

4. Большой толковый психологический словарь: В 2 т. / Ребер Артур.: Пер. с англ. – М.: Вече: Аст, 2000.
5. Буякас Т. М. Проблема и психотехника самоопределения личности // Вопр. психологии. – 2002. – № 2. – С. 28–39.
6. Гинзбург М. Р. Психологическое содержание личностного самоопределения // Вопр. психол. – 1994. – № 3. – С. 43–52.
7. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения. – Ростов-н/Д: Феникс, 1996. – 512 с.
8. Кун М., Макпартленд Т. Эмпирическое исследование установок личности на себя // Современная зарубежная социальная психология: Тексты. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 180–187.
9. Новейший философский словарь. 3-е изд., исправл. – М.: Книжный Дом, 2003. – 1280 с.
10. Пряхников Н. С. Профессиональное и личностное самоопределение. – М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. – 256 с.
11. Пряхников Н. С., Пряхникова Е. Ю. Психология труда и человеческого достоинства: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2001. – 477 с.
12. Психические состояния: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер, 2000. – 512.
13. Психологическое сопровождение выбора профессии / Под ред. Л. М. Митиной. – М.: Флинта, 1998. – 184 с.

УДК 159.9
ББК 88.835.2

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ

**И. В. Уткин,
В. В. Линьков,
М. Н. Уткина**

Ключевые слова: минимальная мозговая дисфункция; экспериментальная психо-семантика; эмоциональная сфера.

Резюме: К особенностям течения синдрома минимальной мозговой дисфункции (ММД) в старшем школьном возрасте относится регресс «ажурной» неврологической симптоматики и, вместе с тем, прогрессирование психических расстройств, в основном касающихся эмоционально-волевой сферы. В данной статье представлены результаты

экспериментально-психосемантического исследования эмоциональной сферы подростков старшего школьного возраста, имеющих в анамнезе диагноз ММД.

Синдром минимальной мозговой дисфункции (ММД) у детей школьного возраста является междисциплинарной медико-социально-педагогической проблемой. Под термином ММД, как правило, понимают легкие расстройства поведения и трудности в обучении без выраженных интеллектуальных нарушений. Эти нарушения возникают в силу недостаточности функций центральной нервной системы, чаще всего резидуально-органической природы вследствие неоптимального протекания беременности и родов [1]. Наиболее распространенной формой ММД является так называемый синдром дефицита внимания с повышенной двигательной активностью. В структуре общей патологии школьников ММД занимает одну из главенствующих позиций. По данным разных авторов, распространенность этого синдрома варьирует от 2,2 до 40% [2; 10]. Для ММД характерным является наличие в первые годы жизни так называемых «малых неврологических признаков», которые обычно сочетаются с проявлениями психического дизонтогенеза как в интеллектуальной, так и в эмоционально-волевой сфере, что влечет за собой задержку развития психики. Детям с ММД свойственна психоэмоциональная лабильность, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Нередко у них наблюдаются разного рода фобии, вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение.

Между тем педагогический аспект рассматриваемой проблемы представляется не менее актуальным, чем медицинский: дети имеют нормальный или даже высокий уровень интеллекта, а учатся плохо и часто демонстрируют нарушения поведения [13].

Традиционно внимание врачей, педагогов и психологов концентрировалось на больных ММД младшего и среднего школьного возраста, поскольку неврологический дефицит наиболее рельефно проявляется именно в эти периоды, регрессируя к 12–15 годам. Порядка 50% школьников вступают в подростковый период, а в последующем и во взрослую жизнь, без отклонений от нормы. Вместе с тем у значительной части детей признаки поражения центральной нервной системы различной степени тяжести сохраняются. Парадоксальная, на первый взгляд, особенность ММД состоит в том, что по мере исчезновения «ажурной» неврологической симптоматики на передний план нередко выходят яркие психические расстройства, касающиеся прежде всего эмоционально-волевой сферы [10]. Отклонения психического плана обостряются в препубертатный и пубертатный период и проявляются широким спектром поведенческих девиаций: нарастает агрессивность, усугубляются трудности в межличностных отношениях в семье и школе, появляется тяга к употреблению алкоголя и наркотиков. В дальнейшем уже во взрослой жизни среди таких людей отмечается более высокая частота несчастных случаев, травматизма, разводов, перемены мест работы, различных форм антисоциального

поведения и психических заболеваний. Однако отдаленные проявления ММД, в частности в старшем подростковом возрасте, изучены недостаточно. Поскольку эмоции являются субъективной формой выражения потребностей и предшествуют деятельности по их удовлетворению, они во многом определяют стратегию поведения [6, с. 407–408].

В подавляющем большинстве исследований эмоциональной сферы при ММД и других психоневрологических заболеваниях используются так называемые психометрические методы, которые, несмотря на ряд достоинств, имеют и серьезные ограничения [12].

Целью настоящего исследования явилась попытка изучения структуры фундаментальных эмоций и эмоциональных направленностей у школьников старшего подросткового возраста с синдромом ММД на основе экспериментально-психосемантического подхода.

Как известно, метод экспериментальной психосемантики базируется на теории личностных конструкторов Келли и ориентирован на реконструкцию индивидуальной системы субъективных значений различных объектов для человека путем построения субъективных семантических пространств (ССП). СПП являются операциональными моделями объективной картины мира, отраженной в сознании [3–5; 12]. Реконструкция СПП реализуется путем обработки репертуарной решетки Келли методами многомерной статистики. В классическом варианте репертуарные решетки составляются строго индивидуально, на основании тех базовых конструкторов и элементов, которые вырабатывает респондент совместно с психологом. Однако такая жестко детерминированная индивидуальность делает результаты исследований трудносопоставимыми [7; 9]. В нашей работе, стремясь не нарушить принцип сопоставимости результатов, мы воспользовались особой разновидностью репертуарных решеток – ситуационно-операциональными матрицами, предложенными в качестве психосемантической методики А. А. Потапкиным (2004). Применительно к задачам данного исследования была разработана специальная ситуационно-операциональная решетка (табл. 1). Суть этого метода состоит в том, что в качестве элементов (столбцов матрицы) взяты некие психологические ситуации, а в роли конструкторов (строк) использованы различные варианты эмоционального реагирования, базирующиеся на 11 видах фундаментальных человеческих эмоций. Гипотетические ситуации, взятые в качестве элементов данной матрицы, содержат в «зашифрованном» виде 10 вариантов основных эмоциональных направленностей, обеспечивающих удовлетворение альтруистических, коммуникативных, глорических (слава, почет), практических, пугнических (преодоление страха), романтических, гностических (стремление к знаниям), эстетических, гедонистических и аккитивных (накопительство) потребностей [11].

Высказывания, содержащиеся в столбцах таблицы, следует считать первой частью некоего утвердительного предложения, а вторая часть этого предложения находится в строках. Например: «Вы победитель в городской олимпиаде ... это вызывает у Вас радость». Задача состоит в том, чтобы выразить,

насколько то или иное высказывание соответствует характеру респондента, используя следующую пятиточковую порядковую шкалу, где «+2» означает «да, несомненно»; «+1» – «скорее так, возможно»; «0» – «затрудняюсь ответить, не знаю»; «-1» – «скорее нет»; «-2» – «несомненно, нет».

Таблица 1

Ситуационно-операционная матрица для исследования эмоциональной сферы

| Ситуации | Вы утешаете плачущего ребенка | К Вам нагрянули в гости одноклассники | Вы – победитель городской олимпиады | Вы посещаете шахматную секцию | Вам предстоит прыгнуть с парашютом | Вы обследуете подвалы старинного замка | Вы интенсивно изучаете английскую грамматику | Вы слушаете любимую музыку | Вы бездельничаете, нежась на пляже | Вы завели себе копилку для денег |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|--|----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Вызывают у меня... | | | | | | | | | | |
| интерес | | | | | | | | | | |
| волнение | | | | | | | | | | |
| радость | | | | | | | | | | |
| удивление | | | | | | | | | | |
| страдание | | | | | | | | | | |
| гнев | | | | | | | | | | |
| отвращение | | | | | | | | | | |
| презрение | | | | | | | | | | |
| страх | | | | | | | | | | |
| стыд | | | | | | | | | | |
| чувство вины | | | | | | | | | | |

Заполненная ситуационно-операционная решетка подвергалась факторному анализу с использованием программы STATISTICA 6.0.

Исследование эмоциональной сферы проводилось в клинической группе, состоявшей из 29 больных ММД, отобранных методом случайной выборки из числа учащихся выпускных классов образовательных школ (18 юношей и 11 девушек, средний возраст – 16,7±0,2 года). У всех респондентов клинической группы в анамнезе фигурировал синдром дефицита внимания с повышенной двигательной активностью. Контрольная группа, практически идентичная выборке школьников с синдромом ММД по возрастному и половому составу, была представлена 26 здоровыми подростками (14 юношей и 12 девушек, средний возраст 16,3±0,4 года).

Факторизация ситуационно-операционных матриц в сравниваемых выборках отчетливо продемонстрировала распределение всего спектра фунда-

ментальных эмоций на два фактора, тем самым предполагая построение субъ-ективных семантических пространств малой размерности. При этом первый, наиболее значимый фактор был представлен эмоциями отрицательного плана, а второй – положительными. В содержание первого, наиболее значимого фактора как в контрольной группе, так и у лиц с синдромом ММД, в качестве линейных нагрузок вошли такие эмоции, как страдание, гнев, отвращение, презрение, стыд и чувство вины (табл. 2). Для абсолютного большинства респондентов был характерен феномен синкретичности как отрицательных эмоций между собой, так и положительных. Синкретичность может быть обусловлена, с одной стороны, слабой дифференцированностью эмоциональных реакций, а с другой – наличием тесной семантической связи между изучаемыми категориями. Вместе с тем категория «страх» далеко не всегда подчинялась этой закономерности, подтверждая феномен синкретичности лишь примерно у половины обследованных (46,2% в контрольной группе и 55,2% при ММД).

Таблица 2

Синкретичность доминирующих отрицательных эмоций

| Эмоции | Контрольная группа (n=26) | | ММД (n=29) | |
|--------------|---------------------------|------|------------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| страдание | 24 | 92,3 | 25 | 86,2 |
| гнев | 24 | 92,3 | 29 | 100 |
| отвращение | 24 | 92,3 | 28 | 96,6 |
| презрение | 24 | 92,3 | 29 | 100 |
| страх | 12 | 46,2 | 16 | 55,2 |
| стыд | 25 | 96,2 | 28 | 96,6 |
| чувство вины | 24 | 92,3 | 28 | 96,6 |

Доминирование отрицательных эмоций по степени важности в сравниваемых группах имеет, очевидно, архетипически обусловленный характер. Мы полагаем, что именно отрицательные эмоции обеспечивают реализацию инстинкта самосохранения. Как известно, чувство страха неоднозначно предопределяет последующие поведенческие реакции у разных людей. На некоторых людей страх действует стимулирующе, настраивая их на борьбу, на других он оказывает парализующее действие. Вероятно, этим объясняется некоторая «обособленность» данной эмоциональной категории.

События, сопровождающиеся отрицательной эмоциональной окраской, по-видимому, вызывают у респондентов обеих групп сложный комплекс чувств и настроений, в тонкостях эмоциональной гаммы которого они не могут четко разобраться. К примеру, гнев, отвращение, презрение являются для них весьма сходными, слабо дифференцируемыми категориями.

Факторный анализ наглядно продемонстрировал практически полную идентичность спектра фундаментальных эмоций у исследуемых контрольной и клинической групп (табл. 3). В обеих выборках доминирующими являются отрицательные эмо-

эмоции, которые и вошли в состав первого, наиболее значимого фактора. Эти эмоции отличались высокой синкретичностью. Положительные эмоции (интерес, волнение, радость, удивление) сформировали второй по значимости фактор. Они характеризовались большей дискретностью по сравнению с отрицательными эмоциями.

Таблица 3

Усредненные матрицы факторных нагрузок фундаментальных эмоций

| Эмоции | Факторные нагрузки | | | |
|------------|--------------------|----------|-----------|-----------|
| | Контрольная группа | | ММД | |
| | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 1 | Фактор 2 |
| интерес | -0,26009 | 0,937345 | -0,283340 | 0,925321 |
| волнение | -0,15832 | 0,930895 | -0,119050 | 0,937926 |
| радость | -0,24331 | 0,93026 | -0,262487 | 0,916084 |
| удивление | -0,00864 | 0,927807 | 0,042008 | 0,931010 |
| страдание | 0,971297 | -0,15929 | 0,964735 | -0,094702 |
| гнев | 0,974873 | -0,20472 | 0,976281 | -0,203482 |
| отвращение | 0,975892 | -0,17755 | 0,977327 | -0,188592 |
| презрение | 0,975486 | -0,19511 | 0,976133 | -0,199596 |
| страх | 0,725375 | 0,253306 | 0,817249 | 0,205888 |
| стыд | 0,976369 | -0,18563 | 0,976510 | -0,190312 |
| вина | 0,974804 | -0,19054 | 0,976939 | -0,189580 |

Примечание. Курсивом выделены значимые факторные нагрузки с коэффициентом корреляции >0,7.

В группе ММД дискретность положительных эмоций была несколько выше (на 8,7%) по сравнению с контрольной.

Различия по эмоциональной направленности между клинической и контрольной группами были гораздо более весомыми (табл. 4).

Таблица 4

Усредненные матрицы факторных нагрузок эмоциональной направленности

| Виды эмоциональной направленности | Факторные нагрузки | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Контрольная группа | | | ММД | | |
| | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 3 | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 3 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Альтруистическая | 0,139328 | 0,921146 | 0,309709 | 0,200613 | 0,933676 | 0,198657 |
| Коммуникативная | 0,652569 | 0,284259 | 0,679767 | 0,907170 | 0,191676 | 0,339164 |
| Глорическая | 0,563237 | 0,370941 | 0,703539 | 0,879847 | 0,336517 | 0,216298 |
| Практическая | 0,896816 | 0,160343 | 0,383730 | 0,810504 | 0,217754 | 0,519511 |
| Путническая | 0,354657 | 0,393238 | 0,809338 | 0,837602 | 0,490120 | 0,043757 |

Окончание табл. 4

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|
| Романти- ческая | 0,428134 | 0,397523 | 0,759203 | 0,848711 | 0,451446 | 0,117846 |
| Гностичес- кая | 0,929831 | 0,235490 | 0,222624 | 0,287382 | 0,227192 | 0,910011 |
| Эстетичес- кая | 0,750049 | 0,286277 | 0,563792 | 0,865300 | 0,222226 | 0,385474 |
| Гедонисти- ческая | 0,739215 | -0,080093 | 0,563330 | 0,822445 | -0,065535 | 0,472913 |
| Акзитив- ная | 0,868648 | 0,205400 | 0,438286 | 0,867915 | 0,102809 | 0,470925 |

Примечание. Курсивом выделены значимые факторные нагрузки с коэффициентом корреляции $>0,7$.

Как видно из табл. 4, сравниваемые группы заметно отличались друг от друга по факторным нагрузкам. В группе ММД в состав первого фактора вошло подавляющее большинство видов эмоциональной направленности, отчетливо демонстрируя так называемый феномен «склеивания шкал-дескрипторов», в основе которого лежит семантическая связь между изучаемыми категориями и явление синкретичности эмоционального восприятия.

Весьма важно в контексте данного медико-психолого-педагогического исследования, что гностическая потребность (стремление к приобретению знаний) у респондентов с синдромом ММД оказалась на третьем месте по значимости. Между тем у здоровых она стояла на первом месте в «списке приоритетов». В связи с этим логично предположить, что не только синдром дефицита внимания и двигательная расторможенность детей с синдромом ММД обуславливают их низкую успеваемость в школе. Педагогические барьеры для этой категории учащихся создаются не только за счет перцептивной недостаточности, но во многом детерминированы низкой эмоциональной потребностью в знаниях. Последняя же в значительной степени предопределяется как неврологическим дефицитом, так и рядом психологических аспектов. Так, недоброжелательное отношение учителей к слабоуспевающим, «ярлык» ущербности, низкая самооценка и т. п. – все это может привести к формированию у лиц с синдромом ММД негативизма к деятельности по приобретению знаний.

Гностическая потребность у здоровых, вошедшая в состав первого, наиболее важного фактора, была семантически связана с практической потребностью и с потребностями в удовольствиях – эстетической, гедонистической и акзитивной. Глорическая, романтическая и пугническая потребности в большинстве случаев являлись третьестепенными, детерминируя содержание третьего фактора.

В целом смысловая ось первого фактора у здоровых имеет довольно гармоничное содержание: сформированы потребности и в приобретении знаний, и в труде, и в развлечениях, удовольствиях.

Смысловое содержание первого фактора в группе ММД существенно отличалось от контроля. Респонденты этой группы демонстрировали довольно высокий уровень притязаний. У них просматривалась отчетливая коммуникативная направленность, зачастую они стремились удовлетворить свои эмоциональные потребности посредством романтических переживаний, стремления к славе, преодоления страха, реализации определенных эстетических, гедонистических и акзитивных запросов. Следует иметь в виду, что при определенном сочетании ряда психологических и внешних условий (низкий нравственный потенциал, двигательная расторможенность, дурная компания и т. п.) романтические, пугнические и глорические потребности могут стать мотивационной основой для хулиганских поступков и других форм девиантного поведения на фоне синдрома ММД. Однако потребность в получении знаний имела для них третьестепенное значение. Практическая же потребность, в отрыве от гностической, вероятно, была сформирована ровно настолько, насколько это требовалось для реализации вышеупомянутых видов деятельности. Вместе с тем столь внушительный спектр эмоциональных потребностей, занимающих приоритетные места в мотивационной сфере у подростков, больных ММД, может рассматриваться и как своеобразная компенсация несформированной мотивации в приобретении знаний.

Альтруистическая направленность, вошедшая в состав второго фактора в обеих группах, имела второстепенное значение как для здоровых, так и у подростков с ММД.

Группа ММД представляется менее зрелой, по сравнению с контролем, в плане сформированности эмоциональной сферы.

Таким образом, у старших подростков с ММД происходит дисгармоничное формирование эмоциональных потребностей как одно из проявлений нарушенного нейроонтогенеза, что создает серьезные педагогические барьеры в обучении таких детей, предопределяет многие поведенческие реакции и, возможно, весь жизненный «сценарий».

Выводы:

1. В ходе экспериментально-психосемантического исследования с использованием специально разработанных ситуационно-операциональных решеток для оценки эмоциональной сферы установлена доминирующая роль отрицательных фундаментальных эмоций, семантически связанных между собой, при отсутствии существенных различий в эмоциональном восприятии между группами респондентов с синдромом ММД старшего подросткового возраста и здоровыми.

2. Положительные эмоции в исследуемых группах имеют второстепенное значение и отличаются большей степенью дискретности, чем отрицательные.

3. У лиц с синдромом ММД старшего подросткового возраста происходит дисгармоничное формирование эмоциональных потребностей. Это проявляется в первую очередь низкой мотивацией к приобретению знаний при доминировании коммуникативных, глорических, пугнических и других видов эмоциональных направленностей.

Литература

1. Барашнев Ю. И., Бубнова Н. И., Сорокина З. Х. и др. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 4. – С. 6–12.
2. Белоусова Е. Д., Никанорова М. Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39–42.
3. Петренко В. Ф. Введение в экспериментальную психосемантику. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 127 с.
4. Петренко В. Ф. Психосемантика сознания. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 208 с.
5. Петренко В. Ф. Построение семантических пространств как метод и форма модельного представления // Психология. – 1998. – № 3. – С. 1–7.
6. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Краткий психологический словарь. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
7. Похилько В. И., Федотова Е. О. Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности // Вопр. психологии. 1984. – № 3. – С. 151–157.
8. Потапкин А. А. Ситуационно-операционная решетка как метод профессиональной психодиагностики: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2004. – 24 с.
9. Тарарухина М. И., Ионцева М. В. Техника репертуарных решеток Дж. Келли // Социология: 4М. – 1997. – № 8. – С. 114–138.
10. Тарасова Г. Д. Состояние слуха у детей с нейропсихологическими особенностями // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 5. – С. 76–78.
11. Шевандрин Н. И. Основы психологической диагностики. – М.: Владос, 2003. – Ч. 3. – 336 с.
12. Шмелев А. Г. Традиционная психометрика и экспериментальная психосемантика: объектная и субъектная парадигмы анализа данных // Вопр. психологии. 1982. – № 5. – С. 34–46.
13. Ясюкова Л. А., Муляр О. И. Минимальные мозговые дисфункции – кризис начальной школы // Психологическая газета. – 1997. – № 4.