

УДК 616.89-008:159.95

Ковалева К.В.

## ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОГО САМОКОНТРОЛЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ДЕЙСТВИЕМ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

Как известно, картина мира людей, страдающих психическими расстройствами, в значительной мере изменяется в силу целого ряда различных факторов, в том числе: непосредственно самой симптоматики болезни, госпитализации в психиатрический стационар, стигматизации и аутистизации, побочных эффектов психофармакотерапии, инвалидизации, изменения социальной роли, развития дефицитарных состояний в исходе ряда психических расстройств и т.п. Механизмы, лежащие в основе этих изменений, представляют как научный интерес, так и практическую значимость для разработки более эффективных программ психосоциальной реабилитации с учётом индивидуальных личностных особенностей. Данная статья представляет часть исследования, направленного на раскрытие этих механизмов и их интерпретацию через личностные феномены, являющиеся составляющими личностного потенциала, и понятие дисфункционального состояния личности.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справиться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Там же сформулированы критерии психического здоровья, в числе которых (в контексте настоящего исследования) нам представляются значимыми следующие:

- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В свою очередь, Д.А. Леонтьев даёт определение личностному потенциалу (ЛП), как интегральной системной характеристике индивидуально-психологических особенностей личности, которая лежит в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий. А также как способности личности выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, оказывающим целенаправленные изменения во внешнем мире и сочетающим устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуации [1].

В МКБ-10 психическое расстройство определяется как «клинически определённая группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию» [2, с. 8].

Как видно из вышепредставленных определений, критерии психического здоровья во многом коррелируют с формулировкой личностного потенциала, присущего здоровой в функциональном отношении личности. Требуется объяснение и понятие функциональности личности, которое мы рассматриваем как отражение уровня и качества психического здоровья человека, его способности к самореализации и социальной интеграции. В данном контексте интегральным мерилем функциональности человека является личностный потенциал, который характеризуется как потенциал саморегуляции, функциональных возможностей личности больного и его субъективно-личностного восстановления [3]. Следовательно, психическое расстройство можно рассматривать с точки зрения личност-

ной дисфункции, проявляющейся невозможностью реализовать личностный потенциал.

Одним из ключевых механизмов реализации личностного потенциала является феномен саморегуляции, отражающий способность действовать вне зависимости от заданных условий деятельности – как внешних, так и внутренних, трансформируя при этом свою индивидуальность [1]. Саморегуляция даёт человеку возможность изменять свой стиль мышления и поведения в соответствии с изменением внешних обстоятельств и условий жизнедеятельности, поддерживает необходимую для его полноценного функционирования психическую активность, обеспечивает осознанную организацию и коррекцию его намерений и поступков [4]. Таким образом, если воспринимать личность как систему личностных черт, качеств и свойств, следуя парадигме деятельностного подхода, особый интерес представляет исследование механизмов и закономерностей регуляции деятельности человека на этапе её планирования, а также в процессе её разворачивания и протекания [5].

Согласно Д.А. Леонтьеву, ресурсами саморегуляции, в числе прочих, являются волевой самоконтроль и контроль за действием [6]. Следует отметить, что, несмотря на тождественное употребление данных понятий в некоторых источниках, между саморегуляцией и самоконтролем имеется ряд различий.

Самоконтроль проявляется в произвольном внимании, которое направлено на подавление факторов, выводящих систему достижения цели из равновесия, и в прилагаемых субъектом усилиях для повышения уровня активности. При этом крайне выражен эмоциональный компонент (переживания, связанные с конечным результатом, чувство опасения), подавление которого требует ещё больше волевых усилий и ресурсов, которые могли бы быть направлены в более продуктивное русло. То есть, самоконтроль – это волевой акт, который заключается в осознании и оценке субъектом собственных действий, психических процессов и состояний. Саморегуляция же представляет собой произвольную нацеленность на конечный результат и характеризуется отсутствием дополнительных усилий для энергетизации деятельности. При этом преобладает операциональная напряжённость и возникающие в процессе деятельности препятствия вызывают произвольное увеличение усилий, а

эмоциональные переживания больше связаны с процессом реализации действия. Преимущество саморегуляции состоит в том, что система функционирует по «демократическому» принципу, т.е. не нуждается в постоянных произвольных контролирующих влияниях со стороны «Я» [7].

Одним из компонентов личностного потенциала, как уже было указано, является контроль за действием, который в теории Ю. Куля заменяет традиционное понятие «воля». Понятие «контроль за действием», согласно автору, является более обширным и описывает не только волевою активность, направленную на подавление конкурирующих тенденций действия, но и целую систему процессов, направленных на реализацию намерения. Также им описывается представляющийся нам значимым феномен неполноценного намерения, при генерации которого была нарушена связь между мотивом, целью и способами достижения цели и которое персеверировало, но не воплощается в действие. Такие намерения, пишет автор, «работают сами на себя» – на поддержание системы контроля за действием в определённом состоянии, при этом препятствуя выполнению основной её функции, а именно, регуляции непосредственного осуществления актуального действия [8]. Данные феномены будут использоваться для интерпретации механизмов развития дисфункциональных состояний личности в проблематике настоящей статьи.

Таким образом, цель исследования состоит в анализе особенностей волевого самоконтроля и контроля за действием (в качестве ресурсов саморегуляции) у пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

### **Материал и методы**

С целью определения уровней волевого самоконтроля и контроля за действием был обследован 31 пациент в возрасте от 18 до 58 лет. В исследовании принимали участие больные, находившиеся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице и Республиканской клинической психиатрической больнице – Медико-психологическом центре г. Донецка в 2018-2019 гг. Распределение респондентов по полу: мужчины – 16 чел. (51%), женщины – 15 чел. (49%).

При проведении исследования были использованы клинико-патопсихологический,

психодиагностический методы и метод математической обработки данных. Клинико-патопсихологический метод включал клиническую беседу для оценки психического состояния пациента в соответствии с критериями диагностики МКБ-10, а также элементы структурного интервью по О. Кернбергу для оценки уровня дезорганизации личности испытуемых. В качестве гипотезы мы исходим из того, что психотический уровень психических расстройств соответствует психотическому уровню дезорганизации личности, а невротический уровень психических расстройств – невротическому уровню дезорганизации личности.

Таким образом, были выделены две группы пациентов: в основную группу вошли респонденты с психотическим уровнем (19 чел. – 61%), в группу сравнения – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности (12 чел. – 39%). В структуре основной группы преобладали расстройства шизофренического спектра (63%) по сравнению с аффективными расстройствами (37%), у пациентов группы сравнения наблюдалась преимущественно тревожно-депрессивная симптоматика с фобическими проявлениями (75%).

Психодиагностический метод включал в себя использование самооценочных опросников. Для диагностики волевого самоконтроля был использован тест-опросник А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана. Данный опросник характеризует волевой самоконтроль, понимаемый в качестве меры овладения собственным поведением в разных ситуациях, а также способности к сознательному управлению своими действиями, состояниями и побуждениями. Волевой самоконтроль исследуется как в виде интегрального (общего) показателя, так и в двух более частных аспектах. Первый аспект — настойчивость, которая интерпретируется как сила намерения, способность к завершению целенаправленного действия. Второй аспект — самообладание, понимаемое в качестве контроля над собственными эмоциональными реакциями. Сравнительный анализ проводится со средними значениями каждой из шкал [9].

С целью оценки контроля за действием применялся опросник НАКЕМР-90 Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина, который позволяет выявить ОС-диспозицию (ориентация

на состояние) и ОД-диспозицию (ориентация на действие). Исходя из предположения Ю. Куля о том, что существуют люди в большей или меньшей степени подверженные формированию неполноценных намерений [8], выделяется два типа субъектов: ориентированные на состояние, обнаруживающие на уровне субъективных переживаний мешающие реализации намерения мысли и эмоции, и ориентированные на действие, у которых процесс волевой деятельности основан на полноценном намерении и не требует постоянного контроля со стороны сознания. Методика включает в себя 3 субшкалы: контроль за действием при неудаче, контроль за действием при планировании и контроль за действием при реализации [10]. Сырые баллы по каждой шкале переводятся в баллы согласно табличным значениями и оцениваются следующим образом: от 1 до 5 – ОС-диспозиция, от 6 до 10 – ОД-диспозиция.

Полученные результаты исследования были подвергнуты статистической обработке в таблицах MS Excel, а также с помощью программы MedStat на IBM PC/AT. Для оценки результатов использовался параметрический t-критерий Стьюдента, т.к. все вариационные ряды подчинялись нормальному закону распределения. При проведении сравнительного анализа использовался корреляционно-регрессионный анализ (коэффициент Пирсона). Во всех случаях результаты достоверны при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Результаты, полученные при анализе особенностей волевого самоконтроля у респондентов обеих групп, представлены в таблице 1. При оценке контроля за действием респонденты обеих групп демонстрировали преимущественно ОС-диспозицию, ОД-диспозиция была выявлена только у пациентов с психотическим уровнем дезорганизации личности по шкале контроля за действием при реализации (табл. 2). Статистически значимых различий выявлено не было, что говорит о недостаточной репрезентативности гипотезы соответствия диагностической категории уровня психических расстройств уровню дезорганизации личности на настоящем этапе исследования и требует дальнейшего изучения с проведением полноценного структурного интервью, а также анализа других внешних и внутренних факторов.

**Результаты исследования уровня волевого самоконтроля у больных с психотическим и невротическим уровнем дезорганизации личности с помощью тест-опросника А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана**

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, $X \pm \sigma$		Уровень значимости, $p$
	основная группа (n=19 чел.)	группа сравнения (n=12 чел.)	
Общая шкала	12,5±4,25	11±3,98	0,17
Настойчивость	7,8±3,2	7,1±2,47	0,12
Самообладание	6,9±2,51	6,2±2,41	0,84

Тем не менее, у больных основной группы наблюдаются тенденции к формированию полноценных намерений в сфере реализации деятельности и планомерному их осуществлению, однако, стремление к завершению начатого дела у них снижено, а поведение может носить непоследовательный характер с некоторым пренебрежением социальными нормами, что коррелирует с нарастающей социальной отгороженностью и утратой интереса к ранее важным сферам общественной жизни. Это также может отражать дезорганизацию мыслительных процессов, что вызывает у пациентов данной категории затруднения в процессе реализации намерения, связанные с феноменом ошибочной интернализации, когда поведение субъекта управляется преимущественно интроецированными целями (что в какой-то степени может быть репрезентацией психического автоматизма, как одного из ключевых симптомов шизофрении, либо проявлением гипобулии). Эмоциональный компонент деятельности у них выражен слабо, они склонны придавать меньшую значимость своим эмоциональным реакциям в процессе целенаправленной деятельности и

не отвлекаться на переживания и сомнения, что соответствует клиническим проявлениям эмоционального дефицита при шизофреническом процессе и может быть также объяснено уплощённым реагированием на ситуации успехов и неудач.

Это косвенно подтверждает наблюдающаяся ОС-диспозиция, связанная с принятием решений и ориентацией на неудачу, которая отражает формирование у таких пациентов феномена алиенации, включающего отчуждённость от цели – неспособность различать собственные и навязанные другими (к примеру, обществом, родными или врачами) цели, в основе которой лежит неспособность осознавать мотивационно-эмоциональные основы намерения. Можно сказать, что в силу волевой дисфункции респонденты данной группы не способны дифференцировать релевантную информацию и часто отвлекаются на неполноценные, посторонние намерения, что может также быть одним из признаков нарушения критичности.

Наблюдаемое в группе респондентов с невротическим уровнем дезорганизации личности преобладание ОС-диспозиции по

**Результаты исследования контроля за действием у больных с психотическим и невротическим уровнем дезорганизации личности с помощью опросника НАКЕМР-90 Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина**

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение (стены), $X \pm \sigma$		Уровень значимости, $p$
	основная группа (n=19 чел.)	группа сравнения (n=12 чел.)	
Контроль за действием при неудаче	4,5±2,57	4,6±3,06	0,9
Контроль за действием при планировании	5,1±2,27	4,5±2,97	0,6
Контроль за действием при реализации	5,5±2,87	5,4±3,09	0,9

**Результаты исследования уровня волевого самоконтроля у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности с помощью тест-опросника А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана**

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, $X \pm \sigma$		Уровень значимости, p
	подгруппа 1 (n=12 чел.)	подгруппа 2 (n=7 чел.)	
Общая шкала	14,1±3,94	9,7±3,4	0,03*
Настойчивость	9,5±2,61	5,0±1,83	0,001**
Самообладание	7,1±2,61	6,4±2,64	0,6

Примечание: \* - t-критерий Стьюдента статистически значимо отличается от 0,  $p < 0,05$

\*\* - t-критерий Стьюдента статистически значимо отличается от 0,  $p < 0,01$

всем шкалам свидетельствует о высокой эмоциональной значимости переживаний, связанных с конечным результатом и восприятию этих эмоций как мешающих на всех этапах процесса реализации, что коррелирует с сохранённой критикой к своему состоянию. Это ведёт к формированию неполноценных намерений, которые постоянно остаются в фокусе внимания даже в том случае, если их реализация сейчас невозможна, и отражает повышенный уровень тревоги, преобладающий в клинической картине у данной группы больных, который также объясняет низкий уровень по шкале общего волевого самоконтроля – импульсивность, сниженную способность к рефлексии и неуверенность в себе. Депрессивный компонент состояния, в свою очередь, поддерживает тяжелое переживание свершившихся неудач (когда уже ничего нельзя изменить) и высокий уровень внутренней напряженности, сопровождающийся повышенной утомляемостью и пессимистичным взглядом на новые задачи, формируя замкнутый круг.

Данный феномен получил название «выученной беспомощности» [11] и заключается в следующей триаде: когнитивный дефицит (после повторяющейся неудачи объективно подконтрольная ситуация воспринимается неконтролируемой субъектом), мотивационный дефицит (снижение ожидания позитивного результата собственной деятельности) и эмоциональный дефицит (восприятие ситуации как неконтролируемой сопровождается чувством подавленности, апатии), которая и прослеживается у пациентов представленной группы. Можно предположить, что стремление к постоянно-му самоконтролю, которое присуще пациентам невротического уровня, косвенно отражено в ориентированности на состояние – наличии на уровне субъективных переживаний мыслей и эмоций в отношении конечного результата, что реализуется у данной категории больных в форме тревожно-фобических переживаний.

Информативным представляется более детальный анализ результатов оценки волевого самоконтроля (табл. 3) и контроля за действием (табл. 4) основной группы респондентов,

**Результаты исследования контроля за действием у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности с помощью опросника НАКЕМР-90 Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина**

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение (стены), $X \pm \sigma$		Уровень значимости, p
	подгруппа 1 (n=12 чел.)	подгруппа 2 (n=7 чел.)	
Контроль за действием при неудаче	5,4±2,47	3,0±2,08	0,04*
Контроль за действием при планировании	5,7±2,35	4,0±1,83	0,11
Контроль за действием при реализации	4,4±2,46	7,4±2,3	0,03*

Примечание: \* - t-критерий Стьюдента статистически значимо отличается от 0,  $p < 0,05$

в структуре которой больные подгруппы 1 (с расстройствами шизофренического спектра), демонстрируют достоверно высокие показатели по всем шкалам методик, а больные подгруппы 2 (страдающие аффективной патологией) – соответственно низкие (за исключением контроля за действием при реализации, где результаты обратные). Таким образом, больным аффективными расстройствами свойственна импульсивность, ранимость и неустойчивость намерений в сочетании с невысокой рефлексивностью и выраженной внутренней напряженностью, как и пациентам группы сравнения. Наряду с этим, они склонны к формированию феномена алиенации, как и пациенты с шизофреническим процессом. Данная диффузная характеристика только подтверждает необходимость более детального интервьюирования респондентов для определения уровня личностной дезорганизации.

Подводя итог приведенным выше данным, можно сделать следующие выводы:

- пациенты с психотическим уровнем дезорганизации личности склонны к формированию феноменов алиенации и ошибочной интернализации, что может быть

проявлениями психического автоматизма, аффективного уплощения и гипобулии, а также нарушения критичности к своему состоянию;

- пациенты с невротическим уровнем дезорганизации личности подвержены развитию феномена «выученной беспомощности» и формированию неполноценных намерений, что коррелирует с выраженностью тревожно-фобического компонента состояния и преобладанием депрессивной симптоматики в клинической картине;

- респонденты обеих групп демонстрируют тенденцию к преобладанию ОС-диспозиции и низким показателям в целом, что ориентирует смещение фокуса интерпретации результатов настоящего исследования с диагностической категории на концепцию уровня дезорганизации личности с проведением более расширенного структурного интервью;

- вне зависимости от установленного диагноза, но принимая во внимание уровень дезорганизации личности, психореабилитационные и психокоррекционные мероприятия следует ориентировать на индивидуально значимые внутриличностные и психосоциальные аспекты.

*Ковалева К.В.*

#### ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОГО САМОКОНТРОЛЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ДЕЙСТВИЕМ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Цель исследования состояла в анализе особенностей волевого самоконтроля и контроля за действием (в качестве ресурсов саморегуляции) у пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Было выделено две группы пациентов: в основную группу вошли респонденты с психотическим уровнем, в группу сравнения – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности. Для диагностики волевого самоконтроля был использован тест-опросник А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана, для оценки контроля за действием – НАКЕМР-90 Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина.

Выявлено, что пациенты с психотическим уровнем дезорганизации личности склонны к формированию феноменов алиенации и ошибочной интернализации. Пациенты с невротическим уровнем дезорганизации личности подвержены развитию феномена «выученной беспомощности» и формированию неполноценных намерений. Респонденты обеих групп демонстрируют тенденцию к преобладанию ОС-диспозиции и низким показателям в целом. Психореабилитационные и психокоррекционные мероприятия следует ориентировать на индивидуально значимые внутриличностные и психосоциальные аспекты, принимая во внимание уровень дезорганизации личности.

Ключевые слова: саморегуляция, самоконтроль, контроль за действием, личность, деятельностный подход

FEATURES OF VOLUNTARY SELF-CONTROL AND CONTROL OF ACTION IN PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF PERSONALITY DISORGANIZATION

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The purpose of the study was to analyze the characteristics of volitional self-control and control over the action (as self-regulation resources) in patients with different levels of personality disorganization.

Two groups of patients were distinguished: the main group included respondents with a psychotic level, and the comparison group included respondents with a neurotic level of personality disorganization. For the diagnosis of volitional self-control, a test questionnaire A.V. Zverkova and E.V. Eidman was used. The control over the action was evaluated with the НАКЕМР-90 Yu. Kuly questionnaire.

Patients with a psychotic level of personality disorganization are prone to the formation of phenomena of alienation and erroneous internalization. Patients with a neurotic level of personality disorganization are subject to the development of the “learned helplessness” phenomenon and the formation of inferior intentions. The respondents of both groups show a tendency toward a predominance of OS disposition and low rates in general. Psychorehabilitation and psychocorrectional measures should be focused on individually significant intrapersonal and psychosocial aspects, taking into account the level of personal disorganization.

Keywords: self-regulation, self-control, action control, personality, activity approach

*Литература*

1. Леонтьев Д.А. Введение: личностный потенциал как объект изучения. В кн.: Леонтьев Д.А. Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011: 5–11.
2. Нуллер Ю.Л., Циркина С.Ю. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Киев: Сфера; 2005. 306.
3. Абрамов В.А. Представления о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 7-14.
4. Голоденко О.Н. Саморегуляция как важнейший механизм посттравматического адаптационного процесса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016; 1 (35): 71-79.
5. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии. Психол. журн. 1989; 10 (2): 122–132.
6. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Методологические и методические вопросы эмпирического изучения и диагностики личностного потенциала. В кн.: Леонтьев Д.А. Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011: 404-423.
7. Sokolowski K. Emotion, Motivation und Volition. Gottingen: Hogrefe; 1993.
8. Kuhl J. Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Heidelberg: Springer; 1983. 356.
9. Зеличенко А.И., Карлинская И.М., Пантилеев С.Р. (ред.) Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: Изд-во Моск. ун-та; 1990: 116-129.
10. Шапкин С.А. Экспериментальное изучение волевых процессов. М.: Смысл; 1997. 140.
11. Seligman M. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman; 1975.

*References*

1. Leont'ev D.A. Vvedenie: lichnostnyj potencial kak ob"ekt izucheniya [Introduction: personal potential as an object of study]. In.: Leont'ev D.A. Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika. Moscow: Smysl; 2011: 5–11 (in Russian).
2. Nuller Yu.L., Cirkina S.Yu. Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej (10 peresmotr) [International Classification of Diseases (10 revisions)]. Kiev: Sfera; 2005. 306 (in Russian).
3. Abramov V.A. Predstavleniya o funkcionalnosti (funkcionalnyh vozmozhnostyah) lichnosti kak subekta samovospriyatiya [Representations of the functionality (functional capabilities) of a person

- as a subject of self-perception]. Zhurnal psichiatrii i medicinskoj psihologii. 2019; 2 (46): 7-14 (in Russian).
4. Golodenko O.N. Samoregulyaciya kak vazhnejshij mekhanizm posttravmaticheskogo adaptacionnogo processa [Self-regulation as the most important mechanism of the post-traumatic adaptation process]. Zhurnal psichiatrii i medicinskoj psihologii. 2016; 1 (35): 71-79 (in Russian).
  5. Zejgarnik B.V., Holmogorova A.B., Mazur E.S. Samoregulyaciya povedeniya v norme i patologii [Self-regulation of behavior in normal and pathological conditions]. Psihol. zhurn. 1989; 10 (2): 122–132 (in Russian).
  6. Leontev D.A., Osin E.N. Metodologicheskie i metodicheskie voprosy empiricheskogo izucheniya i diagnostiki lichnostnogo potentsiala [Methodological and methodological issues of empirical study and diagnosis of personal potential]. In.: Leontev D.A. Lichnostnyj potentsial: struktura i diagnostika. Moskva: Smysl; 2011: 404-423 (in Russian).
  7. Sokolowski K. Emotion, Motivation und Volition. Güttingen: Hogrefe; 1993.
  8. Kuhl J. Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Heidelberg: Springer; 1983. 356.
  9. Zelichenko A.I., Karlinskaya I.M., Pantilev S.R. (red.) Praktikum po psihodiagnostike. Psihodiagnostika motivacii i samoregulyacii [Workshop on psychodiagnostics. Psychodiagnostics of motivation and self-regulation]. Moskva: Izd-vo Mosk. un-ta; 1990: 116-129 (in Russian).
  10. Shapkin S.A. Eksperimental'noe izuchenie volevyh processov [Experimental study of volitional processes]. Moskva: Smysl; 1997. 140 (in Russian).
  11. Seligman M. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman; 1975.

Поступила в редакцию 10.09.2019