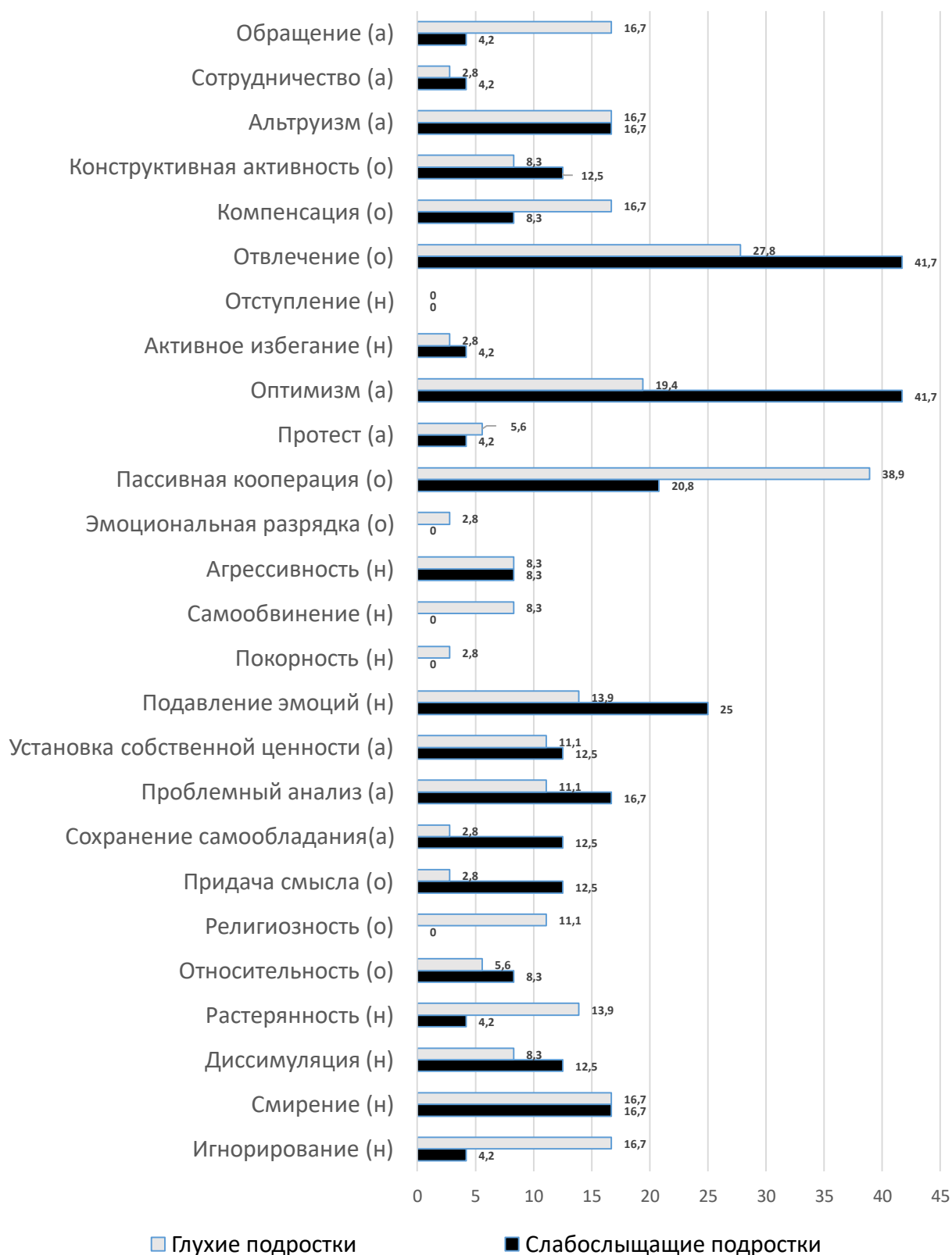


Рисунок 11. Виды копинг-стратегий, предпочитаемые слабослышащими и глухими подростками, % подростков, выбравших копинг-стратегию. Примечание: а – адаптивная, о – относительно адаптивная, н – неадаптивная

ролей. Так, имеются сведения о том, что мужчины более склонны к проблемно-фокусированным усилиям, направленным на изменение неблагоприятной ситуации, в то время как женщины чаще ориентированы на эмоционально-ориентированный копинг и поиск социальной поддержки (Исаева, 2009; Нижегородцева, Тарасова, 2017). Предпосылки формирования гендерных особенностей совладающего поведения зафиксированы уже на материале младшего школьного возраста (Матафонова, 2015), однако именно к подростковому возрасту гендерные различия стратегий совладания с жизненными трудностями становятся наиболее очевидными и с максимальной отчетливостью фиксируются к окончанию старшего подросткового возраста (Бартош, Бартош, 2015).

На сегодняшний день имеется много сведений о различиях между мальчиками и девочками подросткового возраста в предпочитаемых ими копинг-стратегиях. Так, показано, что мальчики-подростки достоверно чаще обращаются к стратегии «планирование решения проблемы», в то время как девочки отдают предпочтение стратегиям «поиск социальной поддержки», «дистанцирование» и «избегание» (Дерманова, Залесская, 2016; Нижегородцева, Тарасова, 2017), что соответствует нормативным ролевым моделям поведения мужчин и женщин, согласно которым мужчинам предписывается решать возникающие проблемы самостоятельно, в то время как обращение женщин за помощью и поддержкой оценивается обществом как допустимое и в некоторой степени одобряемое. При этом для мальчиков типичен более узкий спектр стратегий копинг-поведения, а также скачкообразный характер изменений копинг-потенциала в процессе его развития, тогда как у девочек соответствующие изменения происходят поступательно (Ветрова, 2010). В целом, последовательное усиление гендерных различий копинг-поведения, констатируемое в подростковом возрасте, рассматривается сегодня как важнейший фактор повышения успешности социального взаимодействия в период взросления и расширения социальной активности, при том что вопрос о продуктивности гендерно-специфичных копинг-стратегий в тех или иных жизненных ситуациях носит дискуссионный характер.

Отметим, что описанные тенденции выявлены на материале обследований подростков с нормативным развитием, в то время как гендерные особенности копинг-стратегий подростков с нарушениями развития изучены крайне фрагментарно. В связи с этим возникает вопрос о соотношении фактора пола с фактором нарушений двигательных функций в становление копинг-потенциала подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. В поисках ответа на это вопрос мы провели сравнительный анализ копинг-стратегий, предпочитае-

мых мальчиками и девочками с нарушениями сенсорных и двигательных функций, а также их условно здоровыми сверстниками.

В таблице 12 представлены данные только в отношении тех копинг-стратегий, предпочтение которых в выборках девочек и мальчиков оказалось различным.

Таблица 12.

Сравнительный анализ предпочтения копинг-стратегий мальчиками и девочками с сенсорными и двигательными нарушениями, а также их условно здоровыми сверстниками, % подростков, выбравших копинг-стратегию

Копинг-стратегии	Частота встречаемости в выборках		Достоверность различий, р<
	мальчиков	девочек	
Подростки с нарушениями зрения			
Придание смысла	26,8	8,5	0,05
Проблемный анализ	17,3	6,4	0,05
Подавление эмоций	31,7	19,4	0,05
Покорность	2,4	17,0	0,05
Альтруизм	2,1	17,0	0,05
Отвлечение	29,7	12,7	0,05
Слепые подростки			
Проблемный анализ	38,5	11,1	0,05
Установка собственной ценности	15,4	55,6	0,01
Слабовидящие подростки			
Придание смысла	26,4	-	-
Диссимуляция	14,8	33,4	0,05
Подавление эмоций	48,1	16,7	0,05
Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций			
Подавление эмоций	18,2	7,1	0,05
Подростки с умеренными нарушениями двигательных функций			
Подавление эмоций	22,3	10,2	0,05
Слабослышащие подростки			
Установка собственной ценности	-	27,6	-
Подавление эмоций	32,4	6,9	0,05
Глухие подростки			
Пассивная кооперация	50,4	25,7	0,05

На основе полученных результатов мы можем констатировать, что наиболее выраженные гендерные различия предпочитаемых копинг-наблюдаются в выборке условно здоровых подростков. Так, среди когнитивных копинг-стратегий мальчики, составляющие группу сравнения, чаще выбирают стратегии «придание смысла» и «проблемный анализ», имеющие довольно высокий адаптивный потенциал, тогда как девочки оказываются несколько более склонными к предпочтению неадаптивных копинг-стратегий, что выражается в различиях суммарного показателя неадаптивных копинг-стратегий когнитивной направленности, составляющего 42,5 % в выборке девочек и 23,8 % в выборке мальчиков. Среди эмоционально-ориентированных копинг-стратегий условно здоровые мальчики достоверно чаще отдают предпочтение стратегии «подавление эмоций», а девочки, в свою очередь, чаще используют стратегию «покорность», обе названные стратегии являются неадаптивными. Поведенческие копинг-стратегии, судя по всему, носят несколько более адаптивный характер у девочек (суммарный показатель предпочтения адаптивных копинг-стратегий поведенческой направленности составляет 40,5 % в выборке девочек против 24,4 % в выборке мальчиков). Девочки значительно чаще, чем мальчики, предпочитают адаптивную стратегию «альтруизм», в то время как для мальчиков более предпочтительна стратегия с более низким адаптивным потенциалом «отвлечение». В целом, для мальчиков оказалось несколько более характерным предпочтение адаптивных копинг-стратегий когнитивной направленности, тогда как для девочек – поведенческой. Выявленные различия, на наш взгляд, соответствуют традиционным представлениям о содержании мужских и женских социальных ролей и сопряженных с ними качествах личности и подтверждают наше предположение, согласно которому формирование копинг-поведения условно здоровых подростков находится в тесной взаимосвязи со становлением их гендерной идентичности.

В выборках подростков с нарушениями зрения гендерная специфика предпочитаемых копинг-стратегий прослеживается в меньшей степени. Так, слепые подростки в своих ответах продемонстрировали различия только в предпочтениях копинг-стратегий когнитивного блока: мальчики так же, как и в группе условно здоровых подростков, чаще предпочитают «проблемный анализ». Девочки, в свою очередь, достоверно чаще предпочитают стратегию «установка собственной ценности». Среди эмоционально-ориентированных и поведенческих копинг-стратегий достоверных различий обнаружено не было, однако, обобщая, можно констатировать, что для девочек с глубокими нарушениями зрения более характерны адаптивные копинг-

стратегии поведенческого блока, чем для мальчиков (58,3 % против 27,2 % соответственно), а мальчики, в свою очередь, несколько чаще отдают предпочтение более адаптивным эмоционально-ориентированным стратегиям (53,8 % против 36,4 %).

Слабовидящие мальчики-подростки, как и их условно здоровые сверстники, демонстрируют более выраженную склонность к использованию адаптивных копинг-стратегий когнитивного блока, в первую очередь «придание смысла», тогда как девочки чаще склонны использовать неадаптивную стратегию «диссимуляция» – сознательное подавление возникающих эмоций. Предпочитаемые копинг-стратегии эмоционального блока в выборке слабовидящих подростков также схожи с выбором условно здоровых подростков: мальчики чаще предпочитают стратегию «подавление эмоций» в сравнении с девочками. В сфере поведенческих копинг-стратегий выраженных различий не обнаружено. Таким образом, можно предполагать, что в ситуации нарушений зрения степень опосредованности формирования копинг-потенциала процессами формирования гендерной идентичности несколько ниже, чем в случае условно здоровых подростков.

Копинг-стратегии мальчиков и девочек с нарушениями двигательных функций и слуха так же различаются не так существенно, как было показано на примере выборки условно здоровых подростков.

В выборках подростков с двигательными нарушениями, независимо от степени их тяжести, достоверных различий между обобщенными показателями предпочтения адаптивных, относительно адаптивных и дезадаптивных стратегий копинг-стратегий различной направленности в выборках мальчиков и девочек не выявлено. На уровне анализа частных копинг-стратегий выявлено, что наиболее существенной особенностью мальчиков с двигательными нарушениями (как тяжелыми, так и умеренными) является склонность к подавлению эмоций, которая выражена достоверно больше, чем среди девочек. Других достоверных различий обнаружить не удалось.

В выборке слабослышащих подростков также обнаружились значимые различия в частоте встречаемости копинг-стратегии «подавление эмоций», которая, как и в других случаях, оказалась значительно более предпочтительной для мальчиков, нежели для девочек. Копинг-стратегия «установка собственной ценности», имеющая адаптивный характер, оказалась значительно более свойственной девочкам и ни разу не встретилась у мальчиков. Среди глухих мальчиков и девочек выявлено достоверное различие только по параметру «пассивная кооперация», предпочтение которого оказалось более типично для мальчиков, чем для девочек.

Обобщая полученные результаты, можно отметить, что гендерная специфичность предпочитаемых копинг-стратегий в группах подростков с сенсорными и двигательными нарушениями разной степени тяжести проявляется в меньшей степени, чем в выборке условно здоровых подростков. Гендерно-неспецифичным оказывается предпочтение тех копинг-стратегий, которые выше были обозначены как «универсальные» для подросткового возраста, не зависящие от наличия или отсутствия нарушений сенсорных и двигательных функций – «оптимизм» и «отвлечение». Устойчивые различия между выборками мальчиков и девочек, связанные с большей предпочтительностью «подавления эмоций» мальчиками, в сравнении с девочками, позволяют утверждать, что формирование данной копинг-стратегии опосредовано содержанием гендерных ролей, которые активно осваивают подростки, и не зависит от наличия или отсутствия сенсорных и двигательных нарушений, а также степени их тяжести. Стратегии, предпочтение которых оказалось связанным с фактором наличия или отсутствия нарушений развития, довольно разнообразны, однако в большинстве случаев они не занимают лидирующих позиций в рейтинге копинг-стратегий, характерном для той или иной выборки. Можно с большой долей вероятности предполагать, что формирование копинг-стратегий подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций происходит аналогично становлению системы совладающего поведения у их условно здоровых сверстников, и, в частности, включает в себя дифференциацию копинг-стратегий, предпочитаемых мальчиками и девочками; особенности развития, в свою очередь, проявляются, преимущественно, в отношении тех копинг-стратегий, которые не входят в число предпочитаемых подростками.

2.2.3. Взаимосвязи самооценки, копинг-поведения и жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья

Как отмечалось во введении, в фокусе нашего исследовательского интереса находятся не личностные особенности подростков с сенсорными и двигательными нарушениями сами по себе, а их взаимосвязи с жизнестойкостью как важнейшим компонентом личностного потенциала, обеспечивающим жизненное благополучие и вносящим весомый вклад в успешную социальную адаптацию, позволяющую в полной мере реализовать свои возможности в процессе взросления и в период зрелости. В этой связи в рамках нашего исследования был проведен сравнительный анализ характера взаимосвязей показате-

лей, характеризующих жизнестойкость подростков, их самооценку и предпочитаемые копинг-стратегии.

В таблице 13 представлены результаты корреляционного анализа, иллюстрирующие взаимосвязи между суммарным показателем жизнестойкости, предпочитаемыми копинг-стратегиями и особенностями самооценки в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями (без учета степени их тяжести), а также в группе сравнения. Выбор суммарного показателя в качестве основной переменной, описывающей жизнестойкость, был подкреплен множественными положительными корреляционными связями между шкалами «Теста жизнестойкости», которые были обнаружены во всех четырех выборках ($p < 0,05$).

Таблица 13.

Взаимосвязи показателей предпочтения копинг-стратегий, самооценки и суммарного показателя жизнестойкости, r_s , $p < 0,05$

Виды копинг-стратегий	Подростки с нарушениями зрения	Подростки с нарушениями двигательных функций	Группа сравнения
<i>Взаимосвязи показателей жизнестойкости и копинг-стратегий</i>			
Оптимизм	0,30	0,37	0,47
Придание смысла			0,47
Агрессивность			-0,34
Покорность		-0,40	-0,34
Самообвинение	-0,41		
Смирение	-0,42	-0,31	
Отступление	-0,32	-0,32	
Конструктивная активность			0,29
Диссимуляция			-0,28
<i>Взаимосвязи показателей жизнестойкости и самооценки</i>			
Актуальная самооценка	0,57	0,38	0,52
Отраженная самооценка	0,47		0,47
Максимальная самооценка			0,50
Перспективная самооценка	0,46		

Данные, полученные на выборке подростков с нарушениями слуха, не были включены в анализ обобщенных тенденций, поскольку, как отмечалось выше, глухие подростки не смогли выполнить задания «Теста жизнестойкости», в результате чего данные о подростках с нарушениями слуха могли бы быть представлены только результатами, полученными на выборке слабослышащих подростков.

Корреляционный анализ позволил отметить, что положительным коррелятом жизнестойкости во всех трех выборках является предпочтение адаптивной эмоциональной копинг-стратегии «оптимизм», которая, таким образом, может рассматриваться как важнейший ресурс личностного потенциала подростков, независимо от наличия или отсутствия у них нарушений зрительных или двигательных функций. В выборках подростков с ОВЗ также выявились отрицательные взаимосвязи жизнестойкости с различными неадаптивными копинг-стратегиями, в то время как для условно здоровых подростков помимо этого оказались важными положительные взаимосвязи показателя жизнестойкости и предпочтений адаптивной копинг-стратегии «конструктивная активность» и относительно адаптивной стратегии «придание смысла».

Однако регрессионный анализ показал, что копинг-стратегии, вносящие наибольший вклад в формирование жизнестойкости подростков с двигательными и сенсорными нарушениями, а также их условно здоровых сверстников, различаются. В выборке подростков с нарушениями зрения в их число с отрицательным знаком вошли неадаптивные стратегии «смирение» ($\beta = -0,47$, $p < 0,05$) и «самообвинение» ($\beta = -0,44$, $p < 0,05$), $r^2 = 0,50$. В выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата достоверными оказались коэффициенты копинг-стратегий «смирение» ($\beta = -0,42$, $p < 0,05$) и «отступление» ($\beta = -0,30$, $p < 0,05$), $r^2 = 0,39$, которые также имеют отрицательный характер связи с жизнестойкостью и носят неадаптивный характер. Для сравнения можно отметить, что в выборке, состоявшей из условно здоровых подростков, также были обнаружены только отрицательные предикторы жизнестойкости из числа копинг-стратегий: «покорность» и «агрессивность» ($\beta = -0,52$, $p < 0,01$ и $\beta = -0,34$, $p < 0,05$ соответственно), $r^2 = 0,47$.

Анализ взаимосвязей суммарного показателя жизнестойкости с параметрами, характеризующими различные аспекты самооценки подростков, показывает, что для выборки подростков, составивших группу сравнения, характерны множественные положительные взаимосвязи между показателем жизнестойкости, с одной стороны, и актуальной, отраженной и максимальной самооценкой, с другой стороны. Представляется, что эти результаты отражают характерную для

подросткового возраста тенденцию к идентификации-обособлению, которая определяет важность как собственной оценки своих возможностей, так и оценок, «поступающих» от значимых других, а также формирование временной перспективы и представлений о перспективах развития, что находит отражение в усилении роли максимальной самооценки в укреплении жизнестойкости подростков с типичным развитием. При этом, согласно результатам регрессионного анализа, наибольший вклад в укрепление жизнестойкости условно здоровых подростков вносит отраженная самооценка ($\beta = 0,25$, $p < 0,01$, при $r^2 = 0,77$).

В выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями наблюдается принципиально иная картина. В этих выборках максимальная самооценка не входит в число коррелятов жизнестойкости, которые ограничиваются актуальной самооценкой и/или отраженной оценкой значимых других. В выборке подростков с нарушениями зрения значение приобретает также представление о ближайших (пятилетних) перспективах своего развития, но не о максимальных возможностях в целом. С нашей точки зрения, этот результат может рассматриваться как «сигнал» о более медленном темпе личностного становления подростков с ОВЗ, для которых проблемы саморазвития пока еще не стали актуальными, об определенной инфантильности их самовосприятия.

Вместе с тем, учитывая представленные в предыдущих разделах данные о качественной специфике самооценки и копинг-стратегий подростков с сенсорными и двигательными нарушениями разной степени тяжести, представляется целесообразным анализировать данные, полученные в каждой из наших подгрупп, по отдельности. Результаты корреляционного анализа в выборках, различающихся по степени выраженности сенсорных или двигательных нарушений, представлены в таблице 14.

Таблица 14.

Взаимосвязи показателей предпочтения копинг-стратегий, самооценки и суммарного показателя жизнестойкости, r_s , $p < 0,05$ в выборках подростков с ОВЗ с учетом степени тяжести нарушений

Виды копинг-стратегий	Слабовидящие подростки	Слепые подростки	Слабослышащие подростки	Подростки с умеренными двигательными нарушениями	Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями
Взаимосвязи показателей жизнестойкости и копинг-стратегий					
Оптимизм	0,59	0,44	0,51	0,40	0,53
Агрессивность			-0,48	-0,34	
Покорность				-0,37	-0,42
Самообвинение	-0,47	-0,62			
Отступление			-0,48	-0,40	
Диссимуляция	-0,39				
Взаимосвязи показателей жизнестойкости и самооценки					
Актуальная самооценка	0,41	0,72		0,53	0,46
Отраженная самооценка			0,46		
Перспективная самооценка	0,47	0,68			
Идеальная самооценка		0,49			0,42

Взаимосвязи, полученные на материале выборок подростков с нарушениями зрения, показывают, что вне зависимости от степени тяжести зрительных нарушений высокий уровень жизнестойкости предполагает предпочтение стратегии «оптимизм» (так же, как и в выборке условно здоровых подростков), а низкий уровень жизнестойкости сопровождается использованием стратегии «самообвинение». Личностные ресурсы совладания с трудными жизненными ситуациями у подростков с нарушениями зрения в зависимости от тяжести нарушений имеют как общие, так и специфичные особенности. Так, для подростков с умеренными зрительными нарушениями значимым коррелятом жизнестойкости становится самообвинение и диссимуляция, чего не отмечается в выборке слепых подростков. Однако наиболее значимым фактором жизнестойкости подростков вне зави-

симости от степени тяжести визуальных ограничений является оптимистичный взгляд на жизнь, уверенность в том, что любая трудная жизненная ситуация решаема. При этом способы сохранения оптимистичного взгляда на жизнь, вероятно, различаются в зависимости от тяжести нарушения, что демонстрируют взаимосвязи между жизнестойкостью подростков с нарушениями зрения разной степени тяжести и их самооценкой. Согласно полученным результатам, жизнестойкость положительно коррелирует с актуальной и перспективной самооценками как в выборке слепых, так и в выборке слабовидящих подростков. Специфичной для слепых подростков оказалась положительная взаимосвязь между показателем жизнестойкости и идеальной самооценкой. На основе результатов регрессионного анализа можно констатировать, что предиктором жизнестойкости слепых подростков является именно идеальная самооценка ($\beta=0,42$, $p<0,05$, при $r^2=0,59$), тогда как в случае слабовидящих подростков – перспективная самооценка ($\beta=0,27$, $p<0,05$, при $r^2=0,49$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о некоторых общих и специфичных моментах в развитии жизнестойкости подростков с нарушениями зрения по сравнению с их условно здоровыми сверстниками. Эмпирическое исследование показало, что самооценка подростков с нарушениями зрения существенно отличается от самооценки условно здоровых подростков, при этом большее значение имеет степень нарушения зрения. Учитывая компенсаторный потенциал идеальной самооценки незрячих подростков, описанный выше, можно констатировать, что их жизнестойкость подростков имеет специфичные именно для данной группы предикторы, прежде всего, идеализированные представления о себе и своей жизни. Жизнестойкость слепых подростков определяется идеализированными представлениями о себе, не соответствующими их текущей жизненной ситуации. В отличие от слепых подростков, их слабовидящие сверстники обладают довольно высокой перспективной самооценкой, которую можно рассматривать как компенсаторную надежду на повышение самооценки в будущем, и именно такой аспект самооценки становится значимым предиктором жизнестойкости в данной группе.

В обеих выборках подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата также зафиксирована положительная корреляция суммарного показателя жизнестойкости и копинг-стратегии «оптимизм» (адаптивная эмоциональная копинг-стратегия), и, помимо этого, отрицательная корреляционная связь между показателем жизнестойкости и неадаптивной эмоционально-ориентированной копинг-стратегией «покорность» (неадаптивная эмоциональная копинг-стратегия). Кроме того, в выборке подростков с умеренными наруше-

ниями двигательных функций в число отрицательных коррелятов жизнестойкости (как и в выборке их условно здоровых сверстников) вошли «агрессивность» (неадаптивная эмоциональная копинг-стратегия) и «отступление» (неадаптивная поведенческая копинг-стратегия).

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что жизнестойкость подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций, существенно ограничивающими жизнедеятельность, взаимосвязана, в первую очередь, с использованием адаптивных и отказом от неадаптивных эмоциональных копинг-стратегий. Именно адаптивные эмоционально-ориентированные копинг-стратегии, судя по всему, составляют наиболее значимые предпосылки жизнестойкости таких подростков. В выборке подростков с умеренными двигательными нарушениями жизнестойкость к тому же оказывается отрицательно взаимосвязанной с неадаптивными поведенческими копинг-стратегиями, в частности, «отступлением». В целом, жизнестойкость подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата связана, в первую очередь, с возможностями достижения эмоционального комфорта и отказом от неадаптивной поведенческой активности, связанной с уклонением от решения проблем. Отметим, однако, что подтвердить сформулированные предположения результатами регрессионного анализа не удалось, регрессионные модели оказались незначимыми в обеих выборках.

В отношении взаимосвязи жизнестойкости и самооценки подростков с нарушениями двигательных функций разной степени выраженности наблюдается картина, аналогичная той, которая уже была описана на материале подростков с нарушениями зрения. Общим для обеих выборок положительным коррелятом суммарного показателя жизнестойкости является актуальная самооценка, коррелятом, специфическим для выборки подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций – идеальная самооценка. Она же оказалась значимым предиктором жизнестойкости подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций по результатам регрессионного анализа ($\beta=0,23$, $p<0,05$, при $r^2=0,34$), тогда как для выборки подростков с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата достоверную регрессионную модель построить не удалось. Как и в случае анализа результатов, полученных в выборке слепых подростков, можно предположить, что идеальная самооценка играет компенсаторную роль и способствует укреплению жизнестойкости подростков с тяжелыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата благодаря формированию не вполне реалистичного образа Я.

Анализ взаимосвязей жизнестойкости, копинг-стратегий и самооценки подростков с нарушениями слуха осуществлялся двумя разными путями. В случае слабослышащих подростков логика анализа была такой же, как и при описании корреляционных связей между аналогичными показателями в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, соответствующие данные представлены в таблице 14. Для анализа результатов, полученных в выборке глухих подростков, использовался суммарный балл по трем параметрам оценки проективного рисунка «Моя жизнь», принятых в качестве условных эквивалентов различных компонентов жизнестойкости. Результаты корреляционного анализа, проведенного с использованием этого показателя, приведены на рисунке 12.



Рисунок 12. Взаимосвязи суммарного показателя жизнестойкости, копинг-стратегий и самооценки глухих подростков, $r_s, p < 0,05$

На основании сравнения полученных результатов мы можем отметить, что, несмотря на методические и процедурные различия в процессе сбора данных, структуры корреляционных связей, полученных в выборках слабослышащих и глухих подростков, практически идентичны. Так, в обеих выборках была зафиксирована универсальная для всех обследованных групп подростков взаимосвязь жизнестойкости и оптимизма, который впоследствии показал себя значимым предиктором жизнестойкости слабослышащих подростков ($\beta = 0,28, p < 0,05$, при $r^2 = 0,31$), в выборке глухих подростков соответствующая регрессионная модель оказалась недостоверной. Также в обеих выборках отмечаются типичные и для других групп отрицательные связи между жизнестойкостью, с одной стороны, и неадаптивными копинг-стратегиями «отступление» и «агрессивность», с другой стороны.

Помимо этого, в обеих выборках обнаружены типичные и для остальных обследованных групп связи между жизнестойкостью и от-

раженной самооценкой, однако актуальная самооценка оказалась значимым коррелятом жизнестойкости только в выборке глухих подростков, тогда как в группе слабослышащих подростков такой взаимосвязи обнаружено не было. При этом, в отличие от выборок подростков с нарушениями зрительных и двигательных функций, в выборках подростков с нарушениями слуха не было зафиксировано компенсаторных эффектов идеальной самооценки, которая не показала значимых связей с суммарным показателем жизнестойкости. В целом, несмотря на трудности с вербальным отражением своего жизненного опыта и его категоризацией на основе соотнесения с абстрактными понятиями, которые не позволили глухим подросткам успешно справиться с Тестом жизнестойкости, жизнестойкие установки имеют ресурсное значение и в этой выборке, формируясь в логике общевозрастных закономерностей личностного становления, чему, вероятно, способствует факт взаимосвязей жизнестойкости преимущественно с невербальными компонентами интеллекта (Шумакова, Шамардина, 2018).

Подводя итог характеристике жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в контексте особенностей их самооценки и предпочитаемых копинг-стратегий, отметим, что степень жизнестойкости подростков с ОВЗ вполне соизмерима с уровнем жизнестойкости их условно здоровых сверстников и не зависит от степени выраженности нарушений, однако, судя по всему, поддержание жизнестойкости обеспечивается разными по своей природе механизмами. В случае подростков с сенсорными и двигательными нарушениями это, прежде всего, формирование адаптивных копинг-стратегий эмоциональной и, в несколько меньшей степени, поведенческой направленности, а также укрепление самооценки, как в аспекте реального Я, так и идеального Я, имеющей компенсаторное значение для подростков с тяжелыми нарушениями развития.

Важно еще раз отметить, что вне зависимости от особенностей развития подростков коррелятом жизнестойкости оказалась копинг-стратегия «оптимизм», что представляется крайне важным в контексте определения «мишеней» и ресурсов психологического сопровождения подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций.

В выборке условно здоровых подростков в числе копинг-стратегий, положительно взаимосвязанных с жизнестойкостью, также оказались стратегии «конструктивная активность» и «придание смысла», и, с отрицательным знаком, неадаптивные стратегии «диссимуляция», «агрессивность» и «покорность». Можно отметить, что в целом копинг-стратегии, продемонстрировавшие взаимосвязи с пока-

зателями жизнестойкости условно здоровых подростков, могут быть соотнесены с основным компонентам жизнестойкости: отказ от диссимуляции и агрессивности – вовлеченности, конструктивная активность и отказ от покорности – контролю, оптимизм и придание смысла – принятию риска. В то же время, обращает на себя внимание тот факт, что копинг-стратегии условно здоровых подростков, взаимосвязанные с жизнестойкостью, довольно разнообразны и охватывают все потенциальные сферы совладающей активности: когнитивную, эмоциональную и поведенческую.

Взаимосвязи, полученные в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, при определенном внешнем сходстве с данными, полученными на выборке условно здоровых подростков, носят несколько иной характер. Так, помимо уже отмеченной положительной взаимосвязи между показателями жизнестойкости и оптимизма, в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями обнаружены отрицательные взаимосвязи с неадаптивными стратегиями «отступление», «смирение», «самообвинение», однако не прослеживаются взаимосвязи с копинг-стратегиями, предполагающими обретение контроля над проблемной ситуацией. В этой связи можно предположить, что наиболее уязвимым компонентом в структуре жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями является компонент контроля.

Отдельного внимания заслуживает тот факт, что, согласно результатам корреляционного анализа, в который в качестве отдельной переменной был включен возраст подростков, было установлено, что возрастная динамика ресурсов жизнестойкости, соответствующая нормативным траекториям личностного развития в подростковом возрасте, типична только для условно здоровых подростков ($p < 0,05$). В выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями описанные выше закономерности, характеризующие взаимосвязи жизнестойкости, копинг-стратегий и самооценки таких подростков, практически не подвергаются изменениям, связанным с взрослением, что позволяет констатировать различия в динамике личностного развития подростков с ОВЗ и их типично развивающихся сверстников в аспекте ресурсов совладания с жизненными трудностями. Эти различия наиболее ярко прослеживаются между выборками условно здоровых подростков и подростков с тяжелыми нарушениями сенсорного и двигательного развития и проявляются, прежде всего, в сохранении на протяжении всего старшего подросткового возраста элементов инфантильности в отношении собственной жизни на фоне искажения самовосприятия.

Выявленные особенности отношения подростков с нарушениями зрения к себе и своей собственной жизни являются важными аспектами психологического сопровождения. Успех социальной интеграции зависит от представлений о себе и своих возможностях, которые будут сформированы у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями при переходе к самостоятельной жизни. Полученные данные о жизнестойкости и самооценке таких подростков, несомненно, имеют практическое значение при определении целей психологического сопровождения, направленного на улучшение их социально-психологической адаптации. В целом, исследование показало, что подростки с нарушениями сенсорных и двигательных функций обладают достаточно высоким потенциалом совладания с жизненными трудностями, однако структура этого потенциала различается в зависимости от тяжести нарушений, обуславливающих способы взаимодействия подростка с различными жизненными ситуациями, комфортную для него степень самостоятельности и автономности. В связи с этим в процессе психологического сопровождения личностного развития подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций крайне важно прилагать усилия, направленные на помощь подросткам в выработке таких копинг-стратегий, которые соответствовали бы их реальной жизненной ситуации, степени тяжести ограничений жизнедеятельности и личностным возможностям.

Исследование косвенно показало, что траектория личностного развития подростков с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций в большей степени соответствует траектории личностного развития условно-здоровых подростков, чем их сверстников с тяжелыми формами нарушений развития. Можно предположить, что сближение траекторий личностного развития подростков с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций и условно здоровых подростков обеспечивается возможностями компенсаций ограничений жизнедеятельности, которые предлагает современное общество. У подростков с тяжелыми формами сенсорных и двигательных нарушений возможности компенсации значительно более ограничены, а, следовательно, формирование их жизнестойкости происходит в контексте переосмысления отношения к себе и к своей жизни, выработки идеализированных представлений о собственном здоровье, личности, благополучии. Большую роль в укреплении жизнестойкости подростков с ОВЗ играет и возможность использовать ресурсы социальной поддержки, предоставляемые средой, а также сформированность тех копинг-стратегий и аспектов самооценки, которые позволяют принимать и использовать эту помощь и поддержку.

Проиллюстрируем приведенные выше теоретические обобщения реальными жизненными примерами.

Среди подростков с тяжелыми нарушениями сенсорных и двигательных функций наиболее жизнестойкими оказываются ориентированные на получение помощи от окружающих людей без ущерба для самоуважения:

«Высокомерен. Внутренне понимает доводы оппонента, но признать не может. На проблемы реагируют родители, хотя ... мог бы и сам. Подчиняется папе» (из интервью учителя о поведении тотально слепого мальчика, 14 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Всегда готова к контактам, готова всем помочь, сама не любит непрошенной помощи, в случае необходимости обращается сама, хотя старается быть самостоятельной (из интервью учителя о поведении глухой девочки, 14 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Он очень ценит себя, даже слишком, воспринимает заботу о себе со стороны матери как должное. Бывает заносчивым» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми двигательными нарушениями, 16 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

Самые низкие показатели жизнестойкости, напротив, свойственны тем подросткам с тяжелыми сенсорными и двигательными нарушениями, которые не готовы принимать помощь, закрываются от межличностных контактов, склонны к самообвинению:

«Все держит в себе, может не сказать, а заплакать. Отстраняется, если повышают голос» (из интервью учителя о поведении тотальной слепой девочки, 15 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

«Включается с большим трудом, без эмоций такое ощущение, что боится людей. Вещь в себе» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми двигательными нарушениями, 16 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

«Говорит очень плохо, и не стремится. Ей не надо. С одноклассниками почти не коммуницирует» (из интервью учителя о поведении глухой девочки, 14 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

В отличие от подростков с тяжелыми нарушениями сенсорных и двигательных функций, среди подростков с умеренными нарушениями отмечено, что по мере взросления их восприятие жизни становится более реалистичным и многогранным. Однако в этом случае жизнестойкость поддерживается не только путем применения адаптивных

копинг-стратегий на фоне отказа от неадаптивных, но и посредством отвлечения от размышлений о жизненных трудностях и активного подавления собственных эмоций:

«Сразу решает проблемы, эмоционально не показывает своего состояния» (из интервью учителя о поведении слабовидящего мальчика, 14 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Очень сдержанный, никогда не показывает, что ему трудно, стремится передвигаться сам» (из интервью учителя о поведении мальчика с умеренными нарушениями двигательных функций, 15 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Занимается спортом, стремится к своим целям, хотя не всё получается, ищет разные пути» (из интервью учителя о поведении слабослышащей девочки, 14 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

Подростки с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций, обладающие низким уровнем жизнестойкости, часто оказываются склонными выбирать такие же способы совладания с трудностями, как и их сверстники с выраженными нарушениями развития:

«Передает все маме, перекладывает ответственность» (из интервью учителя о поведении слабовидящего мальчика, 14 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

«Имеет широкий круг общения, интересна мальчикам, но сама не активна, хочет, чтобы ее приглашали, проявляли о ней заботу. Такая принцессочка» (из интервью учителя о поведении слабослышащей девочки, 15 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

«Характер вспыльчивый, девочка конфликтная. Отношения с одноклассниками неплохие, но не близкие. Учится нормально, но больше времени отдает спорту (бочка). Одиночка по натуре» (из интервью учителя о поведении девочки с умеренными нарушениями двигательных функций, 15 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

Приведенные характеристики подростков, кроме иллюстрации взаимосвязей жизнестойкости подростков и способов их совладания с трудностями, выполняют, на наш взгляд, еще одну важную функцию, наглядно демонстрируя тезис о том, что жизнестойкость как важнейший компонент личностного потенциала подростков с сенсорными и двигательными нарушениями теснейшим образом связана с особенностями их отношений с другими людьми (родителями, учителями, сверстниками). Это придает задаче изучения взаимосвязей между

жизнестойкостью подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций и характеристиками их отношений с другими людьми, решаемой в следующей главе данной монографии, дополнительную актуальность, определяя ее значимость для развития и совершенствования практики психологического сопровождения личностного становления подростков с ОВЗ.

* * *

В заключение главы, посвященной анализу личностных факторов жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья (на примере подростков с сенсорными и двигательными нарушениями) еще раз подчеркнем, что результаты, представленные в данной главе, дают некоторое представление о логике становления жизнестойкости тех подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций, которые обучаются в специализированных (коррекционных) образовательных организациях, и не могут экстраполироваться на подростков, имеющих такие же нарушения развития, но личностно формирующихся в условиях иной социальной ситуации развития, в частности, в массовых школах, реализующих программы инклюзивного образования, или в учреждениях для детей-сирот, без специальной эмпирической проверки. Кроме того, относительная малочисленность выборок не позволила нам учесть в качестве отдельных группирующих переменных такие несомненно значимые факторы, как «стаж» заболевания и возраст, в котором оно себя проявило, отягощенность сенсорных и двигательных нарушений иными проблемами со здоровьем, прогноз развития заболевания, возможностей частичной или полной коррекции имеющихся нарушений и т. д. Изучение влияния этих, а также иных переменных, которые могут оказать существенное влияние на характер жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также на ее взаимосвязи с самооценкой и предпочитаемыми копинг-стратегиями, является важной перспективой развития данного исследования, имеющей очевидную практическую значимость.

Глава 3. ОТНОШЕНИЯ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ КАК ФАКТОР ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В исследованиях жизнестойкости особое место занимает изучение социального контекста развития личности, характеристики которого могут способствовать или, напротив, препятствовать формированию и поддержанию жизнестойких убеждений. Как отмечают исследователи, социальная поддержка является ресурсом, который защищает человека от последствий стресса, смягчает воздействие стрессоров на человека, прежде всего в связи с тем, что жизнестойкие установки предполагают глубокую приверженность человека значимым другим и вовлеченность в отношения в разнообразных сферах жизни (сферах жизни) (семья, друзья, учеба, работа, общественная деятельность), которые позволяют развивать богатую сеть социальных отношений, выступающих ресурсом социальной поддержки в трудных жизненных ситуациях. С другой стороны, жизнестойкие люди, как правило, более привлекательны для установления и поддержания контактов с ними со стороны других людей, что также способствует расширению поддерживающего их социального окружения (Eschleman et al., 2010).

Задача изучения социального контекста становления жизнестойкости особенно актуальна применительно к подростковому возрасту в связи с тем, что этот возрастной этап особенно чувствителен к поддержке со стороны значимых других, а также различного рода нарушениям отношений, которые негативно отражаются на становлении личностного потенциала подростков, в том числе тех его компонентов, которые связаны с ресурсами совладания с жизненными трудностями. В то же время именно в этом возрасте увеличивается риск формирования неконструктивных паттернов отношений с другими людьми, которые могут приводить к ухудшению качества межличностных отношений и, как следствие, снижать адаптационные возможности личности подростка. Этот риск особенно выражен в случае подростков с ограниченными возможностями здоровья, для которых характерны специфические траектории становления системы отношений с другими людьми, обусловленные характером из заболевания и сопряженными с ними ограничениями жизнедеятельности. В связи с этим в данной главе рассмотрены некоторые особенности системы межличностных отношений подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также показана специфика их взаимосвязи с уровнем жизнестойкости.

3.1. Ограниченные возможности здоровья как фактор, опосредующий отношения с другими людьми в подростковом возрасте

Связи ограничений возможностей здоровья, в частности, сенсорных и двигательных нарушений, и характера отношений подростков с другими людьми можно проследить, как минимум, в двух контекстах: в контексте специфических для таких подростков особенностей коммуникации с другими людьми, которые могут накладывать определенный отпечаток на становление системы их социальных отношений, и в контексте анализа их «социальных сетей» – системы социальных контактов, в которые вовлечены подростки и которые могут рассматриваться в качестве важнейшего ресурса формирования и поддержания их жизнестойких установок.

Исследования показывают, что сенсорные и двигательные нарушения сопровождаются нозоспецифическими изменениями коммуникативного потенциала подростков, что приводит к формированию выраженных особенностей коммуникации таких подростков с другими людьми, отличающих их от условно здоровых сверстников.

Так, установлено, что нарушения зрения приводят к затруднениям в сферах установления контакта с собеседником (Самохвалова, 2015), социальной перцепции (Зорина, 2010), поддержания диалога (Виленская, 1990), коммуникативного самоконтроля и рефлексии (Самохвалова, 2015). Отмечено, что для старших подростков с нарушениями зрения характерны меньшая заинтересованность в построении межличностных отношений со сверстниками, выраженная готовность к межличностному подчинению (Карпушкина, Минакова, 2016). В качестве дополнительных факторов риска развития коммуникативных затруднений могут выступать некоторые личностные черты, типичные для слабовидящих подростков и оказывающие негативное влияние на характер их отношений с другими людьми: негативизм, эгоистичность, неустойчивость настроения, раздражительность, импульсивность, склонность к манипулированию и т. д. (Зиновьева, Сви-стунова, 2012; Коган, Яковлева, 2012). Величина этих трудностей возрастает по мере увеличения глубины зрительных нарушений (Ростомашвили, 2000).

Коммуникативные трудности иного порядка возникают у подростков с нарушениями слуха. Они сконцентрированы вокруг специфики речевого развития таких подростков, особенности которого являются первичными по отношению к возникновению разнообразных коммуникативных затруднений. Дети и подростки с нарушениями

слуха имеют ограниченный словарный запас, часто демонстрируют смысловые подмены, заменяя одно слово другим, похожим по произношению и написанию, но имеющим иное значение, склонны к использованию упрощенных грамматических конструкций, имеют более или менее выраженные нарушения произношения, что в совокупности снижает качество их контактов с другими людьми, зачастую не позволяя им быть активными участниками социального взаимодействия. Согласно данным, полученным В. С. Собкиным, для детей со слуховыми нарушениями характерна фиксация на своих нарушениях слуха и речи (Собкин, 1997), что приводит к попыткам скрыть свою глухоту. Как отмечает П. А. Крысанов, в основе этой тенденции лежит страх перед неадекватной реакцией со стороны окружающих, прежде всего, нормально слышащих (Крысанов, 2001). Между тем, именно сформированная готовность к общению со слышащими людьми, как сверстниками, так и взрослыми, а также активная, диалогическая позиция во взаимодействии с ними, является залогом расширения системы социальных связей подростка и, разумеется, отказ от такого взаимодействия способствует закреплению трудностей в коммуникации (Демина, 2019).

Коммуникативные трудности подростков с нарушениями двигательных функций могут быть обусловлены как нарушениями моторного компонента речи и/или системы выразительных движений, так и неконструктивной позицией таких подростков в отношениях с другими людьми, связанной с осознанием и оценкой своих нарушений. В данной группе подростков с ОВЗ констатируется гетерохронность развития коммуникативной сферы, когда формирование мотивации к общению существенно опережает инструментальные возможности коммуникации (Жирных, 2019). В результате к подростковому возрасту может сформироваться устойчивая отчужденность подростка и тенденция к изоляции от окружающего мира, что усугубляет нарушения социальной адаптации на фоне заострения личностных черт (акцентуаций характера), неустойчивости эмоционально-волевой сферы личности, повышенной тревожности, завышенной самооценки при недостаточной критичности к себе и результатам собственной деятельности (Фадеева, 2010).

Необходимо отметить, что сенсорные и двигательные нарушения и сопряженные с ними особенности коммуникации сами по себе не являются непреодолимым препятствием на пути развития личностного потенциала подростка, однако, являясь фактором риска развития коммуникативной дезадаптации, могут приводить к сокращению количества и снижению качества социальных контактов, сокращению круга общения до границ референтной группы, состоящей из

одноклассников с аналогичными нарушениями здоровья. Между тем, современными исследованиями показано, что широкая система социальных контактов является важным условием благополучного личностного развития подростков вообще, и подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в частности, поскольку обеспечивает подростка ресурсом социальной поддержки, необходимым для успешного преодоления различных жизненных трудностей.

Как уже отмечалось выше, фактор социальной поддержки и субъективной удовлетворенностью ее качеством имеет весомое значение среди факторов, ассоциирующихся с формированием и укреплением жизнестойкости личности (Eschleman et. al., 2010). Социальная поддержка рассматривается многими исследователями в качестве ресурса, который может защитить человека от последствий стресса, (Callaghan, Morrissey, 1993; Sahin-Baltaci, Karatas, 2015; Viswesvaran et. al., 1999 и др.). Объем социальной поддержки в некоторых случаях определяется количеством социальных отношений в целом или же количеством отношений определенного типа, например, брак, дружба или членство в организации. Обозначение количественных характеристик отношений обычно осуществляется с помощью таких терминов, как социальная интеграция или изоляция. В других случаях социальная поддержка может определяться в терминах структуры социальных отношений человека, и тогда используется термин «социальные сети», обозначающий структуру социальных отношений, их социальные и психологические эффекты. Анализ «социальных сетей» расширяет диапазон исследований социальных отношений, поощряет внимание к многочисленным аспектам и эффектам этих отношений и предоставляет метод для описания структуры связей и эффектов различных моделей отношений. Наиболее часто изучаемыми свойствами социальных сетей являются их размер и плотность, а также мера адекватности ресурсов, предоставляемых другими лицами. Ключевым вопросом здесь становится не количество социальных контактов, а уверенность человека в том, что в случае необходимости адекватная поддержка будет доступна, а также его удовлетворенность её объемом. Поэтому психологические исследования социальной поддержки осуществляются сегодня, прежде всего, в парадигме изучения социальных сетей, которые понимаются как совокупности значимых и устойчивых отношений человека с другими людьми. Социальная поддержка, будучи одной из функций социальных сетей, обнаруживается в первую очередь в тех взаимоотношениях, которые оказывают продолжительное воздействие на жизнь человека (Caplan, Killilea, 1976).

Социальная поддержка включает в себя эмоциональную и инструментальную составляющую, каждая из которых вносит вклад

в формирование и поддержание установок, определяющих жизнестойкость личности. Эмоциональная поддержка обеспечивает человеку возможность регуляции эмоционального состояния посредством поиска понимания и сочувствия в общении с людьми, составляющими непосредственное социальное окружение, в то время как инструментальная поддержка определяет возможность получения информационной или действенной помощи (Aspinwall, Taylor, 1997). Эффективность социальной поддержки определяется не только объективными характеристиками социальных сетей, но и субъективных восприятием их эмоционального и инструментального ресурса. При этом ключевым фактором эффективности социальной поддержки является соответствие между объективными возможностями сети взаимоотношений, значимых для человека, и их субъективной оценкой (Копытов и др., 2010).

Результаты зарубежных исследований показывают, что воспринимаемая социальная поддержка может рассматриваться как значимый предиктор жизнестойкости не только во взрослом, но и в подростковом возрасте (Sahin-Baltaci, Karatas, 2015). Социальные отношения могут иметь особое значение в периоды активного взросления, когда подросток часто испытывает некоторую степень психологического напряжения, связанную с неопределенностью жизненных перспектив, а также множественными и одновременными изменениями в физическом, когнитивном и социальном развитии, предъявляющими повышенные требования к адаптационному потенциалу (Vondra, Garbarino, 1988).

Установлено, что уровень жизнестойкости подростков, которые живут со своими родителями, выше по сравнению с теми подростками, чьи родители (или один из родителей) не проживают вместе с ними (Sahin-Baltaci, Karatas, 2015). Значимость благоприятных семейных отношений для формирования жизнестойкости показал и мета-анализ К. Eschleman и соавт., позволивший установить, что семейная поддержка наиболее тесным образом связана с жизнестойкостью личности (Eschleman et al., 2010). Другими исследованиями показано, что к числу факторов, укрепляющих жизнестойкость, относятся также благоприятные отношения с друзьями, учителями и соседями (Soest et al., 2009).

Согласно данным, представленным в литературе, родительская поддержка имеет наибольшее значение для подростка в тех областях, которые ориентированы на будущее, таких как выбор школы, образование, карьерные планы. Сверстники, в свою очередь, являются важным источником поддержки в текущих жизненных событиях и проведении досуга. При этом и родители, и друзья являются важными ис-

точниками социальной поддержки в вопросах, касающихся проблем, возникающих у подростка в сфере межличностных отношений (Bois-Reymond, Ravesloot, 1994). Помимо родителей и друзей, важными источниками социальной поддержки в подростковом возрасте являются братья и сестры, другие родственники и учителя (Furman, Buhrmester, 1985).

Социальная поддержка может выполнять защитную функцию и улучшать психологическое благополучие через психологические эффекты простого присутствия других, предотвращая изоляцию, обеспечивая подростку ощущение любви и понимания, уверенность в возможности получить помощь и поддержку в тех ситуациях, когда это необходимо, что способствует повышению самооценки и уверенности в себе, а также чувства собственного достоинства, безопасности и контроля над собой и окружающим миром (Nestmann, Hurrelmann, 1994).

Таким образом, можно утверждать, что жизнестойкость подростков во многом определяется характером их отношений с другими людьми, проявляющимся, в частности, в воспринимаемой подростками поддержке со стороны значимых других. Результаты исследования А. А. Лифинцевой и Р. Р. Животягина показывают, что наибольшее значение для преодоления стрессогенных жизненных событий в подростковом возрасте имеет эмоциональная поддержка, а также поддержка в форме социальной интеграции, которые способствуют поддержанию эмоционального благополучия и позитивной самооценки (Лифинцева, Животягин, 2012). Как указывает О. Ю. Казьмина, социальная поддержка помогает снижать воздействие стресса несколькими путями: непосредственным влиянием на самооценку и уверенность в себе, подавлением депрессии и тревожности, уверенностью человека в возможности получить поддержку в данный момент и в будущем (Казьмина, 1997). При этом, согласно эмпирическим результатам, девочки заинтересованы в социальной поддержке в несколько большей степени, чем мальчики (Frey, Röthlisberger, 1996).

Следует, однако, отметить, что эти данные получены на выборках условно здоровых подростков и молодых людей, а также респондентов с психическими заболеваниями. Представляется, что применительно к подросткам с сенсорными и двигательными нарушениями эти данные нуждаются в дополнительной эмпирической проверке. Можно предположить, что в силу специфики социальной ситуации развития характер связи между жизнестойкостью и воспринимаемой социальной поддержкой различен для условно здоровых подростков и подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, чья коммуникация с другими людьми обладает выраженной специфичностью

как в регуляции собственного поведения, так и в понимании поведения других людей.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о специфике детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, поскольку в условиях сокращения «пространства социализации», свойственного для таких подростков, именно поддержка родителей может становиться важнейшим ресурсом жизнестойкости.

Как известно, отношения с родителями в подростковом возрасте переходят на качественно новый этап, связанный с последовательным нарастанием самостоятельности. Как отмечает М. Кле, избавление от родительской опеки является универсальной целью отрочества (Кле, 1991). Изменения в детско-родительских отношениях происходят за счет созревания когнитивных и эмоциональных функций и «замещения» родителей группой сверстников, что ведет к ослаблению эмоциональных связей с родителями и семьей в целом. Однако в большинстве случаев родители продолжают оставаться важными партнерами для взаимодействия. Их мнения во многих ситуациях оцениваются так же высоко, как и мнения сверстников, если не оказываются предпочтительнее последних. Согласно результатам многих исследований (Кон, 1984; Лесин и др., 2016; Крушельницкая, Орлов, 2013 и др.), подростки в значимых жизненных ситуациях в большей степени ориентированы на оценки взрослых и прежде всего на оценки родителей, и группа сверстников зачастую выступает не как антагонист родительских убеждений, а как функция усиления родительской ценности.

Однако качественные характеристики отношений с родителями в подростковом возрасте существенно отличаются от отношений со сверстниками. Так, И. С. Кон указывает на то, что родители в глазах подростка уступают сверстникам по уровню понимания, легкости и откровенности общения. Степень психологической близости с ними резко снижается к 12–14 годам (Кон, 1984). Привязанность к родителям, основанная на изначальной зависимости, с возрастом начинает тяготить ребенка. Подросток хочет почувствовать себя самостоятельным и получить подтверждение этого от других людей. Поэтому в подростковом возрасте фиксируется функциональная дифференциация отношений подростка с родителями и со сверстниками: отношения со сверстниками рассматриваются как наилучший контекст для проведения свободного времени, тогда как отношения с родителями – как важнейший ресурс поддержки и помощи в ситуации жизненных затруднений. Подобная концентрация общения в рамках семьи дает основания предполагать, что взрослый в семье или семья

в целом получает в глазах подростка статус образца социального поведения, помощника, определенной формы защиты. Лидирующая роль семьи, вероятно, обусловлена свойственным ей потенциалом поддержки, как моральной, так и практической, причем получаемая помощь и поддержка от членов семьи превышает помощь и поддержку, предоставляемые самим подростком членам семьи, тогда как помощь и поддержка, получаемые от сверстников, зачастую гораздо меньше оказываемых им самим подростком (Белинская, 1997).

Таким образом, родительская семья занимает важное место в жизни подростка. Особенности его взаимоотношений с родителями накладывают отпечаток на формирование личности. Именно родительское отношение к ребенку определяет стиль семейного воспитания, сложившийся в семье. Родительское отношение и стиль воспитания неизбежно ведут к формированию тех или иных личностных особенностей подростка, способствуя формированию у него позитивного взгляда на мир и на самого себя, или, напротив, внося вклад в формирование «антижизнестойких» черт, таких как неадекватная самооценка, недоверчивость, необщительность, пессимистичный взгляд на жизнь.

При этом семейная ситуация подростка не тождественна той, которую воспринимают родители и внешние наблюдатели, что подкрепляется развивающейся в подростковом возрасте способностью к рефлексии. Исследования показывают, что согласно представлениям подростков благоприятные семейные отношения представляют собой совокупность проявлений эмоционально-теплого отношения родителей к ребенку на фоне умеренной директивности, необходимой подростку, поскольку полный отказ родителей от своей направляющей роли в отношениях с подростком воспринимается им как отсутствие контроля и оценивается как признак неблагополучия отношений с родителями, незаинтересованности родителей в его судьбе (Капцова, 2002).

Таким образом, на формирование Я-концепции подростка оказывает влияние не только реальный стиль взаимодействия с ним родителей и их оценка, но и субъективное отражение подростком родительского отношения и своей позиции в семье. Субъективное восприятие семейной ситуации обуславливается уровнем удовлетворения важнейших потребностей подростка – в автономии, признании, уважении, самоопределении, семейной поддержке, – которые реализуются в общении с родителями. Исследования известнейших специалистов в области психологии детско-родительских отношений (Варга, 1986; Бодалев, Столин, 1989; Эйдемиллер, Юстицкис, 2008 и др.) наглядно показывают, что неблагоприятный семейный контекст

личностного становления подростков складывается в тех случаях, когда родители имеют тенденцию к сохранению психологической дистанции или, напротив, симбиотической эмоциональной привязанности, принимающих различные формы гипо- или гиперпротекции и в результате препятствующих установлению глубоких эмоциональных контактов с ребенком.

На этом фоне вполне достоверными выглядят представленные в литературе сведения о том, что характер отношений подростков с родителями вносит большой вклад в формирование их жизнестойкости. Исследования показывают, что развитию жизнестойкости подростка способствуют отношения с родителями, сочетающие эмоциональную теплоту, поддержку, заботу и родительскую требовательность (Золотухина, 2013), готовность родителей предоставить подростку самостоятельно принимать решения в тех вопросах, которые подросток способен контролировать самостоятельно (Рассказова, Леонтьев, 2013). Значимость детско-родительских отношений для формирования жизнестойкости подростков наглядно прослеживается в результатах исследования становления жизнестойкости подростков, воспитывающихся в условиях семейной депривации, в ходе которого было установлено, что наличие значимых взрослых способствует формированию жизнестойких убеждений подростка, тогда как их отсутствие затрудняет этот процесс, приводя к снижению жизнестойкости (Борзилова, Солонченко, 2013)

Необходимо отметить, что описанные выше данные получены на материале условно здоровых подростков. Очевидно, что сведения о закономерностях влияния характера отношений с родителями на жизнестойкость подростков, полученные на основе обследования семей с условно здоровыми подростками, не могут быть прямо экстраполированы на процессы личностного развития подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Известно, что детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих ребенка с ОВЗ, имеют выраженную специфику, обусловленную, с одной стороны, объективными особенностями жизнедеятельности и развития «особого» ребенка, и, с другой стороны, отношением родителей к ним. Для родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья часто характерно сочетание сенситивности (повышенной эмоциональной чувствительности, ранимости, обидчивости) и гиперсоциализации (заостренного чувства долга и ответственности) (Спиваковская, 1999), что провоцирует внутриличностную конфликтность и, как следствие, сказывается на характере детско-родительских отношений.

Безусловное влияние на характер детско-родительских отношений подростков с сенсорными и двигательными нарушениями оказывает специфика заболевания ребенка. В литературе имеются сведения о том, как складываются отношения в семьях подростков с нарушениями зрительных, слуховых и двигательных функций, на основании которых можно описать некоторые обобщенные характеристики этой группы детско-родительских отношений.

Так, в исследованиях, посвященных детско-родительским отношениям в семьях глухих и слабослышащих подростков, показано, что родители часто занимают двойственную позицию по отношению к ребенку, с одной стороны, лишая его самостоятельности, и, с другой стороны, болезненно воспринимая имеющиеся у ребенка нарушения и связанные с ними особенности его развития (Богданова, 2002). В семьях, воспитывающих глухих и слабослышащих детей, родители в большей степени сосредоточены на сегодняшнем дне, в меньшей степени задумываясь о будущем (Богданова, Мазурова, 1998). Особенно ярко специфика детско-родительских отношений проявляется в семьях, в которых слабослышащего или глухого ребенка воспитывают родители с нормальным слухом. В таких семьях по данным целого ряда исследований наиболее высок риск формирования дисгармоничных отношений родителей к ребенку, связанных с фрустрацией тенденции к установлению контакта и межличностных связей привычным для них способом (Карпова, 2008; Никитина, Хохлова, 2015; Цурекман, 1980; Feher-Pront, 1996; Morgan-Redshaw et al., 1990; Pipp-Siegel et al., 2002). Отношения с отцом в этой ситуации оказываются более уязвимыми, нежели отношения с матерью (Богданова, Мазурова, 1998).

Исследования, посвященные особенностям детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, показывают, что в таких семьях детско-родительские отношения имеют выраженную специфику, связанную как с особенностями родительской позиции по отношению к «особому» ребенку, представлений о необходимой ему помощи и поддержке, так и с характеристиками коммуникативной позиции ребенка.

Эмпирические данные показывают, что для семей старших подростков с нарушениями зрения в большей степени характерны дисгармоничные стили семейного воспитания (Карпушкина, Конева, 2018; Ольхина, 2006). Для таких семей свойственны такие модели родительского отношения, как гипер- или гипоопека, а также более или менее осознаваемое родителями неприятие особенностей развития собственного ребенка. Недооценка родителями глубины нарушений зрения и их последствий зачастую приводит к неоправданному опти-

мизму в отношении возможностей ребенка, завышенным ожиданиям в отношении его достижений и успехов, что накладывает негативный отпечаток на становление личности подростка, и, кроме того, часто выливается в сокращении родителями доступных для ребенка ресурсов поддержки, как межличностной, так и профессиональной. В других случаях формируется устойчивая модель гиперопекающих отношений со стороны родителей, при которой щадящее отношение родителей к подростку оборачивается ограничением его самостоятельности, снижением социальной активности, зависимостью суждений подростка от родительского мнения. Неблагоприятный характер детско-родительских отношений может усугубляться на фоне эмоциональной отчужденности, которая складывается в семьях, не «принимающих» ребенка в силу его «особости», не стремящихся установить с ним эмоционально-теплые отношения и склонных перекладывать свои родительские обязанности на педагогов и других специалистов, что порождает у подростка чувство своей неполноценности и ненужности (Карпушкина, Конева, 2018).

Детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих подростков с нарушениями двигательных функций, также имеют выраженную специфику. Для родителей, воспитывающих подростка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, также, как и для родителей детей с сенсорными нарушениями, характерен внутриличностный конфликт, связанный с трудностями в принятии ребенка, что может приводить их к эмоциональному и/или физическому отстранению от выполнения своих родительских функций, перекладыванию обязанностей по воспитанию такого ребенка на других членов семьи или специалистов, осуществляющих психолого-медико-педагогическое сопровождение его развития. Наиболее распространенными стилями отношений родителей к подростку, как и в случае семей, воспитывающих детей с сенсорными нарушениями, становятся гиперопека, способствующая инфантилизации подростка, или, напротив, гипоопека, сопровождающаяся эмоциональной депривацией, каждый из которых создает неблагоприятный семейный контекст становления личности подростков с нарушениями двигательных функций, приводя их к неуверенности в себе, недоверию к окружающим, ощущению враждебности окружающего мира (Тимофеева, 2013а; Тимофеева, 2013б). По мере увеличения «стажа родительства» у родителей детей, имеющих нарушения двигательных функций, часто развиваются невротические нарушения, прежде всего, астенического и тревожно-депрессивного типа, единственным способом компенсации которых, согласно результатам эмпирических исследований, является идея служения ребенку, что способствует формирова-

нию в семье устойчивых созависимых отношений, сопровождающихся жесткими ролевыми установками (Пирогов и др., 2013).

Таким образом, детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, имеют свои особенности, которые в целом могут рассматриваться как факторы, потенциально поддерживающие формирование «антижизнестойких» установок. Однако ответ на вопрос о том, каким именно образом детско-родительские отношения влияют на становление жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, невозможно дать только на основании сведений о типичных тенденциях взаимоотношений в таких семьях. Анализ влияния детско-родительских отношений на становление жизнестойкости таких подростков требует учета специфики их социальной ситуации развития и предполагает проведение отдельных эмпирических исследований. На сегодняшний день сведения о том, каким образом характер отношений с родителями связан с формированием жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, носят крайне фрагментарный характер, однако можно предположить, что характер опосредования личностного развития подростков исследуемой группы отношениями с родителями может отличаться от закономерностей личностного развития их условно здоровых сверстников.

Подводя итог обзору литературы, посвященной анализу тех или иных сторон социального контекста становления личностного потенциала подростков с ОВЗ, отметим, что в исследованиях доминируют пессимистичные оценки различных сторон социального бытия подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций. Помимо проанализированной в данном параграфе сферы межличностных отношений, большое внимание уделяется социальным отношениям, выражаемым в степени готовности общества к конструктивному взаимодействию с такими подростками, которая, применительно к реалиям современной российской действительности, также оценивается весьма невысоко, несмотря на заметный прогресс последних десятилетий. В этой связи большое значение приобретает изучение ресурсных сторон социальной ситуации развития подростков с ОВЗ, в частности, тех, которые способствуют формированию их жизнестойкости. В следующих параграфах описаны некоторые характеристики отношений подростков с сенсорными и двигательными нарушениями с другими людьми, а также их взаимосвязи с показателями жизнестойкости, полученные нами в ходе эмпирического исследования.

3.2. Особенности системы социальных контактов подростков с ограниченными возможностями здоровья: результаты эмпирического исследования

3.2.1. Структура социальных контактов подростков с ограниченными возможностями здоровья и ее основные характеристики

Структура социальных контактов подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также их условно здоровых сверстников, изучалась с помощью методики «Социальные сети подростка» (Казьмина, 1998), которая позволила охарактеризовать такие параметры системы взаимоотношений подростков с другими людьми, как «размер сети», «плотность сети», «инструментальная поддержка», «эмоциональная поддержка», «количество сфер общения, в которые вовлечен подросток».

Результаты исследования представлены в таблице 15. Приведенные значения, характеризующие различные параметры системы взаимоотношений подростков с другими людьми, позволяют отметить как универсальные для подросткового возраста характеристики системы социальных контактов, так и особенности, специфичные для подростков с нарушениями зрения, слуха и двигательных функций различной степени тяжести.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что различия между группами подростков с нарушениями зрения, слуха и двигательных функций, а также условно здоровых подростков, по показателям, характеризующим их социальные контакты с другими людьми, не слишком значительны, и в целом система социальных контактов подростков с сенсорными и двигательными нарушениями (вне зависимости от степени тяжести нарушений) по большинству исследуемых параметров сопоставима с данными, полученными на выборке условно здоровых подростков, а по некоторым показателям даже превосходят их.

Таблица 15.

Средние значения параметров анализа системы взаимоотношений.

Примечание: «Инстр. поддержка» – инструментальная поддержка; «Эмоц. поддержка» – эмоциональная поддержка; * – достоверные различия с показателями, полученными в выборке условно здоровых подростков, $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$

Выборки	Раз- мер	Плот- ность	Инстр. поддерж- ка	Эмоц. поддерж- ка	Сферы общес- ния
Слепые под- ростки	5,55*	1,04	3,82	2,27	2,45
Слабовидящие подростки	5,12	1,19	3,27	2,03	2,13
Глухие под- ростки	4,25	1,02	2,64	1,65*	2,19
Слабослыша- щие подрост- ки	4,61	1,11	3,05	2,16	2,22
Подростки с тяжелыми двигательны- ми нарушени- ями	5,20	1,06	3,34	2,11	3,01
Подростки с умеренными двигательны- ми нарушени- ями	4,74	1,10	2,93	2,21	3,06
Условно здо- ровые под- ростки	4,88	1,12	2,93	2,32	2,20

Так, в выборке условно здоровых подростков было получено довольно низкое среднее значение показателя «размер социальной сети», характеризующего количество людей, упоминаемых подростком как партнеров по взаимодействию в различных ситуациях (оно составляет 4,88). Согласно данным, которые приводит автор методики, для здоровых социально адаптированных людей размер социальной сети колеблется в интервале 10-30 человек (Казьмина, 1998), однако в нашем исследовании в этот диапазон не попали показатели ни одного испытуемого. Диапазон показателей по этому параметру варьируется в пределах от 1 до 9 во всех семи выборках. Мы предполагаем, что эти

результаты могут быть следствием избирательности в общении и оценках других людей, присущих подросткам, и не указывают прямо на какие-либо нарушения в системе социальных контактов. В этой связи интересно, что более избирательными при характеристике своих социальных контактов оказались подростки, составляющие группу сравнения, их сверстники с умеренными нарушениями зрения и двигательных функций, а также подростки с нарушениями слуха независимо от степени их выраженности, тогда как наименьшую избирательность продемонстрировали подростки с тяжелыми формами нарушения зрения и двигательных нарушений.

Это предположение косвенно подтверждается при сопоставлении индексов плотности социальной сети, демонстрирующих соотношение «ядра» и «периферии» системы социальных контактов (чем ниже показатель, тем менее дифференцированными являются «ядро» и «периферия»). Самыми низкими оказались усредненные индексы плотности социальной сети, полученный в выборке подростков с тяжелыми нарушениями зрительных и двигательных функций, в выборках условно здоровых подростков и их сверстниками с умеренными нарушениями зрения, слуха и двигательной сферы этот показатель несколько выше. В целом, эти показатели оказались невысокими во всех группах, что говорит о низкой дифференцированности системы социальных контактов в подростковом возрасте в целом, однако наименьшие значения, полученные в выборках подростков с выраженными нарушениями сенсорных и двигательных функций, указывают на то, что дифференциация отношений с другими людьми по степени близости, ролевым и ситуационным признакам дается им труднее, чем подросткам с умеренными сенсорными или двигательными нарушениями, а также их условно здоровым сверстникам.

При этом интересно, что структура социальных контактов, значимых для подростков, представляющих выборки подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, достоверно не отличается от картины, полученной в выборке условно здоровых сверстников (см. рисунок 13).

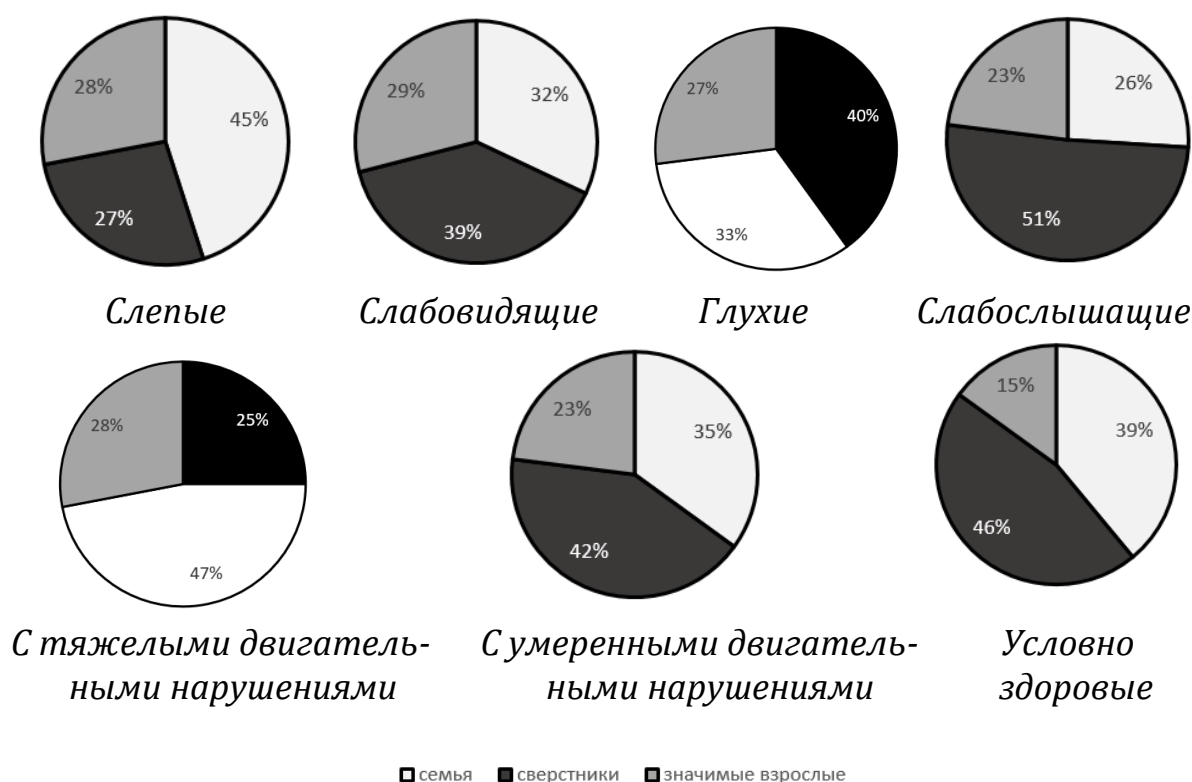


Рисунок 13. Структура значимых социальных контактов в выборках подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций, а также их условно здоровых сверстников

Социальные контакты подростков, представленные на рисунке 13, описаны в трех категориях: «семья», «сверстники», «значимые взрослые». К категории «семья» были отнесены упомянутые подростками контакты с родителями, бабушками и дедушками, братьями и сестрами, другими родственниками. Отметим, что упоминание родителей (или хотя бы одного из родителей) встречается во всех без исключения анкетах подростков. Категория «сверстники» представлена, в первую очередь, друзьями-одноклассниками. В категории «значимые взрослые» оказались педагоги, соседи, друзья семьи и т. д., упомянутые подростками при описании своих социальных контактов.

Несмотря на отсутствие статически значимых различий между процентными показателями частоты встречаемости разных категорий социальных контактов в обследованных выборках, нельзя не отметить тенденцию к увеличению роли семейных контактов на фоне сокращения контактов со сверстниками в выборках подростков с тяжёлыми нарушениями зрительных и двигательных функций. По всей вероятности, эти результаты отражают реальную жизненную ситуацию таких подростков, оказывающихся в намного большей степени зависимыми от помощи взрослых, прежде всего, членов семьи, обеспечивающих мобильность и возможность решения различных быто-

вых задач. В связи с этим не удивителен тот факт, что подростки с тяжелыми нарушениями слуха не демонстрируют такой тенденции: вероятно, это связано с тем, что глухота накладывает несколько меньше ограничений на их жизнедеятельность, позволяя сохранять относительно большую бытовую самостоятельность. Также обращает на себя внимание тот факт, что при анализе системы социальных контактов подростков с выраженными зрительными и двигательными нарушениями получены самые высокие показатели инструментальной поддержки. По всей вероятности, эти подростки склонны воспринимать систему своих социальных контактов, прежде всего, с позиции получения помощи прикладного, житейского порядка, при этом вопросы эмоциональной поддержки от партнеров по общению отходят на второй план. В целом, можно констатировать, что по мере нарастания степени нарушений сенсорных (прежде всего, зрительных) и двигательных функций количество внесемейных социальных контактов подростков сокращается, в то время как для их сверстников с умеренными нарушениями развития эта тенденция не характерна.

Также в выборках подростков с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций отмечаются достоверно более высокие показатели воспринимаемой инструментальной поддержки во взаимоотношениях. В качестве общей тенденции, характерной как для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, так и для их условно здоровых сверстников, можно отметить, что в структуре воспринимаемой социальной поддержки ее инструментальная составляющая превышает эмоциональную. Система социальных контактов, которые воспринимаются как элементы инструментальной и эмоциональной поддержки, в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в целом несколько уже, чем в группе их условно здоровых сверстников. При этом подростки с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций достоверно чаще указывают на инструментальную поддержку как элемент системы социальных контактов, значимый для преодоления ограничений, сопряженных с сенсорными и двигательными нарушениями. Различий в объеме воспринимаемой эмоциональной поддержки между выборками подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и группой сравнения не обнаружено.

Таким образом, на основе полученных результатов можно сделать вывод о том, что система социальных контактов подростков с умеренными сенсорными и двигательными нарушениями по количественным и качественным показателям в целом сходна с системой социальных контактов, характерной для условно здоровых подростков. В случае подростков с выраженными нарушениями сенсорных и дви-

гательных функций система социальных контактов имеет качественную специфику, выражающуюся в меньшей дифференцированности и большей инструментальности отношений с другими людьми.

В ходе нашего исследования мы проанализировали также гендерную специфику системы социальных контактов подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также их условно здоровых сверстников. Несмотря на то, что статистически достоверные различия носят единичный характер (что объясняется, вероятно, немногочисленностью выборок), можно отметить несколько довольно любопытных тенденций (см. таблицу 16).

Таблица 16.

*Средние значения параметров анализа системы взаимоотношений в выборках мальчиков (М) и девочек (Д). Примечание: «Инстр. поддержка» – инструментальная поддержка; «Эмоц. поддержка» – эмоциональная поддержка; * – достоверные различий между показателями мальчиков и девочек внутри соответствующей выборки, $p < 0,05$*

Выборки		Размер	Плотность	Инстр. поддержка	Эмоц. поддержка	Сферы общения
Слепые подростки	Д	5,02	1,00	4,21*	2,67	2,50
	М	4,72	1,07	3,46*	1,70	2,32
Слабовидящие подростки	Д	5,25	1,10	3,22	2,01	2,15
	М	4,80	1,23	3,29	2,06	2,10
Глухие подростки	Д	3,66	1,04	2,84	2,21	2,11
	М	4,41	0,99	2,43	1,45	2,25
Слабослышащие подростки	Д	4,44	1,16	3,30	2,33	2,00
	М	4,70	0,95	2,98	2,00	2,36
Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями	Д	5,77	1,06	3,88*	2,54	3,07
	М	4,93	1,06	3,04*	1,71	2,96
Подростки с умеренными двигательными нарушениями	Д	4,40	0,99	2,57	2,57	3,08
	М	5,00	0,98	3,21	1,71	3,02
Условно здоровые подростки	Д	5,59	1,02	2,98	2,26	2,33
	М	5,50	1,25	2,87	2,38	2,08

Вопреки нашим ожиданиям, основанным на результатах анализа литературы, приведенном в предыдущем параграфе, мы не обнару-

жили сколько-нибудь очевидных различий по параметрам оценки системы социальных контактов условно здоровых мальчиков и девочек. Однако такие различия неожиданно проявились при анализе выборок подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Полученные результаты дают основания предполагать, что девочки с особенно выраженными нарушениями зрения, слуха и двигательных функций значительно более ориентированы на инструментальную и эмоциональную поддержку со стороны окружающих людей в сравнении с мальчиками. Возможно, эти различия обусловлены обостренной реакцией эмансипации, которая, как принято считать, часто проявляется у мальчиков-подростков ярче, чем у девочек, в связи с содержанием соответствующей их полу гендерной роли, что особенно ярко заметно в условиях сенсорных и двигательных нарушений, когда помощь со стороны оказывается необходимой. Другая возможная интерпретация этих результатов связана с тем, что потребность в помощи, имеющаяся у мальчиков и девочек с сенсорными и двигательными нарушениями, в восприятии окружающих их людей различается, и девочки, как кажется, больше нуждаются в такой помощи, в сравнении с мальчиками, и соответственно, получают больше инструментальной и эмоциональной поддержки. В любом случае, на основании полученных данных можно с некоторой долей осторожности предположить, что система социальных контактов подростков с тяжелым сенсорными и двигательными нарушениями обеспечивает несколько более качественную поддержку девочкам в сравнении с мальчиками.

Попытка проследить возрастную динамику показателей, характеризующих систему социальных контактов подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, оказалась, на наш взгляд, не слишком продуктивной. В выборке условно здоровых подростков не было получено достоверных взаимосвязей между возрастом и отдельными параметрами анализа социальной сети, что позволило нам предположить, что характеристики системы социальных контактов являются достаточно устойчивыми на протяжении всего старшего подросткового возраста и не претерпевают существенных изменений. Отсутствие корреляционных связей между возрастом и показателями, с помощью которых анализировалась система социальных контактов, было зафиксировано и на материале выборок подростков с умеренными сенсорными и двигательными нарушениями. Однако в выборках подростков с выраженными нарушениями сенсорных и двигательных функций мы получили значимые корреляционные связи между возрастом подростка и размером его социальной сети, причем в выборке слепых подростков эта взаимосвязь оказалась отрицательной ($r_s = -0,49$, $p < 0,05$), в то время как в выборках глухих подростков и под-

ростков с тяжелыми двигательными нарушениями – положительной ($r_s=0,33$, $p<0,05$ и $r_s=0,39$, $p<0,05$ соответственно). По нашему мнению, противоречивость полученных данных может быть объяснена не столько сопряженными с возрастом изменениями системы социальных контактов подростков, сколько особенностями их социального развития в логике тех образовательных программ и программ сопровождения, которые реализуются в посещаемых ими учебных заведениях. Эта гипотеза, однако, нуждается в дополнительной эмпирической проверке.

Таким образом, система социальных контактов подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, несмотря на определенное сходство по количественным параметрам оценки с показателями, полученными в выборке условно здоровых сверстников, имеет довольно существенную качественную специфику. Эта специфика, с одной стороны, может объясняться особенностями объективной жизненной ситуации подростков, в частности, ограничениями, связанными с имеющимися у них нарушениями, однако, с другой стороны, возможно, имеет и иные причины, корнящиеся в типичных для подростков стилях общения с другими людьми. В следующем параграфе представлены данные о стилевых особенностях общения подростков с сенсорными и двигательными нарушениями с другими людьми, выражающихся в коммуникативной направленности личности.

3.2.2. Коммуникативная направленность личности подростков с ограниченными возможностями здоровья

В данной главе представлены результаты исследования коммуникативной направленности личности подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, проведенного с помощью методики «Направленность личности в общении» (НЛО-А) С. Л. Братченко (Братченко, 1997). Результаты представлены в таблице 17. Полученные результаты показывают, что для условно здоровых подростков наиболее типичны альтероцентрический и конформный тип направленности личности в общении. Это означает, что подростки склонны центрироваться на собеседнике, его целях, потребностях и интересах, будучи готовыми при этом действовать в ущерб собственному благополучию. В некоторых случаях фокус внимания на интересах другого человека обусловлен добровольным выбором подростка, в других – ориентированностью подростка на авторитет другого человека, некритичным принятием его точки зрения. При этом важной характеристикой условно здоровых подростков является их вовлеченность в

общение, что выражается в несвойственности для них индифферентной направленности личности в общении.

Таблица 17.

*Средние значения параметров анализа коммуникативной направленности личности подростков. Примечание: * – достоверные различия с показателями, полученными в выборке условно здоровых подростков, $p < 0,05$*

Выборки	Коммуникативная направленность личности				
	Авторитарная	Манипулятивная	Альтероцентрическая	Конформная	Индифферентная
Слепые подростки	3,86	4,50*	3,50*	4,13	4,00*
Слабовидящие подростки	2,82	4,23	4,37	4,72	3,99*
Слабослышащие подростки	2,88	4,23	4,80	3,96	4,61*
Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями	3,13	2,82*	6,00*	4,37	3,62
Подростки с умеренными двигательными нарушениями	3,21	3,67	5,65	4,08	2,57
Условно здоровые подростки	3,26	3,58	5,02	3,99	3,22

В выборках подростков с сенсорными нарушениями наблюдается несколько иная картина. К сожалению, глухие подростки не смогли принять участие в опросе в силу трудностей с пониманием формулировок, представленных в тесте, однако на материале остальных выборок подростков с нарушениями зрения и слуха можно констатировать, что сенсорные нарушения сопровождаются ростом индифферентности в отношениях с другими людьми, что выражается в сокращении «личностности» общения, ориентированности подростков в первую очередь на деловые вопросы. Однако в целом профили показателей, характеризующих коммуникативную направленность личности, полученные в выборках подростков с умеренными нарушениями зрения и слуха в большей степени похожи на соотношение аналогичных по-

казателей, полученных в выборке их условно здоровых сверстников, несмотря на наличие более выраженной тенденции к манипулятивной и конформной позициям в общении. В выборке слепых подростков наблюдается иная картина. Для них характерно доминирование манипулятивной направленности личности в общении, что говорит о том, что такие подростки склонны в большей степени ориентироваться на собственные интересы, используя партнера для достижения собственных целей.

В случае подростков с нарушениями двигательных функций, независимо от степени их тяжести, профиль показателей коммуникативной направленности повторяет тенденции, свойственные условно здоровым подросткам, а в случае тяжелых двигательных нарушений даже усиливают их, что проявляется в более высоких значениях показателя альтероцентрической направленности личности на фоне снижения склонности к манипулятивному стилю взаимодействия с людьми. Эти данные позволяют констатировать, что сенсорные нарушения вносят более весомый вклад в формирование коммуникативной направленности личности подростков (вероятно, в связи с ограниченным потоком коммуникативной информации), тогда как нарушения двигательных функций, не сопряженные с невозможностью видеть или слышать собеседника, не имеют столь существенного влияния на развитие подростка как субъекта коммуникации.

Анализ гендерной специфичности показателей коммуникативной направленности личности подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также и условно здоровых сверстников, показал, что в выборке условно здоровых подростков преобладание альтероцентрической позиции «обеспечивается» преимущественно соответствующими показателями девочек, тогда как конформной – мальчиков (см. таблицу 18). Так, анализируя данные, полученные в выборках подростков с нарушениями зрения и слуха, отметим, что выявленные тенденции характерны в первую очередь для мальчиков. В то время как девочки во всех выборках характеризуются преимущественным доминированием альтероцентристской коммуникативной направленности, для условно здоровых и слабовидящих мальчиков наиболее типичной является конформная коммуникативная направленность, а для мальчиков с глубокими нарушениями зрения самой характерной оказывается манипулятивная коммуникативная направленность. В выборках подростков с нарушениями двигательных функций в целом воспроизводится та же тенденция, что и в группе их условно здоровых сверстников. Можно предположить, что это связано с гендерной специфичностью коммуникативной компетентности, которая в случае подростков с сенсорными нарушениями усиливает

тенденции, связанные с особенностями формирования личности в ситуации сенсорного дефекта.

Таблица 18.

*Средние значения показателей коммуникативной направленности личности в выборках мальчиков (М) и девочек (Д). Примечание: * – достоверные различий между показателями мальчиков и девочек внутри соответствующей выборки, $p < 0,05$*

Выборки		Коммуникативная направленность личности				
		Авторитарная	Манипулятивная	Альтероцентрическая	Конформная	Индифферентная
Слепые подростки	Д	3,82	3,77*	5,58*	4,15	3,78
	М	3,88	5,15*	1,91*	4,07	4,14
Слабовидящие подростки	Д	2,69	4,31	6,11*	4,62	4,00
	М	2,98	4,36	2,14*	4,81	3,96
Слабослышащие подростки	Д	2,76	4,13	5,11	4,03	4,28*
	М	2,92	4,29	4,47	3,90	5,00*
Подростки с тяжелыми двигательными нарушениями	Д	3,18	3,19	6,24	3,49	3,72
	М	3,07	2,70	5,71	4,44	3,58
Подростки с умеренными двигательными нарушениями	Д	3,20	3,60	5,93	4,00	2,19
	М	3,23	3,73	5,32	4,21	2,87
Условно здоровые подростки	Д	3,20	3,70	5,97*	2,56*	3,17
	М	3,38	3,39	3,99*	4,66*	3,35

В целом, по итогам исследования можно констатировать, что сенсорные нарушения способствуют формированию в подростковом возрасте коммуникативной направленности личности, отличающейся от нормативной для данного возрастного этапа. Это проявляется, в частности, в склонности к проявлениям конформизма, а также тенденцией к манипулятивной коммуникативной направленности. Отметим, что по мере взросления подростков и накопления ими социального опыта эти особенности, вероятно, имеют тенденции сглаживаться, на что указывают корреляционные связи между возрастом и показа-

телями манипулятивной ($r_s = -0,50$, $p < 0,05$) и альтроцентрической ($r_s = 0,49$, $p < 0,05$) направленности личности в выборке слепых подростков на фоне отсутствия аналогичных взаимосвязей в других выборках. Наиболее выраженную специфику имеют показатели коммуникативной направленности мальчиков с сенсорными нарушениями. При этом можно отметить, что коммуникативная направленность личности подростков с двигательными нарушениями (как девочек, так и мальчиков) в целом соответствует нормативной.

3.2.3. Особенности детско-родительских отношений в семьях подростков с ограниченными возможностями здоровья

Особенности детско-родительских отношений в семьях подростков с сенсорными и двигательными нарушениями изучались с помощью методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR), разработанной в 1965 г. Е. Schaefer и адаптированной в 1983 г. в Лаборатории клинической психологии Института им. В. М. Бехтерева (Вассерман и др., 2004). Методика предназначена для изучения установок, поведения и методов воспитания родителей через призму их восприятия подростками. В основе методики лежит представление о том, что воспитательные воздействия родителей могут быть описаны подростками как сочетание трех переменных: эмоциональное принятие – эмоциональное отвержение; психологический контроль – психологическая автономия; скрытый контроль – явный контроль. Принятие в этом контексте рассматривается как безусловно положительное отношение к ребенку, не зависящее от ожиданий родителей, в то время как эмоциональное отвержение – как негативное отношение к ребенку, отсутствие теплых эмоциональных связей и уважения его личности; контроль рассматривается как преднамеренное руководство поведением и действиями ребенка.

Результаты, описывающие представления о взаимоотношениях с родителями, свойственных подросткам, составившим группу сравнения, позволяют охарактеризовать доминирующую модальность отношений между родителями и условно здоровыми подростками как в целом благоприятную (см. рисунок 14).

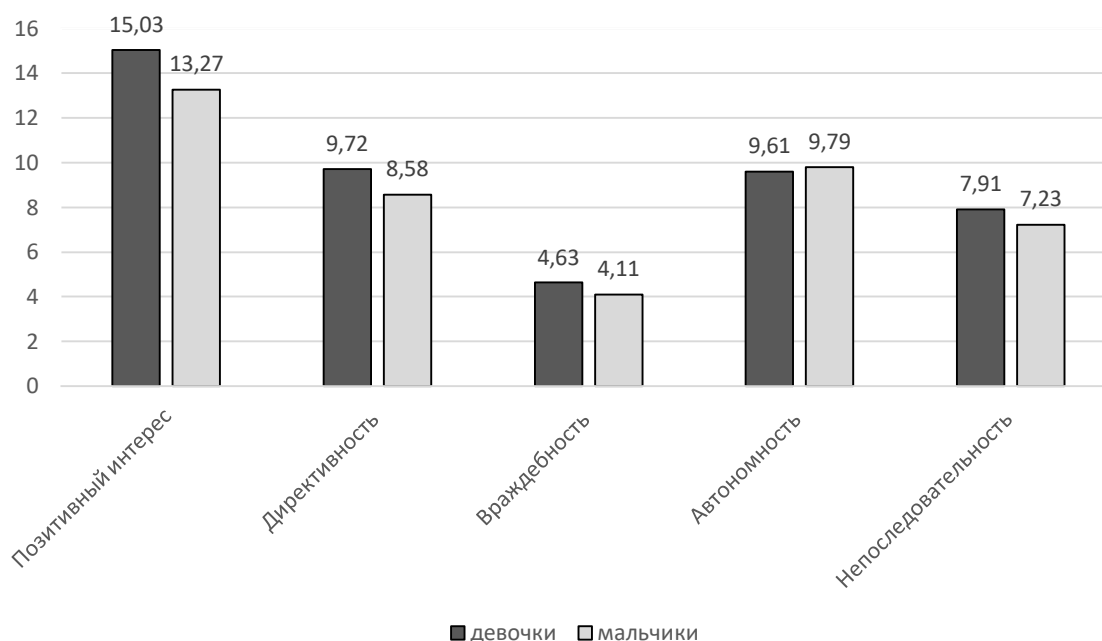


Рисунок 14. Характеристики детско-родительских отношений в описаниях условно здоровых подростков (средние значения показателей по шкалам методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним»)

В целом условно здоровые подростки характеризуют отношения с родителями как эмоционально благополучные, отмечают умеренную автономность и директивность родителей. При этом мать оценивается ими как проявляющая несколько больший позитивный интерес к их жизни, в сравнении с отцом, то есть в большей степени проявляющая внимание и интерес к подростку, доверяющая ему, уважающая его, не склонная применять авторитарные практики воспитания. В то же время, именно матери оцениваются подростками и как более директивные в сравнении с отцами, а также несколько более непоследовательные и враждебные. Мы предполагаем, что эти результаты демонстрируют факт большей включенности матерей во взаимодействие с детьми, в сравнении с отцами, что выражается в более «весомых» оценках различных аспектов их поведения. Вместе с тем, профили детско-родительских отношений, характеризующие отношения подростков с отцом и матерью, примерно одинаковы: в обоих случаях доминирующими являются оценки позитивного интереса, тогда как минимальные значения имеют оценки враждебности.

Оценки позитивного интереса как одного из параметров для характеристики детско-родительских отношений оказываются наиболее высокими в сравнении с показателями директивности, автономности, враждебности и непоследовательности и в выборках подрост-

ков с сенсорными и двигательными нарушениями. Однако более детальный анализ позволяет описать ряд специфических особенностей отношений с родителями у подростков, имеющих нарушения зрительных, слуховых или двигательных функций разной степени тяжести (см. таблицу 19). Отметим, что опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» для глухих подростков оказался трудным, как и некоторые другие опросники, использованные в нашем исследовании, поэтому данные о характере детско-родительских отношений в семьях неслышащих подростков в таблице не представлены.

Таблица 19.

Характеристики детско-родительских отношений в описаниях условно здоровых подростков (средние значения показателей по шкалам методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним»).

*Примечание: * – достоверные различия с показателями, полученными в выборке условно здоровых подростков, $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$*

Характеристики отношений		Выборки	
		с тяжелыми нарушениями	с умеренными нарушениями
1		2	3
Подростки с нарушениями зрения			
Позитивный интерес	с матерью	14,64	15,47
	с отцом	14,63	13,92
Директивность	с матерью	10,00	9,81
	с отцом	8,16	8,16
Враждебность	с матерью	5,73	4,78
	с отцом	4,26	4,92
Автономность	с матерью	12,27**	10,78
	с отцом	11,58	11,32
Непоследовательность	с матерью	7,23	8,09
	с отцом	6,95	6,84
Подростки с нарушениями слуха			
Позитивный интерес	с матерью	-	12,73*
	с отцом	-	12,45
Директивность	с матерью	-	10,05
	с отцом	-	7,91
Враждебность	с матерью	-	4,91
	с отцом	-	5,68
Автономность	с матерью	-	8,64
	с отцом	-	7,95
Непоследовательность	с матерью	-	7,83
	с отцом	-	10,45*

Таблица 19 (окончание)

1	2	3
Подростки с нарушениями двигательных функций		
Позитивный интерес	с матерью	15,56
	с отцом	9,57**
Директивность	с матерью	9,09
	с отцом	5,31**
Враждебность	с матерью	4,49
	с отцом	3,34
Автономность	с матерью	11,17
	с отцом	7,82
Непоследовательность	с матерью	8,22
	с отцом	4,91**

Так, выявлены статически достоверные различия между слепыми и условно здоровыми подростками по шкале автономности матери. Слепые подростки считают, что их матери дистанцированы от них, от их проблем и предпочтений. Следует отметить, что в отношениях с отцами подростки с глубокими нарушениями зрения также отмечают довольно выраженную автономность (на уровне тенденции). Вполне возможно, что этот феномен ощущения автономности родителей у подростков с глубокими нарушениями зрения является отражением их внутреннего состояния, связанного с их объективными возможностями и ограничениями в сочетании с реакциями подросткового возраста.

Также обращает на себя внимание более близкие отношения с матерями у слабовидящих и условно здоровых подростков (по сравнению с отцами): показатели по шкале «позитивного интереса» со стороны матери достоверно выше показателей по шкале «позитивного интереса» со стороны отца. У слепых подростков, несмотря на фактически одинаковые показатели по шкале «позитивного интереса» со стороны обоих родителей, на этом фоне выявляются сравнительно более близкие отношения с отцами, так как показатели по шкалам «враждебность» и «директивность» существенно ниже относительно отца, чем матери. Этот факт, вероятно, указывает на более высокую значимость фигуры отца в системе отношений слепых подростков в сравнении со слабовидящими и условно здоровыми подростками.

Подростки с нарушениями слуха, в свою очередь, склонны в сравнении с условно здоровыми подростками ниже оценивать проявления позитивного интереса со стороны матери и примерно одинаково – со стороны отца, а также несколько выше оценивать проявления враждебности родителей, прежде всего, отца. В целом, характери-

зуя отношения с матерью, слабослышащие подростки описывают их как менее теплые и принимающие, с более низкими проявлениями контроля с ее стороны и с большей тенденцией к автономизации. Описывая отношения с отцом, слабослышащие подростки отмечают достаточно выраженный позитивный интерес с его стороны, меньшую тенденцию к проявлениям директивности, однако более выраженную враждебность и значительно более высокую степень непоследовательности, которая может являться фактором дестабилизации детско-родительских отношений.

Обращает на себя внимание тот факт, что оценки отношений с родителями, сформулированные слабослышащими подростками, свидетельствуют о несколько более высокой степени включенности отца в их дела, в сравнении с условно здоровыми подростками. На основе этих данных можно предположить, что отцы слабослышащих подростков воспринимаются ими как более включенные в их жизнь, в сравнении с их условно здоровыми сверстниками, в то время как матери, напротив, воспринимаются в отношениях как более автономизирующиеся, дистантные. Учитывая, что эти выводы в целом аналогичны тем, которые были сформулированы на основе анализа детско-родительских отношений в семьях подростков с нарушениями зрения, можно предполагать, что в семьях, воспитывающих детей с сенсорными ограничениями, отцы оказываются более вовлеченными в дела ребенка, чем в семьях, которые воспитывают условно здорового подростка, и на этом фоне вклад матери оценивается ребенком как менее значимый.

Анализ результатов, полученных в выборке подростков с нарушениями двигательных функций, не выявил значительных различий в характеристиках отношениях с матерью между ними и группой сравнения. Другая картина выявляется при анализе отношений подростков с отцом. У подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата показатели позитивного интереса, директивности и непоследовательности достоверно ниже, чем в группе сравнения, что свидетельствует о значительно меньшей включенности отца в их жизнь. Вероятно, в случае подростков с нарушениями двигательных функций степень включенности отцов во взаимодействие с ними значительно ниже, чем в это отмечается в семьях, воспитывающих подростков с сенсорными нарушениями, что особенно ярко проявляется в том случае, когда нарушениях двигательных функций существенно ограничивают жизнь подростка, в силу чего эмоциональное принятие ребенка отцом становится значительно более затрудненным, что выражается в снижении показателя позитивного интереса.

Это предположение полностью подтверждается данными, полученными в ходе анализа системы социальных контактов подростков, эксплицированных ими при работе с методикой «Социальные сети подростка» (см. рисунок 15 и таблицу 20).

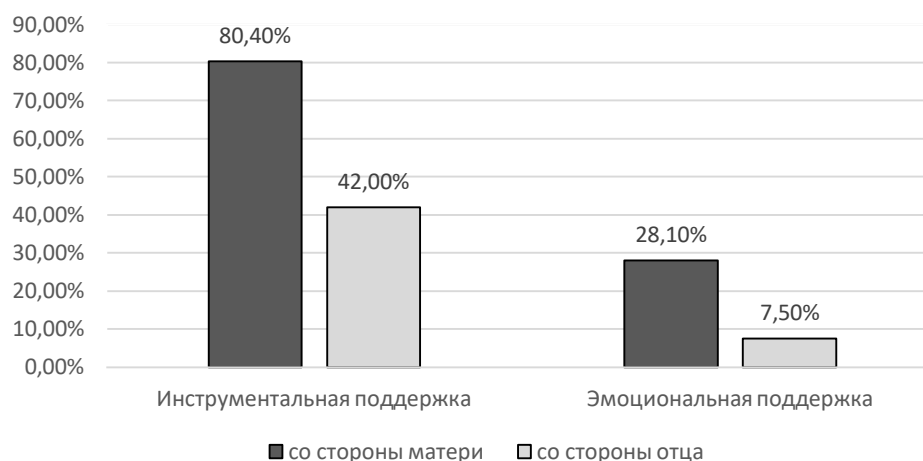


Рисунок 15. Частота указания условно здоровыми подростками на инструментальную и эмоциональную поддержку со стороны родителей

Таблица 20.

Частота указания подростками с сенсорными и двигательными нарушениями на инструментальную и эмоциональную поддержку со стороны родителей

Виды поддержки		Выборки	
		с тяжелыми нарушениями	с тяжелыми нарушениями
Подростки с нарушениями зрения			
Инструментальная поддержка	от матери	90,1 %	70,6 %
	от отца	54,5 %	38,3 %
Эмоциональная поддержка	от матери	31,8 %	35,3 %
	от отца	18,2 %	17,6 %
Подростки с нарушениями слуха			
Инструментальная поддержка	от матери	96,3 %	67,0 %
	от отца	67,7 %	35,2 %
Эмоциональная поддержка	от матери	36,9 %	41,4 %
	от отца	21,1 %	19,2 %
Подростки с нарушениями двигательных функций			
Инструментальная поддержка	от матери	100,0 %	92,4 %
	от отца	24,5 %	20,4 %
Эмоциональная поддержка	от матери	58,4 %	32,5 %
	от отца	14,4 %	10,2 %

В целом, подростки вне зависимости от особенностей развития склонны значительно чаще воспринимать родителей как субъектов инструментальной поддержки, помогающих им в решении повседневных проблем. В первую очередь функцию инструментальной поддержки подростки атрибутируют матери. Функция эмоциональной поддержки также чаще атрибутируется матери (в сравнении с отцом), однако этот вид поддержки отмечается значительно реже. На этом фоне обращает на себя внимание более высокая значимость отцовской поддержки, прежде всего, в ее инструментальном аспекте, эксплицированная подростками с выраженными сенсорными нарушениями; напротив, более низкие оценки поддержки со стороны отцов фиксируются в ответах подростков с нарушениями двигательных функций. Полученные данные указывают на то, что, несмотря на меньшую включенность отцов (в сравнении с матерями) в жизнь детей-подростков независимо от особенностей их развития, для подростков с сенсорными нарушениями (в особенности слепых подростков) взаимодействие с отцом приобретает характер дополнительного ресурса адаптации к условиям жизни, в то время как подростки с двигательными нарушениями зачастую не располагают этим ресурсом в силу эмоциональной отстраненности отца.

Довольно интересные результаты показал корреляционный анализ, с помощью которого осуществлялась оценка взаимосвязей между характеристиками детско-родительских отношений и объемом поддержки, которую подросток получает со стороны родителей. На основании полученных результатов можно утверждать, что поддержка, оказываемая родителями, воспринимается подростками по-разному. Так, условно здоровые подростки связывают инструментальную и эмоциональную поддержку со стороны родителей с проявлением позитивного интереса ($r_s=0,24$ и $r_s=0,26$ соответственно, $p<0,01$). Эти корреляционные связи носят вполне ожидаемый характер и указывают на то, что наиболее поддерживающие отношения складываются в семьях, где родители проявляют искренний интерес к делам подростка, интересуются его жизнью, и при этом не стремятся директивно навязать ему свои взгляды, убеждения, ценности и правила жизни. Именно в таких семьях, судя по всему, условно здоровые подростки, с одной стороны, получают максимальный объем поддержки со стороны родителей (как инструментальной, так и эмоциональной) и, с другой стороны, оказываются готовыми принимать поддержку, не воспринимая ее как средство родительского давления, как инструмент нарушения границ во взаимоотношениях.

Несколько иная картина наблюдается в семьях подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, и наиболее яркая специфи-

ка отношения подростков к родительской поддержке проявляется в выборках подростков с нарушениями слуха и двигательных функций.

Так, для подростков с нарушениями зрения, судя по числу корреляционных связей, более значимой оказывается инструментальная поддержка со стороны родителей, которая воспринимается и слабовидящими подростками, и слепыми подростками в контексте проявления родительской директивности ($r_s=0,52$ и $r_s=0,47$ соответственно, $p<0,01$). Однако при этом слепые подростки расценивают инструментальную поддержку со стороны родителей как признак родительской включенности в их жизнь, что проявляется в низких значениях показателя автономности ($r_s=0,48$, $p<0,05$), в то время как слабовидящие подростки склонны отождествлять ее с проявлениями родительской (материнской) враждебности ($r_s=0,53$, $p<0,01$). На основании этих данных можно предполагать, что для подростков с нарушениями зрения инструментальная поддержка со стороны родителей является своеобразной «точкой напряжения» в отношениях с ними: с одной стороны, они объективно нуждаются в большем объеме инструментальной поддержки со стороны родителей, в сравнении с условно здоровыми подростками, но, с другой стороны, испытывают затруднения в ее принятии, что особенно ярко проявляется в случае слабовидящих подростков и, по всей вероятности, является своеобразным проявлением подростковых реакций эмансипации, протеста, сопровождаемых частичным обесцениванием этого вида родительской поддержки.

Те же тенденции мы обнаружили и при анализе корреляционных взаимосвязей, иллюстрирующих отношение к родительской поддержке со стороны слабослышащих подростков. В этой выборке показатель эмоциональной поддержки со стороны родителей положительно связан с оценками позитивного интереса как способа взаимодействия с подростком ($r_s=0,43$, $p<0,05$ для оценок отношений с матерями и $r_s=0,38$, $p<0,05$ для оценок отношений с отцами), что аналогично результатам, полученным в выборке условно здоровых подростков. Однако показатели инструментальной поддержки положительно взаимосвязаны с оценками родительской директивности, как материнской ($r_s=0,38$, $p<0,05$), так и отцовской ($r_s=0,40$, $p<0,05$), а также враждебностью со стороны матери ($r_s=0,39$, $p<0,05$), что практически полностью воспроизводит взаимосвязи, полученные в выборке подростков с нарушениями зрения.

Таким образом, можно констатировать, что подростками с умеренными нарушениями сенсорных функций родительская поддержка воспринимается неоднозначно, и попытки родителей оказать им по-

мощь в решении бытовых проблем или вопросов взаимоотношений в некоторых случаях воспринимаются подростками как ограничение их свободы и самостоятельности. Особенно ярко эта тенденция проявляется в отношениях подростков с матерями, что может быть объяснено большей включенностью матерей во взаимодействие с детьми и, как следствие, большей теснотой связей между ними, при этом поддержка со стороны отца, вероятно, во многих случаях воспринимается подростками как более «ресурсная» сторона взаимоотношений с родителями. В то время как подростки с выраженными сенсорными нарушениями, также демонстрируя тенденцию воспринимать родительскую поддержку как проявление их директивности, в большей степени готовы принимать ее, вероятно, в связи с более выраженной объективной потребностью в такой поддержке (что было показано в нашем исследовании на примере слепых подростков), их сверстники с умеренными нарушениями зрительных и слуховых функций довольно остро реагируют на проявления родительской поддержки, воспринимая их как ограничение собственной самостоятельности.

В выборках подростков с нарушениями двигательных функций, независимо от степени их тяжести, были получены результаты, схожие с группой сравнения. Корреляционные связи между показателями выраженности родительской поддержки и оценками различных аспектов детско-родительских отношений оказались крайне немногочисленными и характеризуются положительными корреляциями между воспринимаемой инструментальной поддержкой со стороны матери и материнским позитивным интересом ($r_s=0,33$, $p<0,05$ в выборке подростков с тяжелыми двигательными нарушениями и $r_s=0,40$, $p<0,05$ в выборке подростков с умеренными двигательными нарушениями). Эти данные позволяют предполагать, что подростки с нарушениями двигательных функций в большей степени, чем их сверстники с сенсорными нарушениями, ориентированы на поддержку со стороны родителей, и выражают большую степень готовности её принимать.

Интересным является тот факт, что, вопреки нашим ожиданиям, мы не нашли достоверных различий по параметрам оценки детско-родительских отношений и родительской поддержки между выборками мальчиков и девочек. Хотя мы предполагали, что мальчики и девочки будут по-разному воспринимать и оценивать материнскую и отцовскую поддержку, статистического подкрепления эта гипотеза не получила. С одной стороны, можно предполагать, что этот результат является следствием относительно небольшого объема выборок мальчиков и девочек в каждой из обследованных подгрупп. Однако, учитывая отсутствие различий в довольно многочисленной по соста-

ву группе сравнения, нам представляется более правомерной иная интерпретация: вполне возможно, что в условиях современной социальной ситуации развития наличие ресурса родительской поддержки для подростков в целом оказывается более значимым, чем гендерно-обусловленные стратегии ее реализации, и на первый план здесь выходит качество межличностных отношений, обеспечивающих подростку возможность принимать поддержку или, напротив, способствующее амбивалентности ее восприятия.

Предоставляется целесообразным проанализировать возрастную динамику изученных показателей. В группе сравнения, а также в выборках подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями двигательных функций, не зафиксировано корреляционных связей между оценками различных аспектов детско-родительских отношений и возрастом, что говорит об устойчивости сложившихся к старшему подростковому возрасту характеристик детско-родительских отношений. В выборках подростков с умеренными нарушениями сенсорных функций в оценках подростков наблюдается последовательный рост показателей директивности матери ($r_s=0,32$, $p<0,05$ в выборке слабовидящих подростков и $r_s=0,39$, $p<0,05$ в выборке слабослышащих подростков), что свидетельствует о нарастании напряженности во взаимоотношениях с матерями, оказывающими максимальный объем инструментальной и эмоциональной поддержки этим подросткам, по мере взросления, и может рассматриваться как более острое проявление реакции эмансипации подростков с умеренными сенсорными нарушениями на фоне роста притязаний на самостоятельность.

Подводя итог характеристике детско-родительских отношений в семьях подростков с нарушениями сенсорных и двигательных функций, отметим, что подростки вне зависимости от особенностей развития характеризуют свои отношения с родителями в целом как эмоционально благополучные. Родители воспринимаются подростками как важный источник эмоциональной и инструментальной поддержки. При этом для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями инструментальная поддержка со стороны родителей оказывается более значимым аспектом отношений с ними, чем эмоциональная поддержка (в сравнении с условно здоровыми подростками). Наибольший объем поддержки подростки получают, судя по всему, со стороны матери, однако отношение к материнской поддержке неоднозначно, что не всегда позволяет подросткам принимать ее. На этом фоне поддержка со стороны отца, в случае, когда подросток констатирует ее наличие, оценивается им как несколько более «ресурсная» сторона детско-родительских отношений, нежели материнская поддержка.

Отношение подростков с нарушениями развития к родительской поддержке связано с тяжестью нарушений. Для подростков с выраженными нарушениями сенсорных функций (на примере зрения) характерна тенденция к автономизации от родителей на фоне получения ими наибольшего (в сравнении с подростками, составляющими другие группы) объема инструментальной поддержки от обоих родителей. Подростки с умеренными сенсорными нарушениями склонны воспринимать поддержку, получаемую ими от родителей, как проявления директивного или враждебного отношения с их стороны, что может провоцировать протестные реакции и приводить к частичному обесцениванию получаемой поддержки. Подростки с нарушениями двигательных функций, независимо от степени тяжести нарушений, демонстрируют несколько большую готовность к принятию поддержки, оказываемой им родителями.

3.2.4. Характеристики системы отношений с другими людьми как факторы формирования жизнестойкости подростков с ограниченными возможностями здоровья

В задачи нашего исследования входил поиск социально-психологических факторов жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями. Эта задача решалась с помощью корреляционного и регрессионного анализа.

На основе полученных результатов мы можем утверждать, что существенный вклад в формирование жизнестойкости подростков вносит характер воспринимаемых ими отношений с родителями. Об этом свидетельствуют, в частности, результаты корреляционного анализа, представленные в таблице 21. Учитывая тесные положительные корреляционные связи между показателями, характеризующими компоненты жизнестойкости, и суммарным показателем жизнестойкости, в таблице приводятся значимые корреляционные связи только для суммарного показателя жизнестойкости.

Таблица 21.

Значимые корреляционные взаимосвязи суммарного показателя жизнестойкости с оценками параметров детско-родительских отношений в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также в группе сравнения. Примечание: для выборки глухих подростков использованы показатели, полученные с помощью проективного рисунка «Моя жизнь»; * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$

Виды поддержки		Выборки	
		с тяжелыми нарушениями	с умеренными нарушениями
Подростки с нарушениями зрения			
Автономность	от матери	0,48*	
	от отца	0,52*	
Враждебность	от матери		-0,40*
	от отца		-0,34*
Инструментальная поддержка	от матери	0,37*	
Подростки с нарушениями слуха			
Позитивный интерес	от отца		-0,33*
Директивность	от матери		-0,32*
Автономность	от матери	0,38*	0,32
Инструментальная поддержка	от матери	0,42*	
Подростки с нарушениями двигательных функций			
Позитивный интерес	от матери	0,37*	0,39*
Директивность	от матери		-0,38*
Инструментальная поддержка	от матери	0,42*	0,34*
Эмоциональная поддержка	от матери		0,42*
Условно здоровые подростки			
Позитивный интерес	от матери	0,42**	
	от отца	0,28**	
Враждебность	от матери	-0,41**	
	от отца	-0,26**	
Эмоциональная поддержка	от матери	0,27**	
	от отца	0,30**	

В выборке условно здоровых подростков обнаружили ожидаемые положительные взаимосвязи между показателем жизнестойкости, в том числе ее отдельных компонентов, и показателем позитивного интереса как характеристики отношений с отцом и матерью (усредненный $r_s=0,35$, $p<0,01$ для суммарного показателя жизнестойкости), а также показателем эмоциональной поддержки от обоих родителей (усредненный $r_s=0,28$, $p<0,01$ для суммарного показателя жизнестойкости). Помимо этого, обнаружены отрицательные взаимосвязи показателей жизнестойкости и родительской враждебности (усредненный $r_s=-0,33$, $p<0,01$ для суммарного показателя жизнестойкости). Очевидно, для этих подростков важнейшим условием формирования жизнестойкости является благоприятный фон отношений с обоими родителями, доверительные отношения с ними, возможность безопасно обсуждать не только бытовые вопросы, но и личностно-значимые проблемы.

Отрицательные взаимосвязи показателей враждебности в отношениях с отцом и матерью наблюдаются и в группе слабовидящих подростков (усредненный $r_s=-0,37$, $p<0,05$) для суммарного показателя жизнестойкости). В совокупности с данными об отрицательной взаимосвязи показателей враждебности и позитивного интереса это свидетельствует о том, что благоприятный фон отношений с родителями как фактор формирования жизнестойкости играет существенную роль и для слабовидящих подростков. Однако в этой выборке появляется характерная только для нее отрицательная взаимосвязь между показателями жизнестойкости (прежде всего, по параметру «принятие риска») и директивности со стороны матери ($r_s=0,54$, $p<0,01$). Учитывая приведенные выше данные, можно предполагать, что эта взаимосвязь иллюстрирует значимость для слабовидящих подростков возможности самостоятельно расширять свой жизненный опыт, постепенно сокращая объем инструментальной поддержки со стороны родительской семьи. Отношения с родителями при этом становятся важным «пространством» для отстаивания подростками своих интересов, и в тех случаях, когда это удается, вносят вклад в формирование их жизнестойкости.

В выборке слепых подростков была получена принципиально иная структура корреляционных связей. В частности, были выявлены положительные взаимосвязи между показателями жизнестойкости (в первую очередь, по параметру «контроль») и автономности матери и отца ($r_s=0,48$, $p<0,05$ и $r_s=0,52$, $p<0,05$ соответственно). Учитывая обнаруженную положительную взаимосвязь между показателями жизнестойкости слепых подростков и инструментальной (но не эмоциональной) поддержки со стороны матери, на этом основании можно

сделать вывод о том, что для подростков с глубокими нарушениями зрения наибольший вклад в формирование жизнестойкости вносит автономизация от родителей, выстраивание границ собственной личности, что позволяет им преодолевать ощущение беспомощности и достигать ощущения собственного контроля за происходящим, в том числе путем сокращения степени эмоциональной близости с родителями.

В выборке слабослышащих подростков показатель жизнестойкости также оказался отрицательно связанным с показателем «директивность матери» ($r_s = -0,32$, $p < 0,05$, в том числе с показателем «готовности к риску» $r_s = -0,37$, $p < 0,05$), но, помимо этого, выявилась отрицательная взаимосвязь показателей жизнестойкости и «позитивный интерес со стороны отца» ($r_s = -0,33$, $p < 0,05$), а также положительная взаимосвязь с показателем «автономность матери» ($r_s = 0,32$, $p < 0,05$). Эти результаты позволяют предположить, что изменение системы детско-родительских отношений в семьях слабослышащих подростков в сторону большей автономизации матери на фоне повышения вовлеченности отца во взаимодействие с ребенком оказывается своеобразным «фактором риска» в контексте формирования жизнестойкости в подростковом возрасте, что, вероятно, связано с восприятием подростком с нарушениями слуха своих отношений с родителями как отличающихся от отношений в семьях условно здоровых подростков, оцениваемых ими как «эталонные». Можно предположить, что стремление к автономизации от родителей в выборке слабослышащих подростков принимает форму обесценивания эмоциональных контактов с родителями, возможно, в связи с их трактовкой как признаков посягательства на собственную независимость и самостоятельность.

В выборке глухих подростков структура корреляционных связей во многом напоминает картину, полученную при анализе показателей, типичных для подростков с тяжелыми нарушениями зрения, в частности, были выявлены положительные взаимосвязи между показателями жизнестойкости и автономности матери ($r_s = 0,38$, $p < 0,05$), а также материнской инструментальной поддержкой ($r_s = 0,42$, $p < 0,05$). В этих взаимосвязях, на наш взгляд, находит отражение тенденция к автономизации глухих подростков от родителей, реализация которой затрудняется объективной необходимостью получения от родителей инструментальной поддержки. В этих условиях автономизация от родителей, судя по всему, становится своеобразным компенсаторным способом решения возрастных задач подростничества, аналогично тому, как эти процессы происходят и в выборке слепых подростков.

В выборках подростков с нарушениями двигательных функций структура корреляционных связей между анализируемыми показате-

лями во многом похожа на данные, полученные при анализе результатов группы сравнения. Особенно наглядно это прослеживается на материале выборки подростков с умеренными нарушениями, где суммарный показатель жизнестойкости оказался положительно связанным с оценками позитивного интереса в отношениях с матерью ($r_s=0,39$, $p<0,05$), объема эмоциональной ($r_s=0,42$, $p<0,05$) и инструментальной ($r_s=0,34$, $p<0,05$) поддержки с ее стороны, а также, отрицательно, – с оценками ее директивности ($r_s=-0,38$, $p<0,05$). В выборке подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций перечень корреляционных связей жизнестойкости сокращается, и на первый план выходит объем инструментальной поддержки со стороны матери ($r_s=0,42$, $p<0,05$) на фоне демонстрируемой ей заинтересованности в делах ребенка, проявлений позитивного интереса ($r_s=0,37$, $p<0,05$). При этом обращает на себя внимание отсутствие корреляционных связей между показателями жизнестойкости и характеристиками отцовского отношения, что, вероятно, является следствием отмеченной выше ограниченной вовлеченности отцов в жизнь подростков с нарушениями двигательных функций, в условиях которой наиболее существенное значение для формирования личности подростков приобретает характер отношений с матерью.

Таким образом, можно заключить, что роль отношений с родителями как фактора формирования жизнестойкости в подростковом возрасте в группах подростков с сенсорными и двигательными нарушениями различается в зависимости от степени тяжести нарушений и отличается от закономерностей, выявленных на материале обследования условно здоровых подростков.

Для условно здоровых подростков среди изученных характеристик их отношений с родителями наибольшее значение для формирования жизнестойкости имеет эмоциональная поддержка со стороны родителей, близкие и доверительные отношения с ними. Семья, таким образом, выступает своеобразным «безопасным тылом» на пути расширения жизненного опыта.

В случае подростков с умеренными сенсорными нарушениями характер отношений с родителями вносит вклад, прежде всего, в формирование готовности к риску, условием которой является снижение родительской директивности и предоставление подростку пространства для самостоятельного освоения нового опыта и приводит к выраженной тенденции автономизации от родителей, обратной стороной которой может становиться, судя по всему, некоторое обесценивание ресурса эмоциональной поддержки со стороны родителей.

Для формирования жизнестойкости подростков с тяжелыми сенсорными нарушениями в контексте их отношений с родителями

наибольшее значение имеет обретение ощущения контроля за происходящим, преодоление беспомощности, что достигается ими путем автономизации от родителей; семья в этом случае становится безопасным пространством для формирования и тренировки навыков поддержания границ собственной личности в отношениях с другими людьми. При этом такие подростки ориентированы, в первую очередь, на инструментальную поддержку со стороны родителей, которая становится для них важным ресурсом преодоления трудностей, обусловленных сенсорными ограничениями.

Инструментальная поддержка со стороны матери является важным ресурсом жизнестойкости и для подростков с нарушениями двигательных функций, однако в этом случае не прослеживается тенденции к автономизации от родителей, что может интерпретироваться как относительно более выраженная тенденция к инфантилизации подростков с нарушениями двигательных функций в сравнении с подростками с сенсорными нарушениями, особенно в случае существенных ограничений их двигательных возможностей.

Уточнение этих результатов с помощью регрессионного анализа показало, что в выборке условно здоровых подростков суммарный показатель жизнестойкости нечувствителен к показателям, характеризующим детско-родительские отношения, однако значимые регрессионные нагрузки продемонстрировали отдельные компоненты жизнестойкости. В частности, достоверная регрессионная модель была получена для компонента «вовлеченность» ($r^2=0,56$), предикторами которого оказались показатели непоследовательности в поведении родителей, фиксируемые подростками ($\beta=-2,26$, $p<0,01$ для показателя «непоследовательность матери» и $\beta=-1,93$, $p<0,05$ для показателя «непоследовательность отца»).

В выборках подростков с сенсорными нарушениями наиболее значимым компонентом регрессионных моделей оказался такой параметр жизнестойкости, как «контроль».

На материале выборки слабовидящих подростков, как и в выборке их условно здоровых сверстников, не было получено статистически достоверной регрессионной модели, что еще раз подтверждает сформулированную выше гипотезу о том, что закономерности формирования жизнестойкости у таких подростков во многом сходны с теми, которые наблюдаются среди подростков с типичным развитием. В выборке слепых подростков, в свою очередь, обнаружены статистически значимые регрессионные связи между «контролем» как компонентом жизнестойкости и показателем автономности матери ($\beta=1,03$, $p<0,05$, при $r^2=0,43$).

По результатам анализа результатов, полученных при обследовании глухих подростков, так же, как и в выборке слепых подростков, было выявлено статистически значимое влияние параметра «автономность матери» на суммарный показатель жизнестойкости, полученный на материале анализа рисунка «Моя жизнь» ($\beta=0,99$, $p<0,05$, при $r^2=0,35$). В выборке слабослышащих подростков выявились регрессионные связи между стилями детско-родительских отношений и таким компонентом жизнестойкости, как «контроль» ($r^2=0,62$). Согласно результатам регрессионного анализа, в качестве предикторов контроля как компонента жизнестойкости могут рассматриваться показатели «позитивный интерес со стороны отца» ($\beta=-1,50$, $p<0,01$) и «директивность матери» ($\beta=-0,85$, $p<0,05$).

В выборке подростков с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата наблюдается негативное влияние излишней директивной воспитательной практики матерей и их непоследовательности при взаимодействии с детьми на формирование жизнестойкости ($\beta=-0,31$ и $\beta=-0,33$ соответственно, $p<0,05$, при $r^2=0,32$). В выборке подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций обнаружена единственная регрессионная связь – между суммарным показателем жизнестойкости и директивностью матери (и $\beta=-0,46$, $p<0,05$, при $r^2=0,32$). Обращает на себя внимание, что, по результатам данного исследования, детско-родительские взаимоотношения подростков с двигательными нарушениями с отцами не оказывают существенного влияния на уровень их жизнестойкости, в этом случае на первый план выходят отношения с матерью. Также немаловажным является факт вхождения в регрессионные модели суммарного показателя жизнестойкости, а не ее отдельных компонентов, что может интерпретироваться как проявление «диффузного» характера жизнестойкости таких подростков, отсутствие выраженных тенденций в формировании ее компонентов, которые были бы связаны с последовательным изменением характера детско-родительских отношений, сопряженных с взрослением.

Эти данные подтверждают предположения, сформулированные на основе результатов корреляционного анализа, а также позволяют отметить наиболее уязвимые стороны формирования жизнестойкости в контексте проблемы детско-родительских отношений. Для условно здоровых подростков в этой связи наиболее уязвимым компонентом жизнестойкости является вовлеченность, отрицательно сопряженная с непоследовательным поведением родителей: непоследовательное родительское поведение способствует тому, что подросток дистанцируется от событий собственной жизни, выступая в отношении них не активным субъектом, а пассивным наблюдателем (в связи

с этим возникает гипотеза о том, что непоследовательность воспитательных стратегий родителей препятствует формированию субъектности условно здорового подростка, которая требует отдельной эмпирической проверки). В выборке слабослышащих подростков наибольшую уязвимость продемонстрировал компонент «контроль», формирование которого определяется степенью директивности материнской позиции и выраженности позитивного интереса со стороны отца. Таким образом, для слабослышащих подростков на первый план выходит проблема формирования уверенности в собственной возможности оказывать влияние на происходящие события, которая возникает в условиях низкой материнской директивности, предоставляющей подростку пространство для проявления самостоятельности, и снижения вовлеченности отца в дела подростка (что, возможно, отражает потребность слабослышащего подростка в преодолении ситуации гиперопеки со стороны родителей).

Анализ более широкого контекста социальных связей, которые также потенциально могут рассматриваться в качестве факторов, опосредующих степень жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, предполагал изучение взаимосвязей между жизнестойкостью подростков и характеристиками сетей их социальных контактов. В таблице 22 представлены статистически значимые коэффициенты корреляции, иллюстрирующие взаимосвязи между суммарным показателем жизнестойкости подростков и характеристиками их контактов с другими людьми. Корреляционный анализ показал, что взаимосвязи между показателями жизнестойкости и ее отдельными параметрами в обследованных выборках различаются. В выборке условно здоровых подростков суммарный показатель жизнестойкости, а также показатели ее отдельных компонентов, положительно связаны с воспринимаемой эмоциональной поддержкой и отрицательно – с количеством сфер общения. В группе слепых подростков обнаружена связь между показателями жизнестойкости и инструментальной поддержки, в выборке слабовидящих подростков – с показателями эмоциональной поддержки и плотности социальной сети. Для глухих подростков значимыми коррелятами жизнестойкости оказались размер социальной сети и объем воспринимаемой социальной поддержки. В группе слабослышащих подростков суммарный показатель жизнестойкости продемонстрировал связи с показателями эмоциональной поддержки и плотности социальной сети. В выборке подростков с тяжелыми двигательными нарушениями суммарный показатель жизнестойкости взаимосвязан с показателями размера социальной сети и инструментальной поддержки, тогда как для подростков с умеренными нарушениями двигательных функций

статистически значимых взаимосвязей между жизнестойкостью и характеристиками системы социальных контактов не обнаружено.

Таблица 22.

Значимые корреляционные взаимосвязи суммарного показателя жизнестойкости с характеристиками сетей социальных контактов подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, а также в группе сравнения. Примечание: для выборки глухих подростков использованы показатели, полученные с помощью проективного рисунка

*«Моя жизнь»; * – $p < 0,05$*

Виды поддержки	Выборки	
	с тяжелыми нарушениями	с умеренными нарушениями
Подростки с нарушениями зрения		
Плотность социальной сети		0,36*
Эмоциональная поддержка		0,37*
Инструментальная поддержка	0,42*	
Подростки с нарушениями слуха		
Плотность социальной сети	0,34*	0,31*
Эмоциональная поддержка		0,32*
Инструментальная поддержка	0,30*	
Подростки с нарушениями двигательных функций		
Размер социальной сети	0,37*	
Инструментальная поддержка	0,41*	
Условно здоровые подростки		
Эмоциональная поддержка		0,31*
Количество сфер общения		-0,27*

Характер взаимосвязей жизнестойкости и воспринимаемой поддержки уточнялся с помощью регрессионного анализа (см. таблицу 23). Результаты регрессионного анализа демонстрируют, что эмоциональная поддержка может рассматриваться как значимая предпосылка жизнестойкости условно здоровых подростков, для которых качественные характеристики отношений, судя по всему, являются более важными, чем объем социальных контактов. В случае подростков с сенсорными и двигательными нарушениями ситуация несколько иная. Для подростков с тяжелыми нарушениями зрения и двигательных функций на первый план выходит объем воспринимаемой инструментальной поддержки, которая, вероятно, необходима для преодоления ограничений, связанных со здоровьем, а также количество социальных контактов, возможно, отражающее степень включенности подростков в различные формы социальной активности. Важно

отметить, что в случае подростков с нарушениями зрения ядро корреляционной плеяды составляет суммарный показатель жизнестойкости, тогда как в выборке подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата параметр жизнестойкости «контроль», что может интерпретироваться как восприятие этими подростками инструментальной поддержки в качестве ресурса управления жизненной ситуацией. Жизнестойкость слабовидящих и слабослышащих подростков определяется преимущественно объемом воспринимаемой эмоциональной поддержки; аналогичный результат на уровне выраженной тенденции ($p < 0,11$) получен в выборке подростков с умеренными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Таблица 23.

Результаты регрессионного анализа (зависимая переменная – жизнестойкость, независимые переменные – характеристики системы социальных контактов), представлены только достоверные регрессионные модели

Характеристики системы социальных контактов	R²	B_{int}	b	p<
<i>Слепые подростки</i>				
Инструментальная поддержка	0,35	64,8	0,54	0,05
<i>Слабовидящие подростки</i>				
Плотность сети социальных контактов	0,37	70,2	0,68	0,01
<i>Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций</i>				
Количество значимых сфер общения	0,37	61,9	0,29	0,05
<i>Условно здоровые подростки</i>				
Эмоциональная поддержка	0,31	76,9	0,30	0,01

Таким образом, можно отметить, что взаимосвязи жизнестойкости и воспринимаемой социальной поддержки в группах подростков с сенсорными нарушениями и нарушениями функций опорно-двигательного аппарата отличаются от аналогичных взаимосвязей, полученных в выборке их условно здоровых сверстников. Это особенно характерно для подростков с тяжелыми сенсорными и двигательными нарушениями, в случае которых жизнестойкость определяется, в первую очередь, объемом воспринимаемой инструментальной поддержки, в то время как для условно здоровых подростков аналогичную роль играет воспринимаемая эмоциональная поддержка.

Тенденции, описанные на материале статистического анализа результатов исследования, находят отражение в характеристиках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, которые сформулировали в ходе интервью педагоги, работающие с ними.

Так, характеризуя жизнестойких подростков с умеренными сенсорными нарушениями, педагоги отмечают, в первую очередь, вовлеченность родителей в их жизнь:

«Мотивация к обучению выше среднего, учится с двумя тройками в четверти. Перешел в эту школу в 6 классе. Сначала отношения в классе были напряженными, но сейчас наладились. Раньше был агрессивным, но теперь достаточно спокоен. Ответственный мальчик, правая рука учителя, отзывчив, готов прийти на помощь. Мама хорошо его воспитывает, интересуется успехами сына» (из интервью учителя о поведении слабослышащего мальчика, 15 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Перешел из обычной школы в эту в 7 классе. На учебу не мотивирован, недисциплинирован, состоит на школьном учете из-за плохого поведения. Занимается волейболом, в школе посещает все спортивные мероприятия. Воспитывается в многодетной семье, родители откликаются на просьбы и замечания из школы» (из интервью учителя о поведении слабослышащего мальчика, 16 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Хорошистка, староста класса, активистка. Пользуется авторитетом в классе. Участвует в школьной самодеятельности, занимается в театральной студии. Живет с мамой, отношения с ней хорошие» (из интервью учителя о поведении слабослышащей девочки, 15 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Слабовидящая, сохранено остаточное зрение. Живет в полной семье, семья благополучная, заинтересованная в развитии дочери, с достаточными финансовыми возможностями. Занимает активную жизненную позицию, в классе на лидирующих ролях, пользуется авторитетом. В общении со взрослыми открыта, проявляет заинтересованность в обсуждении различных жизненных проблем. Очень ответственная, всегда держит слово. Серьезно занимается плаванием. Успеваемость средняя, нет системности из-за спорта, берет задания, но не отстаёт. Есть свой круг общения (спортивный)» (из интервью учителя о поведении слабовидящей девочки, 15 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Живет в полной семье, семья благополучная, в особенности мама проявляет заинтересованность, также активная бабушка, помогает. У семьи есть финансовые возможности, в девочку вкладывают. Девочка всегда имеет свое мнение, правдолюб, совестливая, активная, призывает одноклассников к совести, «совесть класса», лидер (не прогнется). Очень творческая, вязание, поделки, рисование, все сама. Увлекается музейной деятельностью, востоковедением. Открыта к обще-

нию, заинтересована. Делится проблемами с родственниками, решения выносят вместе. Мудра для своих лет» (из интервью учителя о поведении слабовидающей девочки, 15 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Хорошистка, высокая мотивация к обучению. Отношения с одноклассниками дружеские, без конфликтов. Застенчивая, тихая, спокойная девочка. Занимается керлингом и модельным искусством. Воспитывается в полной семье, папа военный. Отношения в семье хорошие, родители поддерживают начинания дочери и помогают ей» (из интервью учителя о поведении слабослышащей девочки, 15 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

В характеристиках слабовидающих и слабослышащих подростков с низкими показателями жизнестойкости, напротив, прослеживается низкая родительская вовлеченность в жизнь ребенка, что может интерпретироваться как недостаточная эмоциональная поддержка с их стороны:

«Неполная семья – живет с мамой. Мама много работает. Учится нормально, выполняет все задания. Спокойная, неконфликтная» (из интервью учителя о поведении слабослышащей девочки, 14 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

«Новенькая в классе, пришла из общеобразовательной школы в этом году. У девочки низкая самооценка, но отношения в классе ровные. Большую часть времени находится одна, на переменах слушает музыку. Мотивирована на учебу, успеваемость по сравнению с прошлой школой повысилась. Любит рисовать. Воспитывается в полной семье. Мама сейчас интересуется успехами дочери, однако до этого девочкой не занималась» (из интервью учителя о поведении слабослышащей девочки, 15 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

«Высокомерный (модель поведения отца), не увлечен учебой, не участвует в мероприятиях. Ничем не интересуется, не отзывается на просьбы и не готов прийти на помощь учителям или сверстникам. Сложный, неприятный характер. Отношения с одноклассниками не складываются. Воспитывается в полной многодетной семье. «Воспитанием» занимается отец» (из интервью учителя о поведении слабослышащего мальчика, 15 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

«Хулиганит, учится на «4» и «3». Увлекается компьютерными играми. Имеет склонность к техническим предметам. Поведение удовлетворительное. Легко поддается отрицательному влиянию одноклассников-хулиганов. Родители включены мало» (из интервью учителя).

ля о поведении слабослышащего мальчика, 15 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

Другой немаловажный аспект детско-родительских отношений, способствующий снижению жизнестойкости подростков с умеренными нарушениями сенсорных функций, связан с излишней директивностью взрослых, в первую очередь, родителей:

«Живет в полной семье, есть младший брат. Семья благополучная, хорошие финансовые возможности. Может учиться на «4», но ему хватает «3» (больше и не надо). Положение в классе неплохое, но «корона на голове», мы высокомерные (часто бывает за рубежом из-за специфики образования), хвастлив. Когда его нет, весь класс ровный. Когда он в классе – идет соревнование. Любит поспорить, не агрессивен, но при споре идет высокомерие. Может подшутить над взрослыми. Когда его спускают на землю (из-за высокомерия), происходит это болезненно. Внутренне понимает доводы оппонента, но признать не может. На проблемы реагируют родители, хотя мог бы и сам. Подчиняется папе, полностью принимает его решения» (из интервью учителя о поведении слабослышащего мальчика, 15 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

«Финансово благополучная семья, но не в отношениях: отец деспот. Больше любят сестру, его же недолюбливают. Испытывает психологические трудности. Ленивый, мог бы быть успешен при активности. Гуманитарий, играет на гитаре, позитивный, но забывчивый, недостаточно ответственный. Будущее за родителями» (из интервью учителя о поведении слабослышащего мальчика, 15 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

В случае подростков с выраженными сенсорными нарушениями можно отметить большое значение дополнительных ресурсов инструментальной поддержки, а также существенную роль расширения пространства социальных контактов в становлении жизнестойкости:

«Очень умный и старательный мальчик. Часто остается в школе, чтобы сделать домашние задания. Аккуратен и педантичен. Отношения с родителями хорошие, в школе учится старший брат, которые помогают ему во всем: и с учебой, и с налаживанием отношений с ребятами и учителями. Отношения с одноклассниками хорошие, ребята дружат» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями слуха, 15 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Нарушение слуха с детства, сложная структура дефекта. Раньше не разговаривал, сейчас говорит (хоть и не очень понятно). Учится в школе со старшим братом, который помогает ему. Отношения в семье поддерживающие и теплые, мама активно занимается

детьми. В классе со всеми общается, дружелюбный. Стараются заниматься по мере своих возможностей, увлечен учебой, старается во все вникнуть и все понять» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями слуха, 16 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Очень умная и старательная девочка. Учится хорошо, мотивирована на обучение. Невероятно общительная, быстро адаптируется. Хорошая семья, девочка всегда получает необходимую помощь, имеет много внешкольных дел и увлечений, это тоже обеспечивает семья, в первую очередь, мама. В классе дружит со всеми ребятами» (из интервью учителя о поведении девочки с тяжелыми нарушениями зрения, 15 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Спортивный и активный. С детства занимается каратэ, участвует в соревнованиях, имеет много наград. Хорошо пишет, говорит и понимает речь. Помогает младшему брату. Отношения в семье поддерживающие и теплые, мама активно занимается детьми, обеспечивает их занятия учебой, а также внеучебные занятия. Дружит со всеми одноклассниками. Отзывчивый и добрый. Спокойный, неконфликтный» (из интервью учителя о поведении девочки с тяжелыми нарушениями слуха, 16 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

Важно отметить, что в случае подростков с тяжелыми сенсорными нарушениями на первый план выходят именно реальные социальные контакты, тогда как виртуальные контакты, судя по всему, не могут в полной мере обеспечить условия, необходимые для формирования жизнестойкости, хотя и создают определенный ресурс поддержания личностного благополучия:

«Своеобразная девочка, учителя отмечают завышенную самооценку. Девочка может спровоцировать конфликт, никого к себе близко не подпускает, сама за себя. Из-за этого отношения с одноклассниками не складываются, хотя товарищи по учебе также высоко оценивают ее. Воспитывается в полной семье, но отношения с родителями непростые, временами открытые конфликты. Увлекается просмотром видео-блогов в интернете, других увлечений за пределами школы не имеет» (из интервью учителя о поведении девочки с тяжелыми нарушениями слуха, 15 лет, характеризующейся низкими показателями жизнестойкости).

«Воспитывается в полной семье, но отношения дома не складываются. В начальной школе за мальчиком был жесткий контроль со стороны родителей. Шутник, часто “прикалывается” (защитная реакция). Учится средне. Помимо учебы занимается легкой атлетикой,

но не увлечен ей, ходит для галочки» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями слуха, 16 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

«Тотальная слепота. Возраст не соответствует развитию (инфантилен). Живет в неполной семье (с мамой), отношения в целом благополучные. Проявляет равнодушие к учебе (“ну не знаю”, “ну не выучил”), безответственный, на него невозможно полагаться, может забыть о своих обещаниях. Вялый, пассивный, витает в облаках. Со своими одноклассниками не особо дружит. Со слов матери, при поездках за рубеж общается с ребятами, к нему тянутся, но в классе позиция “никакая”, над ним могут подшучивать. Отвергаемый, изгой. Несмотря на то, что он занимается дополнительно иностранными языками и в радиокружке, считает, что он никому не нужен» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями слуха, 15 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

В характеристиках подростков с нарушениями двигательных функций можно отметить как высокую значимость социальной активности для формирования их жизнестойкости, так и, парадоксальным образом, не вполне продуктивные на первый взгляд отношения с родителями, которые для этих подростков, судя по всему, являются важным ресурсом их жизнестойкости именно в такой, утрированной форме, что особенно характерно для подростков с тяжелыми двигательными нарушениями:

«На коляске, сам не ходит. Семья полная. Учится хорошо. Идет на повышении программы обучения. Высокий интеллект. Активен в жизни школы. Играет в бочку. Очень волевой, сам начал пользоваться коляской» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями двигательных функций, 16 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

«Тяжелая, много операций. Полная семья, есть старшая сестра. Учится хорошо. Конфликтная со всеми. Танцы на колясках в клубе. Воспитание “кумир в семье”. Очень эгоистичная. Поет в хоре» (из интервью учителя о поведении девочки с тяжелыми нарушениями двигательных функций, 16 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Тяжелая коляска. Требуем к себе особого отношения. Любит, чтобы уговаривали. Семья полная, есть брат и сестра. Увлечена бочкой. Очень активная. Все время участвует в конкурсах. Мама и папа ей подчиняются. Тревожная, тяжело с незнакомыми. Не конфликтная, но дает сдачу. Учится хорошо» (из интервью учителя о поведении девочки с тяжелыми нарушениями двигательных функций, 15 лет, характеризующейся высокими показателями жизнестойкости).

«Передвигается на двух тростях. Две операции, в 20 лет будет еще одна. Занимается музыкой – фортепиано без педалей. Конфликтов нет, с родителями дружественные отношения. Семья полная» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями двигательных функций, 16 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

При этом стремление родителей «снизить градус» опеки, предоставить подростку больше самостоятельности, помочь ему стать более автономным могут в некоторых случаях являться фактором риска снижения жизнестойкости, видимо, в связи с утратой подростком уверенности в родительской поддержке:

«Сам передвигается от стенки до стенки. Раньше ходил на ходунках, мама настояла ходить самостоятельно, но все равно нормально может лишь на ходунках. Участвует в жизни школы, занимается плаванием. Говорит высокопарными, красивыми фразами. Учится удовлетворительно, ближе к хорошо. Мама заставляет учиться. Семья полная, два старших брата» (из интервью учителя о поведении мальчика с тяжелыми нарушениями двигательных функций, 16 лет, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости).

«Ходит самостоятельно. Одна рабочая рука. Живет с мамой, папа приходящий. Он родился в таких условиях. Была попытка инклюзии, но неудачно. Затем два года на дистанционном обучении. Очень конфликтный, расторможенный» (из интервью учителя о поведении мальчика с умеренными нарушениями двигательных функций, 15 лет, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости).

* * *

Результаты нашего исследования показывают, что социально-психологические факторы, определяющие жизнестойкость подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, которые обучаются в специализированных образовательных учреждениях, существенно отличаются от детерминант жизнестойкости их условно здоровых сверстников. Если жизнестойкость подростков с нормативным развитием определяется, в первую очередь, объемом воспринимаемой эмоциональной поддержки, в основном родительской, то для подростков с сенсорными и двигательными нарушениями на первый план выходит инструментальная поддержка, которая связана с обеспечением их бытовых нужд, перемещений и т.д. и ассоциируется со взаимодействием с родителями и другими близкими родственниками. Значимость инструментальной поддержки характерна, в первую очередь, для подростков с выраженными сенсорными и двигательными нарушениями, тогда как на фоне умеренных нарушений картина взаимо-

связей между показателями жизнестойкости и характеристиками отношений подростка с другими людьми оказывается во многом схожей с условной нормой при большей значимости фактора дифференцированности системы социальных контактов. Таким образом, мы можем утвердительно ответить на второй исследовательский вопрос, сформулированный в первой главе монографии, и констатировать, что социально-психологические факторы жизнестойкости подростков, имеющих сенсорные или двигательные нарушения, и их условно здоровых сверстников, различаются. Более того, мы можем отметить, что эти различия определяются не только наличием или отсутствием нарушений развития, но и степенью констатируемой выраженности нарушений.

Этот результат представляется очень значимым на фоне полученных нами сведений о схожести количественных показателей системы социальных контактов в выборках подростков с сенсорными и двигательными нарушениями и их условно здоровых сверстников. Очевидно, что фиксируемая включенность подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в разнообразные социальные контакты, их вовлеченность в разнообразные сферы социального взаимодействия во многом определяется успешной работой по их социальной интеграции, осуществляемой ежедневно работающими с ними специалистами в тесном контакте с их семьями. Расширение пространства социального взаимодействия – универсальное направление развития личности в подростковом возрасте, однако в случае подростков с сенсорными и двигательными нарушениями эти тенденции, вероятно, имеют иной, отличный от нормативной выборки, смысл в контексте личностного становления подростков. В то время как личностный потенциал условно здоровых подростков определяется, в первую очередь, объемом воспринимаемой эмоциональной поддержки, для жизнестойкости подростков с умеренными сенсорными и двигательными нарушениями крайне важным оказывается навык дифференциации социальных контактов с точки зрения потребностей, которые могут быть удовлетворены в этих видах взаимодействия, а для подростков с выраженными нарушениями наиболее существенное значение приобретает уверенность в доступности необходимой помощи. Эти данные, а также сведения о взаимосвязи жизнестойкости подростков с ОВЗ, их самооценки и предпочитаемых копинг-стратегий, представленные в главе 2, необходимо учитывать при разработке программ психологического сопровождения становления личности подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в условиях учреждений специального образования. Основные направления такой работы описаны в следующей главе монографии.

Глава 4. ФОРМИРОВАНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЗАДАЧ ПСИХО- ЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Формирование жизнестойкости у подростков с ограниченными возможностями здоровья, в частности с сенсорными и двигательными нарушениями, является сложной и актуальной проблемой в контексте развития личностного потенциала, определяющего их личностную готовность к социальной интеграции, реализации своего потенциала и саморазвитию. Эта проблема требует комплексного подхода со стороны разных специалистов, и в первую очередь со стороны психологов. Чтобы повысить эффективность оказания психологической помощи, необходимо выявить «мишени» психологической работы. В рамках проведенного нами в 2017-2018 годах исследования статистически значимых отличий по показателям жизнестойкости между подростками с различными формами сенсорных и двигательных нарушений выявлено не было. Более того, достоверных отличий по показателям жизнестойкости также не выявилось и при сравнении результатов, полученных на выборках подростков с ОВЗ и их условно здоровых сверстников. Представляется, что это и результат многолетней работы педагогов и психологов, работающих с данным контингентом подростков в специализированных образовательных учреждениях на протяжении ряда лет, и проявление свойственных подростковому возрастному периоду закономерностей личностного развития, которые не зависят от специфики развития. Несмотря на достаточно высокие показатели жизнестойкости у изучаемого контингента подростков, необходимо осуществлять психокоррекционные мероприятия, направленные на сохранение регистрируемого уровня жизнестойкости и/или повышение их способности самостоятельно преодолевать возникающие трудные жизненные ситуации. Следует учитывать их взросление с такими последствиями, как переосмысление своего места в окружающем мире, повышение критической оценки себя, нарастание тревоги из-за предстоящих изменений привычного образа жизни в связи с неизбежным окончанием специализированной школы и преобразованиями в системе детско-родительских отношений.

Психологическое сопровождение подростков с ОВЗ необходимо проводить в нескольких направлениях: 1) сохранение выявленного уровня жизнестойкости, которое находится на достаточно высоком

уровне у всех обследованных подростков с ОВЗ и условно здоровых подростков, сосредоточив особое внимание на контроле за событиями собственной жизни; 2) поиск смысла жизни и построение временной перспективы с учетом их реальных индивидуальных возможностей и существующих объективных возможностей; 3) развитие рефлексивного потенциала с расширением диапазона возможных копинг-стратегий с учетом тяжести нарушений, а также формирование «ресурсных» копинг-стратегий в часто встречаемых жизненных ситуациях (имеет место не вполне адекватное реальности представление о мире и о самих себе, однако подобные представления в некоторых случаях повышают жизнестойкость подростков с сенсорными и двигательными нарушениями). При этом необходимо соблюдать такие условия, как: 1) непрерывность процесса психологического сопровождения личностного развития, учет исходных убеждений подростка в отношении себя и собственной жизни и индивидуализация работы в соответствии с ними; 2) привлечение к работе по созданию условий для формирования и укрепления жизнестойкости подростков педагогов и родителей; 3) создание условий для постепенного расширения подростком «пространства социальных проб»; 4) работа в строгом соответствии с уровнем мотивационной готовности подростка к изменениям, создание условий для последовательной и постепенной ассимиляции подростком нового опыта, отказ от форсированного решения обозначенных задач.

Необходимо учитывать разный прогноз в социальном и психологическом плане в зависимости от формы, степени и тяжести ограниченных возможностей подростков. Психологическая помощь проводится с учетом модально-неспецифических закономерностей развития психики, «свойственных всем группам детей с отклонениями в развитии, независимо от характера основного нарушения» (Сорокин, 2003, с. 20), и модально-специфических, которые характерны только для определенных детей с дизонтогенезом. Модально-неспецифические закономерности психического развития аномальных детей еще в 30-е года XX века предложил Л. С. Выготский, в дальнейшем их описывал В. И. Лубовский: 1) снижение познавательной активности; 2) снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации; 3) трудности словесного опосредования. На примере детей с ДЦП, в рамках модально-специфического подхода, характерны нарушения в эмоционально-волевой и познавательной сфере: неравномерные нарушения психических функций, повышенная утомляемость всех психических функций, суженный объем сведений об окружающем мире (Шипицына, Мамайчук, 2004). Данные особенности достаточно ярко проявляются у подростков с тяжелыми

формами сенсорных нарушений и нарушений опорно-двигательного аппарата. Также необходимо учитывать такие индивидуально-психологические особенности подростков с ОВЗ, как специфическая «изменяющаяся» внутренняя картина болезни, рентное отношение к своей болезни, симбиотические отношения с матерью, отмечаемые практически всеми специалистами, работающими с ними (Никитина, Семенова, 2012).

В последние годы поднимается вопрос об адекватности применяемых психолого-педагогических методов обучения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. При этом наблюдается диаметрально противоположное мнение о психологической составляющей образовательного процесса. Одни авторы придерживаются мнения о том, что «излишнее усложнение требований, стремление дать ребенку как можно больший объем разнообразных знаний, не только не способствует коррекции интеллектуального развития, но и блокирует познавательную потребность в целом» (Белопольская, 2019, с. 225–226). Другие авторы констатируют, что «многим учащимся учиться тяжело и сложно», и данный факт интерпретируется ими как показатель эффективного обучения в зоне ближайшего развития с учетом факта оценивания сверстниками друг друга «преимущественно по степени «схожести» (инклюзия в среде «таких же, как я сам») и «по уму»» (Никитина, Семенова, 2012, с. 146). В итоге, делается вывод о необходимости модернизации психологического сопровождения детей и подростков с ОВЗ не только в области традиционных направлений работы, но и в целом – о необходимости организации работы по новым направлениям, в частности, по психологическим особенностям формирования жизненных компетенций.

В связи с этим предлагаются различные варианты оказания психологической помощи. Представляются перспективными нетрадиционные формы внеурочной деятельности, которые «эмоциональны по своей природе и потому способны даже самую сухую информацию оживить и сделать яркой... Возможно вовлечение каждого в активную работу, эти уроки противостоят пассивному слушанию или чтению» и реализуются в виде соревнований, презентации и самопрезентации, а также в проектной деятельности (Саутина, 2019, с. 366). Здесь полностью можно согласиться с автором и предложить следующие темы соревнований: «Наши возможности в этом мире», «Современный мальчик-подросток», «Современная девочка-подросток», «Наши достижения в школе» и т. д. Например, при обсуждении достижений в школе подростки с более легкими формами ОВЗ больший акцент делают не на конкретных достижениях в учебных предметах и на оценках, а на участии во внеучебной деятельности в конкурсах, спортив-

ных мероприятиях, на выступлениях на праздниках, на тематических занятиях и продуктах их творческой деятельности (рисунках, поделках, пении, чтении стихов, умении играть на музыкальных инструментах и др.). Большинство подростков в классе включаются в дискуссию, в ходе которой постоянно возникают соревновательные моменты, вовлекающие, в том числе, не только соучеников, но и учащихся других классов. Так как администрация и педагогический состав школ постоянно организуют многообразные мероприятия и стараются вовлечь в участие в них всех учащихся, то практически у всех детей и подростков есть определенные достижения. Подобные соревнования «достижений» помогают подросткам: 1) больше узнать друг о друге, в некоторых случаях, увидеть в новом ракурсе отдельных ребят; 2) соотнести их достижения со своими с учетом возможностей здоровья; 3) проявить предпосылки для «завязывания» более глубоких дружеских отношений на разных основаниях: общности интересов, интереса к личности, по сходной жизненной ситуации, по сходному состоянию здоровья; 4) сплотиться в коллектив.

Также большое значение имеет самопрезентация подростков. Обращает на себя внимание, что подростки при первой встрече в беседе проявляют рентное отношение к своей болезни, фиксированы на реакции окружающих на их особенностях здоровья и, как следствие, проявляют неуверенность в себе, повышенную тревожность, замыкаются или, напротив, открыты общению, наивны, проявляют реакцию непосредственности, свойственную детям более младшего возраста. Оба варианта наблюдаемого поведения вызывают затруднения в сфере общения, расширению круга их общения. Самопрезентация и обсуждение в классе ее вербальных и невербальных составляющих помогает подросткам: 1) увидеть реакцию окружающих и ее влияние на дальнейшее формальное и неформальное общение; 2) рефлексировать свое поведение, что способствует преодолению повышенной застенчивости, формирует адекватную самооценку и повышает уверенность в себе.

Более подробно разберем направления работы по поставленным выше направлениям.

При оказании психологической помощи в рамках первого направления кроме предложенных нетрадиционных форм внеурочной деятельности для поддержания выявленного высокого уровня жизнестойкости перспективным является психологический разбор художественных фильмов, литературных произведений, спектаклей. Данная форма работы подробно разобрана ниже при описании третьего направления психологической помощи подросткам с ОВЗ. При индивидуальном психологическом сопровождении наибольший эффект

приносит психологический анализ конкретных жизненных ситуаций, предложенных самими подростками с ОВЗ. В жизненных ситуациях рассматриваются объективные и субъективные обстоятельства; выделяются наиболее значимые из них; анализируется возможность воздействия на обстоятельства, на их контроль со стороны подростка; анализируется влияние обстоятельств на дальнейшее развитие ситуации и значимость роли самого подростка в возможных изменениях.

Примерно каждый пятый обследованный подросток систематически просматривают записи блогеров, которые выкладывают видеоролики о событиях своей жизни и своих близких. Так, девочка А. 15 лет с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата более года следит за жизнью семьи женщины-блогера, имеющей двоих детей, один из которых – девочка 14 лет с нормальным развитием. Девочка А. с большой эмоциональной включенностью подробно рассказывает о нюансах жизни этой семьи. В процессе работы с девочкой А. становится понятным, что она идентифицирует себя с дочерью видеоблогера. По нашему мнению, выявленная идентификация носит компенсаторный характер, связана с попыткой ухода (в доступной форме) от собственных проблем, связанных с особенностями развития и ограничениями не только в жизнедеятельности в окружающем пространстве, но и с ощущением «заклученности» себя в собственном теле. Данная идентификация является неадекватной при нормальном психическом и физическом развитии подростков, но для подростков с тяжелыми формами нарушений развития представляется вполне эффективной для поддержания достаточно высокого уровня их жизнестойкости, так как является «тренировочным полигоном» жизни в социуме. Параллельно с этим, формируется субъективное ощущение контроля за событиями жизни, вариативность поведения, что мы и наблюдаем у девочки А. с ОВЗ через её самоидентификацию с дочерью видеоблогера. Здесь открытым, неоднозначным остается вопрос о степени «отсоединения» от виртуального образа в настоящее время для открытия возможностей собственного развития подростка с ОВЗ в будущем.

При оказании психологической помощи в поиске смысла жизни и построении временной перспективы у подростков с ОВЗ на первый план выступает проблема субъективной оценки своих возможностей. У обследованных подростков с нарушениями зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата можно выделить три типа субъективной оценки своих возможностей на данный момент и в будущем. Подростки с ОВЗ с первым типом считают, что они смогут достигнуть многого, несмотря на состояние здоровья. Они имеют достаточно высокую самооценку, стараются хорошо учиться, большинство из них активно

участвуют в жизни школы, инициативны, имеют конкретные планы на будущее (получить специальность учителя, врача, инженера, кондитера, механика и т.д.), и у них есть реальные достижения (хороший уровень знаний по школьным предметам, успех в хобби, освоение бытовых навыков – умение стирать, готовить и т.д.). Практически все подростки данной группы имеют мощный социальный ресурс в виде активной поддержки со стороны родителей, бабушек/дедушек, братьев/сестер, которые их принимают такими, каковы они есть. Особо следует отметить роль гармоничных, близких отношений с бабушками/дедушками, которые постоянно присутствуют в жизни подростка. Положительное влияние на психическое здоровье детей и подростков оказывают принимающие теплые «эмоциональные связи ребенка с матерью и индивидуально-психологических особенностей ближайших взрослых (матери, бабушки)» (Куфтяк, Задорова, 2019). У этих подростков есть ощущение защищенности в этом мире, который они воспринимают позитивно. Данные подростки хорошо адаптированы, у них имеется четко структурированное понимание своего будущего, где они смогут реализоваться в профессиональном и личностном планах. Несомненно, существенный вклад в позитивное восприятие себя, своих возможностей вносят педагоги и психологи специализированных школ, в которых обучаются подростки. В данную группу входят подростки с относительно легкими нарушениями здоровья. К сожалению, к данной группе подростков в целом можно отнести около 15-20 % обследованных. Эти данные носят относительный характер, так как разделение произведено на основании не столько объективных показателей, сколько на субъективных представлениях, выявленных в процессе бесед с подростками.

Подростки со вторым типом оценивания своих возможностей характеризуются неуверенностью в себе, повышенной тревожностью, с неустойчивой самооценкой, неадекватной оценкой своих возможностей (с колебаниями от заниженной до весьма высокой). Взаимоотношения в семье сложные: к маме испытывают симбиотическую привязанность, к отцу и бабушке отношение менее эмоциональное и преимущественно носит инструментальный характер. Жизненные планы не сформированы, постоянно меняются, в ряде случаев носят ситуативный характер, зачастую нереалистичны.

Подростки с третьим типом оценивания своих возможностей характеризуются негативной оценкой с неблагоприятным прогнозом. Они фиксированы на взаимоотношениях с окружающими, акцентируют внимание на негативных эпизодах. Следует отметить, что такие эпизоды действительно нередко встречаются. Например, девочка Т. 16 лет, с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, с за-

труднениями школьных навыков, речевыми нарушениями, с «подтекающей слюной» и т. д. неоднократно пыталась наладить контакты с другими ребятами в школе, в санаториях, в больницах, но часто слышала неприятные отзывы, постоянно сталкивается с жалостливым и/или брезгливым отношением к себе. В итоге, она очень хотела бы с кем-нибудь подружиться и общаться при помощи Skype, но после многократных неудач боится «открыться» для общения. В школу ее привозят два дня в неделю, чем она очень дорожит: ей нравится сама поездка по городу, учеба, общение с педагогами, возможность увидеть других учащихся. Тем не менее, расширить круг общения не удастся. Самооценка низкая, самоотношение по большей части негативное. Планов на будущее фактически нет, живет настоящим. Из прошлого положительные воспоминания только об одном санатории, где праздновали день её рождения и подарили лохматого зайца. Большинство воспоминаний о прошлом связаны с болью, больничными процедурами, лежанием в постели в одиночестве. Очень привязана к обоим родителям, без которых она не может физически существовать. Так как отец постоянно на работе, то большую часть времени проводит с мамой. К маме испытывает симбиотическую привязанность, но отмечает неуравновешенность с обеих сторон, с ссорами и примирениями. Боится за жизнь и здоровье родителей, из-за этого часто плачет.

Итак, постоянное психологическое сопровождение необходимо подросткам второго и третьего типа оценки своих возможностей. При этом подростков с первым типом целесообразно привлекать к групповым формам работы (от 2-х до 6-8 человек) не только в виде положительного примера самодостаточного и хорошо адаптированного подростка с ОВЗ (с позитивным отношением к миру, с четкими планами на будущее, уверенного в своих силах, с взвешенной оценкой здоровья и главное – с аналогичными проблемами здоровья), но и с целью показать его личный вклад в формирование самодостаточного члена общества, продемонстрировать его путь в нахождении смысла жизни, его умение ставить цели и пытаться их реализовывать. Особое внимание следует обращать на все приемы, способы повышения самооценки подростков с ОВЗ в целом и самооценки здоровья, в частности, так как «негативная самооценка здоровья связана с неблагоприятной оценкой жизненных перспектив... размытостью планов относительно будущего» (Собкин, Семенова, 2018).

Кроме субъективной оценки своих возможностей, проблема поиска смысла жизни и построение временной перспективы у подростков с ОВЗ связана с их жизнеспособностью, основными компонентами которой являются активность, сознание и рефлексия, где субъектная

активность рассматривается как «интегративная способность к адаптации... психологическое новообразование, способствующее самореализации субъекта во многих сферах его жизнедеятельности» (Лактионова, 2017, с. 35). Отдельно стоит вопрос о достижениях, их реальности и способах.

При оказании психологической помощи в рамках третьего направления следует учитывать изначальный уровень рефлексии и «привычные» копинг-стратегии в качестве которых практически все подростки вне зависимости от вида дизонтогенеза и степени тяжести нарушений указывают компьютерные игры и просмотр мультфильмов/художественных фильмов. Следует отметить, что подобный уход в виртуальную реальность можно рассматривать как один из видов психологической защиты, которая создает ощущение заполненности жизни, позволяет выстроить взаимодействие с целым рядом вымышленных героев и т.д. К основным функциям данного вида психологической защиты можно отнести: а) преодоление внутриличностных противоречий, конфликтов и, как следствие, быстрое эффективное снижение проявлений тревожности, эмоциональной неустойчивости; б) «средство компенсации неудач, так как, погружаясь в виртуальную реальность, человек как бы ограждает себя от накопившихся проблем, тревог, комплексов; именно виртуальный мир дает ту свободу действий, свободу выражения мыслей, чувств и эмоций, которые в реальной жизни не всегда возможны» (Маликова, Михайлов, 2008, с. 91).

Итак, компьютерные игры и просмотр фильмов является доступным, увлекательным и одним из самых эффективных механизмов психологической защиты для всех подростков, а тем более для подростков с ограниченными возможностями здоровья. Представляется целесообразным обсуждение личностных свойств основных героев, их поведение в конкретных ситуациях, непосредственные и отдаленные последствия в отношении как самого героя, так и его окружения. Обсуждения проходят индивидуально и в небольших группах. По включенности в работу с психологом подростков с менее выраженными нарушениями можно разделить на две подгруппы: в зависимости от интенсивности эмоционального включения, быстрого или пассивного. Несмотря на изначальную пассивность, отстраненность, подростки достаточно быстро включаются в обсуждение при групповых формах работы. Подростки с более тяжелыми нарушениями отстаивают свое мнение очень эмоционально вплоть до слез и обид. Обращает на себя внимание преобладание крайних вариантов видения личностных свойств героев, проявляющееся в наделении их положительными качествами или, наоборот, негативными. Также большинство подростков с ОВЗ недостаточно дифференцируют причинно-следственные

связи между личностными особенностями и стратегиями поведения в конкретных ситуациях, делают акцент на внешних, объективных и непреодолимых, по их мнению, обстоятельствах. Иными словами, наблюдается недостаточная социальная компетентность подростков с ОВЗ, снижение адаптации к социуму. Так, девочка-подросток 15 лет увлечена анимэ «Невероятные приключения Джоджо», где она с удовольствием наблюдает за взаимоотношениями молодых героев, особенно Джорио Джованни. Критики в адрес этого героя не воспринимает вообще, даже не хочет рассматривать разные точки зрения на его поведение при вступлении в банду и стремление продвижения по иерархии, в ходе которого герой совершает неоднозначные поступки. Также у подростков вызывает достаточно большой интерес детско-родительские отношения, модели которых демонстрируются в художественных фильмах, в мультфильмах, в прозе.

Еще одним ресурсом для подростков с ОВЗ являются хобби. Таким для подростков с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата является спорт, а именно, игра в боччу, которая сопровождается участием в соревнованиях в разных городах, а также денежными премиями. Надо отметить, что во всех специализированных образовательных учреждениях, в которых проводилось исследование, создаются условия для формирования различных интересов у воспитанников. Родители также поддерживают своих детей в интересных для них видах деятельности. Тем не менее, примерно половина обследованных подростков практически не могут назвать никаких хобби на момент обследования. Основным увлечением называют просмотр фильмов и компьютерные игры. При этом, наблюдается пассивная позиция, проявляющаяся в нежелании пробовать себя в различных видах деятельности, в сочетании с низким познавательным интересом, негативной оценкой своих возможностей, ленью.

Отдельно встает проблема детско-родительских отношений, которые носят своеобразный, сложный характер. В подавляющем большинстве случаев родители полностью вовлечены в жизнедеятельность своих детей, что ограничивает их собственную жизнь. Это в ряде случаев влечет за собой сложные, амбивалентные чувства родителей к их особым детям, с одной стороны, и разную воспитательную практику, с другой стороны. За редким исключением наблюдается чрезмерная опека или авторитарный стиль воспитания с высокими требованиями, которые зачастую превышают возможности ребенка. Интересно, что данный феномен наблюдается вне зависимости от степени тяжести нарушений у подростков. Естественно, чрезмерная опека приводит к снижению самостоятельности, пассивности и т. д., тогда как следствием повышенной требовательности и авторитарно-

сти со стороны родителей становится негативизм, разнообразные протестные реакции, а также снижение подростками значимости многолетних усилий родителей по организации их жизнедеятельности и обучению, по повышению качества их жизни. В обоих случаях, поведение детей является хроническим стрессом для родителей и оказывает существенную роль в формировании их сложного отношения к больным детям. В ситуации тяжелых нарушений зрения и опорно-двигательного аппарата могут наблюдаться кризисы детско-родительских отношений вплоть до намерения родителей отказа от ребенка. Подобные эпизоды описаны практиками, которые работают с данным контингентом подростков (Никитина, Семенова, 2012). Так, в нашем исследовании, у подростка наблюдается наличие тяжелых нарушений: самостоятельно сидит неустойчиво, передвигается с помощью матери, пишет правой рукой с элементами аграфии. Школу посещает с удовольствием, учеба дается тяжело, дружит с двумя одноклассниками. Подросток проявляет привязанность к матери; к отцу, который придерживается авторитарного стиля воспитания с завышенными требованиями и пренебрежительным отношением к достижениям сына, отношение окрашено негативно. Подросток во время проведения обследования при первой же встрече с эмоциональной включенностью рассказывает, что отец поднимал вопрос об отказе от него, что, безусловно, свидетельствует о психотравмирующей тяжелой обстановке в семье. Несмотря на привязанность к маме, отмечает ее эмоциональную неустойчивость, с чередованием слез, упреков в свой адрес, с жалобами на жизнь в общем и открытых проявлений любви в виде эмоциональной поддержки, ласковом обращении, поддержки и т. д.

Как отмечают сотрудники специализированных школ для детей и подростков с ОВЗ психологическое сопровождение родителей достаточно сложный вопрос. Так, есть матери, которые систематически пишут жалобы в администрацию школы, в районные отделы образования и иные инстанции по разным поводам: незаслуженно заниженные оценки их детям, неэтичное поведение школьного персонала и т. п. Наряду с этим, большинство родителей скептически относятся к предлагаемой психологической помощи, так как придерживаются мнения о том, что понять их переживания и надежды могут только родители, оказавшиеся в подобной ситуации воспитания больного ребенка. Тем не менее, представляется целесообразным проводить с родителями психокоррекционную работу в следующих направлениях: 1) информирование о существующих методах саморегуляции и тренировка по их применению; 2) обсуждение возможностей по повышению социализации детей, так как именно родители для них яв-

ляются основным социальным ресурсом; 3) обсуждение (дискуссия) по поводу распределения ответственности за жизнедеятельность каждого члена семьи (например, рождение и воспитание младших детей с привитием им чувства ответственности за старших братьев или сестер с ОВЗ и необходимости пожизненного ухода за ними); 4) выделение времени для себя, иными словами, ослабление симбиотических связей с больным ребенком, и понимание того факта, что они имеют право на собственные интересы, хобби и т.д.; 5) информирование родителей о вариантах нормального и анормального поведения их детей подросткового возраста, так как современные исследования показывают недостаточную информированность и, как следствие, снижение их воспитательного потенциала (Булыгина и др., 2019), его искажению с негативными последствиями.

Помимо описанных выше форм психологического сопровождения подростков с ОВЗ представляется необходимым проводить традиционные тренинги: а) групповой тренинг общения для молодых лиц с ОВЗ, в процессе которого появляется возможность расширить их круг общения за счет повышения их инициативы, возможности видеть реакцию на проявление их чувств в референтной группе, понять существующие коммуникативные трудности и пути их преодоления или нивелирования, способность к дружеским формам коммуникаций (успешный опыт проведения данного вида тренинга и его специфика описана на примере молодежи с нарушениями зрения и слуха) (Хохлова, Дианова, 2018); б) тренинг жизненных компетенций для подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата, нарушениями зрения и слуха с целью повышения удовлетворенности жизнью и их жизнестойкости, который в той или иной мере проводится педагогами и психологами в специализированных школах (опыт его проведения описан на примере пациентов с травмой позвоночника) (Рамезани, Мазраех, 2018); в) тренинг личностного роста.

Сотрудники образовательного учреждения для несовершеннолетних с нарушениями опорно-двигательного аппарата «Динамика» Л. Н. Никитина и Г. В. Семенова разработали и внедрили тренинг общения, который проводят с детьми младших классов, где основной целью является повышение коммуникативной компетентности в виде формирования потребности общения с другими детьми, обучения терпимости к мнению собеседника, анализа общения героев в предложенных жизненных ситуациях и т. д. В отдельных случаях элементы данного тренинга проводятся дистанционно с детьми, которые в силу тяжести нарушений и состояния здоровья не могут посещать школу. К сожалению, технология тренинга пока не опубликована.

По нашему мнению, данный тренинг можно распространить на учащихся более старших классов, соблюдая общие принципы проведения тренингов: принцип комплексности воздействия со стороны разных специалистов (педагогов, врачей, психологов, дефектологов) с преемственностью воспитательных мероприятий со стороны семьи, школы; принцип воспитания в игровой и учебной деятельности в коллективе сверстников; принцип опоры на актуальные возможности в настоящее или в ближайшем будущем у детей и подростков с ОВЗ; принцип ответственности. Представляется целесообразным в тренинге общения для подростков с ОВЗ акцентироваться на видении их взаимоотношений со сверстниками, учителями, медицинским персоналом, с разбором конкретных ситуаций, которые происходили с ними, с вариативностью их интерпретаций, возможными стратегиями поведения и их последствиями. При групповых формах работы наиболее эффективным является мнение сверстников об адекватности/неадекватности конкретных поступков в обсуждаемой ситуации, допустимые границы различных форм поведения, их эффективность в настоящий момент и впоследствии, существующие нормы поведения в обществе, возникающие чувства и настроение в обсуждаемой ситуации или в процессе групповой формы тренинга. Еще одним направлением работы должна стать тренировка собственно навыков общения, например, умения задавать открытые и закрытые вопросы, особенности вербального и невербального общения, умения выявлять истинные и скрытые причины поступков людей и их проявления в общении, умения общения в классе, в больничной палате, в санатории и т. д. Представляется целесообразным проработать перцептивный аспект общения с акцентом на социальную рефлексию, так как у большинства подростков с ОВЗ возникают искажения в понимании ими того, как их воспринимают другие люди в процессе общения. Не менее важным является проблема децентрации, которая позволяет увидеть ситуацию взаимодействия между людьми как бы со стороны; «поскольку этот механизм освобождает от эмоциональной предвзятости, он является одним из самых эффективных в процессе познания другого человека» (Комарова, Ситников, Слотина, 2012, с. 5). Также у подростков с ОВЗ особый интерес вызывает информация с последующей дискуссией по темам «коммуникативная совместимость», «стратегии взаимодействия и их эффективность», «дружба», «любовь» и т. д.

За основу тренинга жизненных компетенций можно взять разработки И. Ю. Левченко (2001), которая в результате исследования личностных особенностей подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата предлагает такие направления работы, как

«формирование Я-концепции, устойчивой и адекватной самооценки; повышение социальной активности личности; ... формирование чувства ответственности за себя и свою судьбу, уверенности в себе; выработка гармоничной структуры ценностных ориентаций» (Левченко, 2001, с. 198). Рассматривая методологические основы тренинга, автор предлагает отдавать предпочтение психоаналитическому, суггестивному, поведенческому и гуманистическому направлениям или их сочетанию, исходя из индивидуально-типологических особенностей подростка и степени выраженности нарушения здоровья. При подготовке к обсуждению биографических ситуаций у подростков со сниженным уровнем стрессоустойчивости в референтной группе целесообразно их «перевести» в косвенный вид без привязки к конкретному подростку. Также в процессе ролевых игр, в основу которых положены наиболее трудные, эмоционально затрагивающие подростков ситуации, отрабатываются навыки различных способов поведения, их рефлексия, умение принимать самостоятельные решения, стимулируется принятие ответственности за свои действия.

Тренинг личностного роста может осуществляться в нескольких направлениях: восстановительное, компенсаторное и адаптационное. «Восстановительное направление реабилитации связано с изменением индивидуального функционирования пациента за счет улучшения когнитивных функций и адаптационных ресурсов, навыков самостоятельного преодоления проблем, обеспечение позитивного опыта обучения и возможностей внутренней мотивации; компенсаторное направление представляет собой разработку альтернативных методов по реализации задач повседневной жизни; адаптационное направление заключается в модификации окружающей среды с целью снижения влияния последствий возникшего заболевания и достижения удовлетворяющего самого пациента уровня автономии и уровня участия в социальной жизни (Исаева, Мухитова, 2016, с. 224). По нашему мнению, данные направления применимы в тренинге личностного роста с широким кругом пациентов, в частности, с подростками с ОВЗ, и с целью повышения их эффективности могут иметь комплексный характер. Здесь речь идет об осознанном и самостоятельном построении своего мира, определении реалистичных целей и уровня активности для реализации планов.

Например, ситуация определения возможного круга профессий, с учетом реальности освоения данной профессии: тяжести двигательных нарушений, навыков письма, мимических и пантомимических особенностей, специфики протекания познавательных процессов, особенностей речи. Любой из перечисленных показателей может стать существенным ограничением в выборе специальности. Так,

нарушение таких свойств внимания, как устойчивость, переключение и концентрация, исключает профессии, связанные материальной ответственностью и оформлением документации. Выраженные нарушения речи исключают специальности в системе «Человек-человек», где от коммуникативным способностей, в частности, показателей речи, зависит эффективность деятельности. Здесь следует учитывать реальные возможности обучения выбранной профессии, а также хоть какой-то шанс трудоустройства в дальнейшем. При необходимости следует проводить коррекцию нереалистичных намерений подростков с ОВЗ относительно их дальнейшей трудовой деятельности. Личностный рост также может осуществляться в перестройке системы отношений внутри семьи с родителями (братьями/сестрами, бабушками/дедушками при их наличии), с перестройкой отношений на партнерские со снижением инструментального отношения; определение круга обязанностей дома и систематическое их исполнение; активное включение в семейное функционирование.

Далее, личностный рост неразрывно связан со степенью сформированности самоотношения, с позитивным или негативным прогнозом собственного развития с представлением о само себе, с осмыслением себя и своего места в этом мире, иными словами, с Я-концепцией подростков с ОВЗ. Существует несколько подходов понимания факторов, влияющих на изменения Я-концепции. Наиболее оптимальным представляется подход (Богданова, Доценко, 2010, с. 97–98), при котором основой Я-концепции являются: 1) главные мифы о себе («я по жизни везучий/невезучий», «я счастливый/несчастливый человек» и т.д.), которые слабо осознаются и «содержат в себе результаты чаще всего довольно ранних смысловых фиксаций и дают ребенку возможность ориентироваться в мире людей»; 2) легенды о себе, существующие для поддержания базовых представлений, которые обосновывают индивидуальные особенности и являются средством самоутверждения в восприятии других людей и в собственных глазах; 3) описание истории своей жизни, как средства поддержания своей Я-концепции или как «локус контроля ответственности за свою жизнь и за самого себя», обычно с целью пожаловаться на жизнь с перекладыванием ответственности за неудачи, собственное бездействие на «роковые» непреодолимые обстоятельства; 4) вера в несомненность мифов в виде «совокупности базовых верований о себе, ... в некоем образе является образцом (проектом), в соответствии с которым происходит созидание себя, поддержка и восстановление (реанимация) своей идентичности». При данном понимании основы Я-концепции тренинг заключается в выборе самим подростком из палитры образцов, разбираемых на тренинге (в группе или при индивидуальных занятиях),

определенного образца для подражания, в соответствии с которыми формируется Я-концепция. Здесь есть определенная конкретика, а не расплывчатые представления о конечных целях формирования и/или коррекции Я-концепции, что важно для подростка с ОВЗ. Впоследствии формируется самоотношение, адекватная самооценка с осознанием своих достоинств и недостатков, своей индивидуальности с возможностью самосозидания, целенаправленного личностного роста.

Отдельно встает вопрос о психологической работе с тревогой по поводу вступления во взрослую жизнь после окончания школы с изменением сложившихся стереотипов жизнедеятельности. Этот вопрос волнует всех обследованных подростков, но исследователями выявляется разное его содержание. Для подростков с менее выраженными нарушениями здоровья, которые достаточно уверены в себе, проявляют активность, мотивированы на успешную обучаемость в школе, имеют мощную поддержку со стороны семьи, четко осознают свои реальные перспективы, и уже сделали выбор доступной для них профессии с пониманием места дальнейшего обучения профессии, характерна тревога, обусловленная определенным этапом жизни и встречается у всех подростков вне зависимости от нормального или анормального развития психики. Как уже отмечалось выше, описываемая нормативная тревога встречается у 15-20 % подростков. У остальных подростков с ОВЗ прогноз дальнейшей жизни после окончания школы носит неустойчивый или негативный оттенок и проявляется в виде страха резкого ухудшения качества их жизни, ограничения круга общения только членами семьи, сенсорной и социальной депривации. Практически все они отмечают, что этот страх эпизодически появляется в виде приступов с резким ухудшением настроения, вегетативными проявлениями, слезами, агрессией, злостью на судьбу, ощущением бессилия и т.п. Здесь психологическое сопровождение целесообразно проводить в двух направлениях, во-первых, симптоматическое с обучением подростков техникам и приемам саморегуляции (медитация, аутогенная тренировка, настрои, дыхательные техники и т. д.), во-вторых, этиологическое – с повышением их жизнестойкости и жизненных компетенций с привлечением родителей, педагогов, психологов.

В заключение отметим, что при психологическом сопровождении подростков с ограниченными возможностями здоровья необходимо учитывать степень выраженности нарушений. В работе с подростками с глубокими нарушениями зрения или моторных функций и отсутствием возможности самостоятельно передвигаться, которые зависят от окружающих их людей даже при осуществлении элементарных действий по жизнеобеспечению, целесообразно фокусировать

внимание для «ресурсных» в этом случае отношениях с людьми и копинг-стратегиях, связанных с построением комфортных для них смыслов текущих жизненных ситуаций на фоне постепенного и крайне осторожного расширения рефлексивных возможностей. Как показали результаты нашего исследования, для подростков с тяжелыми нарушениями зрения и моторных функций характерно не вполне адекватное реальности представление о мире и о самих себе, однако именно такие представления вносят ощутимый вклад в их жизнестойкость, и в этом случае работу по развитию рефлексивного потенциала необходимо тщательно дозировать. В работе с подростками с умеренными нарушениями зрения и двигательных функций, а также нарушениями слуха независимо от степени их выраженности, для формирования и укрепления жизнестойкости целесообразно последовательно решать такие задачи, как: 1) развитие навыков анализа различных жизненных ситуаций и расширение представлений о способах преодоления трудностей; 2) создание условий для осмысления целей своей активности, а также принципов и ценностей, лежащих в ее основе, являющихся ресурсами успешного решения различных жизненных задач (на текущем этапе жизни); 3) создание условий для построения временной перспективы и осмысления ресурсов предвосхищаемых достижений.

* * *

Подводя итог описанию основных направлений психологического сопровождения становления личности подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, отметим, что сформулированные принципы и выделенные «мишени» психологического сопровождения, характеризующие возможные траектории психологической работы по формированию и укреплению жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, которые обучаются в специализированных образовательных организациях, не могут быть экстраполированы на весь контингент подростков с подобными особенностями развития. Особенно важной задачей в этой связи представляется необходимость дифференцировать направления психологического сопровождения личностного становления подростков с ОВЗ в условиях обучения в специализированных учреждениях и в общеобразовательных организациях на условиях инклюзии. Очевидно, что задачи сопровождения в этих случаях будут существенным образом различаться. Однако предложить принципы психологического сопровождения личностного становления подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, обучающихся в общеобразовательных организациях, можно только на основе результатов сравнительного

анализа траекторий личностного развития подростков с ОВЗ в условиях инклюзивного и специализированного образования, анализа общих и специфичных закономерностей формирования жизнестойкости и определяющих его факторов. Такие сравнительные исследования представляются крайне перспективными как для более детального понимания закономерностей становления и укрепления личностного потенциала подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в различных образовательных средах, так и в более широком контексте – для понимания психологических эффектов традиционных и новых образовательных практик для подростков с ОВЗ.

Заключение

В данной монографии были представлены результаты исследования, направленного на изучение социально-психологических факторов жизнестойкости подростков с ОВЗ. В фокусе нашего внимания оказались подростки с сенсорными и двигательными нарушениями, становление личности которых разворачивается на фоне ограниченных возможностей зрения, слуха или двигательной сферы.

Выбор этих групп подростков с ОВЗ не был случайным. В условиях актуализации внимания к проблемам социальной интеграции и социальной адаптации детей и подростков с особенностями развития именно эти подростки сталкиваются с наибольшей проблемной нагрузкой, сопровождающей их взросление, которая обусловлена особенностями их физического функционирования и сопряженными с ними особенностями становления психического и личностного потенциала. Личностный потенциал таких подростков, и, в первую очередь, один из его ключевых компонентов – жизнестойкость – и оказался в фокусе нашего исследовательского внимания.

Понимая жизнестойкость как систему убеждений личности, предопределяющих готовность человека быть активно включенным в события собственной жизни, ощущать возможность контроля над ними и использовать любой опыт как повод для саморазвития, при формулировке проблематики исследования мы исходили из того, что жизнестойкость является важным показателем психологического здоровья человека и его жизненного благополучия. Однако этот тезис на первом этапе нашего исследования носил характер допущения, поскольку при его формулировке мы опирались преимущественно на теоретическое осмысление конструкта «жизнестойкость», располагая только фрагментарными эмпирическими данными, иллюстрирующими характер взаимосвязей жизнестойкости и жизненного благополучия в целом, и тем более на материале обследований подростков с ОВЗ. В связи с этим на первом этапе нашего эмпирического исследования возник важный исследовательский вопрос: каковы взаимосвязи между жизнестойкостью подростков с ОВЗ, в частности, с сенсорными и двигательными нарушениями и их жизненным благополучием?

Необходимость операционализации феномена «жизненного благополучия» и обусловленный ею теоретический анализ привели нас к идее о том, что индикаторами жизненного благополучия подростков с ОВЗ могут являться показатели качества жизни, связанного со здоровьем, представляющие собой взгляд на качество жизни, связанное со здоровьем; интегральные характеристики физического, психологического и социального функционирования человека, основанные на

его субъективной оценке собственного физического и психического благополучия. В ходе анализа результатов эмпирического исследования нам удалось верифицировать тезис о взаимосвязи жизнестойкости подростков и их жизненного благополучия. В частности, было доказано, что жизнестойкость является, в первую очередь, значимым предиктором психического компонента здоровья подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, в то время как оценки физического компонента здоровья оказываются относительно независимыми от показателей жизнестойкости, что вполне логично объясняется наличием объективных ограничений в физическом функционировании подростков с сенсорными и двигательными нарушениями.

Результаты, полученные в результате анализа качества жизни подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, свидетельствуют о том, что для таких подростков характерно снижение (в сравнении с их условно-здоровыми сверстниками) показателей физического компонента здоровья при более высоких оценках психического компонента здоровья. Именно психический компонент здоровья в этой связи может рассматриваться в качестве важнейшего показателя в структуре реабилитационного потенциала подростков с ОВЗ. Задача укрепления психического компонента здоровья, в свою очередь, оказывается тесно связанной с формированием жизнестойкости подростков, которая является важнейшим ресурсом совладания с жизненными трудностями.

Отвечая на первый исследовательский вопрос – имеются ли устойчивые нозоспецифические особенности становления жизнестойкости подростков с ОВЗ, отличающие их личностное становление от аналогичного аспекта развития условно здоровых подростков, или формирование жизнестойкости в подростковом возрасте разворачивается в логике универсальных общевозрастных закономерностей и не имеет специфики у подростков с сенсорными и двигательными нарушениями – на основе полученных нами эмпирических результатов мы можем констатировать, что формирование жизнестойкости в подростковом возрасте происходит в соответствии с логикой становления личности в рассматриваемом возрастном периоде и не подвержено значительному влиянию сенсорных и двигательных нарушений. Вне зависимости от состояния здоровья в течение всего старшего подросткового возраста жизнестойкость имеет тенденцию снижаться год от года. С нашей точки зрения эта тенденция предполагает необходимость обращения особого внимания на укрепление жизнестойкости подростков, в том числе подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, на протяжении всего подросткового возраста, и, помимо этого, влечет за собой новые исследовательские задачи, свя-

занные с анализом факторов, способствующих развитию и усилению жизнестойкости подростков с ОВЗ.

Соответственно, второй исследовательский вопрос касался поиска ресурсов жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, названных в нашем исследовании факторами жизнестойкости, в числе которых на основе анализа литературы мы выделили личностные факторы, а также факторы межличностных отношений: какой вклад в становление жизнестойкости подростков с ОВЗ вносят объективные условия их жизни и субъективные факторы, связанные с формированием тех или иных особенностей личности и системы отношений с другими людьми, и различаются ли факторы жизнестойкости подростков, имеющих сенсорные или двигательные нарушения, и их условно здоровых сверстников?

В ходе эмпирического исследования в числе объективных факторов, которые гипотетически могли бы оказывать влияние на характер жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, нам удалось оценить, в первую очередь, степень тяжести нарушений, а также роль возраста и пола подростка. К сожалению, нам не удалось включить в исследование подростков с ОВЗ, социализация которых происходит в ином, нежели система специального образования, образовательном контексте, что не позволило расширить список объективных переменных, которые могли бы оказаться факторами, опосредующими становление жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, такой важной объективной переменной, как тип образовательной среды, в которой происходит развитие личности подростка. Необходимо еще раз подчеркнуть, что в отсутствии этой переменной полученные нами данные могут считаться релевантными картине личностного становления подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, которое обучаются в образовательных учреждениях коррекционного типа, и не могут быть перенесены на подростков с аналогичными нарушениями, обучающихся в иных образовательных средах. Вместе с тем, весьма вероятно, что некоторые выводы, полученные в ходе нашего исследования, при последующей эмпирической проверке могут оказаться универсальными. Такая возможность, по нашему мнению, связана, прежде всего, с определяющей ролью фактора тяжести нарушений сенсорных и двигательных функций, имеющих у подростков.

Именно степень выраженности нарушений, в отличие от пола и возраста обследованных подростков, оказалась переменной, в соответствие с которой была обнаружена дифференциация характера личностных и межличностных ресурсов, обеспечивающих становление и укрепление жизнестойкости подростков с ОВЗ. Так, при анализе

личностных ресурсов жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями степень их тяжести оказалась опосредующим звеном в характере взаимосвязи между жизнестойкостью, с одной стороны, и самооценкой и предпочитаемыми копинг-стратегиями, с другой стороны. Межличностные ресурсы жизнестойкости также оказались различными для подростков с разной степенью выраженности сенсорных и двигательных функций: для подростков с умеренными нарушениями наиболее значимыми факторами оказались размер сети социальных контактов и степень ее функциональной дифференцированности, тогда как для подростков с тяжелыми нарушениями наиболее значимым фактором оказался воспринимаемый объем доступной социальной поддержки.

В ходе исследования было установлено, что личностные факторы, опосредующие становление жизнестойкости подростков с сенсорными и двигательными нарушениями в выборках условно здоровых подростков и их сверстников с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций, во многом схожи и включают в себя адаптивные и относительно адаптивные копинг-стратегии, а также реалистичные самооценку и уровень притязаний, в то время как в выборках подростков с тяжелыми нарушениями сенсорных и двигательных функций на первый план выходят механизмы искажения представлений о себе, имеющие для таких подростков выраженное компенсаторное значение. В отношении межличностных факторов жизнестойкости сходства между выборками подростков с умеренными нарушениями сенсорных и двигательных функций и их условно здоровых сверстников обнаружить не удалось. Было показано, что жизнестойкость условно здоровых подростков определяется, в первую очередь, объемом воспринимаемой эмоциональной поддержки на фоне нормативных проявлений реакций эмансипации в детско-родительских отношениях, тогда как в выборках подростков с умеренными сенсорными нарушениями реакции эмансипации носят обостренный характер, и эмоциональная поддержка теряет свое основополагающее значение, уступая ведущую роль размеру и плотности сети социальных контактов. Подростки с выраженными сенсорными нарушениями, а также подростки с нарушениями двигательных функций независимо от степени тяжести, в свою очередь, не склонны к ярким проявлениям реакции эмансипации, важнейшим ресурсом их жизнестойкости является возможность рассчитывать на получение инструментальной поддержки от близких.

На основе полученных результатов нами были разработаны рекомендации по психологическому сопровождению личностного становления подростков, в частности, в аспекте формирования и укреп-

ления их жизнестойкости, для образовательных организаций коррекционного типа. Однако совершенно очевидно, что эти рекомендации не могут быть механически применены в системе психологического сопровождения инклюзивного образования без надлежащей эмпирической проверки. Продолжение начатого нами исследования с привлечением к участию в нем подростков с сенсорными и двигательными нарушениями, обучающихся в общеобразовательных школах на условиях инклюзии – дело будущего.

Литература

- Аверин, В. А. (1994) *Психология детей и подростков*. СПб.: Ривьера, 178 с.
- Александрова, Л. А. (2004) К концепции жизнестойкости в психологии. В кн.: М. М. Горбатова, А. В. Серый, М. С. Яницкий (ред.) *Сибирская психология сегодня: сборник научных трудов*. Вып. 2. Кемерово: Кузбассвуиздат, с. 82–90.
- Александрова, Л. А., Лебедева, А. А., Бобожей, В. В. (2014) Психологические ресурсы личности и социально-психологическая адаптация студентов с ОВЗ в условиях профессионального образования. *Психологическая наука и образование*, № 1, с. 50–67.
- Ахметова, Р. А., Ахметшин, Р. З., Ахметов, Т. Р., Шагарова, С. В., Ширяева, Г. П., Дружинина, Н. А., Салимова, Л. Я., Якупова, Г. М. (2016) Качество жизни подростков с гастродуоденальной патологией. *Вопросы детской диетологии*, том 14, № 2, с. 73–74.
- Бабкина, Н. В. (2018) Ракурсы понимания категории психологического сопровождения в системе общего и специального образования. *Клиническая и специальная психология*, том 7, № 4, с. 1–18. DOI:10.17759/cpse.2018070401
- Бакаева, И. А., Новохатько, Е. Н., Шевырева, Е. Г. (2019) Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей. *Сибирский психологический журнал*, № 71, с. 180–196.
- Бартош, О. П., Бартош, Т. П. (2012) Возрастные и гендерные особенности копинг-поведения подростков. *Вестник Южно-Уральского Государственного Университета. Серия: Психология*, № 6 (265), с. 42–46.
- Белашина, Т. В., Лемясова, Н. С. (2015) Гендерные особенности проявления механизмов психологической защиты и копинг-стратегий (на материале юношеской выборки). В кн.: *Развитие человека в современном мире. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием*. Новосибирск: Изд-во НГПУ, с. 151–155.
- Белинская, Е. П. (1997) Я-концепция и ценностные ориентации старших подростков в условиях быстрых социальных изменений. *Вестник МГУ. Серия 14. Психология*, № 4, с. 25–31.
- Белопольская, Н. Л. (2019) Современные проблемы клинико-психологической диагностики и коррекции нарушений

- психического развития у детей. В кн.: О. Н. Усанова (ред.) *Инновационные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей и подростков: профессиональное взаимодействие: Сборник материалов I Международной междисциплинарной научной конференции 17-18 апреля 2019 г.* М.: Когито-центр, с. 224–227.
- Бернс, Р. (1986) *Развитие Я -концепции и воспитание.* М.: Прогресс, 421 с.
- Богданова, М. В., Доценко, Е. Л. (2010) *Саморегуляция личности: от защиты к созиданию.* Тюмень: Мандр и К, 204 с.
- Богданова, Т. Г. (2002) *Сурдопсихология.* М.: Академия, 224 с.
- Богданова, Т. Г., Мазурова, Н. В. (1998) Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников. *Дефектология*, № 3, с. 40–44.
- Богомаз, С. Л., Пашкович, С. Ф. (2016) Возможности нарративного подхода для исследования копинг-стратегий людей с повреждением опорно-двигательного аппарата. *Право. Экономика. Психология*, № 2 (5), с. 92–100.
- Борзилова, Н. С., Солонченко, С. С. (2017) Жизнестойкость и адаптивность подростков, оставшихся без попечения родителей, имеющих и не имеющих значимого взрослого. *Молодой ученый*, № 1, с. 391–393.
- Борисова, М. Б. (2015) Особенности личностного самоопределения подростков с детским церебральным параличом. В кн.: *Социокультурная интеграция и специальное образование. Сборник научных статей.* М.: Перо, с. 32–37.
- Бороздина, Л. В. (1999) *Теоретико-экспериментальное исследование самооценки : автореферат дис. ... д. психол. наук.* М., 46 с.
- Братченко, С. Л. (1997) *Диагностика личностно-развивающегося потенциала.* Псков: б.М., 68 с.
- Булыгина, В. Г., Проничева, М. М., Серебровская, О. В., Григорьева, А. А. (2019) Информированность родителей о расстройствах поведения их детей в подростковом возрасте. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*, № 1, с. 12–20.
- Вагизова, Ф. А., Гаврилюк, О. А. (2010) Психологические аспекты формирования самооценки подростков с нарушениями слуха. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, № 3, с. 37–38.

- Валиуллина, С. А., Мочалова, Е. К. (2005) Качество жизни подростков-инвалидов. *Педиатрическая фармакология*, том 2, № 5, с. 55.
- Варга, А. Я. (1986) *Структура и типы родительского отношения* : дис. ... канд. психол. н. М., 200 с.
- Вассерман, Л. И., Абабков, В. А., Трифонова, Е. А. (2010) *Совладание со стрессом: теория и психодиагностика*. СПб.: Речь, 191 с.
- Вассерман, Л. И., Горьковская, И. А., Ромицына, Е. Е. (2004) *Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике*. СПб.: Речь, 256 с.
- Вербрюгген, А. А. (2008) *Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей* : автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 23 с.
- Ветрова, И. И. (2010) Развитие регуляции поведения в подростковом возрасте: соотношение стратегий совладания, контроля поведения и психологических защит. *Вестник Томского государственного университета*, № 339, с. 135–138.
- Виленская, А. М. (1990) Особенности личности учащихся старших классов школ слепых. В кн.: *X научная сессия по дефектологии*. М.: Полиграфсервис, с. 12–13.
- Вольхин, Э. А. (2016) Особенности проблемы самооценки подростков, имеющих дефект слуха. *Наука и образование: новое время*, № 1, с. 73–74.
- Голикова, А. А. (2015) Качество жизни подростков с нарушениями зрения. *Вестник психотерапии*, № 56 (61), С. 90–97.
- Голикова, А. А., Кучинский, В. Ф. (2015) Самоотношение подростков с разной степенью выраженности нарушений зрения. *Современные проблемы науки и образования*, № 4, с. 44–50.
- Горьковская, И. А., Микляева, А. В. (2018) Качество жизни подростков с ограниченными возможностями здоровья. *Медицинская психология в России*, том 10, № 4 (51) [Электронный ресурс] http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2018_4_51/nomer09.pdf (дата обращения 01.09.2019).
- Горьковская, И. А., Микляева, А. В. (2018) Возможности диагностики жизнестойкости подростков с помощью проективного рисунка «Моя жизнь». В кн.: Е. В. Бакшутова, О. В. Юсупова, Е. Ю. Двойникова (ред.) *Человек в условиях неопределенности: сборник научных трудов*. Том 1. Самара: Издательство Самарского государственного технического университета, с. 118–123.

- Дарвиш, О. Б. (2018) Особенности жизнестойкости старшеклассников и студентов. *Мир науки, культуры, образования*, том 4 (71), с. 356–358.
- Демина, А. В. (2019) Теоретическое осмысление проблемы развития диалогической речи детей с нарушенным слухом. *Педагогический ИМИДЖ*, № 3 (44), с. 386–395.
- Дерманова, И. Б., Залеская, М. А. (2016) Совладающее поведение в связи с самоотношением и удовлетворенностью жизнью в подростковом возрасте. В кн.: *Молодежь в науке: новые аргументы. Сборник научных работ V-го международного молодежного конкурса*. Липецк: Аргумент, с. 130–130.
- Диянова, З. В., Щеголева, Т. М. (1993) *Самосознание личности*. Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 54 с.
- Донцова, И. В. (2017) Взаимосвязь здорового образа жизни и самооценки личности у подростков с детским церебральным параличом. В кн.: *Современные аспекты формирования здорового образа жизни. Материалы VI региональной научно-практической конференции*. Новосибирск: Сибмедиздат, с. 65–69.
- Дробинина, Л. В. (2007) Взаимосвязь жизнестойкости, удовлетворенности жизнью и субъективного благополучия у жителей региона Сибири. В кн.: *Программа Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов – 2007» (Сер. «Психология»)*. М.: МГУ, с. 341–336.
- Ершова, И. А., Пермякова, М. Е., Садкина, Т. М. (2019) Связь жизнестойкости с самооценкой и копинг-стратегиями у юношей и девушек подросткового возраста. *Педагогическое образование в России*, № 4, с. 133–140. DOI: 10.26170/ro19-04-18
- Жирных, М. А. (2019) Особенности развития общения у детей с ДЦП. *Гуманитарные научные исследования*, № 1 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2019/01/25509> (дата обращения: 26.03.2019).
- Журавлева, М. В. (2016) К вопросу об изучении идентификации у слабовидящих подростков. *Коррекционная педагогика: теория и практика*, № 2 (28), с. 40–50.
- Зеер, Э. Ф. (2015) Социально-психологические аспекты развития жизнеспособности и формирования жизнестойкости человека. *Педагогическое образование в России*, № 8, с. 69–76.
- Зиновьева, Е. А., Свистунова, Е. В. (2012) Особенности отношения слабовидящих подростков к себе и социально-значимым людям.

В кн.: *Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки*. Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов», с. 221–233.

Золотухина, И. Н. (2013) Факторы жизнеспособности подростков с ограниченными возможностями здоровья. *Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты*, № 8, с. 57–61.

Зорина, С. С. (2010) Формирование коммуникативных умений у детей с нарушениями зрения. *Специальное образование*, № 4, с. 20–26.

Зябкина, И. В., Рябуха, К. С. (2017) Особенности самооценки и уровня притязаний у слабовидящих подростков. *Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология*, № 4 (10), с. 70–74.

Иванова, Е. А., Куфтяк, Е. В. (2008) О детерминации совладающего с трудностями поведения у лиц с нарушением зрения. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*, № 3, с. 215–221.

Иванова, М. А. (2013) *Жизненные сценарии и жизнестойкость подростков*. Фундаментальные исследования, № 10-4, с. 875–878.

Исаева, Е. Р. (2009) Копинг-поведение: анализ возрастных и гендерных различий на примере Российской популяции. *Вестник Томского государственного педагогического университета*, № 11, с. 144–147.

Исаева, Е. Р., Мухитова, Ю. В. (2016) Выбор стратегий и оценка эффективности в системе психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. В кн.: Н. В. Зверева, И. Ф. Рощина (ред.) *Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы*. М.: ООО «Сам полиграфист», с. 222–240.

Казьмина, О. Ю. (1997) *Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией* : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 23 с.

Казьмина, О. Ю. (1998) Тест «Социальные сети подростка». *Школьный психолог*, № 41, с. 2.

Калашникова, М. Б., Никитина Е. В. (2017) Жизнестойкость как необходимая личностная характеристика современных подростков. *Вестник Новгородского государственного университета*, № 4 (102), с. 51–55.

- Калижнюк, Э. С. (1989) *Психические нарушения при ДЦП*. К.: Вища школа, 269 с.
- Калинина, Н. В. (2011) Социальные и личностные ресурсы преодоления трудных жизненных ситуаций. *Сибирский научный вестник*, № 1 (3), с. 96–101.
- Капитанаки, В. Е., Пыж, Н. А. (2015) Защитно-совладающее поведение и самооценка слабовидящих подростков, воспитывающихся в школе-интернате. В кн.: *Психология XXI века. Организация деятельности психологической службы образовательного учреждения. Материалы X международной научно-практической конференции молодых ученых*. СПб.: Изд-во ЛГУ им. А. С. Пушкина, с. 121–126.
- Капцова, Е. А. (2002) Особенности отдельных компонентов самосознания подростков в индивидуально-специфических условиях восприятия семейной ситуации. *Семейная психология и семейная терапия*, № 2, с. 27–45.
- Карбалевич, А. С., Дерюгин, А. А., Алексеева, О. С. (2015) Особенности нормоидентичности слабовидящих подростков. *Новый университет. Сер.: Актуальные проблемы гуманитарных и общественных наук*, том 50, № 5, с. 74–78.
- Карпушкина, Н. В., Конева, И. А. (2018) Особенности личностного развития слабовидящих подростков в зависимости от стиля семейного воспитания. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*, №2 (23), с. 370–372.
- Карпушкина, Н. И., Минакова, К. О. (2016) Психологические особенности межличностных отношений со сверстниками подростков с нарушениями зрения. *Проблемы современного педагогического образования*, № 51-6, с. 379–386.
- Киселева, А. А., Кузьмин, М. Ю. (2017) Особенности копинг-стратегий у лиц с ограниченными возможностями здоровья. *Acta Biomedica Scientifica*, том 2, № 5-1 (117), с. 129–135.
- Кле, М. (1991) *Психология подростка. Психосексуальное развитие*. М: Педагогика, 271 с.
- Книжникова, С. В. (2010) Структурно-функциональное описание жизнестойкости в аспекте суицидальной превенции. В кн.: *Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции «Феноменология и профилактика девиантного поведения»*.

Краснодар: Краснодарский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации, с. 67–70.

Коган, Б. М., Яковлева, А. В. (2012) Личностные особенности слабовидящих подростков. *Специальное образование*, № 2, с. 67–114.

Коган, Б. М., Яковлева, А. В. (2016) Психолого-педагогические условия повышения качества жизни подростков с нарушением зрения. В кн.: *Психолого-педагогическая поддержка детей с ограниченными возможностями здоровья*. М.: МГПУ, с. 40–48.

Колбасина, Е. В., Воробьева, В. А., Азова, Е. А., Рассохин, В. Ф. (2009) Качество жизни детей и подростков больных сахарным диабетом. *Вопросы современной педиатрии*, том. 8, № 5, с. 14–18.

Колесникова, Л. И. (2009) *Педагогические условия профилактики игровой зависимости среди подростков*. Автореферат дис. ... канд. психол. н. Нижний Новгород, 27 с.

Колчина, А. Г. (2015) Роль самооценки в становлении личности подростка с церебральным параличом. *Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика*, том 15, № 2, с. 36–39.

Комарова, А. В., Ситников, В. Л., Слотина, Т. В. (2012) *Практикум по психологии общения*. СПб.: Петербургский гос. ун-т путей сообщения, 92 с.

Кон, И. С. (1984) В поисках себя. *Личность и ее самосознание*. М.: Политиздат, 151 с.

Конева, И. А., Карпушкина, Н. В. (2016) Оптимизация самосознания подростков с нарушениями зрения средствами формирующего эксперимента. *Международный журнал экспериментального образования*, № 1-0, с. 82–85.

Копытов, А. В., Ситько, Л. З., Куликовский, В. Л. (2010) Социальная поддержка, как патогенетический и протективный фактор при алкогольной зависимости у лиц мужского пола молодого возраста. *Военная медицина*, № 2 (15), с. 55–57.

Королева, Ю. А. (2018) Механизмы психологической защиты в социальном развитии подростков с сенсорными нарушениями. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*, том 24, № 1, с. 51–55.

Королёва, Ю. А., Матасов, Ю. Т. (2016) Личностные ресурсы социально-психологической компетентности подростков с отклонениями в развитии. *Вестник Костромского государственного университета*.

Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика, том 22 (4), с. 301–306.

- Кричевец, А. Н., Солодушкина, М. В. (2014) Мужество быть. Жизнестойкость и вера. *Консультативная психология и психотерапия*, том 22, № 5, с. 103–117. DOI: 10.17759/cprp.2014220505
- Крыжко, Е. В., Ветвицкая, Т. В. (2015) Особенности качества жизни подростков с церебральным параличом. *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*, том 10, № 2, с. 492–493.
- Крысанов, П. А. (2001) *Психолого-педагогические условия социализации лиц с нарушениями слуха. Вопросы теории и практики сурдопедагогике. Вып. II*. М.: РИЦ «Альфа», 88 с.
- Крюкова, Т. Л. (2010) *Психология совладающего поведения в разные периоды жизни*. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 296 с.
- Кудинов, С. И., Кудинов, С. С., Хаммад, С. М. (2017) Жизнестойкость как предиктор самореализации личности в трудных жизненных ситуациях. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития*, том 6 (3), с. 229–238.
- Куфтяк, Е. В., Задорова, Ю. А. (2019) Психическое здоровье дошкольников и школьников: эффект семейных факторов. *Медицинская психология в России*, № 6 (59). [Электронный ресурс]. URL: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2019_6_59/nomer07.php (дата обращения 01.12.2019).
- Куфтяк, Е. В., Лебедев, А. П., Реунова, А. А. (2017) Стратегии защитно-совладающего поведения детей в контексте психологического здоровья. *Медицинская психология в России*, № 1, с. 1–15.
- Куфтяк, Е. В., Самохвалова, А. Г. (2015) Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей. *Клиническая и специальная психология*, том 4, № 4, с. 50–90. DOI: 10.17759/cpse.2015040404
- Кыштымова, К. В. (2015) Особенности копинг-стратегий подростков с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. *Вестник Хакасского государственного университета им. Н. Ф. Катанова*, № 14, с. 93–97.
- Кыштымова, К. В., Пфау, Т. В. (2016) Копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Наука. Мысль: электронный периодический журнал*, № 10, с. 54–58. [Электронный

ресурс] <http://wwenews.esrae.ru/47-602> (дата обращения: 01.12.2019).

Лазарус, Р. (1970) Теория стресса и психофизиологические исследования. В кн.: В. Л. Леви (ред.) *Эмоциональный стресс*. М.: Наука, с. 178–208.

Лактионова, А. И. (2017) *Жизнеспособность и социальная адаптация подростков*. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 236 с.

Лапкина, Е. В. (2015) Совладающее поведение, жизнестойкость и жизнеспособность личности: связь понятий, функции. *Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика*, том 21, № 4, с. 130–133.

Лебедев, А. П., Реунова, А. А., Севастьянова, У. Ю., Куфтяк, Е. В. (2017) Адаптационные механизмы у детей с ограниченными возможностями здоровья. *Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*, № 2, с. 169–173.

Левченко, В. О. (2010) *Психологические стратегии совладающего поведения как детерминанта личностной успешности подростков*. Автореферат дис. ... к. психол. наук. Сочи, 28 с.

Левченко, И. Ю. (2001) *Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации* : дис. ... д-ра психол. наук. М., 385 с.

Левченко, И. Ю., Приходько, О. Г. (2001) *Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата*. М.: Академия, 192 с.

Леонтьев, Д. А., Мандрикова, Е. Ю., Осин, Е. Н. и др. (2005) Возможности эмпирического исследования личностного потенциала. В кн.: *Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития современной России: материалы межрегиональной научно-практической конференции*. М.: АНО УМО «Инсайт», с. 259–260.

Леонтьев, Д. А., Рассказова, Е. И. (2006) *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл, 56 с.

Лифинцева, А. А., Животягин, Р. Р. (2012) Связь характеристик социальных сетей подростков с уровнем их психосоматического здоровья. *Клиническая и специальная психология*, № 2, с. 28–39.

Лубовский, В. И., Розанова, Т. В., Солнцева, Л. И. и др. (2005) *Специальная психология*. М.: Изд. центр «Академия», 464 с.

- Майерс, Д. (1997) *Социальная психология*. СПб.: Питер, 688 с.
- Маликова, Т. В., Михайлов, Л. А., Соломин, В. П., Шатровой, О. В. (2008) *Психологическая защита: направления и методы*. СПб.: Речь, 231 с.
- Мамайчук, И. И. (2006) *Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии*. СПб.: Речь, 400 с.
- Маракушина, И. Г., Зайцева, Е. С. (2014) Психологический анализ копинг-стратегий у подростков с детским церебральным параличом. *Современные проблемы науки и образования*, № 3. [Электронный ресурс] <https://science-education.ru/ru/article/view?id=13198> (дата обращения 01.12.2019).
- Матафонова С. И. (2015) Динамика выбора копинг-стратегий у детей младшего школьного возраста. *Теория и практика общественного развития*, № 12, с. 490–492.
- Митрофанова, Е. Н. (2018). «Два мужества»: к концепции жизнестойкости С. Мадди. *Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки*, том 1, с. 17–26.
- Мнацаканян, Л. И. (1991) *Личность и оценочные способности старшеклассников*. М.: Просвещение, 189 с.
- Нартова-Бочавер, С. К. (1997) «Coping behavior» в системе понятий психологии личности. *Психологический журнал*, том 18, № 5, с. 20–30.
- Нефедовская, Л. В. (2009) Исследование качества жизни детей с нарушениями зрения. *Вопросы современной педиатрии*, № 1, с. 9–13.
- Нижегородцева, Н. В., Тарасова, С. С. (2017) Совладающее поведение подростков с разным уровнем осознанной саморегуляции. *Ярославский педагогический вестник*, № 2, с. 211–215.
- Никитина, Л. Н., Семенова, Г. В. (2012) *Дистанционное обучение детей с множественными нарушениями развития*. СПб.: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 191 с.
- Никитина, Ю. В., Хохлова, А. Ю. (2015) Особенности детско-родительского взаимодействия в семьях воспитывающих детей с нарушениями слуха. *Клиническая и специальная психология*, том 4, № 2, с. 67–83. [Электронный ресурс] URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Nikitina_Hohlova.shtml (дата обращения: 08.04.2018).
- Новик, А. А., Ионова, Т. И. (2002) *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. М.: Олма-Пресс, 314 с.

- Одинцова, М. А. (2016) Стресспреодолевающее поведение старшеклассников с разным уровнем жизнестойкости. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Философия. Психология. Педагогика*, том. 16, вып. 2, с. 191–198. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-2-191-198
- Ольхина, Е. А. (2006) Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения. *Специальное образование*, № 7, с. 34–39.
- Осин, Е. Н., Рассказова, Е. И. (2013) Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*, № 2, с. 147–165.
- Ощепков, А. А., Гильмутдинова, А. Г. (2018) Жизнестойкость личности как фактор превенции и снижения риска проявления суицидального поведения. В кн.: Е. В. Бакшутова, О. В. Юсупова, Е. Ю. Двойникова (ред.) *Человек в условиях неопределенности: сборник научных трудов*. Том 1. Самара: Издательство Самарского государственного технического университета, с. 200–204.
- Петрова, Л. В. (2015) Гендерные особенности ценностных ориентаций и жизнестойкости учащихся. *Педагогическое образование в России*, № 1, с. 139–141.
- Петросянц, В. Р. (2011) *Психологическая характеристика старшеклассников, участников буллинга в образовательной среде, и их жизнестойкость* : автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 29 с.
- Пирогов, Д. Г., Маликова, Т. В., Аверин, В. А., Иванова, Т. В. (2013) Личностные особенности и система отношений родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (часть 1). *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*, том 6, № 4, с. 106–112.
- Плотникова, А. Л. (2017) Особенности копинг-стратегий у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. В кн.: *Педагогика, психология и образование: от теории к практике. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции*. М.: ИЦРНИО, с. 95–98.
- Прилепская, Т. Н. (1989) Особенности самооценки и уровня притязаний у глухих и слышащих школьников. *Дефектология*, № 5, с. 26–32.

- Продовикова, А. Г., Бажина, Д. В. (2019) Совладающее поведение и социальная адаптированность подростков с нарушением слуха. *Дефектология*, № 2, с. 63–71.
- Рамезани, Ф., Мазраех, С. (2018) Влияние тренинга жизненных компетенций на удовлетворенность жизнью у пациентов с травмой позвоночника. *Клиническая и специальная психология*, том 7, № 3, с. 135–145. DOI: 10.17759/cpse.2018070308
- Рассказова, Е. И., Леонтьев, Д. А. (2011) Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала. В кн.: Д. А. Леонтьев (ред.) *Личностный потенциал: структура и диагностика*. М.: Смысл, с. 178–209.
- Ростомашвили, И. Е. (2000) *Особенности самосознания подростков в условиях зрительной депривации* : дис. ... канд. психол. наук. СПб., 228 с.
- Ротова, Е. Е., Раздобаров, Н. Д., Коган, Б. М. (2013) Качество жизни подростков с нарушениями слуха. *Специальное образование*, № 1 (29), с. 89–95.
- Рубинштейн, С. Л. (2012) *Человек и мир*. СПб.: Питер, 224 с.
- Рыльская, Е. А. (2014) *Психология жизнеспособности человека* : дис. ... д. психол. наук. Ярославль, 446 с.
- Рябуха, К. С., Ушакова, В. Р. (2016) Особенности самооценки и уровень притязаний у подростков с нарушением зрения. *Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология*, № 1(3), с. 132–137.
- Самохвалова, А. Г. (2015) Специфика затрудненного общения детей с ограниченными возможностями здоровья. *Клиническая и специальная психология*, том 4, № 2, с. 39–53.
- Саутина, М. А. (2019) Реализация коррекционно-развивающей работы педагогом-психологом в рамках внеурочной деятельности. В кн.: О. Н. Усанова (ред.) *Инновационные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей и подростков: профессиональное взаимодействие. Сборник материалов I Международной междисциплинарной научной конференции 17-18 апреля 2019 г.* М.: Когито-центр, с. 364–367.
- Сафин, В. Ф., Ников, Г. П. (1984) Психологический аспект самоопределения личности. *Психологический журнал*, т. 5, № 4, с. 165–174.

- Сидоренко, Е. В. (1993) *Групповая психология. Комплекс «неполноценности» и анализ ранних воспоминаний в концепции Альфреда Адлера*. СПб.: изд-во СПбГУ, 152 с.
- Сирота, Н. А., Ялтонский, В. М. (1994) Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*, № 1, с. 63–64.
- Смирнова, С. И. (2009) Особенности самооценки у детей и подростков с отклонениями развития в исследованиях по специальной психологии. *Вестник Вятского государственного гуманитарного университета*, № 2, с. 131–153.
- Собкин, В. С. (1997) *Подросток с дефектом слуха: ценностные ориентации, жизненные планы, социальные связи*. М.: ЦСО РАО, 94 с.
- Собкин, В. С., Семенова, Ю. А. (2018) Социальное самочувствие учащихся коррекционных школ в зависимости от самооценки состояния здоровья. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*, № 2, с. 14–26.
- Соловьева, С. Л. (2010) Ресурсы личности. *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*, № 2 [Электронный ресурс] URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 30.06.2010).
- Сорокин, В. М. (2003) *Специальная психология*. СПб.: Речь, 216 с.
- Спиваковская, А. С. (1999) *Психотерапия: игра, детство, семья. Том 1*. М.: ООО «Апрель Пресс», ЗАО Изд-во «ЭКСМО-Пресс», 304 с.
- Терентьева, Н. П. (2004) *Особенности психологической защиты у слабовидящих и слабослышащих подростков* : автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 24 с.
- Тимофеева, И. В. (2011) Образ тела как компонент «Я-концепции» личности детей с детским церебральным параличом. *Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология*, № 4, с. 99–105.
- Тимофеева, И. В. (2013) Влияние специфики семейных отношений на формирование самосознания подростков с детским церебральным параличом. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*, vol. 19, № 2, с. 40–43.
- Токарская, Л. В., Полякова, Т. А. (2018) Особенности жизнестойкости подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В кн.: Е. В. Бакшутова, О. В. Юсупова, Е. Ю. Двойникова (ред.) *Человек в условиях неопределенности: сборник научных трудов*. Том 1.

Самара: Издательство Самарского государственного технического университета, с. 118–123.

- Токарская, Л. В., Решетникова, А. В. (2019) Исследование жизнестойкости подростков с нарушениями зрения. *Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры*, том 25, № 3 (189), с. 213–222.
- Точилина, Т. В. (2007) Гендерные особенности совладающего поведения у младших подростков. В кн.: *Материалы Международной научно-практической конференции «Психология совладающего поведения»*. Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, с. 156–157.
- Фадеева, Е. В. (2010) *Влияние двигательной патологии на личностное развитие подростков с церебральным параличом* : дис. ... канд. психол. наук. Нижний Новгород, 143 с.
- Фельдштейн, Д. И. (1994) *Психология становления личности*. М.: Международная педагогическая академия, 192 с.
- Фоминова, А. Н. (2012) *Жизнестойкость личности*. М.: Прометей, 151 с.
- Фоминых, Е. С. (2016) Психологические ресурсы лиц с ограниченными возможностями здоровья как фактор инклюзии в общество. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*, том 20, с. 86–92. [Электронный ресурс] <http://e-koncept.ru/2016/56332.htm> (дата обращения: 01.09.2019).
- Хазова, С. А., Шипова, Н. С. (2017) Качество жизни взрослых инвалидов с детства. *Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*, № 2, с. 96–101.
- Хачатурова, М. Р. (2010) Жизнестойкость и ее роль в совладающем поведении личности в ситуации межличностного конфликта. *Альманах современной науки и образования*, № 12 (43), с. 166–170.
- Хохлова, А. Ю., Дианова, М. В. (2018) Групповой тренинг общения для молодых людей, имеющих сочетанные нарушения зрения и слуха. *Клиническая и специальная психология*, том 7, № 1, с. 91–103. DOI:10.17759/cpse.2018070107
- Циринг, Д. А. (2009) Исследование жизнестойкости у беспомощных и самостоятельных подростков. *Вестник Томского государственного университета*, № 323, 336–342.
- Цукерман, И. В. (1980) *Глухота и проблема общения*. Л.: Ленингр. восстановит. центр ВОГ, 63 с.

- Чудновский, В. Э. (2006) *Становление личности и проблема смысла жизни. Избранные труды*. М.: МПСИ, 767 с.
- Шварева, Е. В. (2012) *Психологические особенности образа смерти у старших школьников с разным уровнем жизнестойкости*. Автореферат дис. ... канд. психол. наук. Екатеринбург, 23 с.
- Шелепина, Т. А. (2012) Качество жизни подростков с ювенильным артритом, обучающихся в школе и на дому. *Современная ревматология*, № 2, с. 77–82.
- Шипицына, Л. М. (ред.). (2003) *Специальная психология*. СПб.: Речь, 216 с.
- Шипицына, Л. М., Мамайчук, И. И. (2004) *Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата*. М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 368 с.
- Шумакова, Н. Д., Шамардина, М. В. (2018) Исследования проблематики интеллекта в контексте жизнестойкости подростков. *Тенденции развития науки и образования*, № 34-2, с. 14–18. DOI: 10.18411/lj-31-01-2018-20
- Щербакова, А. М., Гудилина, О. Н. (2010) Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции. *Психологическая наука и образование*, № 5, с. 77–86.
- Эйдемиллер, Э. Г., Юстицкис, В. (2008) *Психология и психотерапия семьи*. СПб.: Питер, 672 с.
- Япарова, О. Г. (2015) Особенности проявления жизнестойкости у подростков с разным уровнем агрессивности. *Психология образования в поликультурном пространстве*, том 32 (4), с. 55–59.
- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K. N., Patrick, D. L., Perrin E. (2002) Assessing health status and health-related quality of life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Reserch*, vol. 11, pp. 193–205.
- Alriksson-Schmidt, A., Wallander, J., Biasini, F. (2007) Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 32, pp. 370–379. DOI: 10.1093/jpepsy/jsl002
- Annerose, K., Limberger, A., Mann, W. J. (2007) Psychological and physical well-being in hearing impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 71 (11), pp. 1747–1752.

- Aspinwall, L. G., Taylor, S. E. (1997) A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, vol. 12 (3), pp. 417–436.
- Bakhshi, S., Montazeri, N., Nazari, B., Ziapour, A., Barahooyi, H., Dehghan, F. (2017) Comparing the self-esteem and resiliency between blind and sighted children and adolescents in Kermanshah City. *Middle East Journal of Family Medicine*, vol. 15 (7), pp. 46–51.
- Bois-Reymond, M., Ravesloot, J. (1994) The role of parents and peers in the sexual and relational socialization of adolescents. In: F. Nestmann, K. Hurrelmann (Eds.) *Social networks and Social Support in Childhood and Adolescence*. New York: Walter de Gruyter, pp. 217–239.
- Butler, M. A., Katayama, A. D., Schindling, C., Dials, K. (2018) Assessing resilience in students who are deaf or blind: Supplementing standardized achievement testing. *Journal of Educational Research*, vol. 111, no. 3, pp. 352–362. DOI: 10.1080/00220671.2016.1264052.
- Callaghan, P., Morrissey, J. (1993) Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, pp. 203–210.
- Caplan, G., Killilea, M. (Eds.) (1976) *Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations*. New York: Grune & Stratton, 312 p.
- Chronister, J., Johnson, E., Lin, C.-P. (2009) Coping and rehabilitation: Theory, research, and measurement. In: F. Chan, E. D. S. Cardoso, J. A. Chronister (Eds.) *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation*. New York: Springer, pp. 111–148.
- Côté-Leclerc, F., Duchesne, G. B., Bolduc, P., Gélinas-Lafrenière, A., Santerre, C., Desrosiers, J., Levasseur, M. (2017) How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 25, pp. 15–22. DOI: 10.1186/s12955-017-0597-9
- Davis, E., Reddihough, D., Murphy, N., Epstein, A., Reid, S. M., Whitehouse, A., Williams, K., Leonard, H., Downs, J. (2017) Exploring quality of life of children with cerebral palsy and intellectual disability: What are the important domains of life? *Child: Care, Health and Development*, vol. 43 (6), pp. 854–860. DOI: 10.1111/cch.12501
- Eschleman, K. J., Bowling, N. A., Alarcon, G. M. (2010) A Meta-Analytic Examination of Hardiness. *International Journal of Stress Management*, vol. 17, no. 4. DOI: 10.1037/a0020476
- Feitosa, L., Muzzolon, S. R., Rodrigues, D., de Souza Crippa, A. C., Zonta, M. B. (2017) The effect of adapted sports in quality of life and biopsychosocial

profile of children and adolescents with cerebral palsy. *Revista Paulista de Pediatria*, vol. 35 (4), pp. 429–435. DOI: 10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00001

Frey, C. U., Röthlisberger, C. (1996) Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 25, pp. 17–31.

Funk, S. C. (1992) Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, vol. 11 (5), pp. 335–345.

Furman, W., Buhrmester, D. (1985) Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, vol. 21, pp. 1016–1024.

Groff, D. G., Lundberg, N. R., Zabriskie, R. B. (2009) Influence of adapted sport on quality of life: perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability Rehabilitation*, vol. 31 (4), pp. 318–326.

Hallemani, S., Kale, M., Gholap, M. (2014) Level of Stress and Coping Strategies Adopted by Adolescents with Visual Impairment. *International Journal of Science and Research*, vol. 3 (7), pp. 1182–1189.

Hull, J. G., Van Treuren, R. R., Virnelli, S. (1987) Hardiness and health: A critique and alternative approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, pp. 1–11. DOI: 10.1037/0278-6133.11.5.335

Ihara, E. S., Wolf-Branigin, M. (2012) Quality of life and life skill baseline measures of urban adolescents with disabilities. *Social Work in Public Health*, vol. 27, pp. 658–670. DOI: 10.1080/19371910903269596

Khoshaba, D., Maddi, S. (1999) Early Antecedents of Hardiness. *Consulting Psychology Journal*, vol. 51, no. 2. pp. 106–117.

Kobasa, S. C. (1979) Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, no. 37, pp. 1–11.

Kobasa, S. C. (1982) The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In: Sanders, G. S., Suls, J., (Eds.) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc., pp. 1–25.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Kahn, S. (1982) Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 42 (1), pp. 168–177. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., Zola, M. A. (1985) Effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 29 (5), pp. 525–533. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90086-8

- Kumar, V., Meena, C. (1997) Self-concept of blind and normal adolescent students. *Psychological studies*, vol. 42 (1), pp. 20–23.
- Lifshitz, H., Hen, I., Weisse, I. (2007) Self-concept, adjustment to blindness, and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual impairment and Blindness*, vol. 101 (2), pp. 96–107.
- Lopez-Justicia, M. D., Pichardo, M. C. (2003) Gender differences in self-concept of low-vision youths. *Revista de education*, vol. 330, pp. 373–384.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, vol. 54 (3), pp. 173–185. DOI: 10.1037/1061-4087.54.3.173
- Maddi, S. R. (2004) Hardiness: An Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 44 (3), pp. 279–298. DOI: 10.1177/0022167804266101
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Harvey, R. H., Lu, J. L., Persico, M. (2002) The personality construct of hardiness, II: Relationships with measures of psychopathology and personality. *Journal of Research in Personality*, vol. 36, pp. 72–85.
- Maddi, S. R. (2006) Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, vol. 1 (3), pp. 160–168. DOI: 10.1080/17439760600619609
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Brow, M. (2006) The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, vol. 74, pp. 575–598.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M. (1994) Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*, vol. 63 (2) pp. 265–274.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Harvey, R. H., Fazel, M., Resurreccion, N. (2011) The Personality Construct of Hardiness, V: Relationships With the Construction of Existential Meaning in Life. *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 51 (3), p. 369–388. DOI: 10.1177/0022167810388941
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Lu, J., Harvey, R., Bleecker, F. (2002) The personality construct of hardiness: II. relationships with comprehensive test of personality and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, vol. 36, pp. 72–85.
- Mastunak, K. (2008) An investigation of personal factors on daily stress of people with visually impaired. *Shinrigaku Kenkyu*, vol. 79 (3), pp. 207–214.

- Meserole, R. L., Carson, C. M., Riley, A. W., Wang, N. Y., Quittner, A. L., Eisenberg, L. S., Tobey, E. A., Francis, H. W., Niparko, J. K. (2014) Assessment of health-related quality of life 6 years after childhood cochlear implantation. *Quality of Life Research*, vol. 23, pp. 719–731. DOI: 10.1007/s11136-013-0509-3.
- Morgan-Redshaw, M., Wilgosh, L., Bibby, M. (1990) The parental experiences of mothers of adolescents with hearing impairments. *American Annals of the Deaf*, vol. 135, pp. 293–298.
- Ncube, B. L., Perry, A., Weiss, J. A. (2018) The quality of life of children with severe developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. (62) 3, pp. 237–244.
- Nestmann, F., Hurrelmann, K. (1994) Child and adolescent research as a challenge and opportunity for social support theory, measurement, and intervention: and vice versa. In: F. Nestmann, K. Hurrelmann (Eds.) *Social networks and Social Support in Childhood and Adolescence*. New York: Walter de Gruyter, pp. 1–20.
- Pipp-Siegel, S., Sedey, A. L., Yoshinaga-Itano, C. (2002) Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 7, pp. 1–17.
- Rajendran, V., Roy, F. G. (2010) Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with and without motor impairment. *Italian Journal of Pediatrics*, vol. 36, p. 75.
- Rasmeet, K. C., Ahalya, S. (2011) The Effect of Visual Impairment on Quality of Life of Children Aged 3–16. *British Journal of Ophthalmology*, vol. 95 (5), pp. 642–645.
- Sahin-Baltaci, H., Karatas, Z. (2015) Perceived social support, depression and life satisfaction as the predictor of the resilience of secondary school students: The case of Burdur. *Eurasian Journal of Educational Research*, vol. 60, pp. 111–130. DOI: 10.14689/ejer.2015.60.7
- Sharpley, C. F., Yardley P. (1999) The relationship between cognitive hardiness, explanatory style, and depression-happiness in post-retirement men and women. *Australian Psychologist*, vol. 34 (3), pp. 198–203. DOI: 10.1080/00224545.1987.9713713
- Shchipanova, D. Ye., Tserkovnikova, N. G., Uskova, B. A., Puzyrev, V. V., Markova, A. S., Fomin E. P. (2016) Hardiness of adolescents with special educational needs: research results. *International Journal of Environmental & Science Education*, no. 11 (17), pp. 9829–9838.
- Shubayeva, G. S., Nurjavova, A. A. (2018) Self-assessment of the physical development of children with cerebral palsy. *Международный научно-*

исследовательский журнал, № 12 (78), часть 2, с. 182–185.
DOI: 10.23670/IRJ.2018.78.12.075

- Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K., Hjemdal, O. (2009) A validation study of the resilience scale for adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 32 (2), pp. 215–225.
- Tsoi, W. S., Zhang, L. A., Wang, W. Y., Tsang, K. L., Lo, S. K. (2012) Improving quality of life of children with cerebral palsy: A systematic review of clinical trials. *Child: Care, Health and Development*, vol. 38 (1), pp. 12–31.
- Umansky, A. M., Jeffe, D. B., Lieu, J. C. (2011) The HEARQL: Quality of life questionnaire for children with hearing loss. *Journal of the American Academy of Audiology*, vol. 22 (10), pp. 644–653.
- Viswesvaran, C., Sanchez, J., Fisher, J. (1999) The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 54, pp. 314–334.
- Vondra, J., Garbarino, J. (1988) Social influence on adolescent behavior problems. In: S. Salzinger, J. Antrobus, M. Hammer (Eds.) *Social Networks of Children, Adolescents, and College Students*. New Jersey: LEA, Hillsdale, pp. 195–224.
- Wake, M., Hughes, E. K., Collins, C. M., Poulakis, Z. (2004) Parent reported health-related quality of life in children with congenital hearing loss: A population study. *Ambulatory Pediatrics*, vol. 4 (5), pp. 411–417.
- Zack, S., Raviv, S., Inbar, R. (2007) The benefits of a graduated training program for security officers on physical performance in stressful situations. *International Journal of Stress Management*, vol. 14, pp. 350–369.

Приложение 1. Общая характеристика выборки подростков, принявших участие в исследовании

Таблица 24.

Общая характеристика выборок

Выборки	Всего	Мальчики	Девочки
Подростки с нарушениями зрения	61	40	21
Слепые подростки (с остаточным зрением менее 0,05 %)	22	13	9
Слабовидящие подростки	39	27	12
Подростки с нарушениями слуха	63	32	31
Тотально глухие подростки	37	20	17
Слабослышащие подростки	26	12	14
Подростки с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата органического генеза	67	35	32
Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций (не могут передвигаться самостоятельно)	33	15	18
Подростки с умеренными нарушениями двигательных функций (могут передвигаться самостоятельно)	34	19	14
Условно здоровые подростки	136	65	71

Таблица 25.

Семейная ситуация подростков

Выборки	Полная семья	Семья с отчимом	Неполная семья
Подростки с нарушениями зрения	38	6	10
Слепые подростки	18	1	3
Слабовидящие подростки	20	5	7
Подростки с нарушениями слуха	39	10	14
Тотально глухие подростки	18	8	11
Слабослышащие подростки	21	2	3
Подростки с нарушениями двигательных функций	42	33	2
Подростки с тяжелыми нарушениями двигательных функций	14	19	-
Подростки с умеренными нарушениями двигательных функций	28	14	2
Условно здоровые подростки	98	25	13

Приложение 2. Проективный рисунок «Моя жизнь» как инструмент диагностики жизнестойкости подростков¹

Общая характеристика диагностического инструмента

Цель применения: экспресс-оценка качественных характеристик жизнестойкости подростков в контексте их восприятия собственной жизни в целом.

Необходимые материалы: бумага для рисования формата А4, простые карандаши, стирательные резинки

Инструкция: «Нарисуй, пожалуйста, рисунок на тему “Моя жизнь”».

Вопросы для пострисуночного опроса:

- 1) Что здесь нарисовано?
- 2) Есть ли на рисунке персонаж, предмет или явление, который символизирует его автора?
- 3) Насколько типичной является нарисованная ситуация?
- 4) Какое настроение чаще всего характерно для подобных ситуаций?

Оценка отдельных параметров жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска) осуществляется с использованием 5-балльной шкалы в соответствии с критериями, представленными в таблице 26.

¹ Подробнее см.: Горьковая И. А., Микляева А. В. (2018) Возможности диагностики жизнестойкости подростков с помощью проективного рисунка «Моя жизнь». В кн.: Е. В. Бакшутова, О. В. Юсупова, Е. Ю. Двойникова (ред.) *Человек в условиях неопределенности: сборник научных трудов*. Том 1. Самара: Издательство Самарского государственного технического университета, 270 с., с. 118–123.

Таблица 26.

Параметры и критерии оценки проективного рисунка «Моя жизнь»

Компоненты жизнестойкости	Параметры оцен- ки рисунков	Критерии оценки
Вовлеченность	неблагоприятный эмоциональный фон (1 балл) – благоприятный эмоциональный фон (5 баллов)	общее впечатление от рисунка, его интегрированность / дезинтеграция; эмоциональное состояние персонажей рисунков, наличие эмоционально-окрашенных элементов
Вовлеченность	Пассивность (1 балл) – активность (5 баллов)	изображение движения или действия, процесса / статичная ситуация
Контроль	изменчивость жизни (1 балл) – стабильность жизни (5 баллов)	наличие / отсутствие изображений, символизирующих временную перспективу; качество прорисовки элементов, символизирующих временную перспективу
Принятие риска	закрытость от мира (1 балл) – открытость миру (5 баллов)	наличие / отсутствие фона; качество прорисовки фона

Дополнительные параметры, которые могут быть использованы для более полной характеристики представлений подростка о собственной жизни, представлены в таблице 27.

Таблица 27.

*Дополнительные параметры оценки проективного рисунка
«Моя жизнь»*

Параметры оценки рисунков	Критерии оценки
враждебность мира – доброжелательность мира	изображение / отсутствие препятствий, и различных неблагоприятных факторов, качество их прорисовки
тревога – спокойствие	толщина линий, нажим, штриховка, наличие / отсутствие рамки, основания рисунка
диссоциация с образом собственной жизни – идентификация с образом собственной жизни	наличие / отсутствие фигуры, изображающей автора, в том числе символически, качество прорисовки этой фигуры
закрытость для общения – открытость к общению	наличие / отсутствие фигур или символических изображений других людей; качество прорисовки фигур других людей

Надежность оценки компонентов жизнестойкости с помощью проективного рисунка «Моя жизнь» оценивалась путем сопоставления оценок, полученных по отдельным параметрам рисунка, и показателей «Теста жизнестойкости» (Осин, Рассказова, 2013) с помощью коэффициента корреляции Спирмена (r_s), результаты представлены в таблице 28.

Таблица 28.

*Взаимосвязи показателей жизнестойкости и оценок рисунков «Моя жизнь» (n=112, возраст 13-16 лет). Примечание: ** – $p < 0,01$*

Параметры оценки рисунка	Компоненты жизнестойкости		
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
неблагоприятный эмоциональный фон (1 балл) – благоприятный эмоциональный фон (5 баллов)	0,59**	-	-
Пассивность (1 балл) – активность (5 баллов)	0,70**	-	-
изменчивость жизни (1 балл) – стабильность жизни (5 баллов)	-	0,49**	-
закрытость от мира (1 балл) – открытость миру (5 баллов)	-	-	0,46*

В таблице 29 представлены данные о тематике рисунков, встречающейся в выборках глухих и условно здоровых подростков.

Таблица 29.

Результаты контент-анализа сюжетов рисунка «Моя жизнь»

Категории контент-анализа	Частота (%)	
	в выборке глухих подростков	в выборке условно здоровых подростков
Учеба, школа	5,4	44,6
Дружба, друзья, сверстники	5,4	7,7
Семья, родители	13,5	19,8
Хобби, увлечения	35,1	23,1
Отдых	35,1	41,3
Абстрактные/символические изображения	18,9	41,3
Символ жизненной перспективы	21,6	-
Пейзаж	5,4	3,4
Деньги, материальные ценности	-	11,5

Научное издание

Горьковая И. А., Микляева А. В.

**Социально-психологические факторы жизнестойкости
подростков с ограниченными возможностями здоровья:
теория и практика**

Монография

Изготовление оригинал-макета: А. В. Микляева

*Издательство РГПУ им. А.И. Герцена,
191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48*

Подписано в печать 25.12.2019.

Объем 11,75 печ. л.

Тираж 500 экз.

*Отпечатано в типографии РГПУ им. А.И. Герцена
(Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48)
с оригинал-макета, предоставленного авторами*