

На правах рукописи

**ФЕДОТОВА Светлана Алексеевна**

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

Специальность 19.00.05 – социальная психология

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Ярославль – 2014

Работа выполнена на кафедре общей психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова».

Научный руководитель            доктор психологических наук, доцент  
**Конева Елена Витальевна**

Официальные оппоненты:    доктор психологических наук, профессор,  
профессор кафедры психологии и педагогики  
Курского государственного медицинского  
университета  
**Никишина Вера Борисовна**

кандидат психологических наук, доцент,  
начальник редакционно-издательского отдела  
электронных научных изданий Ярославской  
государственной медицинской академии  
**Урываев Владимир Анатольевич**

Ведущая организация –        ФГБОУ ВПО «Костромской государственный  
университет им. Н.А. Некрасова»

Защита состоится 19 декабря 2014 г. в 10-00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.002.02 в Ярославском государственном университете им. П.Г. Демидова по адресу: 150057, г. Ярославль, проезд Матросова, д. 9.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова по адресу: 150003, г. Ярославль, ул. Полушкина роща, д. 1а.

Автореферат разослан 17 ноября 2014 г.

Автореферат размещен на сайте ВАК РФ <http://vak2.ed.gov.ru/>

Полнотекстовый вариант диссертации размещен на сайте ЯрГУ им. П.Г. Демидова <http://uniyar.ac.ru/>

Ученый секретарь  
диссертационного совета

Маркова Елена Владимировна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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

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

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

Данные исследователей о распространенности ДСТ в популяции неоднозначны – от 13% (Б.В. Головской и соавт., 2002; Т.М. Домницкая и соавт., 2005) до 85% (Э.В. Земцовский, 2008), что объясняется нечеткостью

учитываемых фенотипических признаков (I.F. Bravo, C. Wolff, 2006.), отсутствием комплексного подхода к осмыслению проблемы. Все это снижает не только эффективность медицинской помощи (В.Ф. Демин и соавт., 2005; Э.В. Земцовский, 2006; А.С. Калмыкова, Н.П. Пацева, 2008; Г.И. Нечаева и соавт., 2006; К.Ю. Николаев и соавт., 2006; Н.П. Шабалов, 2007), но и нивелирует истинные данные по распространенности патологии. Практика показывает, что большое количество детей и подростков с ДСТ из-за отсутствия комплексного анализа состояния их здоровья остаются без диагноза и не получают необходимых рекомендаций по формированию образа жизни, лечению, профориентации (Г.И. Нечаева и соавт., 2006; К.Ю. Николаев и соавт., 2006). Крайне важен социальный аспект проблемы, т.к. ДСТ сопровождает человека с рождения. С увеличением возраста человека идет развитие болезни, ее признаки усиливаются, что ведет к ограничению социально-психологических и психологических возможностей, к сужению круга общения и диапазона профессионального выбора, непригодности к военной службе, снижению качества и уменьшению продолжительности жизни. Все изложенные факты свидетельствуют о несомненной перспективности в изучении ДСТ (Э.В. Земцовский, 2008). Учитывая высокий уровень распространенности болезни в популяции, изучение и распространение информации о дисплазии, своевременная коррекция отклонений могут иметь существенный экономический эффект на уровне государства (S. George, 2010).

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

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

является сензитивным периодом для формирования многих личностных качеств, способствующих либо препятствующих социально-психологической адаптированности, успешность социально-психологической адаптации для подростков с ДСТ в таких условиях становится крайне сложной задачей (О.А. Генова, 2011; О.А. Громова и соавт., 2008; Г.И. Демина и соавт., 2002, G. Nolmbeck and F. V. Bryant, 2006).

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

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

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

1. Провести теоретический анализ проблем социально-психологической адаптированности в современной психологии. Определить критерии, уровни и виды адаптированности.

2. Провести анализ современного состояния исследования социально-психологической адаптированности, показать обусловленность процесса адаптации личностными характеристиками.

3. Обобщить данные о психологических особенностях лиц с диагнозом ДСТ и выявить те социально-психологические проблемы, которые могут сопровождать подростков с ДСТ в процессе социально-психологической адаптации.

4. Сравнить социально-психологическую адаптированность в различных группах соматической патологии и нормы и выявить те ее аспекты, по которым наблюдаются достоверные различия.

5. Провести сравнительный анализ социально-психологической адаптированности внутри исследуемой группы (подростки с ДСТ) по параметру «высокий и низкий уровень адаптированности».

6. Сравнить механизмы, влияющие на формирование высокого и низкого уровня адаптированности подростков в группе с соматической патологией и в норме.

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

8. Выделить стратегии адаптации в исследуемых группах подростков.

#### **Гипотезы диссертационного исследования**

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

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

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

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

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

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

**Методологическую и теоретическую основу исследования** составили:

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

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

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

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

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

**Методы и методики исследования:**

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

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

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

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

**Этапы исследования:**

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

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

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

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

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

**Научная новизна результатов исследования** заключается в следующем:

1. Впервые поставлена проблема специфики личностной обусловленности адаптированности подростков с ДСТ. Определены факторы, снижающие адаптационные способности подростков с ДСТ: нервно-психическая устойчивость и коммуникативные способности.

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

3. Выявлены социально-психологические ресурсы, которые позволяют подростку с ДСТ достигнуть высокого уровня адаптированности. В работе показаны те социально-психологические особенности, благодаря которым подросток с ДСТ может достигать высокого уровня адаптированности. Для

компенсации ограничений, связанных с заболеванием, подростку необходим ряд качеств, обеспечивающих компетентность в ситуациях социального взаимодействия (социальная смелость, умение осознавать и выражать свои потребности, умение компенсировать отрицательные эмоции, если они не могут быть выражены непосредственно, умение когнитивно перерабатывать негативную информацию, уменьшая ее значимость, компетентность в бытовых ситуациях).

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

5. Определены базовые качества для высокоадаптированных подростков с ДСТ и подростков без соматического заболевания, показано, что они различны. Для подростков с ДСТ базовыми качествами являются открытость, дипломатичность, рациональный взгляд на окружающую действительность, дружелюбность, тогда как для высокоадаптированных подростков без соматического заболевания такими качествами являются эмоциональный контроль, волевая регуляция социального поведения, готовность к общению.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Подростки с ДСТ имеют более низкий личностный адаптационный потенциал по сравнению со здоровыми подростками. Из трех составляющих личностного адаптационного потенциала (нервно-психическая устойчивость, коммуникативные способности, морально-нравственная нормативность) максимально дефицитарной является нервно-психическая устойчивость. Этот фактор базовый и обуславливает снижение коммуникативных способностей. Дефицитарность нервно-психической устойчивости проявляется в снижении уровня поведенческой регуляции, в склонности к нервно-психическим срывам, снижении самооценки. Снижение коммуникативных способностей проявляется в недостаточной сформированности знаний, умений и навыков, сопровождающих взаимодействие с другими людьми.

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

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

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Основные положения, выводы и рекомендации, содержащиеся в диссертации, докладывались и обсуждались в материалах конференций: «Психика и тело: научно-практические аспекты взаимодействия психического, физического, физиологического у человека в норме, при донозологических состояниях и патологии» (г. Тюмень, 2010 г.); VI международная научно-практическая конференция молодых ученых «Психология XXI века» (Санкт-Петербург, 2010 г.); «Актуальные проблемы педиатрической науки и практики» (Курск, 2010 г.); XII Международная научно-практическая конференция Московского Института гештальта и психодрамы (г. Москва, 2012 г.); «Психология человека в условиях здоровья и болезни» (г. Тамбов, 2013 г.).

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

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

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

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обосновывается актуальность исследования социально-психологической адаптированности подростков с дисплазией соединительной ткани, определены объект и предмет, поставлены цели и задачи работы, раскрыт методологический и методический аппарат диссертации, описана эмпирическая база исследования, сформулированы рабочие гипотезы и положения, выносимые на защиту, раскрыта теоретическая и практическая значимость исследования.

В **главе 1. «Понятия и концепции социально-психологической адаптации и адаптированности в отечественной и зарубежной психологии»** представлена общая характеристика процесса социально-психологической

адаптации и ее результата – социально-психологической адаптированности; дано описание адаптации и адаптированности как процесса, свойства и состояния. Описаны теоретико-методологические подходы к исследованию адаптации и адаптированности. Целевое назначение первой главы – обобщение теоретико-эмпирического материала, раскрывающего вопросы, посвященные детерминации социально-психологической адаптации и адаптированности.

В параграфе 1.1. «Адаптация: процесс, свойство, состояние» дается описание социально-психологической адаптации и адаптированности путем постановки проблематики психологических свойств, процессов, состояний. Психическое состояние как система характеризуется такими системными качествами, как целостность, многоуровневость и иерархичность, полимодальность, структура, функция, включенность в метасистему. В этой системе функции состояний заключаются в специфическом влиянии их на формирование психических свойств и на протекание психических процессов, а также во влиянии на организацию психологической структуры личности в целом (А.О. Прохоров, 1996). Интегрирующая функция состояний способствует устойчивой взаимозависимости психических процессов и психологических свойств, а также формированию единства психического, его целостности. Вследствие этого образуется соответствующая психологическая структура, включающая свойства – состояние – процессы, необходимые для эффективного функционирования субъекта. Через регуляторную функцию состояний обеспечивается уравновешенность субъекта с социальной и предметной средой. Благодаря регуляторной функции состояний достигается адаптационный эффект, т.е. приведение психологических особенностей субъекта в соответствие с требованиями среды (Б.Ф. Ломов, 1984).

В параграфе 1.2. «Определения адаптации и адаптированности» представлены и рассмотрены различные определения социально-психологической адаптации и адаптированности личности. Их можно разместить между полюсами наиболее общего (взаимодействие индивида с социальной средой) и конкретного, специфичного в этом взаимодействии (усвоение норм и ценностей группы, освоение системы деятельности и межличностных отношений и т.п.). Сущностью социально-психологической адаптации является сочетание устойчивости (сохранение идентичности, тождественности организма самому себе) с изменчивостью (развитием, достижением новых состояний), которое осуществляется на уровне способов его взаимодействия со средой и на уровне адаптивных механизмов. Наиболее часто встречающимися категориями, содержательно наполняющими определение социально-психологической адаптации, являются следующие: «взаимодействие индивида со средой», «удовлетворение потребностей индивида», «включение в систему межличностных отношений», «самореализация индивида», «усвоение норм и ценностей общества», «выработка образцов поведения и общения». В данном параграфе описывается объект исследования – социально-психологическая адаптированность, уровень выраженности которой определяется особенностями процесса адаптации. Глобально социально-психологическая адаптация представляет собой

динамическое образование, результат и процесс приспособления к условиям внешней среды, а также свойство любой саморегулирующейся системы (биологической, социальной или технической), которое состоит в способности приспособливаться к изменяющимся условиям внешней среды (И.Т. Фролов, 2001).

В параграфе 1.3. «Основные подходы к изучению адаптации и адаптированности» представлены подходы к изучению этих феноменов в зарубежной и отечественной психологии. В зарубежной психологии существует множество подходов и взглядов на феномен адаптации: адаптация рассматривается как соотношение изменений среды и личности (психоаналитическое направление), как показатель уровня развития и деятельности когнитивной сферы (бихевиоризм), как адекватная продуктивная результативность (интеракционизм), как сложный динамический процесс взаимодействия личности и среды, приводящий к оптимальному соотношению ценностей личности и среды (гуманистическое направление). Отечественными психологами в качестве специфических особенностей социально-психологической адаптации отмечается активное участие сознания, влияние трудовой деятельности человека на среду, активное изменение человеком результатов своей адаптации в соответствии с условиями бытия, а успешный характер адаптации носит при сохранении устойчивости объекта, приобретении нового качества в результате изменчивости и развитии адаптивных механизмов (А.А. Налчаджян, 1988, Ю.А. Милославский, 1998, М.В. Ромм, 1997 и др.).

В параграфе 1.4. «Критерии, виды и уровни адаптированности» описаны различные подходы к систематизации информации об адаптированности. Анализ проблемы социально-психологической адаптации и содержание критериев адаптированности у отечественных и зарубежных авторов позволил нам выделить основные и, на наш взгляд, наиболее диагностичные критерии. Описать детально все многообразие адаптивных моделей поведения личности невозможно, поскольку каждый человек уникален. Тем не менее, за всем этим многообразием стоят типичные способы использования человеком внутренних и внешних ресурсов для удовлетворения значимых потребностей в процессе взаимодействия с социумом. Наличие критериев позволяет выделять различные виды и уровни адаптированности личности. Под видом адаптированности мы понимаем структурно организованную совокупность относительно устойчивых социально-психологических характеристик личности, обеспечивающих реализацию жизненно важных потребностей. Большинство людей проявляют различный вид адаптированности в различных ситуациях, но у каждого человека определенный вид преобладает. Отечественные и зарубежные авторы (А.А. Налчаджян, 1988, А.А. Реан, 1995, М.А. Шабанова, 2001, Н.Е. Шустова и В.В. Гриценко, 2007, Р. Мертон, 1992 и др.) предлагают различные типологии социально-психологической адаптированности. На современном этапе развития психологической науки существует множество подходов к проблеме диагностики уровня социально-психологической адаптированности. Наиболее интересным представляется взгляд на адаптацию как на системный процесс. Системный подход позволяет уточнить понятие адаптации, предложить

комплексные критерии адаптированности, высказать предположение о механизмах взаимодействия видов и уровней адаптации.

В параграфе 1.5. «Психосоматические аспекты дисплазии соединительной ткани» рассматриваются теоретические концепции механизмов взаимного влияния соматической патологии и психики, раскрывается понятие внутренней картины болезни. Дается описание генетически детерминированного заболевания дисплазии соединительной ткани (ДСТ), подробно описываются психические феномены, связанные с заболеванием, приводятся факты исследований психического статуса подростков с ДСТ, обосновывается необходимость исследований социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ в сравнении не только со здоровыми подростками, но и с подростками с другим психосоматическим заболеванием.

**В главе 2. «Методологические и методические основы эмпирического исследования особенностей социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ»** обосновано применение метода квазиэксперимента в эмпирическом исследовании особенностей социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ, описаны методы и методики исследования, процедура проведения исследования.

В параграфе 2.1. «Методология квазиэкспериментального плана в исследовании социально-психологической адаптированности подростков с ДСТ» описываются различные квазиэкспериментальные планы исследований и обосновывается применение в нашей работе квазиэксперимента ex-post-facto со схемой анализа данных (В.Н. Дружинин, 2003) и способами рандомизации групп.

В параграфе 2.2. «Методы и процедура эмпирического исследования» обосновывается выбор определенных методов и процедуры эмпирического исследования. Представлены объективные и субъективные критерии оценки эффективности социально-психологической адаптированности, основания для формирования групп исследования.

В параграфе 2.2.1. «Методы и методики сбора эмпирических данных» представлено описание методов и методик исследования.

В параграфе 2.2.2. «Процедура проведения исследования и методы обработки данных» описана процедура проведения исследования и представлены математические методы обработки данных на двух этапах.

**В главе 3. «Эмпирическое исследование особенностей социально-психологической адаптированности подростков с дисплазией соединительной ткани»** представлена обработка, анализ и интерпретация данных, собранных в ходе диагностического этапа эмпирического исследования. Изложение материала выстроено в определенной логике:

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

2. Анализируется степень специфичности социально-психологических характеристик высокоадаптированных подростков с ДСТ, сравниваются

социально-психологические характеристики в группах подростков с высоким уровнем адаптированности;

3. Проводится сравнительный анализ социально-психологических характеристик подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности, с целью выявления факторов, специфичных для высокоадаптированных и низкоадаптированных подростков;

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

В параграфе 3.1. «Особенности личностного адаптационного потенциала подростков с ДСТ» анализируется уровень адаптированности подростков с ДСТ в сравнении со здоровыми подростками и подростками с диагнозом «бронхиальная астма».

По результатам диагностических исследований, описанных в главе 2, составлена сводная матрица результатов. Собранные данные позволяют оценить уровень социально-психологической адаптированности представленных диагностических групп: подростки с ДСТ, бронхиальной астмой и условно здоровые. Оценка адаптированности проводилась по двум методикам: МЛЮ «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина и опросник социальной приспособленности Х. Белла. Применение данных опросников позволяет нам рассмотреть максимальное количество показателей. Сравнимые группы: подростки с диагнозом ДСТ – подростки без выявленных соматических заболеваний; подростки с диагнозом ДСТ – подростки с диагнозом «бронхиальная астма». Результаты статистических расчетов представлены в табл. 1, 2, 3.

По показателю ЛАП выявлены достоверные различия в группах ДСТ и БА на уровне значимости 0,001, в группах ДСТ и НОРМА на уровне значимости 0,012, в группах БА и НОРМА на уровне значимости 0,05 (табл. 1, 3). Средние показатели ЛАП в группе подростков с ДСТ ниже, чем в группе НОРМА и у больных с БА.

Таблица 1.

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

	<b>ДСТ</b>	<b>НОРМА</b>	<b>U-критерий</b>	<b>p-уровень</b>
<b>Д</b>	2067,0	2686,000	986,0	0,171
<b>НПУ</b>	<b>2615,0</b>	<b>2138,000</b>	<b>812,0</b>	<b>0,009</b>
<b>КС</b>	<b>2612,0</b>	<b>2141,000</b>	<b>815,0</b>	<b>0,009</b>
<b>МН</b>	2289,0	2464,000	1138,0	0,799
<b>ЛАП</b>	<b>2600,0</b>	<b>2153,000</b>	<b>827,0</b>	<b>0,012</b>

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

Полученные результаты свидетельствуют об объективном снижении уровня адаптированности подростков с ДСТ не только по сравнению с подростками без хронических соматических заболеваний, но и по сравнению с подростками, имеющими такое заболевание, как бронхиальная астма.

Можно предположить, что это связано с системной спецификой дисплазии, когда болезнь затрагивает все органы и наблюдается их дефицитарность. Кроме того, при дисплазии изначально страдает нервная система.

Таблица 2.

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

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

См. **Примечание** к табл. 1.

Способы реагирования на социальную среду подростка с заболеванием отличаются от способов реагирования здорового подростка, подростки с ДСТ более уязвимы в психологическом смысле. Специфика дисплазии в том, что больной ощущает не только свою «неполноценность» от самого наличия заболевания, но и от ощущения своей непохожести на других.

Таблица 3.

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

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

См. **Примечание** к табл. 1.

В группе подростков с ДСТ выявлен высокий разброс показателей ЛАП: достаточная часть подростков отличается высокими показателями ЛАП, примерно такая же по количеству часть имеет низкие показатели (рис. 1). Этот факт представляется нам важным для дальнейшего анализа способов адаптации подростков с ДСТ, поскольку, очевидно, среди подростков с ДСТ есть как и адаптированные, так и неадаптированные.

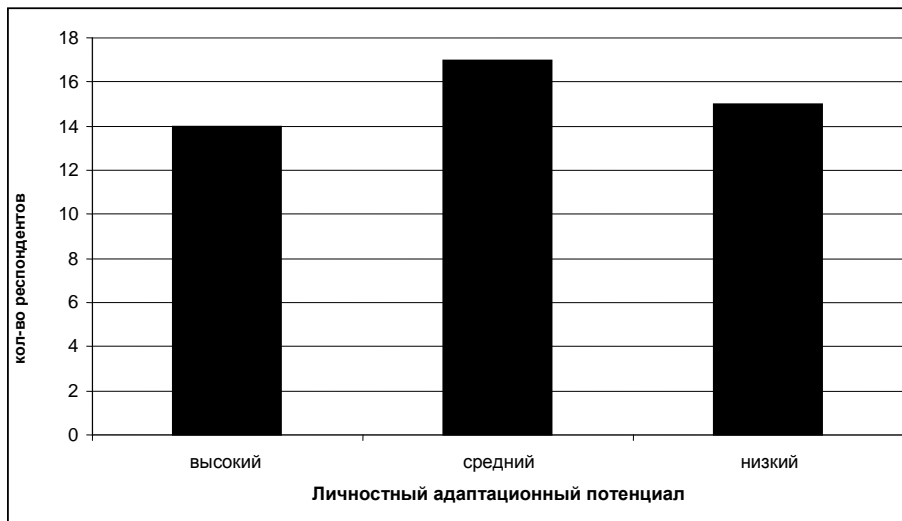


Рис. 1. Количество участников исследования с диагнозом ДСТ, имеющих различные показатели ЛАП (общий объем выборки 46 чел.)

Данный вывод опровергает утверждения определенной части авторов о том, что основная часть подростков с ДСТ по сравнению со здоровыми подростками не адаптирована. Поскольку ЛАП является интегральным показателем адаптированности, по этому признаку мы сможем разделить подростков с ДСТ на две группы для дальнейшего исследования. Судя по графикам, вклад в такой высокий разброс ЛАП вносит показатель НПУ. Другие показатели не имеют большого разброса в данной группе испытуемых. Важным фактом является и то, что в группах БА и НОРМА такого существенного разброса по показателям ЛАП и другим не наблюдается. Можно предположить, что здесь проявляется фактор наследственности, когда при рождении закладывается более устойчивая нервная система, а также фактор воздействия, возможно, более благоприятной социальной среды.

В параграфе 3.2. «Социально-психологические факторы, определяющие адаптированность подростков с дисплазией соединительной ткани» исследуются группы подростков с ДСТ, с бронхиальной астмой и здоровых подростков с высоким уровнем адаптированности с целью выявления различий в особенностях их способов адаптации. Для анализа выделены следующие факторы адаптированности: личностные характеристики, самоотношение, копинг-стратегии и психологические защиты. Оценка данных факторов проводилась по следующим методикам: 16-факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой, опросник Плутчика – Келлермана – Конте, тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Панталева. Применение данных опросников позволяет нам рассмотреть максимальное количество показателей. В параграфе исследованы факторы, определяющие высокий уровень адаптированности в группах подростков, а также факторы, являющиеся следствием высокого уровня адаптированности.

В группе подростков с ДСТ с высоким уровнем адаптированности определены факторы-фасилитаторы (усиливающие адаптированность),



факторы-ингибиторы (подавляющие адаптированность) и факторы, влияющие на адаптированность по закону оптимума.

В параграфе 3.2.1. Сравнительный анализ социально-психологических факторов, коррелирующих с высоким уровнем адаптированности здоровых подростков и подростков с ДСТ» исследуются различия в показателях социально-психологических факторов в профиле адаптированности в указанных группах подростков.

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

По показателям, выражающим копинг-стратегии КК (конфронтация), Д (дистанцирование), ПО (принятие ответственности) и уровни психологических защит О (отрицание) и Г (гиперкомпенсация), группы НОРМА-ВА и ДСТ-ВА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,03 – 0,06. Все эти копинг-стратегии относятся к эмоционально-ориентированным, т.е. направленным на регуляцию переживаемых эмоций, преодоление эмоционального возбуждения, вызванного стрессором. Возможно, подростки с ДСТ совершают специальную интеллектуальную работу по управлению своими эмоциями с целью повышения адаптированности.

Следующий блок анализируемых переменных – самоотношение. Разницы в интегральном показателе между подростками группы НОРМА-ВА и ДСТ-ВА нет. Однако наблюдаются различия по четырем частным составляющим: в группах ДСТ-ВА и НОРМА-ВА существуют достоверные различия в выраженности показателей «самоуважение» и «самоуверенность» на уровне 0,02, «самопринятие» на уровне 0,03, «самопонимание» на уровне 0,0001. Все данные показатели в группе ДСТ-ВА ниже, чем в группе НОРМА-ВА.

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

Рассмотрим отдельно каждую переменную, отличающуюся по уровню выраженности у подростков с ДСТ и подростков с бронхиальной астмой. Существуют значимые различия по следующим показателям: общий уровень интеллекта (В), сила «супер-эго» (G), степень радикализма (Q<sub>1</sub>), уровень контроля (Q<sub>4</sub>). При сравнительном анализе аналогичных данных в группах ДСТ-ВА и НОРМА-ВА различий обнаружено не было. Это позволяет нам предположить, что личностный профиль высокоадаптированных здоровых подростков обнаруживает большее сходство с профилем высокоадаптированных подростков с ДСТ, чем с профилем подростков с бронхиальной астмой, т.е. способ адаптации подростков с ДСТ более схож со способом адаптации здоровых подростков, чем подростков с бронхиальной астмой.

По показателю, выражающему копинг-стратегию дистанцирование (Д), группы ДСТ-ВА и АСТМА-ВА имеют достоверные различия на уровне

значимости 0,001. В группе ДСТ-ВА уровень развития дистанцирования (Д) значимо ниже, чем в группе АСТМА-ВА. В группе АСТМА-ВА самый высокий уровень показателя этой копинг-стратегии по сравнению со здоровыми подростками и подростками с ДСТ. Дистанцирование (Д) означает сознательное совершение когнитивных усилий для снижения эмоциональной значимости ситуации. Подростки с бронхиальной астмой чаще отстраняются от эмоционально значимых для них ситуаций, что можно объяснить, на наш взгляд, высокой эмоционально-негативной нагрузкой, которую они несут в связи с заболеванием.

Для анализа причинно-следственных связей между ЛАП и личностными чертами мы использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Необходимо выяснить, какие факторы в группах могут выступать предикторами уровня адаптированности, и, в свою очередь, какие качества личности изменяются в результате того или иного уровня адаптированности.

В группах здоровых подростков и подростков с ДСТ есть общие и различные для этих групп личностные факторы, которые в определенной степени определяют уровень адаптированности. Рассмотрим те переменные, уровень которых, на основании статистических данных, определяет формирование личностного адаптационного потенциала. Для подростков с ДСТ такими переменными являются: общительность, способность к установлению контактов (А), эмоциональная устойчивость (С), психологическая устойчивость в трудных жизненных ситуациях (О), степень внутренней независимости личности от влияния общественных норм ( $Q_1$ ), уровень контроля ( $Q_4$ ), а также копинг-стратегии: принятие ответственности (ПО), бегство-избегание (БИ) и психологическая защита отрицание (О).

В то же время формирование высокого уровня адаптированности у здоровых подростков опирается на такие личностные качества, как эмоциональная устойчивость (С), степень активности в социальных контактах (Н), психологическая устойчивость в трудных жизненных ситуациях (О), уровень контроля ( $Q_4$ ), а также копинг-стратегия бегство-избегание (БИ). Общими для обеих групп являются четыре фактора: С, О,  $Q_4$  и БИ. Для достижения высокого уровня адаптированности подросткам с ДСТ необходимо наличие большего числа сильных личностных качеств, нежели здоровым подросткам, что является гиперкомпенсацией заболевания. Такие подростки должны обладать повышенными способностями к установлению контактов, иметь внутреннюю независимость от влияния общественных норм (что является генетически обусловленным фактором), высокий уровень ответственности и выраженный уровень психологической защиты отрицание. Здоровые подростки должны быть не просто общительны, но и проявлять инициативу в контактах.

Высокий уровень адаптированности у подростков с ДСТ является причиной формирования таких личностных качеств, как степень экспрессивности (F), психологическая устойчивость в трудных жизненных ситуациях (О), внутренний контроль, выраженность волевых характеристик ( $Q_3$ ), аутосимпатия (опросник самооотношения).

Высокий уровень адаптированности в группе НОРМА-ВА является причиной развития таких личностных качеств, как эмоциональная устойчивость (С), внутренний контроль, выраженность волевых характеристик (Q<sub>3</sub>), копинг-стратегий принятие ответственности (ПО), положительная переоценка (ПП). Общим личностным качеством для обеих групп является внутренний контроль и выраженность волевых характеристик (Q<sub>3</sub>).

Среди подростков с ДСТ психологическая устойчивость в трудных жизненных ситуациях (О) является и причиной и следствием высокой адаптированности. Если болезнь как трудная жизненная ситуация воспринимается в качестве повода для развития, то возрастает вероятность формирования высокого уровня адаптированности у больных, а при высоком уровне адаптированности болезнь становится поводом для развития.

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

Копинг-стратегия принятие ответственности (ПО) в группе ДСТ-ВА является причиной формирования высокой адаптированности, а в группе НОРМА-ВА это ее следствие. Как мы выяснили ранее, ответственность в группе с ДСТ – «переразвитое» качество, это гиперответственность. Есть вероятность, что повышенная ответственность может усиливать критичность к себе, что может стимулировать определенный личностный рост и повышение адаптированности. У здоровых подростков высокий уровень адаптированности способствует повышению ответственности.

В группе НОРМА-ВА эмоциональная устойчивость (С) является и причиной, и следствием высокой адаптированности. Эмоциональная устойчивость способствует росту адаптированности, в то же время при повышении адаптированности происходит ее дальнейшее развитие.

В параграфе 3.2.2. «Сравнительный анализ социально-психологических факторов, отличающих подростков с высоким и низким уровнем адаптированности» рассмотрены факторы, влияющие на уровень социально-психологической адаптированности представленных диагностических групп (ДСТ-ВА, ДСТ-НА). Оценка данных факторов проводилась по следующим методикам: 16-факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса – Т. Крюковой, опросник Плутчика – Келлермана – Конте, тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Панталева.

Высокой адаптированности подростков с ДСТ способствуют следующие качества: эмоциональная устойчивость, уверенность, постоянство в чувствах, отсутствие страха сложных ситуаций; ответственность, самостоятельность, практичность, нечувствительность к своему физическому состоянию; невысокий уровень доверия к окружающим, направленность «на себя», независимость; реалистичность, интерес к практическим вопросам, отсутствие спонтанности, ориентация на внешнюю реальность и социальные нормы,

внимание к мелочам, спокойствие, стремление к целесообразности, нечувствительность к мнению о себе. Такие качества, как конформность, зависимость от чужого мнения, ориентация на социальное одобрение, ориентация на чужие решения способствуют более высокой адаптации в подростковом возрасте в отличие от отстаивания собственного мнения, независимости, стремления к самостоятельным действиям. Более высокой адаптированности способствуют расслабленность, стремление к релаксации, удовлетворенности, пусть и не совсем оправданной.

Низкий уровень показателя копинг-стратегии бегство-избегание (БИ) и высокий уровень показателя гиперкомпенсации (ГИ) обеспечивают более высокий ЛАП.

По факторам 1 – самоуверенность и 7 – самопонимание в системе самоотношения группы ДСТ-ВА и ДСТ-НА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,05. Повышенный уровень самоуверенности у подростков с ДСТ способствует снижению адаптированности подростков с ДСТ так же, как повышенный уровень самопонимания.

В группе ДСТ-ВА с целью выявления факторов, влияющих на уровень адаптированности, нами был проведен однофакторный дисперсионный анализ. Результаты анализа факторов-фасилитаторов (усиливающих адаптированность), факторов-ингибиторов (подавляющих адаптированность) и факторов, влияющих на адаптированность по закону оптимума в группе подростков ДСТ-ВА позволяют определить психологические компенсаторные механизмы заболевания.

В группе ДСТ-ВА выделены социально-психологические качества, уровень показателей которых имеет выраженное влияние на адаптированность. Из них один фактор (социальная смелость Н) – фасилитатор, три (уровень развития воображения М, дипломатичность N, интегральный показатель самоотношения S) – ингибиторы, два фактора (дистанцирование Д, компенсация К) влияют на адаптированность по закону оптимума.

Наличие и уровень развития воображения (М) и дипломатичности (N) зависит от наследственности, но, тем не менее, социальная среда может оказывать на них существенное влияние. На формирование социальной смелости (Н), дистанцирования (Д), компенсации (К) и показателя самоотношения (S) социальная среда имеет определяющее влияние, прежде всего, это влияние стиля семейного воспитания.

Для формирования высокого уровня адаптированности подростку необходимы определенные качества, а именно, высокий уровень показателей открытости (А), эмоциональной устойчивости (С), копинг-стратегий: принятие ответственности (ПО), бегство-избегание (БИ), психологической защиты отрицание (О); средний уровень показателей степени радикализма (Q<sub>1</sub>) и уровня контроля (Q<sub>4</sub>).

Кроме того, для компенсации ограничений, связанных с заболеванием, и достижения высокого уровня адаптированности подростку необходимы социальная смелость (Н), компетентность в бытовых ситуациях, направленность внимания на мелочи (М), дипломатичность (N), умение

компенсировать негативные эмоции (К) и дистанцироваться от негативной информации (Д).

Является очевидным, что больным подросткам нужны большие усилия для достижения большей адаптированности, а, именно, это означает больший спектр личностных качеств, которыми должен располагать подросток с ДСТ. Стиль семейного воспитания, который больше всего отвечает формированию и поддержанию вышеуказанных личностных характеристик, ближе всего к демократическому.

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

Часть подростков с ДСТ с высоким уровнем адаптированности достигает его за счет формирования гиперкомпенсации. С одной стороны, гиперкомпенсация обусловлена личностными характеристиками, с другой, отношением среды. В настоящее время в медицине сложилась ситуация, что диагноз дисплазии ставится, когда человек достигает довольно взрослого возраста, кроме того, часть диспластиков вообще его не имеет. В такой ситуации на формирование уровня адаптированности факт незнания о болезни самим больным и его окружением при предъявлении средой высоких требований к нему может оказывать существенное влияние. В этом случае больной может игнорировать недомогания и преодолевать трудности, что и является механизмом гиперкомпенсации.

Формирование позитивного отношения к себе, эмоциональной устойчивости, самопринятия и других характеристик, которые, в свою очередь, влияют на формирование высокого уровня адаптированности, зависит от стигм внешних проявлений дисплазии, выраженности косметических дефектов. Эта зависимость очень ярко проявляется в подростковом возрасте, когда внешности придается больше значение. Количество стигм внешних проявлений напрямую связано со степенью дисплазии. При анализе эмпирических данных выявлено, что среди высокоадаптированных подростков с ДСТ около 60% подростков имеют первую степень ДСТ, 40% подростков имеют вторую степень, а подростки с третьей степенью полностью отсутствуют. При этом в группе низкоадаптированных подростков 20% имеют первую степень ДСТ, 35% – вторую, а 45% – третью степень. Таким образом, тот или иной уровень адаптированности формируется в том числе и через механизм социального неприятия ребенка с внешними дефектами и развитием вследствие этого у него тревожности и невротических реакций.

В параграфе 3.3. «Структурные особенности психики подростков с ДСТ, дифференцированных по уровню адаптированности» выделены те психические структуры, которые носят базовый характер, и за счет которых в системе может

осуществляться компенсация ограничений. Структурный уровень анализа предполагает построение структурограмм отдельных подсистем психики. В нашем случае такими отдельными подсистемами выступают личностные качества и блок стратегий совладания (психологические защиты, копинг-стратегии).

В параграфе 3.3.1. «Структура личностных качеств здоровых подростков и подростков с ДСТ» анализируется степень организованности структур личностных качеств. Мерой структуры является индекс организованности структуры (ИОС). Подростки с ДСТ имеют высокоорганизованную структуру личностных качеств, связей между ее элементами больше, чем в структуре личностных качеств здоровых подростков (рис. 2, 3).

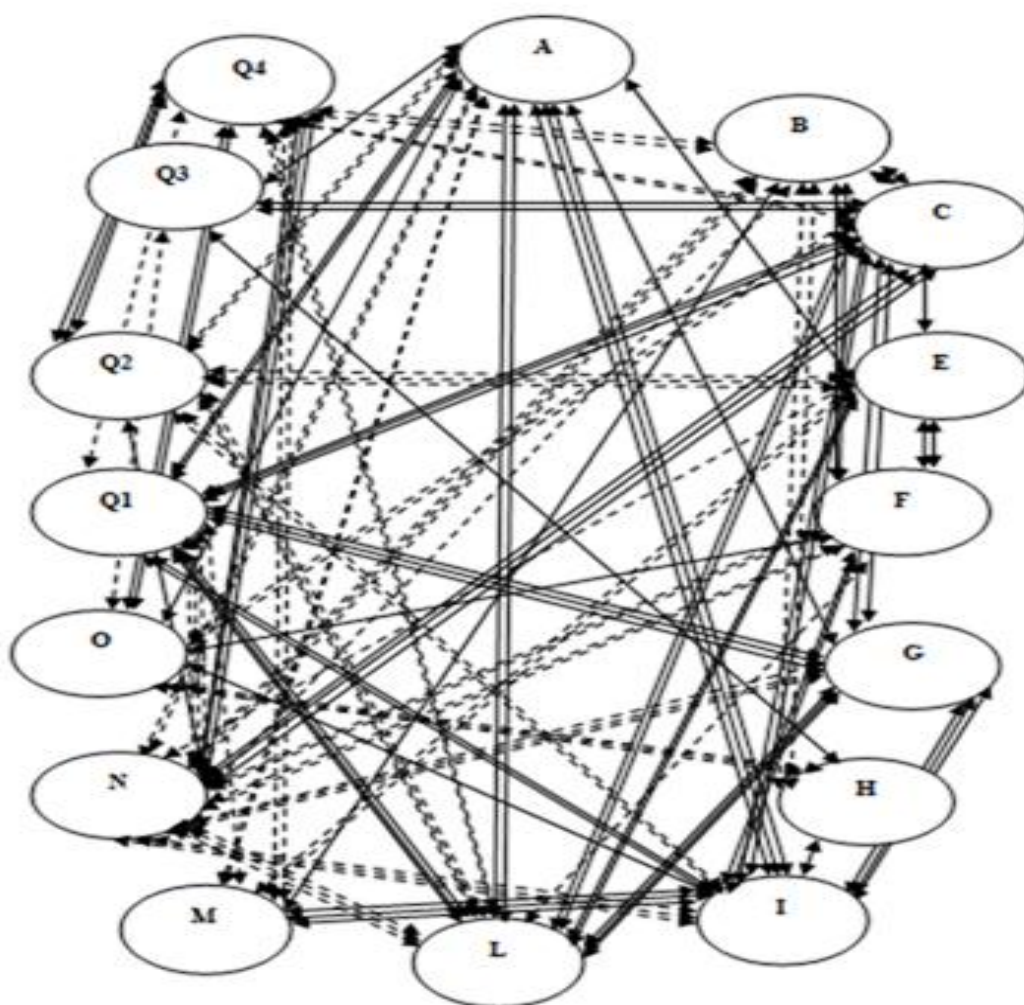


Рис. 2. Структурограмма личностных качеств в группе ДСТ-ВА

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

При анализе данных заметны определенные тенденции: индексы организованности выше у подростков с ДСТ. Данный факт говорит, с одной стороны, о необходимости больших компенсаторных возможностей для организации жизнедеятельности подростков с ДСТ, а с другой – о большей ригидности симптомокомплекса личностных качеств. В базовых выборках (ДСТ, НОРМА) отсутствуют существенные различия, но при введении в дифференциацию выборок социально-психологической переменной (личностный адаптационный потенциал), фиксируются значительные различия – ИОС у адаптированных подростков с ДСТ почти в три раза больше, чем аналогичный показатель у адаптированных здоровых подростков. Возможно следующее объяснение такого феномена: для подростка без соматического заболевания процесс адаптации и достижение определенного уровня адаптированности происходит более естественно, спонтанно, чем у подростка с ДСТ, который при наличии рефлексивных механизмов регуляции поведения осознанно двигается к достижению высокого уровня адаптированности.

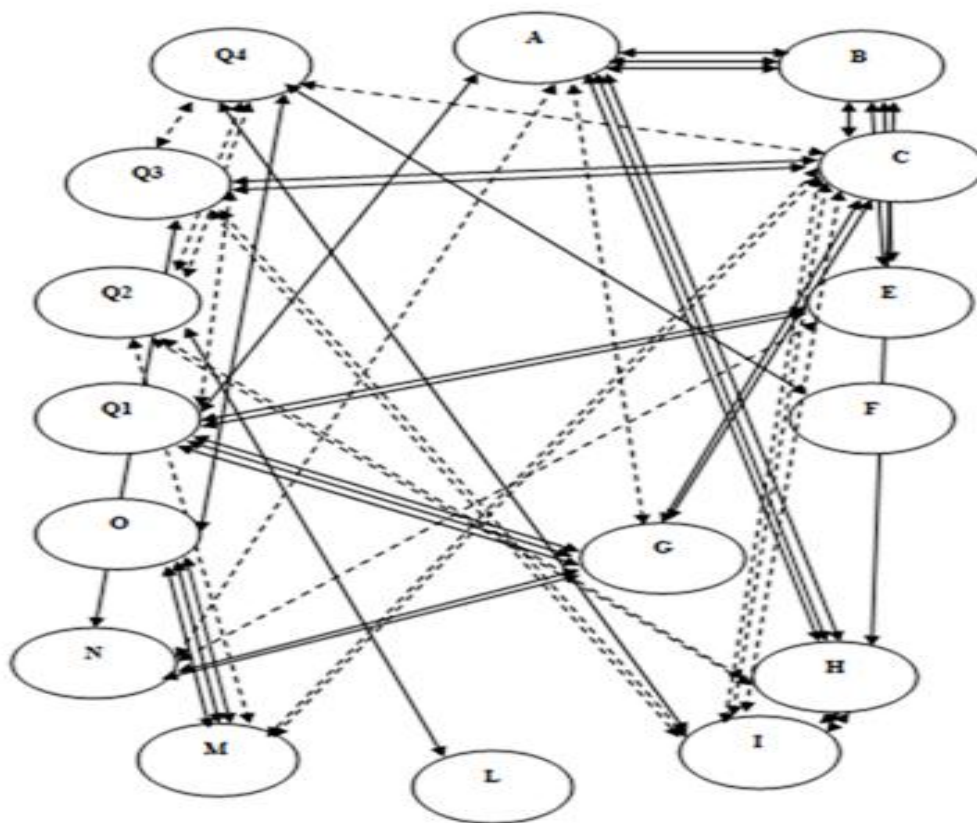


Рис. 3. Структурограмма личностных качеств в группе НОРМА-ВА

См. **Примечание** к рис. 2.

Для группы ДСТ-ВА базовыми являются качества: дипломатичность (N), степень подозрительности (L), степень чувствительности (I). Абсолютные величины факторов относятся к среднепопуляционным.

Для группы ДСТ-НА базовыми качествами являются степень открытости (А), зависимость от группы (Q<sub>2</sub>). Количественные показатели степени открытости (А) имеет среднее значение, а зависимости от группы (Q<sub>2</sub>) – на границе нормы, т.е. для подростков с низкой адаптированностью характерна зависимость от группы, ориентация на мнение большинства.

Для группы АСТМА-ВА базовыми являются следующие качества: степень эмоциональной открытости (А), сила «супер-ЭГО» (G), степень радикализма (Q<sub>1</sub>), уровень контроля (Q<sub>4</sub>).

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

В параграфе 3.3.2. «Сравнение структуры психологических защит и копинг-стратегий здоровых подростков и подростков с ДСТ» представлено исследование структуры психологических защит и копинг-стратегий в различных группах и подгруппах.

В группе ДСТ-ВА отмечается высокоорганизованная структура стратегий совладания, что свидетельствует об активном использовании копинг-стратегий и психологических защит в сложных жизненных ситуациях (Л.Ю. Субботина, 2008). Учитывая достаточное количество различий между переменными этого блока при сравнении высокоадаптированных выборок, отметим, что подростки с ДСТ действительно чаще используют эти механизмы, чем их здоровые сверстники.

Рассмотрим специфику базовых совладающих стратегий в группах, дифференцированных по уровню адаптированности. Для группы ДСТ-ВА базовыми показателями являются копинг-стратегии конфронтационный копинг (КК), поиск социальной поддержки (ПСП), самоконтроль (С). Абсолютные величины факторов конфронтационный копинг (КК) и самоконтроль (С) относятся к среднепопуляционным. Величина показателя копинг-стратегии поиск социальной поддержки (ПСП) выше среднепопуляционной. Для группы ДСТ-НА базовыми показателями являются планирование решения проблемы (ПРП), регрессия (РГ). Показатель планирование решения проблемы (ПРП) – на верхней границе нормы, показатель регрессии (РГ) – выше среднепопуляционного. Для группы АСТМА-ВА базовым качеством является копинг-стратегия дистанцирование (Д).

Для группы НОРМА-ВА в структуре копинг-стратегий и психологических защит базовыми выступают копинг-стратегия бегство-избегание (БИ), психологические защиты замещение (З), рационализация (Р). Абсолютный показатель замещения (З) на нижней границе нормы, а рационализация (Р) на верхней границе нормы. Бегство-избегание (БИ) используется такими подростками ситуативно, тогда, когда действительно является оправданным.

Содержание и значения показателей базовых стратегий совладания и психологических защит для указанных групп, а также их структуры, таким образом, различны. Отметим полярный характер структур психологических



защит в группах ДСТ-ВА и НОРМА-ВА, что свидетельствует о противоположной роли каждой стратегии совладания в механизме социально-психологической адаптации.

Обобщая вышесказанное, представляется возможным выделить стратегии адаптации в группах подростков с ДСТ, бронхиальной астмой и здоровых подростков с различным уровнем адаптированности. Данные представлены в табл. 4.

Таблица 4.

## Стратегии адаптации в исследованных группах подростков

Группа	Базовые качества	Стратегии адаптации
ДСТ-ВА	Степень чувственности (I), степень доверчивости (L), степень утонченности (N) – средние показатели; конфронтационный копинг (КК), поиск социальной поддержки (ПСП), самоконтроль (С) – высокие показатели	Активное изменение среды.
ДСТ-НА	Степень открытости (А) – средний показатель; степень зависимости от группы (Q <sub>2</sub> ), планирование решения проблемы (ПРП), регрессия (РГ) – высокие показатели	Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир; пассивное подчинение условиям среды.
НОРМА-ВА	Степень открытости (А), эмоциональная устойчивость (С), сознательность (G), рационализация (Р) – высокие показатели; бегство-избегание (БИ), психологические защиты замещение (З) – средние показатели.	Активное преобразование себя. Уход из среды и поиск новой.
АСТМА-ВА	Степень открытости (А), сила «супер-ЭГО» (G), степень радикализма (Q <sub>1</sub> ) – высокие показатели; уровень контроля (Q <sub>4</sub> ), дистанцирование (Д) – средние показатели.	Пассивная репрезентация себя. Пассивное выжидание внешних изменений.

В **Заключении** обобщены результаты проведенного теоретического и эмпирического исследования, сформулированы основные выводы, даны практические рекомендации, намечены перспективы дальнейших исследований. Проведенное диссертационное исследование позволило решить научную задачу, заключающуюся в выявлении и изучении показателей адаптированности и стратегий адаптации подростков с ДСТ.

Результаты диссертационного исследования позволили сформулировать следующие основные **выводы**, отраженные в заключении:

1. Подростки с генетически детерминированным заболеванием дисплазия соединительной ткани имеют особенности в процессе социально-психологической адаптации, связанные с их психологическим и физиологическим состоянием. Подростки с диагнозом ДСТ отличаются более

низким показателем адаптационного потенциала, обусловленным их низкой нервно-психической устойчивостью, недостаточной сформированностью коммуникативных навыков, низкой психологической сопротивляемостью болезням.

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

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

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

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

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

Основное содержание диссертационной работы и результаты исследования отражены в следующих публикациях автора.

**Работы, опубликованные в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК:**

1. Федотова, С.А. Психологические особенности больных с дисплазией соединительной ткани / С.А. Федотова // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. – 2012. – № 2 (20) – С. 160-162.

2. Федотова, С.А. Особенности социально-психологической адаптированности подростков с дисплазией соединительной ткани / С.А. Федотова // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. – 2013. – № 4 (26) – С. 141-143.

3. Федотова, С.А. Структурные особенности психики подростков с ДСТ с различными уровнями социально-психологической адаптированности / С.А. Федотова // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. – 2014. – № 3 (29). – С. 98-102.

**Работы, опубликованные в других изданиях:**

4. Федотова, С.А. Дисплазия соединительной ткани как феномен континуума между нормальным и аномальным развитием человека / С.А. Федотова // Психика и тело: научно-практические аспекты взаимодействия психического, физического, физиологического у человека в норме, при донозологических состояниях и патологии: материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию Тюменского государственного университета; Тюмень, 16-17 апреля 2010 г. – Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2010. – С. 50-56.

5. Федотова, С.А. Психологические особенности больных с дисплазией соединительной ткани / С.А. Федотова // Психология XXI века: материалы VI международной научно-практической конференции молодых ученых Санкт-Петербург, Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2-3 декабря 2010 г. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2010. – С. 272-277.

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

7. Федотова, С.А. Влияние дисплазии соединительной ткани на психическое здоровье больных / С.А. Федотова // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы третьей международной конференции Тамбовского государственного университета им. Державина; Тамбов, 8 июня 2011 г. – Тамбов: Изд-во ТамГУ, 2011. – С. 214-218.

8. Федотова, С.А. Особенности социально-психологической адаптированности подростков с дисплазией соединительной ткани / С.А. Федотова // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы третьей международной конференции Тамбовского государственного университета им. Державина; Тамбов, 5 июня 2013 г. – Тамбов: Изд-во ТамГУ, 2013. – С. 103-107.