3. *Barkley R. A., Newcorn J.* Assessing adults with ADHD and comorbidities. Primary Care Companion // Journal of Clinical Psychiatry, 11. 2009. P. 25.

4. *Barkley R. A., Fische M., Smallish L.*, & *Fletcher K.* Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45. 2004. P. 195–211.

5. *Fischer M., Barkley R. A., Smallish L.,* & *Fletcher K.* Hyperactive children as young adults: Deficits in inhibition, attention, and response perseveration and their relationship to severity of childhood and current ADHD and conduct disorder. Developmental Neuropsychology, 27. 2004. P. 107–133.

6. *Tannock R., Brown T. E.* Attention deficit disorders with learning disorders in children and adolescents // In: T.E. Brown (Ed.) 2000. Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press. P. 231–295.

REFERENCES

1. *Zavadenko N. N.* Giperaktivnost' i deficit vnimanija v detskom vozraste: Ucheb. posobie dlja stud. vyssh.ucheb. zavedenij. M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2005. S. 54.

2. *Chutko L. S., Kropotov Ju.D., Pal'chik A.* B. Sindrom narushenija vnimanija s giperaktivnost'ju u detej i podrostkov SPb.: Izdatel'skij dom SPbMAPO, 2004. S. 15.

3. *Barkley R. A., Newcorn J.* Assessing adults with ADHD and comorbidities. Primary Care Companion // Journal of Clinical Psychiatry, 11. 2009. P. 25.

4. *Barkley R. A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K.* Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45. 2004. P. 195–211.

5. *Fischer M., Barkley R. A., Smallish L.,* & *Fletcher K.* Hyperactive children as young adults: Deficits in inhibition, attention, and response perseveration and their relationship to severity of childhood and current ADHD and conduct disorder. Developmental Neuropsychology, 27. 2004. P. 107–133.

6. *Tannock R., Brown T. E.* Attention deficit disorders with learning disorders in children and adolescents // In: T.E. Brown (Ed.) 2000. Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press. P. 231–295.

Е. А. Гайдукевич

ПРОБЛЕМА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ДЕФЕКТА В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Представлен теоретический анализ психологических исследований по проблеме личностной реакции на дефект учащихся с нарушениями психофизического развития. Автором дается обоснование правомерности применения термина «внутренняя картина дефекта» в специальной психологии, раскрывается содержание данного понятия. Приводится описание специфики самовосприятия и самоотношения подростков в зависимости от структуры дефекта, формулируется ряд наиболее актуальных вопросов по исследуемой проблеме, подлежащих дальнейшему изучению.

Ключевые слова: внутренняя картина дефекта, личностная реакция на дефект, специфика самовосприятия и самоотношения подростков с нарушениями развития.

E. Gaidukevich

THE PROBLEM OF INNER PRESENTATION OF DISORDER IN SPECIAL PSYCHOLOGY

The article presents a theoretical analysis of personal response of students with psychophysical development disorders to their disorder. The special psychology term 'inner presentation of disorder' is explained. The specificity of self-perception and self-attitude of teenagers

depending on the structure of the deficiency is described and the problems to be researched are pointed out.

Keywords: inner presentation of disorder, personal response to the deficiency, specificity of self-perception and self-attitude of teenagers with development disorders.

Изучая специфику личностного развития учащихся с различными вариантами дизонтогенеза, исследователи особое значение придают характеру переживания ими собственного дефекта и его социальных последствий. Первоначально, говоря о характере переживания ребенком имеющегося нарушения, авторы употребляли выражения «реакция личности на дефект», «внутренняя позиция личности по отношению к дефекту» (А. Адлер, Л. С. Выготский, Л. И. Божович). В медицинской психологии для обозначения личностных реакций человека на болезнь используется близкое по значению понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) (А. Гольшейдер, Р. А. Лурия, Е. К. Краснушкин, В. Е. Каган, А. Б. Орлов). В настоящее время в работах по специальной психологии (В. М. Сорокин, В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова) это понятие появляется в несколько измененном виде — «внутренняя картина дефекта» (ВКД). Термины «ВКБ» и «ВКД», хотя и близки по значению, однако не являются синонимичными, их различие весьма существенно. Медицинская психология, изучающая психологические особенности людей, страдающих теми или иными заболеваниями, определяет ВКБ как осознание человеком собственной болезни и личностно-поведенческую реакцию на нее. Специальная же психология изучает особенности психического развития в условиях имеющегося дефекта и его последствий. Под ВКД здесь понимается комплекс представлений и переживаний субъекта по поводу имеющегося дефекта, который обусловливает или устойчивое чувство собственной неполноценности, или же не приводит к заметному снижению самооценочной позиции субъекта, определяя тем самым индивидуальную активность личности. Безусловная близость понятий ВКБ и ВКД, по сути своей обозначающих устойчивую личностную реакцию на факт заболевания или на наличие дефекта, все же не свидетельствует об их полной идентичности. Они отличаются так же, как отличаются сами понятия «болезнь» и «дефект». «Болезнью» называют патологический процесс, нарушающий нормальную жизнедеятельность организма, его взаимосвязи с окружающей средой, что обычно приводит к временному или постоянному снижению или утрате трудоспособности. Под «дефектом» понимают физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Согласно теории Л. С. Выготского, дефект имеет системное строение, предполагающее наличие первично обусловленных нарушений, непосредственно вытекающих из биологической неполноценности центральной нервной системы, и вторичных нарушений, возникающих как результат взаимодействия ребенка с тем или иным дефектом с социальной средой [1]. Принципиальное различие ВКБ и ВКД очевидно. ВКБ оказывает психологическое влияние на течение заболевания, в одних случаях направляя поведение человека на преодоление болезни, в других, наоборот, являясь фактором, создающим отрицательные эмоции и усугубляющим течение болезни. ВКД не столько влияет на первичный дефект, сколько обусловливает формирование личностных особенностей, определяющих стиль поведения и деятельности человека, возможности компенсации и социальной адаптации. ВКД является важнейшим фактором формирования личности, а ее «положительный знак» обеспечивает успешную интеграцию индивида в общество.

ВКД может проявляться в нескольких типах личностного реагирования на первичный дефект, основными из которых яв-

ляются следующие: игнорирование (часто связано с недоразвитием мышления и его слабой критичностью), вытеснение (невротический тип реагирования, когда, в результате действия механизмов психологической защиты, сам факт наличия дефекта вытесняется в подсознание, при этом возникает внутренний конфликт, происходит накопление негативных эмоций), компенсаторный тип (осознание дефекта и восполнение утраченной функции за счет более сохранных), гиперкомпенсаторный тип (усиленное развитие сохранных функций, стремление доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам) и астенический тип реагирования (фиксация на осознании своей неполноценности, что приводит к низкой самооценке и к снижению уровня притязаний) [6]. Различные варианты личностной реакции на дефект могут привести как к формированию комплекса неполноценности, заниженным самооценке и уровню притязаний, так и к возникновению компенсаторной активности, являющейся источником развития.

В специальной психологии имеются отдельные исследования, посвященные вопросу личностной реакции на дефект. Этот вопрос решается авторами в русле более широкой проблемы — проблемы самосознания и Я-концепции учащихся с нарушениями развития. Имеющиеся исследования создают базу для сравнительного изучения внутренней картины дефекта подростков с различными нарушениями развития.

Уже сделаны определенные шаги в изучении специфики самовосприятия и самоотношения в условиях зрительной депривации (А. Г. Литвак, Г. В. Никулина, Л. И. Плаксина, В. М. Сорокин, Т. П. Головина, И. А. Суславичюс, Э. М. Стернина, О. И. Липкова, В. А. Мальков, В. К. Рогушин, В. Ф. Матвеев, В. Ф. Петренко, В. Вашвилайте, И. Е. Ростомашвили и др.). Процесс самопознания осуществляется в ходе активного изучения других людей и сравнения себя с ними, а зрительный дефект затрудняет восприятие и познание окружающих людей, что препятствует формированию представлений о себе. Самооценка слепых и слабовидящих во многом определяется характером переживания зрительного дефекта и временем его возникновения: слепорожденным свойственна завышенная самооценка, а поздно ослепшим — очень низкая. Наиболее серьезные психические травмы, связанные с переживанием дефекта, наблюдаются у ослепших в зрелом возрасте. Глубина и длительность эмоциональной реакции на зрительный дефект также зависят от темпа развития заболевания и его тяжести: реакция мгновенно ослепших оказывается более тяжелой, чем у тех, кто теряет зрение постепенно [3]. Большое значение имеет степень сосредоточенности, фиксированности индивида на дефекте: при повышенном внимании к имеющемуся нарушению зрения чаще формируется низкая самооценка, которая создает благоприятную почву для развития болезненной реакции на дефект. Если же дефект игнорируется, то возможно появление необоснованно высокой самооценки. Исследователи характеризуют реакцию большинства инвалидов по зрению на собственный дефект как крайне болезненную, приводящую к депрессии.

Специфика формирования ВКД наблюдается и в условиях слуховой депривации (Л. А. Головчиц, В. В. Егоров, Е. А. Малхасьян, Л. П. Носкова, В. Петшак, В. Г. Петрова, Т. Н. Прилепская, Э. Н. Хотеева, В. Л. Белинский, Т. Э. Пуйк, М. М. Нудельман, И. В. Кривонос, М. Н. Реут, Э. А. Вийтар и др.). Недостаток речевых средств, отмечающийся у детей с нарушениями слуха, мешает формированию у них представлений о собственных качествах, затрудняет осознание отношения к себе и к другим, своего положения в коллективе. Глухие дети дошкольного и младшего школьного возраста переживают наличие дефекта не так остро, как их слепорожденные сверстники. Самооценка глухих детей в большинстве случаев завышена, она во многом зави-

сит от мнения педагогов и нередко определяется случайными факторами. Несмотря на то, что первые признаки осознания своего дефекта у детей с нарушением слуха наблюдаются в возрасте 6–7 лет, переживание имеющегося нарушения у глухих проявляется значительно позже, к 12–13 летнему возрасту.

Исследователи отмечают схожесть личностной реакции на дефект детей с нарушениями зрения и слуха, которая нередко принимает острый характер. У учащихся часто возникает подавленное настроение, тоска, ощущение безысходности, мысли о собственной неполноценности, обреченности. Неблагополучные варианты личностного развития учащихся с нарушением зрения и слуха исследователи объясняют гипертрофированным действием таких неэффективных бессознательных механизмов психологической защиты, как отрицание и подавление. В то же время у таких подростков наблюдается недостаточное использование психологической защиты по типу интеллектуализации [5].

Существенное влияние на ВКД оказывает интеллектуальная сфера подростков. Картина собственного дефекта подвергается осмыслению на основе рефлексии. У детей с недоразвитием интеллекта плоды рефлексии весьма не зрелы и обусловливают бедность представлений о себе, затрудняют оценку своих качеств, что, в свою очередь, способствует неглубокому осознанию и переживанию имеющихся проблем в развитии. Изучая самосознание учащихся с недоразвитием интеллекта, исследователи (Ж. И. Намазбаева, Б. В. Зейгарник, Ж. И. Шиф, Я. Л. Коломинский, П. А. Чубаров, А. К. Агавелян, Ч. Б. Кожалиева, П. П. Столярова и др.) отмечают у них сниженную потребность в саморефлексии. Представления о себе у умственно отсталых школьников формируются не столько на рефлексивной основе, сколько на усвоении обобщенных оценочных характеристик, даваемых окружающими. В результате этого учащиеся специальных школ не имеют четкого, полного и адекватного представления о собственных качествах, некритично оценивают свои возможности и не соотносят их с уровнем сложности выполняемой деятельности. Самоописания школьников с недоразвитием интеллекта представляют собой однозначные характеристики преимущественно положительной направленности. Только к старшим классам такие учащиеся начинают более объективно оценивать себя, признавать наличие отрицательных характеристик [2].

Как показывают исследования, наиболее остро ощущение недостаточности переживается детьми, имеющими выраженные физические недостатки, проявляющиеся в дефектах внешности. Такого рода переживания наблюдаются у учащихся с ДЦП. Анализ имеющихся на сегодняшний день психологических работ (И. М. Мамайчук, И. А. Залеская, Г. В. Пятакова, Е. М. Мастюкова, Л. М. Шипицына, Е. И. Кириченко, О. А. Трифонов, К. А. Семенова, Р. Я. Абрамович-Лехтман, Э. С. Калижнюк, Т. В. Есипова, О. Л. Раменская, О. В. Воробьева, О. Л. Романова, В. В. Ковалев, В. В. Ипатова, Д. В. Юшков и др.) и экспериментальных данных нашего пилотажного исследования, направленных на изучение самосознания подростков с ДЦП, позволил выявить три основных типа их личностного реагирования на собственный дефект. Наиболее часто встречающимся является астенический тип, связанный с «фиксацией» на дефекте и приводящий к комплексу неполноценности. Неудовлетворенность своими физическими данными, переживание видимых дефектов внешности, негативные оценки окружающих повышают значимость для ребенка определенных частей собственного тела или телесного облика в целом, при этом формируется низкая самооценка, которая создает благоприятную почву для развития болезненной реакции на дефект. Вынужденная социальная изоляция и постоянное переживание неуспеха в различных видах деятельности, возникающие из-за физической бес-

помощности, приводят к пролонгированной психотравмирующей ситуации, способствующей «зацикливанию» на дефекте и потере уверенности в собственных силах.

Второй тип личностной реакции на двигательный дефект обусловлен тем, что у учащихся с моторными нарушениями «защитные механизмы» психики, вытесняя сам факт наличия дефекта в подсознание, сглаживают переживания по поводу его наличия. Игнорирование двигательного дефекта приводит к неадекватно завышенным самооценке и уровню притязаний подростков, когда учащиеся не придают значения собственной моторной несостоятельности и в целом свои возможности оценивают недостаточно критично. При данном типе личностной реакции на дефект роль психологической защиты не является однозначной. С одной стороны, она оказывается своеобразным способом стабилизации «Я», снимающим внутреннюю напряженность и тем самым предохраняющим личность от потери самоуважения. С другой стороны, психологическая защита, вытесняя из сферы сознания травмирующий фактор (наличие физического дефекта), искажает представление индивида о себе, блокирует его усилия по развитию компенсаторных возможностей и оказывается серьезной помехой для успешной социализации.

Самым благополучным для развития является третий тип личностной реакции учащихся на имеющийся двигательный дефект — компенсаторный, при котором дети осознают тяжесть собственного заболевания, чувствуют ограниченность собственных возможностей, но при этом отчетливо понимают, что их успешное развитие и преодоление затруднений находятся в прямой зависимости от их настойчивости. Как правило, учащиеся с компенсаторным типом реагирования на дефект благодаря целеустремленности и волевым качествам добиваются больших успехов в учебе, в общении и в жизни [4].

В специальной психологии в настоящее время имеются крайне скудные сведения о влиянии степени тяжести двигательных нарушений на специфику ВКД подростков с ДЦП. Недостаточная изученность проблемы ВКД требует продолжения экспериментально-исследовательской работы в данной области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Выготский Л. С.* Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. 656 с.
2. *Кожалиева Ч. Б.* Особенности становления образа «Я» у умственно отсталых подростков: Автореф. дис. … канд. психол. наук. М., 1995. 16 с.
3. *Литвак А. Г.* Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие. СПб.: Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 1998. 270 с.
4. *Мамайчук И. И., Пятакова Г. В.* Исследование личностных особенностей детей с детским церебральным параличом // Дефектология. 1990. № 3. С. 23–24.
5. *Матвеев В. Ф.* Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. М.: Медицина, 1987. 183 с.
6. *Трофимова Н. М, Дуванова С. П., Трофимова Н. Б., Пушкина Т. Ф.* Основы специальной педагогики и психологии. СПб.: Питер, 2005. 304 с.

REFERENCES

1. *Vygotskij L. S.* Osnovy defektologii. SPb.: Lan', 2003. 656 s.
2. *Kozhalieva Ch. B.* Osobennosti stanovlenija obraza «Ja» u umstvenno otstalyh podrostkov: Avtoref. dis. … kand. psihol. nauk. M., 1995. 16 s.
3. *Litvak A. G.* Psihologija slepyh i slabovidjashchih: Uchebnoe posobie. SPb.: Izdatel'stvo RGPU im. A. I. Gertsena, 1998. 270 s.
4. *Mamajchuk I. I., Pjatakova G. V.* Issledovanie lichnostnyh osobennostej detej s detskim tserebral'nym paralichom // Defektologija. 1990. № 3. S. 23–24.
5. *Matveev V. F.* Psihicheskie narushenija pri defektah zrenija i sluha. M.: Medicina, 1987. 183 s.
6. *Trofimova N. M., Duvanova S. P., Trofimova N. B., Pushkina T. F.* Osnovy spetsial'noj pedagogiki i psihologii. SPb.: Piter, 2005. 304 s.

Т. Е. Карташова

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ УСТАНОВОК СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Представлены данные психодиагностического исследования брачно-семейных установок современной молодежи в контексте гендерных различий.

Ключевые слова: брак, молодежь, структура брачно-семейных установок, ролевые ожидания, ролевые притязания, семейные ценности, ролевая адекватность.

T. Kartashova

DYNAMICS AND STRUCTURE OF MARRIAGE AND FAMILY ATTITUDES OF CONTEMPORARY YOUTH

The article presents data psychodiagnostic study of marital and family attitudes of contemporary youth in the context of gender differences.

Keywords: marriage, youth, marriage and family structure systems, role expectations, role demands, family values, role adequacy.

По мнению ряда исследователей, современный брак переживает кризис или период радикальных перемен. Брачно-семейные отношения продолжают оставаться одной из ведущих социальных ценностей, но эволюционируют по форме и по содержанию [2]. Специфической особенностью современного брака является его нестабильность. По статистике распадается каждый второй брак, а на тысячу браков приходится 700 разводов. За первые 4 года происходит около 40% разводов, а за 9 — около 2/3 их общего числа. Абсолютное большинство разводов приходится на период — от 18 до 35 лет. Наряду с нестабильностью супружества увеличивается число детей, рожденных вне брака. Сегодня их число составляет около 30% от общего числа новорожденных [5].

В условиях ослабления социального контроля в области брачно-семейных отношений, размывания социальных норм и утраты семейных традиций молодые люди испытывают серьезные затруднения в определении собственного взгляда на брак. При отсутствии четких ориентиров повышается риск неудачного выбора брачного партнера и последующих дисгармоничных отношений, включая развод. В целях разрешения данной проблемы молодые люди длительное время не решаются на официальные отношения, проживая в гражданских браках [4].

Существенно усложнилась связь между браком и сексуальными отношениями. В целом возросла ценность и значимость интимных отношений и сексуальной привлекательности. Сексуальные отношения теперь возможны как до брака, так и вне брака. Сексуальность приобретает равную значимость для мужчин и для женщин. Одновременно с этим супружеская измена стала самой распространенной и трудно разрешимой проблемой брака.

Перечисленные проблемы определяют высокую актуальность научного исследования брачно-семейных установок современной молодежи. В изучении данного вопроса мы выделяем два основных аспекта: *структура брачно-семейных установок* (устойчивые компоненты, их соподчинение и количественное соотношение) и *динамика брачно-семейных установок* (изменяющееся эмоционально-окрашенное индивидуальное содержание). Исследование данной проблемы позволяет не только пролить свет на ис-