



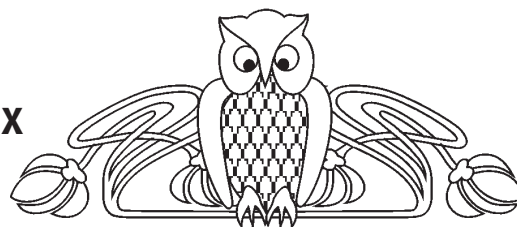
8. Ginzburg M. R. Psikhologicheskoe sodержanie lichnostnogo samoopredeleniya (Psychological content of personal self-determination). *Voprosy Psichologii (Voprosy Psichologii)*, 1994, no. 3, pp. 43–52.
9. Zhuravlev A. L., Kupreychenko A. B. Ekonomicheskoe samoopredelenie molodezhi: struktura i determinatsiya (Economic self-determination of youth: structure and determination). *Vestnik prakticheskoy psichologii obrazovaniya (Bulletin of Practical Educational Psychology)*, 2007, no. 1, pp. 51–62.
10. Tolochek V. A., Zhuravleva N. I., Shpitionkov S. V. Faktory aktualizatsii resursov sub"ekta v prodolzhenie professional'noy kar'ery (Factors of actualization of the resources subject with reference to professional career). *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Educational Acmeology. Developmental Psychology*, 2014, vol. 3, iss. 4, pp. 297–301.
11. Shamionov R. M., Sotnikov A. E. Zhiznennyye tsennosti i sotsial'no-psikhologicheskie ustanovki na razlichnykh etapakh professional'noy sotsializatsii yuristov (Life Values and Social-Psychological Orientations at Various Stages of Lawyers' Professional Socialization). *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Educational Acmeology. Developmental Psychology*, 2013, vol. 2, iss. 4, pp. 353–358.

**Please cite this article in press as:**

Bocharova E. E. Substantial-Meaning Characteristics Secondary-School Graduates' Representation to the Prestige of a Profession. *Izv. Saratov Univ. (N.S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2016, vol. 16, iss. 4, pp. 435–439. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-4-435-439.

УДК 316.6+159.9:61

## СЕМЕЙНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОНТЕКСТЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ



**Орлова Мария Михайловна** – кандидат психологических наук, доцент кафедры консультативной психологии, Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского. E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Болезнь как трудная жизненная ситуация в контексте жизненного пути личности предъявляет к ее внутренней целостности и активности повышенные требования. Происходящие трансформации социальных взаимодействий могут усугублять ограничения физических возможностей или стимулировать адаптационную активность. Семейные отношения можно рассматривать как возможный ресурс адаптации к ситуации тяжелых соматических заболеваний, к которым в том числе относятся онкологические заболевания репродуктивных органов. В статье исследуются благополучие семейных отношений больных женщин и их связь с адаптационными стратегиями личности. Делается вывод о проблемности этих отношений и снижении их значимости как ресурса.

**Ключевые слова:** ситуация болезни, идентичность, адаптация, семейные отношения.

DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-4-439-443

Семья как открытая самоорганизующаяся система в трудных жизненных ситуациях, связанных со здоровьем ее членов, может рассматриваться как предмет исследования медицинской психологии, на чем настаивает И. М. Никольская [1]. Актуальность этого направления обусловлена как теоретическими, так и практическими задачами. Т. Л. Крюкова относит семьи с боль-

ным тяжелым соматическим заболеванием к нуждающимся в психологической помощи [2]. Болезнь рассматривается как экстремальный семейный стресс, стратегии преодоления которого оказывают влияние как на личность больного, так и на личность членов его семьи. Однако адаптационные стратегии будут различны как в разных семьях, так и при разных заболеваниях с учетом их особенностей, витальной угрозы, социальной стигматизированности.

В ситуации болезни особенно востребованы психотерапевтическая, регулятивная функция семьи, связанная как с взаимоотношениями внутри нее, так и с другими людьми, обществом в целом, и фелицитологическая, а именно – создание счастья каждого члена семьи. В трудной жизненной ситуации, которой является болезнь, субъектность больного опосредована семейными отношениями как сферой ее реализации и в то же время ее ресурса, который заключается в принятии личности больного и непосредственных усилий, направленных членами семьи на преодоление болезни, а также финансовых и социальных ресурсов семьи. Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис [3] считают, что семья определяет реакцию индивида на трудную ситуацию за счет формирования представлений об этой ситуации. Болезнь воспринимается особенно трагично в связи с драматическим восприятием ее семьей,



а также использованием болезни как оправдания имеющихся семейных проблем, что может сказываться на хронизации болезни и, наконец, за счет определения способов преодоления ситуации.

Интерес к механизмам семейного преодоления трудных жизненных ситуаций, к сожалению, практически не распространяется на ситуацию хронического соматического заболевания взрослого члена семьи. Можно предположить, что трудности, возникающие в такой семье, это эмоциональные сложности, проблемы взаимодействия с социальным окружением, которые могут приводить к ролевым смещениям, социальной изоляции, как объективной, так и субъективной. Таким образом, семейная поддержка так же, как и семейная проблемность, является значимой частью адаптационного процесса в контексте взаимодействия человека с ситуациями болезни.

Исследования личностных проблем женщин, больных онкологическими заболеваниями малого таза, показывают, что травматичность этих заболеваний обусловлена страхом утраты женской роли и витальной угрозой [4]. Они имеют практическую значимость при решении вопросов психологического сопровождения больного и реабилитации [5].

А. Н. Алехин рассматривает изменения идентичности больного с точки зрения интериоризации дискурса со значимым Другим, в качестве которого в данном случае выступает семья, особенно в ситуациях трансформации поведенческих моделей [6]. При анализе полученных данных мы пришли к выводу, что для женщин, больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, характерна склонность к негативным самоописаниям, что снижает сопротивление болезни. Одной из значимых опор в процессе адаптации к ситуации болезни является семья [7]. Анализ внутренней картины болезни в контексте субъектно-социального подхода, учитывающего идентичность больного, расширяет возможности анализа личности в ситуации болезни [8, 9].

Проблемы социальной идентичности непосредственно связаны с трансформацией ролей, которые характерны для женщин, больных онкологическими заболеваниями репродуктивных органов. Изменение положения в семье в связи с заболеванием должно существенно влиять на ее самоотношение. Болезнь может препятствовать восприятию женщиной себя как супруги, так и матери, переводя ее на роль ребенка, требующего поддержки и опеки. Ситуация болезни предьявляет к субъектности личности повышенные требования, являясь критической ситуацией. Утрата социальных позиций больного в связи с тяжелым,

инвалидирующим заболеванием, предполагающим витальную угрозу, утяжеляет жизненную ситуацию, что требует для ее преодоления опоры на ресурсы ближайшего социального окружения (семьи). Вместе с тем семейные отношения сами по себе трансформируются, делая необходимым выработку новых коммуникативных и ролевых стратегий, становясь основой для нового испытания адаптационных возможностей личности.

Появление в семье больного, как считает К. Теркельсон, имеет три уровня вовлечения родственников в семейную ситуацию болезни [10]. Это сам больной и член семьи, берущий на себя заботу, это также все остальные члены семьи и люди, окружающие семью. Таким образом, в семье больного тяжелым соматическим заболеванием все члены семьи включены в преодоление болезни, что образует ресурсы больного человека в совладании с болезнью.

Нами были исследованы женщины, больные онкологическими заболеваниями репродуктивных органов (28 человек). Контрольную группу составили 132 здоровые женщины сходного возраста.

Были проведены исследования по методикам «Шкала семейных отношений» С. Ю. Куприянова, «Незаконченные предложения» (авторская модификация), «Кто Я» М. Куна, Т. Макпартленда, МИС С. Р. Панталева, «Исследование копинг-стратегий» Р. Лазаруса, МЛЮ «Адаптивность» А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина, опроснику оценки психологических защит Келлермана–Плутчика–Конте, анкете «Представления о здоровом и больном человеке» и авторской методике ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

Статистический анализ был представлен среднеарифметическими значениями, достоверностью различий между группами согласно *T*-критерию Стьюдента ( $p < 0,05$ ) и методом корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 ( $p < 0,05$ ).

Мы предполагаем, что субъективным смыслом ситуации онкологического заболевания является формирование новых взаимоотношений с Другими в связи с телесным опытом страдания, неблагоприятным прогнозом и новым социальным статусом инвалида и больного заболеванием, предполагающим витальную угрозу. Объективная ситуация онкологических заболеваний репродуктивных органов связана с болевым синдромом, витальной угрозой, необходимостью оперативного вмешательства, химио- и лучевой терапии. Исследованная нами группа представлена женщинами, состоящими в браке (89%) и имеющими детей (93%), в возрасте от 30 до 64 лет,



со среднеспециальным (43%) и высшим образованием (57%), стажем болезни до двух лет.

Субъективная оценка ситуации подчеркивает ее неблагоприятие при субъективной ресурсности социальных факторов. Семейные отношения являются значимым, но ненадежным ресурсом, что проявляется в стремлении к выраженному контролю, утрате непосредственности в отношениях и чувстве изоляции.

Сравнительный анализ выраженности показателей шкалы семейного окружения выявил, что менее выражен показатель экспрессивности (6/7, 25;  $T = 4,9$ ;  $p < 0,01$ ), ориентации на активный отдых в семье (3,7/6,17;  $T = 6$ ;  $p < 0,01$ ), значимости морально-нравственных ориентаций в семье (5,6/6,5;  $T = 2,7$ ;  $p < 0,01$ ). Также отметим более высокие показатели по фактору организации (5,9/4,7;  $T = 2,3$ ;  $p < 0,05$ ) и контроля в семье (4,5/3,6;  $T = 2,2$ ;  $p < 0,05$ ).

Корреляционный анализ показал, что экспрессивность коррелирует с самообвинением (0,516;  $p < 0,01$ ), внутренней неустроенностью (0,437;  $p < 0,01$ ), морально-нравственной адаптивностью (0,382;  $p < 0,05$ ), шириной идентификаций (0,496;  $p < 0,01$ ), снижением оценки качества жизни в физической сфере (-0,470;  $p < 0,01$ ), уровнем независимости (-0,493;  $p < 0,01$ ), значимостью идентификации себя с личными качествами (-0,466;  $p < 0,01$ ), социально-психологическими ограничениями, характерными для больного человека (-0,475;  $p < 0,01$ ). Снижение проявления чувств в семье защищает больную от роста негативного самоотношения за счет дистанцирования от близких отношений, что, в свою очередь, создает ощущение изоляции и снижения своей значимости в межличностных отношениях.

Ориентация на активный семейный отдых характерна для людей с высоким уровнем образования (0,502;  $p < 0,01$ ), она сочетается с повышением поиска социальной поддержки (0,436;  $p < 0,05$ ), принятием ответственности (0,578;  $p < 0,01$ ), бегством-избеганием (0,436;  $p < 0,05$ ), планированием решений (0,410;  $p < 0,05$ ), регрессией (0,445;  $p < 0,05$ ), компенсацией (0,623;  $p < 0,01$ ), снижением качества жизни в физической (-0,390;  $p < 0,05$ ) и психической (-0,530;  $p < 0,01$ ) сферах, идентификацией себя с личностными качествами (0,481;  $p < 0,01$ ), расширением круга идентификаций (0,436;  $p < 0,05$ ). Снижение ориентации на семейный активный отдых снижает как осознанные, так и неосознанные стратегии преодоления, сужая круг идентификаций. По-видимому, это повышает апатичность больных.

Выраженность морально-нравственных ориентаций коррелирует с зеркальным Я (0,596;  $p < 0,01$ ), самооценностью (0,449;  $p < 0,05$ ), снижением

самопривязанности (-0,533;  $p < 0,01$ ), повышением принятия ответственности (0,447;  $p < 0,05$ ), позитивным переопределением (0,410;  $p < 0,05$ ), регрессией (0,401;  $p < 0,05$ ), отрицанием (0,411;  $p < 0,05$ ), проекцией (0,415;  $p < 0,05$ ), рационализацией (0,415;  $p < 0,05$ ), негативным описанием личностных качеств (0,487;  $p < 0,01$ ). Снижение значимости морально-нравственных ориентаций в семье уменьшает выраженность стратегий преодоления и самооценности. По-видимому, представление о семейной поддержке требует гарантий, которые дают нормы и правила в семье.

Организация в семье коррелирует с самоуверенностью (0,475;  $p < 0,01$ ), зеркальным Я (0,617;  $p < 0,01$ ), самооценностью (0,377;  $p < 0,05$ ), самопринятием (0,487;  $p < 0,01$ ), снижением самообвинения (-0,505;  $p < 0,01$ ), внутренней неустойчивостью (-0,461;  $p < 0,05$ ), субъективным неблагоприятием (-0,405;  $p < 0,01$ ), регрессией (-0,416;  $p < 0,05$ ), замещением (-0,657;  $p < 0,01$ ), компенсацией (-0,439;  $p < 0,05$ ), значимостью представлений о негативных перспективах (-0,448;  $p < 0,05$ ), опорой на себя в вопросах сохранения здоровья (-0,479;  $p < 0,01$ ) и повышением самоуважения (0,567;  $p < 0,01$ ), аутосимпатией (0,563;  $p < 0,01$ ), позитивным переопределением (0,491;  $p < 0,01$ ), семейной сплоченностью (0,674;  $p < 0,01$ ), конфликтностью (0,448;  $p < 0,05$ ), ориентацией на достижение (0,475;  $p < 0,01$ ), контролем (0,500;  $p < 0,01$ ), нервно-психической устойчивостью (0,446;  $p < 0,05$ ). Таким образом, наличие четких правил в семье дает возможность получить необходимую опору на семейную поддержку и сохранение позитивного самоотношения.

Контроль в семейных отношениях коррелирует со снижением открытости (-0,478;  $p < 0,01$ ), принятием ответственности (-0,435;  $p < 0,05$ ), регрессией (-0,587;  $p < 0,01$ ), замещением (-0,445;  $p < 0,05$ ), компенсацией (-0,395;  $p < 0,05$ ), семейной сплоченностью (0,594;  $p < 0,01$ ), ориентацией семьи на достижение (0,551;  $p < 0,01$ ), организацией в семье (0,500;  $p < 0,01$ ), повышением самопринятия (0,460;  $p < 0,05$ ), аутосимпатией (0,613;  $p < 0,01$ ), значимостью здоровья как активности и социальной востребованности (0,386;  $p < 0,01$ ). Повышение контроля в семье усиливает аутосимпатию и снижает стратегии преодоления на фоне ценности здоровья как активности. Видимо, контроль в семейных отношениях повышает их субъективную гарантированность и позволяет решать проблемы эмоционального принятия себя.

Можно сделать вывод, что у женщин, больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, семейные отношения теряют свою непосредственность, что повышает чувство



изоляции, при этом невозможность активного взаимодействия снижает значимость семейных ролей, правила в семье становятся более неопределенными, возникает необходимость в большей их четкости и ясности, что предполагает жесткую семейную структуру. Это позволит опереться на семейные отношения в защите позитивного самоотношения в ситуации болезни.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что семейная поддержка в ситуации онкологического заболевания становится значимым ресурсом при попытке сохранить целостность своей личности, вместе с тем надежность семейных связей сама по себе ставится под сомнение. Женщины, больные онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, теряют опору, заключающуюся в принятии себя в семейных отношениях, что сказывается на возможности непосредственно выражать свои чувства, в том числе связанные с ситуацией болезни. Ощущение своей изоляции среди близких людей вызывает необходимость контроля и опоры на правила семьи, что ведет к опосредованности отношений. Родственники больной также могут испытывать трудности, связанные с изменением ролей в семье, что приводит к неготовности оказывать ей поддержку. Это подчеркивает необходимость обеспечения психологического сопровождения как больной, так и членов ее семьи. К задачам психологической помощи при данном заболевании относится формирование новых правил семьи, новых ролевых позиций, в которых больная женщина могла бы получать поддержку, не утрачивая при этом позитивного самоотношения.

### Список литературы

1. Никольская И. М. Клиническая психология семьи : основные положения // Медицинская психология в

### Образец для цитирования:

Орлова М. М. Семейная поддержка в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16, вып. 4. С. 439–443. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-4-439-443.

### Family Support in the Context of the Subjective Illness Appearance in Patients with the Reproductive System Cancer

M. M. Orlova

Saratov State University  
83, Astrakhanskaya str., 410012, Saratov, Russia  
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Illness as a difficult life situation in the context of the way of life of the individual makes to its internal integrity and activity of the higher requirements. The ongoing transformation of social interactions can exacerbate disabilities or encourage adaptation activity. Family relation-

ships can be considered as a possible adaptation to the life situation of heavy, physical illness, which include cancer of the reproductive organs. The article investigates the welfare of the family relationship of female patients and their relation to adaptation strategies of the individual. The conclusion is that these relationships are problematical and their value as a resource is reduced.

2. Крюкова Т. Л., Сапоровская М. В., Куфтяк Е. В. Психология семьи : жизненные трудности и совладение с ними. СПб., 2005. 240 с.
3. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Семья как фактор, определяющий реакцию индивида на психическую травму // Психология семьи и большой ребенок : учеб. пособие : хрестоматия. СПб., 2007. С. 37–40.
4. Кузнецова А. А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре внутренней картины болезни у женщин с онкологической патологией репродуктивных органов : автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 25 с.
5. Зинченко Ю. П., Первичко Е. И., Тхостов А. Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестн. восстановительной медицины. 2014. № 4. С. 31–42.
6. Алёхин А. Н., Литвиненко О. А. Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний // Вестн. психотерапии. 2013. № 48 (53). С. 57–68.
7. Орлова М. М. Идентичность больного в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Личность в меняющемся мире : здоровье, адаптация, развитие. 2014. № 3. URL: [http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/03\\_Orlova\\_2014\\_03.pdf](http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/03_Orlova_2014_03.pdf) (дата обращения: 31.12.2015).
8. Орлова М. М. Социально-психологический контекст изучения соматического здоровья и болезни // Культурно-историческая психология. 2012. № 3. С. 12–18.
9. Орлова М. М. Понятие «Ситуация болезни» – объективные и субъективные составляющие // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2009. Т. 9, вып. 1. С. 82–87.
10. Жедунова Л. Г., Посысов Н. Н. Семья с больным ребенком : содержание психологической помощи // Ярослав. пед. вестн. 2015. № 5. С. 184–188.

ships can be considered as a possible adaptation to the life situation of heavy, physical illness, which include cancer of the reproductive organs. The article investigates the welfare of the family relationship of female patients and their relation to adaptation strategies of the individual. The conclusion is that these relationships are problematical and their value as a resource is reduced.

**Key words:** disease situation, identity, adaptation, family relationships.

### References

1. Nikolskaya I. M. Klinicheskaya psikhologiya semi: osnovnye polozheniya (Clinical family psychology



- basics). *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* (Medical psychology in Russia), 2010, no. 4. Available at: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2010\\_4\\_5/numer/numer13.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_4_5/numer/numer13.php) (accessed 12 March 2013).
2. Kryukova T. L., Saporovskaya M. V., Kuftyak E. V. *Psikhologiya semi: zhiznennye trudnosti i sovladenie s nimi* (Family life: life's difficulties and a condominium with them). St.-Petersburg, 2005. 240 p.
  3. Eydemiller E. G., Yustitskis V. Semya kak faktor, opredelyayushchiy reaktsiyu individa na psikhicheskuyu travmu (The family as a factor in determining an individual's response to trauma). *Psikhologiya semi i bolnoy rebenok: ucheb. posobie: khrestomatiya* (Family psychology and sick child. Tutorial: A Reader). St.-Petersburg, 2007, pp. 37–40.
  4. Kuznetsova A. A. *Emotsionalno-affektivnye rasstroystva v strukture vnutrenney kartiny bolezni u zhenshchin s onkologicheskoy patologией reproductivnykh organov: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* (Emotional-affective disorder in the structure of the internal picture of the disease in women with cancer pathology of reproductive organs: synopsis of dissertation of the PhD of Psychology). St.-Petersburg, 2009. 25 p.
  5. Zinchenko Yu. P., Pervichko E. I., Tkhostov A. Sh. Metodologicheskie osnovy i zadachi psikhologicheskoy reabilitatsii onkologicheskikh bolnykh (Methodological bases and objectives of the psychological rehabilitation of oncology rehabilitation of cancer patients). *Vestn. vosstanovitel'noy meditsiny* (Herald of regenerative medicine), 2014, no. 4, pp. 31–42.
  6. Alekhin A.N., Litvinenko O. A. Psikhologicheskie aspekty klinicheskogo patomorfoza psikhoticheskikh perezhivaniy (Psychological aspects of clinical psychotic experiences pathomorphism). *Vestn. psikhoterapii* (Herald of psychotherapy), 2013, no. 48 (53), pp. 57–68.
  7. Orlova M. M. Identichnost bolnogo v kontekste vnutrenney kartiny bolezni bolnykh onkologicheskimi zabolovaniami reproductivnoy sistemy (The identity of the patient in the context of the subjective illness appearance with cancer of the reproductive system). *Lichnost v menyayushchemsya mire: zdorove, adaptatsiya, razvitie* (Personality in a changing world: health, adaptation, development), 2014, no 3. Available at: [http://humjournal.rzgmu.ru/upload-files/03\\_Orlova\\_2014\\_03.pdf](http://humjournal.rzgmu.ru/upload-files/03_Orlova_2014_03.pdf) (accessed 31 December 2015).
  8. Orlova M. M. Socialno-psikhologicheskii kontekst izucheniya somaticheskogo zdorovya i bolezni (Sociopsychological context of studying physical health and disease). *Kulturno-istoricheskaya psikhologiya* (Cultural-historical psychology), 2012, no. 3, pp. 12–18.
  9. Orlova M. M. Ponyatie «situatsiya bolezni» – ob"ektivnye i subektivnye sostavlyayushchie (The concept of «Disease situation» – the objective and subjective components). *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2009, vol. 9, iss. 1, pp. 82–87.
  10. Zhedunova L. G., Posysoev N. N. Semya s bolnym rebenkom: sodержanie psikhologicheskoy pomoshchi (Family with a sick child: the content of the psychological help). *Yaroslav. ped. vestn.* (Yaroslavl Pedagogical Bulletin), 2015, no. 5, pp. 184–188.

**Please cite this article in press as:**

Orlova M. M. Family Support in the Context of the Subjective Illness Appearance in Patients with the Reproductive System Cancer. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2016, vol. 16, iss. 4, pp. 439–443. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-4-439-443.

УДК 159.923:316.6

## ГРУППОВАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ



**Романова Наталья Михайловна** – кандидат социологических наук, доцент кафедры общей и социальной психологии, Саратовский национальный исследовательский университет имени Н. Г. Чернышевского. E-mail: Romanovanm@info.sgu.ru

Статья посвящена анализу социально-психологических факторов, влияющих на формирование группового криминального поведения подростков по материалам современных зарубежных социально-психологических исследований; показана актуальность исследования проблемы; раскрыты причины вовлечения подростков в групповую преступность. Рассмотрены отличия групповых преступников от индивидуальных; проанализированы и описаны индивидуальные влияния среды на личность. Представлены результаты исследований зарубежными учеными особенностей социального

контроля, специфики психологических установок и представлений о себе членов асоциальных подростковых групп; раскрыт характер отношений с асоциальной группой ее членов. Изучено влияние макроуровневых факторов и описан вклад семейных, личностных и средовых детерминант в содержание феномена вовлечения подростков в групповую криминальную активность.

**Ключевые слова:** социально-психологические факторы криминального поведения подростков, вовлечение в групповую преступность, семейный фактор, особенности социального контроля, влияние сверстников, индивидуальные влияния среды на личность, социальная идентификация личности с асоциальной группой, психологические установки, представление о себе, влияние сверстников, влияние семьи.

DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-4-443-449