

УСТАНОВКИ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ТРЕНИНГЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Л.В. Алексеева, Л.В. Мальцева

Впервые целостно рассмотрены установки родителей подростков, больных шизофренией, в соответствии с предложенной моделью психической организации, на основании которой выделены несколько видов неадаптивных установок. Описаны разработка и внедрение программы родительской компетенции, направленной на изменение неадаптивных установок на адаптивные.

Ключевые слова: родители больных шизофренией подростков, неадаптивные установки, тревожно-депрессивное состояние, дисфункциональный тип воспитания.

Актуальность исследования. Несмотря на многочисленные исследования, подтверждающие значение отдельных характеристик семейной среды и их сочетаний в возникновении и течении шизофрении [6, 10, 13, 14], практически не исследованными остаются сферы установок родителей подростков, больных шизофренией.

В концепции Д.Н. Узнадзе [8, 11] установка представляет собой первичное, целостное, недифференцированное психическое состояние, отражающее направленность субъекта на определенную активность. Обусловленная организацией предшествующего опыта, установка определяет выбор мотива и вероятность определенного поведения в различных ситуациях. Являясь динамической подсознательной характеристикой психической активности, установка оказывает решающее влияние на работу сознания.

По Г. Оллпорту [9, 15, 16], социальная установка – это состояние психологической готовности личности вести себя определенным образом в отношении объекта, детерминированное ее прошлым опытом, осознанное и обусловленное социальным опытом.

В структуре установки, по мнению М. Смит [3], следует различать три ее взаимосвязанных компонента: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Когнитивный компонент обнаруживается в виде мнений, утверждений относительно объекта установки; знания. Эмоциональный компонент – от-

ношение к объекту, выраженное на языке непосредственных переживаний и чувств, которые он вызывает. Поведенческий компонент – готовность индивида к осуществлению конкретной деятельности (поведения) с объектом.

Гипотезу об уровневой природе установки как механизме стабилизации деятельности впервые выдвинул А.Г. Асмолов [4]. В соответствии с основными единицами строения деятельности выделяются установки смыслового, целевого, операционального уровней и уровня психофизиологических реализаторов установки. Ведущим уровнем установочной регуляции является уровень смысловой установки. При этом смысловая установка выполняет функцию фильтрации по отношению к нижележащим уровням.

Следует отметить мнение А. Эллиса [7, 12], который считал, что каждый человек рождается с определенным потенциалом, имеющим две оппозиционные стороны: рациональную и иррациональную; конструктивную и деструктивную и т. д. Психологические проблемы появляются в случае попыток человека следовать простым предпочтениям (желаниям любви, одобрения, поддержки), однако при этом он ошибочно полагает, что эти простые предпочтения – абсолютные мерилы его жизненного успеха. Различные эмоциональные и поведенческие расстройства имеют когнитивные предпосылки, опосредованные, тем не менее, иррациональными установками. Альберт Эллис выделил четыре наиболее рас-

пространенные группы создающих проблемы иррациональных установок: 1) катастрофические установки; 2) установки обязательного долженствования; 3) установки обязательной реализации своих потребностей; 4) глобальные оценочные установки.

Причиной ложных представлений, которые искажают видение объекта или ситуации, и, как следствие, неадекватных эмоциональных реакций, по мнению А. Бека [7, 17], являются когнитивные искажения по типу сверхгенерализации, персонализации, дихотомического мышления, избирательной абстракции, катастрофизации, поиска виновного, перфекционизма, эгоцентрической ошибки, сверхсоциализированного мышления, долженствования, произвольных заключений.

Представленные в перечисленной выше научной литературе основные характеристики установок и их виды не содержат, по нашему мнению, достаточно полного и системного их определения, что обосновывает необходимость обращения к определенным целостным системным основаниям при исследовании проблемы установки. Одним из таких системных оснований является, по нашему мнению, теория психической организации, разработанная Л.В. Алексеевой [1, 2]. Опора на теорию психической организации позволяет рассмотреть целостно специфические установки определенных групп людей. В качестве модели такой группы были выбраны родители детей, страдающих шизофренией, установки и поведение которых негативно влияют и усугубляют как болезнь подростка, так и жизнь семьи в целом. Можно предположить, что число установок должно соотноситься с числом функциональных звеньев психической организации. Другими словами, феномен установки во всем многообразии проявлений должен соотноситься со всеми функциональными звеньями психической организации, выражающими собой базовые функции психики.

Целью работы стало определение установок родителей подростков с установленным диагнозом шизофрении во взаимоотношениях со значимыми окружающими и разработка способа психологической коррекции таких установок в случае их неадаптивного характера.

Характеристика материалов и методов исследования. Настоящее исследование проводилась на выборке 120 больных шизофренией подростков, наблюдавшихся в психо-

неврологических диспансерах г. Пыть-Яха, Сургута, Нефтеюганска и 188 их родителей в возрасте 35–50 лет. Первая группа (экспериментальная) представлена 60 подростками, страдающими шизофренией, и 96 родителями, которые дали свое информированное согласие на участие в обследовании и на их вовлечение в психокоррекционную программу. Вторая группа была сформирована для оценки эффективности тренинга родительской компетенции, численно представлена 60 подростками с диагнозом шизофрении и 92 родителями, которые не участвовали в тренинге.

В исследовании использовались следующие методики:

- «Шкала семейной адаптации и сплоченности» Olson (Family Adaptation and Cohesion Scales), FACES III [25], разработанная для оценки двух основных аспектов модели адаптации и сплоченности семьи. В основе модели лежит система классификации 16 типов семей, сгруппированных по трем основным группам типов: сбалансированные, средние и экстремальные. Сплоченность семьи оценивается на основании степени разделения или соединения членов семьи в общей семейной структуре по четырем уровням: от крайне низкой до экстремально высокой сплоченности: «разобщенные», «отделенные», «связанные» и «сплоченные». Адаптация семьи определяется по одному из четырех ее уровней: «жесткая», «структурированная», «гибкая», «хаотичная».

- Тест «Подростки о родителях» (ADOR), созданный в Лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева на основе адаптации оригинальной психолого-диагностической методики «Поведение родителей и отношение подростков к ним», предложенной З. Матейчиком и П. Ржичаном в 1983 году. Теоретическая база теста основана на исследовании трех биполярных факторных переменных: «принятие – эмоциональное отвержение», «психологический контроль – психологическая автономия», «скрытый контроль – открытый контроль».

Тест существенно дополняет ряд известных методов психологической диагностики подростков и семейных отношений, раскрывая содержательный характер и специфику воспитательной практики родителей, с точки зрения подростков 13–18 лет. Методика апробирована на большой выборке адаптирован-

ных и дезадаптированных подростков. Исследование проводилось путем отдельной оценки родителей обоим пола разнополными детьми (оценка матери сыном, оценка отца сыном, оценка матери дочерью, оценка отца дочерью). Результаты обследования группируются в следующие шкалы: «позитивный интерес», «директивность», «враждебность», «автономность», «непоследовательность» [5].

- Оценка семейного взаимодействия со стороны родителей подростков, больных шизофренией, была произведена с помощью опросника «Анализ семейного воспитания – АСВ» Э.Г. Эйдмиллера, позволяющего диагностировать тип семейного воспитания и характер его нарушений по следующим переменным:

I. Уровень протекции (гиперпротекция либо гипопротекция).

II. Степень удовлетворения потребностей (потворствование либо игнорирование потребностей ребенка).

III. Уровень требовательности к ребенку в семье (чрезмерность либо недостаточность требований-обязанностей, в том числе с вероятностью формирования реакции эмансипации, развития черт сенситивной и тревожно-мнительной акцентуации, черт гипертимного, неустойчивого типа характера; чрезмерность либо минимальность санкций).

IV. Неустойчивость стиля воспитания.

Интегральные характеристики типов семейного воспитания определяются по следующим шкалам: «потворствующая гиперпротекция», «доминирующая гиперпротекция», «эмоциональное отвержение», «жестокое обращение», «гипопротекция», «повышенная моральная ответственность» [14].

Результаты, их обсуждение. Оценка внутрисемейных отношений как родителями, так и подростками позволила получить более полное представление об отношениях в семьях подростков, больных шизофренией.

Данные оценки подростками по методике FACES-III отражают дисфункциональность семейной системы, поскольку средние показатели уровней реальной сплоченности и семейной адаптации соответствуют экстремально высоким значениям: значения по шкалам «разобщенность» – 29,5 балла, «хаотичность» – 31,8 балла. Следовательно, эти семьи не сбалансированы, они проблематичны, наименее жизнеспособны и характеризуются менее успешным функционированием, они

практически не способны к эффективному преодолению стресса и адекватной коммуникации, эмоциональные связи между членами семьи слабые.

При оценке «идеала семьи» выявляется тенденция к изменениям в семейном функционировании: в сфере сплоченности актуальное состояние разобщенности заменяется на связанность, хаотичность – на гибкость (средние показатели по шкалам соответствуют сбалансированному уровню – 39 баллов и 28,8 балла). Таким образом, в идеале подростки, больные шизофренией, мечтают о том, чтобы их семьи были более сплоченными, чтобы семейные правила были более открытыми, служили позитивными ориентирами для каждого члена семьи. Полученное рассогласование между восприятием реальной и идеальной семьи у подростков, больных шизофренией, свидетельствует о существенной неудовлетворенности семейной ситуацией.

Применение опросника ADOR позволило получить данные о поведении и методах воспитания родителями детей, страдающих шизофренией. Высокая непоследовательность как основная стратегия воспитания обнаружена детьми у 92 родителей (76,6 % обследованной выборки), проявления «враждебности» родителей в отношении с ребенком отмечаются у 88 человек (73,3 %), высокая директивность родителей характерна для оценок 84 подростков (70,0 %). В то же время в большинстве случаев отмечаются низкие результаты по пунктам «автономность» и «позитивный интерес»: у 64 родителей подростков (53,3 %) и только 12 подростков (10,0 % выборки) оценили позитивный интерес к ним со стороны родителей как высокий.

Оценка семейного взаимодействия со стороны родителей подростков, больных шизофренией, полученная на основании результатов обследования по опроснику «Анализ семейного воспитания – АСВ», свидетельствует о наличии высокой частоты отклонений от нормативных значений многих параметров семейного воспитания.

Выявлено преобладание показателей по шкалам «внесение конфликта между супругами в сферу воспитания» (у 176 родителей (93,6 % их выборки)), «непоследовательность воспитательной позиции» (у 160 человек). На третьем месте по уровню выраженности показателей оказались результаты по шкалам «неадекватность требований» (у 112 человек), отмечается достаточно высокая частота

встречаемости высоких показателей по шкале «фобия утраты ребенка» (у 104 человек). Очевидно, что заболевание шизофренией создает специфические проблемы в семейных взаимоотношениях, проявляющиеся прежде всего оценками эмоциональной реакции родителей на «неадекватное» поведение ребенка как члена семьи, степень адекватности социальных ожиданий от больного. Психическое заболевание ребенка вынуждает родителей рассматривать все предшествующие ожидания и расчеты, касающиеся потенциальных возможностей заболевшего члена семьи, в совершенно неожиданном для них контексте, обусловленном его патологическим поведением.

В описанных выше ситуациях в семьях с психически больными детьми представляется важным определить ключевой фактор, влияющий на внутрисемейное функционирование. По нашему мнению, таким фактором является прежде всего действие ценностных установок.

Для многих обследованных по методике ABC родителей болезнь подростка являлась психотравмирующей ситуацией, на которую они реагировали выраженным чувством стыда, вины, а также агрессивными проявлениями по отношению к ребенку, испытывали состояние тревоги и депрессии. Психотравмирующим фактором для них являлась в первую очередь социальная оценка в связи с болезнью подростка, негативно воспринимались необходимость посещения врача-психиатра, а также неадекватность поведения подростка и конфликты в семье. Анализ их дисфункционального мышления выявил преобладание сверхсоциализированных установок (вынесение суждений, апеллирующих к распространенным общественным предрассудкам): «Психическое заболевание у ребенка – это позор» (96,8 % обследованных родителей), «Психическое заболевание игнорируется и презирается людьми» (84 %), «Психическое заболевание – это опасно» (67 %). Выявлены установки катастрофического типа: «Мой ребенок будет несчастным. Жизнь будет в страданиях, и это ужасно!» (в 84 % случаев), «Жизнь опасна и полна страданий, если в семье есть психически больной» (70,2 %), «Будет ужасно, если люди узнают, что мой ребенок болен» (86,1 %). Отмечается наличие установок по типу жестких долженствований по поводу того, каким должен быть ребенок:

«Мой ребенок должен быть как все дети» (84 %).

Значительно реже встречаются установки по типу произвольного заключения: «Мой ребенок беспомощный, люди будут его презирать» (у 43,6 %), «Я плохой родитель» (40,4 %), «Мой ребенок слаб и не способен ни к чему» (30,8 %), «Врачи моему ребенку не помогут, только хуже сделают» (16,8 %), «Я виновата в болезни моего ребенка» (16,8 %) , «Люди не способны сострадать и сочувствовать» (16,8 %).

Полученные результаты говорят о том, что родители подростков, страдающих шизофренией, на психотравмирующую ситуацию реагируют чрезмерными негативными эмоциями в соответствии со своими неадаптивными установками. Можно предположить, что дисфункциональные установки о «позорности» и «недоброжелательном настрое окружающих» влекут за собой постоянное ожидание презрения и насмешек окружающих вместо понимания и помощи, в результате чего родители стремятся скрыть факт заболевания и дистанцироваться от окружающих. Следствием этого являются длительное неприятие болезни, отказ от лечения и контактов с психиатрами – для поддержания социального образа в глазах окружающих. Последствиями, как правило, являются позднее обращение к врачу, отказ от своевременного лечения и усиливающаяся социальная изоляция семьи.

Наличие убеждения о неизлечимости психических заболеваний препятствует созданию системы эффективного управления заболеванием и пониманию необходимости долгосрочной лекарственной терапии. Более того, эти установки побуждают родителей обращаться за помощью к разного рода дилетантам и шарлатанам в расчете на «чудесное» исцеление при помощи «нетрадиционных» методов терапии.

Установки долженствования «мой ребенок должен быть как все» предполагают организацию жизни «в режиме сравнения» больного подростка с другими с сохранением ориентации на «нормативность», стремление жестко следовать общепринятым нормам, стандартам и приличиям. Родителям в жизненных ситуациях характерны завышенные (по сравнению с возможностями подростка) требования безупречности поведения в той или иной ситуации.

Установки об «опасности» психического заболевания» приводят к чрезмерным мерам изоляции больного, страху агрессии со стороны больного и опасности не справиться с каким-либо делом. Это во многом затрудняет полноценное общение всех членов семьи.

Выбор теории психической организации в качестве теоретического конструкта дает возможность предполагать о совпадении числа установок и функциональных звеньев психической организации. В частности, установку можно трактовать через состояние как форму психического – как состояние готовности в конкретных условиях к определенному проявлению. Поскольку каждое звено психики специфично по содержанию, установка, соотношенная с соответствующим звеном психической организации, получает свою содержательную особенность. Психические установки проявляются во взаимосвязи, образуя автоматизированное самоуправление: при возникновении соответствующих условий, совпадающих с готовностью, установка «разряжается». Так, если родители подростка, больного шизофренией, проявляют установку, что «врач психиатр моему ребенку не поможет», то побуждение и нацеленность идти к врачу не проявятся.

Доминирующее влияние негативной оценочной установки проявляется в звене отражения психической организации как готовность получать и выбирать информацию, строить негативно окрашенный образ действительности: «Мой ребенок слаб и не способен ни к чему», «Жизнь опасна и полна страданий, если в семье есть психически больной», «Психическое заболевание – это опасно» и т. п.; часто сопровождается установкой на осознание, построение Я-образа, также окрашенной негативной оценкой: «Я плохой родитель».

В акцентуации отрицательной оценки родителей играют роль специфические нормативные представления и ценности, возникновение которых связано с работой функции отношения. Установка в данном звене характеризуется через норматив «долженствования»: «как у всех», «мой ребенок должен вести себя как все дети».

Кроме того, достаточно часто не формируется нацеленность на лечение, сотрудничество с врачом, наоборот, наблюдается формирование негативно окрашенной установки на прогноз: «Мой ребенок будет несчастным. Жизнь будет в страданиях, и это ужасно!».

«Из моего ребенка ничего хорошего не получится», «С каждым годом болезнь будет прогрессировать».

Нормативные показатели выступают в роли эталона для сравнения (фактически выполняя функции контроля), затем происходит формирование своеобразной негативной оценки: «Психическое заболевание у ребенка – это позор», «Будет ужасно, если люди узнают, что мой ребенок болен».

В виде эталона также используются собственные представления и представления окружающих людей, но основанная на них оценка так же негативна, как и оценка, сформировавшаяся на основе социальных эталонов («Мой ребенок растет не таким, как мне хотелось», «Психическое заболевание игнорируется и презирается людьми», «Мой ребенок беспомощный, люди будут его презирать»), часто сочетающаяся и с негативной самооценкой родителей, прямым обвинением себя («Я плохой родитель»). В итоге продукты результирующей функции носят пассивный, пессимистический и страдательный характер: «Я виновата в болезни моего ребенка», «Я должен терпеть и жертвовать ради ребенка».

Интегративная функция проявляется в установке на отчуждение, прежде всего на отчуждение от людей («Люди не способны сострадать и сочувствовать», «Мой ребенок беспомощный, люди будут его презирать»), на отчуждение от врачей («Врач-психиатр моему ребенку не поможет», «Из моего ребенка ничего хорошего не получится»), на отчуждение от ребенка («Мой ребенок растет не таким, как мне хотелось»), на отчуждение от себя («Я плохой родитель») и в целом на отчуждение от жизни («Жизнь опасна и полна страданий, если в семье есть психически больной»).

Установка на интеграцию проявляется с элементами насилия над собой, поскольку в функции отношения используются установки на эталоны и ценности «долженствования» («Я должен терпеть и жертвовать ради ребенка», поскольку «Психическое заболевание у ребенка – позор» и «Мой ребенок должен быть как все»).

Регулирующая установка у большинства таких родителей направлена не на активное преобразование, преодоление болезни либо ее принятие и организацию продуктивного стиля жизни, а на страдание: «Я должен терпеть и жертвовать ради ребенка», «Будет ужасно, если люди узнают, что мой ребенок болен»,

«Мой ребенок будет несчастным. Жизнь будет в страданиях, и это ужасно!».

Таким образом, следствием использования модели психической организации может являться выделение тринадцати видов установок как свойственной работе психики разного по своему содержанию состояния готовности автоматического реагирования на сложившиеся конкретные условия.

Как следствие, наличие жизненных установок приводит к тому, что родители не понимают их непродуктивный иррациональный характер, что делает невозможным проявление ими коррекции своего отношения к больному ребенку и своего поведения. В связи с этим была разработана программа тренинга повышения родительской компетенции.

В основу разработанного тренинга положены технологии, направленные на формирование осознания у родителей подростков, страдающих шизофренией, своих неадаптивных установок, приводящих к нарушению взаимоотношения в социальной среде. Осознание своих установок как неадаптивных в ходе тренинга было достигнуто как путем формирования новых взаимоадекватных непротиворечивых психологических конструкций, так и путем ясно осознанного их личностного выбора.

Использовались элементы поведенческого тренинга, тренировки полученных умений, представления о субъект-субъектной форме общения как глубинном личностном общении; о невербальном поведении личности как внешней форме существования и проявления ее психического мира.

Повторные исследования дали возможность сравнить показатели клинико-психологических и психологических характеристик исследуемых для определения динамики психокоррекционной работы в группе проходивших тренинг родительской компетентности. Установлены:

– положительная динамика внутрисемейных отношений в виде формирования последовательного, доброжелательного стиля воспитания с заинтересованным участием родителей в жизни подростка. Подростки оценивают свои семьи преимущественно гармоничными, сбалансированными и функциональными;

– положительная динамика редукции неадаптивных установок родителей;

– подростки стали более общительными, менее аутичными, стремились к общению,

имели лучшие коммуникативные навыки, стали более активными.

Таким образом, тренинг родительской компетенции, направленный на осознание неадаптивных установок и формирование новых адаптивных у родителей подростков, страдающих шизофренией, предоставляет возможность добиться комплайенса (осознанного сотрудничества между врачом, больным и членами его семьи), расширить навыки конструктивного общения в семье, способствует формированию стойкой ремиссии, адаптации подростка и реализации его способностей.

Литература

1. Алексеева, Л.В. Психология субъекта и субъекта преступления: монография / Л.В. Алексеева. – Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2004. – 520 с.

2. Алексеева, Л.В. Мотивация и эмоции / Л.В. Алексеева. – Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2011. – 426 с.

3. Андреева, Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 363 с.

4. Асмолов, А.Г. На перекрестке путей к изучению психики человека: бессознательное, установка, деятельность / А.Г. Асмолов // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. – Тбилиси: Мецниереба, 1985. – С. 77–90.

5. Вассерман, Л.И. Подростки о родителях / Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Малкова (Ромицына). – М.: Фоллум, 1994. – 56 с.

6. Коцюбинский, А.П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 336 с.

7. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. / Р. МакМаллин. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.

8. Марищук, В.Л. О некоторых особенностях влияния психологической установки на деятельность умозаключения и решения / В.Л. Марищук // Прикладная психология. – 1999. – № 3. – С. 57–63.

9. Оллпорт, Г. Психология индивидуальности / Г. Оллпорт // Личность. Теории, упражнения, эксперименты: пер. с англ. / под ред. Р. Фрейдджер и Д. Фейдимен. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2004. – 608 с.

10. Печникова, Л.С. Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от

наличия в семье здорового sibса / Л.С. Печникова // Психология семьи и больной ребенок: хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – С. 214–216.

11. Узнадзе, Д.Н. Теория установки / Д.Н. Узнадзе. – М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: НПО «Модэк», 1997. – 448 с.

12. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход: пер. с англ. / А. Эллис. – СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с.

13. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

14. Эйдемиллер, Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: метод. пособие

/ Э.Г. Эйдемиллер; под общ. ред. Л.И. Вассермана. – М.; СПб.: Фолиум, 1996. – 48 с.

15. Ядов, В.А. Диспозиционная концепция личности / В.А. Ядов // Социальная психология. – Л., 1979.

16. Allport, H. Social Attitudes and Social Consciousness / H. Allport; Edwin P. Hollander, G. Hunt Raymond (eds.) // Classic Contribution to Social Psychology. – New York: Oxford University Press; London: Toronto, 1972. – P. 189–190.

17. Beck, A. Cognitive therapy: Past, present, future / A. Beck // J. Consult. Clin. Psychol. – 1993. – Vol. 61. – № 2. – P. 194–198.

18. Olson, D.H. (1985). FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales). – St. Paul, MN: University of Minnesota, 1985.

Поступила в редакцию 15.02.2012 г.

Алексеева Любовь Васильевна. Доктор психологических наук, профессор кафедры общей и социальной психологии, Тюменский государственный университет. E-mail: alex-lubov2008@yandex.ru

Lubov V. Alekseyeva. Doctor in psychology, professor of general and social psychology dean, Tyumen State University. E-mail: alex-lubov2008@yandex.ru

Мальцева Людмила Валентиновна. Соискатель, Тюменский государственный университет. E-mail: LVmaltseva@mail.ru

Ludmila V. Maltseva. Postgraduate student, Tumen State University. E-mail: LVmaltseva@mail.ru