

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2016. Том 5, № 2

2016. Vol. 5, no 2

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Бочавер К.А., Довжик Л.М.* Эффективное совладающее поведение в спорте: что выводит из равновесия и как его снова обрести 1–22
- Махаматова А.Ф.* Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента 23–32

Эмпирические исследования

- Александрова Р.В., Мешкова Т.А.* Особенности внутрисемейных отношений девочек-подростков с риском нарушений пищевого поведения 33–45
- Березкин Д.В.* Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза 46–62
- Давыдова Е.Ю., Караханян К.Г., Горбачевская Н.Л.* Особый одаренный ребенок. Лонгитюдное исследование памяти и ЭЭГ 63–76
- Тимур О.Ю.* Самооценка и саморегуляция подростков-воспитанников интернатных учреждений 77–96

Прикладные исследования

- Самсонова Е.В., Мельникова В.В.* Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса 97–112

Методы и методики

- Дорофеев И.И., Корзунин В.А., Овчинников Б.В., Юсупов В.В., Ятманов А.Н.* Методологические аспекты выделения категории медико-психологического сопровождения курсантов 113–120
- Хохлова А.Ю.* Методика оценки доступного уровня символизации в общении у детей с нарушениями слуха и зрения и множественными нарушениями развития 121–134

CONTENT

Theoretical research

- Dovzhik, L.M., Bochaver, K.A.* Efficient Coping Behavior in Sport: What Disturbs Our Equanimity and How to Gain It Back 1–22
- Makhamatova, A.F.* The Problem of Relationships Between Doctor and HIV-Infected Patient 23–32

Empirical research

- Alexandrova, R.V., Meshkova, T.A.* The Features of Family Relations of Adolescent Girls at Risk of Eating Disorders 33–45
- Berezkin, D.V.* The Functional Status of Central Nervous System and Disturbances of Cognitive Functions of Children with Borderline Mental Disorder of Residual Organic Genesis 46–62
- Gorbachevskaya, N.L., Karahanyan, K.G., Davydova, E.Yu.* A Gifted Child with Special Needs. Longitudinal Study of Memory and EEG 63–76
- Timur, O.Yu.* Self-esteem and Self-control of Teenage Students of Boarding Schools 77–96

Applied research

- Samsonova, E.V., Melnikova, V.V.* The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process 97–112

Methods and techniques

- Dorofeev, I.I., Korzunin, V.A., Ovchinnikov, B.V., Yusupov, V.V., Yatmanov, A.N.* Methodological Aspects of Allocation of Categories of Medical and Psychological Support of Students 113–120
- Khokhlova, A.Yu.* Methods of Assessing the Available Level of Symbolization in Communication in Children with Hearing and Sight and Multiple Disabilities 121–134

Эффективное совладающее поведение в спорте: что выводит из равновесия и как его снова обрести

Довжик Л.М.,

психолог, аспирант Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, lydia.dovzhik@gmail.com

Бочавер К.А.,

кандидат психологических наук, доцент Московского института психоанализа, Москва, Россия, konstantin.bochaver@gmail.com

Видимые каждому победы на соревнованиях требуют от спортсмена постоянного преодоления самого себя и решения внутриличностных конфликтов. Экстремальные нагрузки, волнение, тревога, стресс для многих спортсменов становятся регулярной рутинной. Важной прикладной задачей современной психологии спорта становится перенесение, или трансфер их профессиональных навыков, на те области, в которых эффективный копинг также необходим: реабилитация после травм и нервных потрясений, работа, связанная со стрессом, целеполагание и достижение цели. Статья посвящена механизмам выбора ресурсов для успешного преодоления трудностей у профессиональных спортсменов разных видов спорта и возрастов. Рассматривается вопрос о том, в чем заключается различие между преодолением стресса и поддержанием эмоционального равновесия. Описываются различные методы и стратегии, которые могут повысить эффективность действий спортсмена и сделать его более закаленным и стойким. Также раскрывается вопрос опыта: как спортсмены учатся преодолевать трудности, как они выбирают оптимальный способ поведения, какие ресурсы их усиливают.

Ключевые слова: высшее достижение, копинг, методология, психология спорта, преодоление стресса, совладающее поведение, соревнования, спортивная психология, спорт, стресс, страх.

Для цитаты:

Довжик Л.М., Бочавер К.А. Эффективное совладающее поведение в спорте: что выводит из равновесия и как его снова обрести [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 1–22. doi: 10.17759/psyclin.2016050201

For citation:

Dovzhik, L.M., Bochaver, K.A. Efficient Coping Behavior in Sport: What Disturbs Our Equanimity and How to Gain It Back [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 1–22. doi: 10.17759/psycljn.2016050201 (In Russ., abstr. in Engl.)

Мысль, от которой волосы поднялись
И бьет, назло природе спрыгнув с места,
О ребра сердце. Вымышленный страх
Всегда сильней, чем подлинный, пугает.

У. Шекспир

Введение

Видимые каждому победы на соревнованиях требуют от спортсмена постоянных обыденных достижений на незаметном внутреннем фронте и преодоления самого себя. Поэтический образ вечного борца и победителя находится не в отрыве, а, напротив, в полном согласии с современной спортивной наукой. Психологи во всем мире исследуют процесс совладания (копинга) спортсмена со всевозможными трудностями и опасностями, а также со стрессом, страхом, тревогой, неуверенностью в себе, беспокойством и усталостью. Преодолевая настоящие невзгоды и «выдуманные» проблемы, спортсмен закаляется как сталь, и результат этого процесса, или мера закалки, год за годом находит в науке множество метафорических определений: стрессоустойчивость, жизнестойкость (hardiness), надежность, психологическая прочность (mental toughness). Появляются десятки тренинговых программ, повышающих это качество, создаются новые шкалы его оценки, исследуются его предикторы и ресурсы.

Однако очевидно, что подготовка к преодолению трудностей и эффективность их преодоления – разные вещи. В связи с этим немало работ организованы ретроспективно и исследуют не текущий момент, а воспоминания успешных спортсменов. Это различие теоретически обосновано как два разных взгляда на совладание: можно относиться к нему как к индивидуальному стилю поведения с типичным для индивида репертуаром копинг-стратегий, а можно оценивать как процесс, всегда динамичный и контекстуальный. Это противоречие назревало давно, и некоторыми авторами оно уже разрешено путем компромисса в методах исследования и анализа совладания [45].

Для отечественной науки куда более новым и принципиальным оказывается другой вопрос, обсуждаемый в мировой психологии спорта уже длительное время. Российский подход к копинг-поведению, берущий начало преимущественно из теории Г. Селье и работ Р. Лазаруса и С. Фолкман, исторически обусловлен как подход клинический. Основные объекты совладающего поведения в отечественных работах – это стресс (биологический, социальный, в том числе семейный, профессиональный), трудности и угрозы жизнедеятельности и здоровью (травмы,

болезни, рискованные ситуации). Такое копинг-поведение отражено, например, в дефиниции Т.А. Крюковой, как «позволяющее субъекту... справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией... направленное на активное взаимодействие с ситуацией – изменение... или приспособление к ней» [4].

Но анализ проблемы копинг-поведения в зарубежной современной психологии выявляет значительно более широкое поле феноменов. Так, спортсмены часто вынуждены преодолевать стресс и трудности, но столь же часто совладать им приходится со своими эмоциями и чувствами: тревогой, страхом, гневом, раздражением, скукой. Принимая это во внимание, мы не можем и не должны оценивать копинг-способности спортсмена только лишь как навыки преодоления стресса. **Цели и задачи данной статьи** сводятся к выявлению и описанию основных трудностей и стресс-факторов в спорте, параметров компетентности спортсмена в разнообразных областях совладающего поведения, а также методов ее развития.

Разнообразие трудностей и стрессовых ситуаций в спорте

Спортсмены на протяжении своей карьеры, начиная с юного возраста и достигая вершин спорта, вынуждены учиться совладать с большим разнообразием трудностей, с которыми они сталкиваются [27]. С самого начала карьеры источниками стресса и тревоги могут служить и переживания перед соревнованиями, и конфликты в команде или с тренером, и различные ограничения в спортивной практике, связанные с финансированием или трудностями организовать тренировки, и негативные переживания, связанные с травмами [46].

Для профессиональных зрелых спортсменов в условиях современных реалий одним из серьезных источников стресса становится давление прессы и публики [27], к основным стресс-ситуациям на важных соревнованиях можно отнести перелет и адаптацию к условиям, ожидания от своего выступления, даже предстартовые тренировки [34]. В связи с проблемой стресса активно изучается тема профессионального выгорания у спортсменов. Зачастую бывает так, что спортсмен уходит из спорта на пике своей карьеры. Постоянно возрастающие требования, повышение конкуренции, перманентное переживание стресса могут привести к физическому и эмоциональному истощению, снижению мотивации и уходу из спорта [17; 26].

Те, кто не «перегорел» и добился успеха, даже самые заслуженные чемпионы, все равно не могут рассчитывать на спокойную и размеренную жизнь. В исследовании С. Джексона изучался такой интересный момент, как трудности наиболее успешных спортсменов, а именно то, с чем вынуждены справляться те, кто выиграл Олимпийские игры. Большинство трудностей их дальнейшей карьеры связано с эмоциональной сферой: так, негативные эмоции сопровождают их тренировки и подготовку к новым стартам, им сложно поддерживать собственную мотивацию. Они ориентированы теперь только на результат, но недостаточно сфокусированы на остальном; наконец, у них происходит переоценка собственных

перспектив на дальнейших соревнованиях, а поддержка окружающих нужна им еще больше, чем прежде [18].

В спорте часто непосредственна и понятна связь между эмоциональным напряжением и результатом. В каких-то видах спорта нужна холодная и ясная голова, в других – можно отдаться эмоциональному порыву: например, считается, что в гольфе уровень стресса должен быть невысоким. Рассмотрим, какие условия плохой игры выделены из опыта спортсменов. В одном из исследований стрессоры, непосредственно влиявшие на соревновательный результат гольфистов, были объединены авторами в пять больших групп: 1) результат собственных действий (нехватка опыта и сам итог – победа или поражение); 2) ошибки технико-тактического характера; 3) счет (на него отвлекались, о нем думали); 4) оценка (например, волнение из-за того, что за игрой наблюдает много зрителей); 5) соперник (его уровень, его игра, конкретные действия) [32].

В другом исследовании при работе с университетскими командами США выявили 12 наиболее стрессовых ситуаций: 1) ответственный момент ближе к финалу соревнований («последней встрече»); 2) игра или встреча в условиях самой сильной конкуренции, где высока цена ошибки при каждом действии спортсмена; 3) критика команды или тренера во время ответственного соревнования; 4) введение спортсмена в состав команды ближе к финалу и самой конкурентной игре; 5) игра после нескольких судейских ошибок; 6) игра на чужой территории, где болельщики поддерживают соперника; 7) старт, начало игры; 8) издевательства, оскорбления со стороны соперника; 9) игра в случае, когда своя команда плохо подготовлена; 10) игра в случае, когда сам спортсмен чувствует, что плохо подготовлен; 11) ожидание начала игры в ответственном матче; 12) ожидание начала соревнований в условиях, когда что-то случилось и отвлекло внимание [13].

В любой области следует различать острый и хронический (повседневный) стресс. Острый стресс связан с переживанием какого-то важного, значимого события, такого как серьезное заболевание или травма, болезнь или смерть близкого. В спорте острый стресс может также вызвать участие в престижнейших соревнованиях, таких как чемпионат мира или Олимпиада, в то время как повседневный стресс может быть вызван переживанием обыденных событий, в том числе каждодневными тренировками. Для многих исследователей большой интерес представляет первый вид стресса, но в то же время именно хронический стресс истощает организм спортсмена, приводя к тому, что подготовленный технически и физически фаворит соревнований может неожиданно показать низкий результат, зачастую так и не поняв, что же случилось, и не найдя объяснения более внятного, чем «наверное, был не мой день».

Эффективность совладания с трудностями и стрессом в значительной мере зависит от пережитого в прошлом опыта. Так, участники и победители Олимпийских игр отмечали, что не все трудности вызывают стресс, а в основном те, которые случаются внезапно и неожиданно. По интенсивности стресса на первых местах были такие ситуации, как травма и болезнь, негативные мысли, неожиданно неудобная логистика перемещений в соревновательной зоне, проигрыш очка в

критический момент, плохая подготовка перед стартом, неуверенность в себе. Наименее стрессовыми были такие условия, как душное помещение и физическая усталость, то есть привычные атрибуты спортивной деятельности [15].

Очевидным представляется тот факт, что если спортсмен сталкивается с таким разнообразным спектром трудностей, переживаний и задач, то и его навыки преодоления стресса должны быть отточенными и разнообразными.

Распространенные в спортивной деятельности стратегии преодоления стресса и негативных эмоций

В недавней обзорной работе системно изучались подходы к определению эффективного совладающего поведения. Были выявлены три основных тренда исследований. Первый тренд ситуационный: часто считается, что эмоционально-ориентированное совладание эффективно в ситуациях одного типа, а проблемно-ориентированное – в других. Так, если проблема решаема, то есть контроль спортсмена над ситуацией высок, то эту проблему следует решать. Если же от спортсмена мало что зависит (например, погодные условия), то эффективнее будет смена отношения к происходящему, то есть эмоционально-ориентированный копинг. В качестве примера мы можем привести распространенную в практике проблему присутствия на соревнованиях друзей и родственников спортсмена. Многих это отвлекает, и вместо того чтобы решить эту несложную проблему (объяснить ситуацию и попросить близких смотреть трансляцию, чтобы не снижать концентрацию спортсмена), они предпочитают эмоционально-ориентированное поведение: постараться привыкнуть, пойти на конфликт или справиться со своим раздражением.

Другой тренд исследований определяет эффективность совладания как меру его автоматизма: более эффективен тот спортсмен, чье копинг-поведение «срабатывает» автоматически. Отчасти по этой причине многие начинающие спортсмены копируют ритуалы или рутинные действия чемпионов, которые за годы практики привыкли к автоматизмам, чтобы каждые соревнования воспринимались как нечто привычное, обыденное и не связанное с высоким уровнем стресса.

Третий тренд описывает сами стратегии поведения как эффективные и неэффективные: так, эффективностью различаются позитивные и отрицательные самоинструкции, равно как и мысли, опережающие ситуацию, и мысли, направленные на нечто постороннее. Этот системный обзор предлагает перспективы дальнейших исследований: недостаточно изучены аспекты копинга как процесса и диспозиции, методы измерения эффективности и оценки копингов; требуется расширение знаний о возрастных и гендерных особенностях совладания в спорте [33].

С чего начинается развитие стрессоустойчивости, если первые опыты спортивной деятельности в детстве обычно связаны с праздником и хорошими эмоциями? В одном исследовании изучался вопрос обучения стрессоустойчивости и то, как именно дети и подростки учатся совладанию со стрессом. Проведя

подробные интервью с 17 спортсменами, 10 родителями и 7 тренерами, авторы пришли к выводу, что подростки приобретают нужный опыт, непосредственно сталкиваясь со стресс-ситуациями, и обучаются в спорте, как и во многом другом, методом проб и ошибок. Однако при некоторых условиях – в специально выстроенной ситуации поддержки (понимающая и принимающая среда, созданная родителями и тренером) – возможен обмен опытом. В общем, информация, помогающая молодым спортсменам справиться со стрессом, эффективно передается от родителей и тренера в форме напоминаний, описания перспектив и вариантов конкретного действия, рассказа о собственном опыте, дозированного стресса (тренировочный эффект), прямых инструкций (как поступить), создания условий для неформального диалога. В то же время есть проблема воспитания независимости, которая решается каждым по-своему: иногда родители настаивают, что ребенок должен справиться сам, а не спрашивать их совета [44].

Проведя большое исследование с профессиональными спортсменами, ирландские специалисты проанализировали контекстуальную эффективность различных копинг-стратегий соревновательного периода. К числу эффективных они отнесли следующие стратегии: остановку мыслей (способность блокировать мысли о матче), переоценку (смещение фокуса с текущего действия на следующее), позитивные самоинструкции, рационализацию (ничего не произойдет даже в случае ошибки), следование рутине (просто выполнять последовательность необходимых действий и фокусироваться на них), дыхательные упражнения, техники физической релаксации и поиск поддержки. В противоположность им были выявлены и неэффективные стратегии: излишнее старание (установка и работа на наилучший результат), ускорение (слишком быстрая работа, когда нужно было спокойствие), негативные мысли и нехватка совладающей активности (когда спортсмен понимал, что ситуация развивается не так, как нужно, но не пытался ее исправить) [32].

В исследовании Р. Грэхема и П. Крокера изучались гендерные особенности совладающего поведения на большой выборке, в которую вошли футболисты, волейболисты, хоккеисты, борцы и легкоатлеты в возрасте от 15 до 30 лет. Преимущественно спортсмены использовали стратегии проблемно-ориентированного типа, такие как приложение больших усилий, планирование, решение проблем. Не было выявлено значительной разницы между мужчинами и женщинами, однако – и это общая проблема использования опросников – возможно, что мужчины и женщины примеряли свое поведение на разные ситуации, связанные со спортом. Изучив баланс положительных и отрицательных эмоций, авторы выявили связь между превалирующими положительными эмоциями и предпочтением проблемно-ориентированных копингов у спортсменов; в то же время отрицательные эмоции, мера дистресса, были связаны с неэффективными стратегиями поведения, такими как самообвинения, надежды, избегание решения проблемы и поиск поддержки [11].

Говоря о необходимости контроля и совладания с эмоциями, в первую очередь вспоминается определение уровня тревоги. Не всегда соревнования вызывают страх, значительно чаще спортсмена характеризует напряженное, беспокойное, тревожное ожидание; именно это беспокойство, или отсутствие покоя, лежит в

основе моделей активации–релаксации, предложенных в разное время Л. Харди, А.В. Алексеевым, Ю. Ханиным.

Интерес вызывает эмпирическое подтверждение модели Ю. Ханина (индивидуальная зона оптимального функционирования, IZOF), сделанное в форме кейса на примере парусных гонок. Одного из элитных спортсменов интервьюировали после двух стартов и выяснили, что в ходе неудачной гонки он понимал свои негативные эмоции, но пассивно принимал их, и ему так и не удалось найти стратегии действий, которые помогли бы ему справиться с тревогой и исправить ситуацию. В ходе гонки, в которой он выиграл, все складывалось иначе: его внимание было сфокусировано на работе, и из-за хорошей подготовленности он смог сохранять положительную установку на все происходящее, отчего контроль эмоций и действий был более эффективен, а отвлекающие моменты легче преодолевались [35]. Связь между негативными эмоциями и эффективностью совладания со стрессом была выявлена другими авторами на больших выборках [14].

В корейском исследовании, совместившем большую выборку и качественные методы (180 студентов-психологов интервьюировало 180 спортсменов национальной сборной команды) было показано, что, несмотря на разнообразие ситуаций, у каждого спортсмена все же есть предпочитаемый репертуар копинг-стратегий, в среднем 4 стратегии у каждого спортсмена. Большая их часть совпала с данными, собранными ранее Дэном Гоулдом на материале американской национальной сборной. Такой подход имеет свои ограничения; не совсем понятно, как сравнивать стрессоры и копинг-ситуации между видами спорта, особенно между индивидуальными и командными, где в разной мере выражено социальное давление, социальная поддержка и где различна цена ошибки индивидуального действия. Даже обычные ситуации воспринимаются в разных дисциплинах по-разному: так, регбист или футболист может не переживать из-за дождя, а гольфисту плохая погода легко может стоить призового места, что, разумеется, вызывает стресс [40].

В общем и целом есть мнение, что чем больше стратегий поведения известно спортсмену, тем проще ему будет выбрать адекватный способ совладания в конкретной ситуации. Поэтому многие исследования сфокусированы на большом количестве копинг-стратегий. В одной ретроспективной работе элитные легкоатлеты вспоминали свой успешный олимпийский опыт, и на материале интервью с ними исследователи составили следующий список копинг-стратегий: 1) психологическая подготовка (имагинация/визуализация, медитация, самоинструкции, позитивное мышление, ритуалы, контроль внимания, повышение уверенности в себе, помехоустойчивость и целеполагание); 2) технико-тактические тренировки (в том числе анализ действий соперника, смена ритма при циклической нагрузке, анализ тактики); 3) релаксация (в том числе массаж, сон, растяжка и специальные техники); 4) контроль состояния и контроль питания; 5) хобби; 6) молитвы; 7) социальная поддержка (тренер, друзья, семья); 8) прием субстанций [12].

Немного в стороне от привычных соревновательных и иных стрессоров лежит ситуация травмы. Она, с одной стороны, привычна и ожидаема в спорте, а с другой, ее цена может быть чрезвычайно высокой, вплоть до окончательного завершения спортивной карьеры. Поэтому травма и переживание стресса, связанного с ней, вообще достаточно часто исследуются в спортивной психологии [2]. Некоторые авторы в основном уделяют внимание эмоциональной стороне события [20; 28], другие – изучают поведение, развязавшее этот узел на жизненном пути спортсмена. Так, в работе Д. Гоулда изучались копинги спортсменов-горнолыжников, получивших травмы в конце сезона и проходивших восстановление. Исследование было организовано как лонгитюд; было выявлено, что копинг-поведение различалось у тех, кто успешно восстановился и вышел на хорошие результаты, и у «неуспешных»: восстановившиеся спортсмены учились контролировать свои мысли и эмоции, работали с визуализацией своей подготовки, были терпеливыми в длительной реабилитации; а те, кто восстановился хуже и не вернулся к высоким результатам, искали поддержку других и ориентировались на других спортсменов как на примеры для подражания. В целом на основе данных в исследовании было выявлено 140 различных копинг-стратегий! Они были сгруппированы в семь направлений: 1) погружение (в ситуацию); 2) отвлечение; 3) контроль эмоций и мыслей; 4) поиск и обращение за социальной поддержкой; 5) отстранение (избегание) и изоляция; 6) использование прошлого опыта; 7) другое. Каждое из направлений включает в себя интересные пути преодоления стресса. Например, категория погружения – это и продолжение полноценной, нормальной жизни без стигмы травмированного, и мотивация, и вера в себя, и постановка целей, и акцентированное внимание на восстановительном процессе. Исследование интересно также широкой ретроспективой ресурсов, помогавших в успешном восстановлении: это межличностные ресурсы, доступные и качественные медицинские услуги, удача, особенности среды и природа, использование пережитого в прошлом опыта травм, финансовая поддержка спортсменов [16].

Резюмируя тему копинг-стратегий, отметим вслед за авторами фундаментальной работы «Совладание и эмоции в спорте» [45], что, сколь разнообразными не представляются пути преодоления трудностей в спорте, существует несколько общих моментов, важных для науки и практики. Во-первых, копинг-стратегии могут оставаться стабильными, а могут меняться, но их эффективность зависит от прошлого опыта спортсмена, от интенсивности стресса, от ресурсов, подкрепляющих преодоление. Во-вторых, множество задач и проблем могут быть решены без специальных психологических навыков, а просто путем баланса тренировок и отдыха, своевременной договоренности с близкими, лучшего планирования, смены команды и тренера, методики тренировок и т.д. В-третьих, как было указано выше, спортсмен то и дело вынужден бороться не с внешним врагом (противник, погода, конфликт, несправедливость), а с внутренним – своей болью, тревогой, страхом и иными эмоциями. И именно эти эмоции, атрибуты дистресса, как правило, не менее вредоносны для результативности спортсмена. С ними можно совладать усилием воли или с помощью специальных приемов вроде медитации.

О том, как спортсмен справляется с собой и преодолевает себя, рассказано в следующем разделе.

Профилактика стресса и контроль эмоций: как победить или обратить на пользу тревогу

Вопрос о том, как справиться с тревогой, был в свое время подробно раскрыт классиками нашей науки Ю. Ханиным и А.В. Алексеевым. Наверное, глубокий интерес к внутреннему миру человека и его чувствам вообще свойственен русской культуре, и это справедливо не только для философии и литературы, но и для отечественного вклада в психологию спорта, признанного равно и за рубежом. По мнению Ю. Ханина, выбор копинг-стратегии спортсменом определяется совокупностью его опыта особых состояний, его личностными особенностями и обобщенным опытом. Опыт состояния переживания тревоги сохраняет воспоминания о том, насколько напряженным, нервным, неуверенным или взволнованным спортсмен был в определенной ситуации, которая воспринималась как угрожающая. Интенсивность этого переживания будет неодинаковой у различных спортсменов в одинаковой ситуации или в разных ситуациях у одного спортсмена. Второй компонент, личностные особенности – это относительно стабильный паттерн типичной эмоциональной реакции спортсмена в определенной ситуации. Тревожность как личностная черта показывает, как часто спортсмен переживает чувство повышенной тревоги, напряжение или опасения до и после соревнований. Обобщенный опыт – это информированность спортсмена о негативном или позитивном влиянии тревоги на выступление. Обобщенный опыт определяет оценку и переоценку выбранных копинг-стратегий. По мнению Ю. Ханина, крайне важным моментом является осознание спортсменом опыта как удачных, так и неудачных выступлений. Таким образом, создается обобщенный опыт. Например, спортсмен может обнаружить, что высокий уровень тревоги в определенной ситуации помог ему лучше сосредоточиться или же не оказал никакого негативного влияния. Такого рода знание приводит к позитивному пониманию чувства тревоги, которая потом интерпретируется как индикатор готовности к соревнованию. Ю. Ханнин пишет, что обобщенный опыт формируется в том случае, если спортсмен спонтанно или осознанно размышляет над факторами, приведшими к успеху или неудаче на соревнованиях [35; 36]. В связи с этим основа успешного совладания с тревогой и стрессом – это понимание их природы, ресурса энергии, связанного с ними, и тех последствий, которые сильные переживания несут спортсмену.

В контексте отношения к тревоге активно изучаются используемые спортсменами копинг-стратегии, например, репертуар профессиональных фигуристов для преодоления стресса во время тренировок и соревнований включает самоинструкции, позитивное мышление, социальную поддержку и правильное распределение времени [16; 18]. Профессиональные регбисты часто прибегают к следующим тактикам: осознанное повышение концентрации, сосредоточение на конкретной задаче и увеличение прикладываемых усилий [25]. Как обнаружили в другом исследовании [39], при встрече со стрессом спортсмены стремятся не только устранить его источник, но и совладать с ним посредством изменения своего восприятия и отношения.

Ряд авторов выявили три основных типа совладающего поведения спортсменов: первый заключается в изменении источника стресса или ситуации,

второй тип реагирования предполагает изменение личного восприятия, третий тип – это контроль симптомов или реакций, которые появились после воздействия стресса [39].

Проведенные исследования неоднократно демонстрировали пагубное влияние высокого уровня тревожности на выполнение различных видов задач. Так, в скалолазании было показано, что негативные последствия влияния стресса и тревоги проявляются в снижении продуктивности мнестических процессов, в трудностях распределения внимания и в ухудшении моторных навыков [1]. Фраза «страх словно сковал» является не только красивым оборотом, но и фактически отражает суть влияния высокого уровня тревожности на моторные навыки: они становятся менее эффективными, энергии затрачивается больше, и все это ведет к снижению успешности выступления. Возможным объяснением может быть тот факт, что при тревоге наблюдается регресс простых моторных навыков, движения становятся неавтоматизированными. Это было подтверждено в исследованиях голландской научной группы [42]. Авторы обратились к понятию геометрического индекса энтропии, которое в скалолазании определяется как плавность траектории движения в процессе переноса центра тяжести по мере преодоления трассы. По мнению ряда авторов, существует прямая корреляция между плавностью траектории и профессионализмом спортсмена. С помощью этого индекса можно выявить изменения в движениях, возникающие при тревоге. Более опытные скалолазы демонстрируют более ровную форму траектории движений и, следовательно, более низкий индекс. В результате исследования авторами было продемонстрировано, что высокие показатели тревожности сопровождались более длительным прохождением дистанции, и связано это с тем, что из-за повышенного чувства тревоги, наблюдается временный регресс моторных навыков, принадлежащих более низким и ранним ступеням их развития [41].

Другим направлением в изучении влияния тревоги на выступление, является исследование связи волнения с когнитивными функциями (теория продуктивности обработки информации РЕТ – Processing Efficiency Theory). Когнитивная тревога имеет два основных аспекта. Первый заключается в том, что беспокойство расходует ограниченные ресурсы внимания, которые составляют важный компонент рабочей памяти, вследствие чего отмечаются трудности в решении задач. Второй аспект предполагает, что возрастающая мотивация может снизить неблагоприятный эффект состояния тревоги, способствуя увеличению эффективности прикладываемых усилий и воодушевлению, и тем самым позволяя сохранить определенный уровень работоспособности [10]. В связи со вниманием и концентрацией широко обсуждается «choking», или шоковый механизм, когда стресс и высокий уровень тревожности спортсмена сужают фокус внимания, тем самым ухудшая качество работы спортсмена, что влечет за собой риск травмы и дополнительный стресс. Как правило, шоковый механизм запускается скачком стресса, связанного со страхом (срыва, травмы, поражения на соревнованиях) и гиперответственностью спортсмена. Стресс негативно влияет на сердечный ритм и дыхание, мышечный тонус и координацию, а также на внимание: спортсмен переключается на узкий фокус и, пропуская релевантную информацию, начинает действовать необдуманно и стереотипно. Следствие сужения внимания и шока –

замедление действий, раскоординированность и утомление мышц, раздражение и иные негативные реакции на неудачу и стресс. Необходимость преодолевать шоковый механизм не вызывает сомнений [9].

Поисковые работы в этой области провели в Нидерландах с участием скалолазов-любителей. Для определения уровня тревожности использовались шкала тревожности Ч. Спилбергера (STAI), опросник «Термометр тревожности» и пульсометр. На высоких участках уровень тревожности спортсмена был выше, чем на низком траверсе; время, затрачиваемое на выполняемые движения, было дольше; время прохождения трассы также увеличивалось. Наконец, при высоком уровне тревожности количественные показатели глазодвигательной активности оказались схожи с движениями замедлившихся спортсменов: фиксации взора были продолжительными и залипающими. Таким образом, спортсмен в условиях тревоги лезет медленнее, тратит больше сил и энергии на перемещение и бóльший ресурс внимания при просмотре, чем в условиях низкого уровня тревоги [36]. Те же авторы предприняли шаги для изучения возможности снижения стрессовых реакций во время выступления. Было показано, что спортсмены, тренировавшиеся в условиях невысокого стресса, не показали снижение результатов в выступлении в условиях экстремальной тревоги, в отличие от группы, тренировавшейся в обычном режиме. То есть можно говорить о пользе своеобразной «стресс-гомеопатии» в тренировочном процессе [38].

И все же как может тревога быть полезной, если большинство исследователей и спортсменов ищет способы ее нейтрализовать? Одной из популярных теорий влияния тревоги на выступление спортсмена, является модель катастрофы, предложенная Л. Харди для разъяснения противоречивых данных о соотношении тревоги и выступления. Модель основана на понимании тревоги как комплексного конструкта, объединяющего когнитивный компонент (негативные ожидания и опасения по поводу себя, сложившейся ситуации и возможных последствий) и физиологическое возбуждение (физиологические реакции организма на ситуацию тревоги). Данная модель предполагает наличие четырех видов отношения между такими понятиями, как когнитивная тревога, физиологическое возбуждение и выступление. Высокий уровень когнитивной тревоги ведет к улучшению результата, если физиологическое возбуждение находится на невысоком уровне. Если физиологическое возбуждение имеет место при наличии когнитивной тревоги, будет отмечаться снижение результативности выступления. Если когнитивная тревога невысока, то физиологическое возбуждение связано с физической активностью подобно перевернутой «U»: при возрастании уровня возбуждения результаты спортсмена улучшаются, но, как только он подходит к определенной точке индивидуального максимума, дальнейшее увеличение возбуждения ведет к снижению результативности. Наконец, при сильной тревоге увеличение уровня возбуждения приводит к катастрофе: происходит быстрое снижение уровня физической активности [24].

Ю. Ханиным была предложена другая модель, IZOF, или индивидуальная зона оптимального функционирования, в которой предполагается, что у каждого спортсмена есть оптимальная зона тревоги, находясь в которой он показывает свои

лучшие результаты. Согласно данной теории, одним спортсменам для достижения наилучших результатов необходим высокий уровень возбуждения, другим – умеренный уровень, а третьим нужно состояние покоя и расслабления [7]. Схожей моделью является и ОБС, или оптимальное боевое состояние, предложенное А.В. Алексеевым.

Очевидно, рассматривать тревожность только как ухудшающий выступление фактор было бы неверным: одному спортсмену беспокойство и возбуждение покажутся приятными (драйв), другому – будут только мешать. Таким образом, важны личностный аспект и интерпретация уровня возбуждения. Кроме того, важно рассматривать состояние тревоги как комплексное образование, состоящее из нескольких составляющих (подобно подходу когнитивно-бихевиоральной терапии, где эмоция идет в связке с автоматической мыслью и приводит к действию). Именно в этой дифференцированной оценке тревожного состояния и лежит успех в преодолении стресса, связанного с негативными эмоциями. Раскроем подробнее основные выученные тактики и приемы совладания с собой в спорте.

Как было показано ранее, многие спортсмены, справляясь с тревогой, прибегали к техникам имагинации, или визуализации. Имагинация как профилактика стресса описана достаточно подробно в работах Т. Моррис и соавторов [30]. Имагинация в спорте – это создание мысленного спортивного опыта с целью повышения результативности и улучшения выступления. В одном из многочисленных исследований этой области оценивались уровень стресса, вера в себя и результат выступления среди начинающих спортсменов. Члены контрольной группы выполняли простые физические упражнения, в то время как экспериментальная группа дополнительно использовала имагинацию. В результате было выявлено, что результаты в обеих группах не отличаются, однако во второй группе наблюдались значительно более низкий уровень стресса и более высокий уровень веры в себя [19].

Эти данные соотносятся с другим исследованием, которое показало, что использование имагинации способствует лучшему обучению и результативности на соревнованиях, а также поддерживает на должном уровне уверенность в себе [31].

В большинстве работ разрозненно или в формате комплексной интервенции даны следующие методы эффективной работы с тревогой и регуляции эмоционального состояния [22]: как правило, наряду с имагинацией спортсменам и тренерам рекомендуется повысить компетентность в области двух ключевых ментальных навыков – самоинструкций (positive self-talk) и саморегуляции (self-regulation).

Так, понимание своего состояния, чуткость к уровню страха, тревоги и гнева – это основной залог успеха в преодолении негативных последствий тревоги. Владеющий техниками релаксации и активации, а также располагающий действенными самоинструкциями спортсмен в большой мере автономен и может, не обращаясь за социальной поддержкой и не избегая трудной ситуации, показать хороший результат и извлечь конструктивный опыт даже после поражения.

Заключение

В данной статье мы постарались обобщить результаты актуальных исследований в области стресса, тревоги и преодоления трудностей в спорте. Не вызывает сомнений, что эта тема неоднозначна и неоднородна. В различных видах спорта и на разных этапах мастерства спортсмены сталкиваются с широким спектром трудностей и препятствий: переживают за себя, опасаются внешней критики своих действий и силы противника, боятся подвести команду, тренера и страну, устают от спорта и выгорают эмоционально, корят себя за поражение, беспокоятся перед соревнованиями, отчаиваются, получив травму. Пережив множество трудностей и победив себя, многие из них становятся необыкновенно стойкими, закаленными людьми, готовыми к риску и выходу за пределы комфортной зоны.

На настоящий момент зарубежная и отечественная спортивная психология располагает множеством приемов и методов того, как оценить стресс, как повлиять на то, чтобы он легче переживался и меньше мешал спортсмену, как обратить на пользу состояние тревожного возбуждения, которое многим представляется неприятным и нежелательным. Анализ работ говорит нам о том, что 1990–2000-е годы стали подлинным золотым веком в плане изучения и понимания совладающего поведения в спорте. В то же время эта тема остается в высшей мере актуальной.

Во-первых, ее актуальность не снижается, так как из года в год появляются новые стресс-факторы. Достаточно вспомнить обусловленную политической ситуацией дисквалификацию множества спортсменов за применение препаратов, объявленных запрещенными. Подобный неожиданный удар по карьере может стать стимулирующим для одних и роковым – для других.

Во-вторых, передовая психология спорта всегда была и остается междисциплинарной областью, интегрирующей знания из медицины, психологии, психотерапии и физиологии. Регулярно выходят новые исследования, и инструментальный арсенал практиков пополняется новыми методами, поэтому своеобразное подведение итогов определенного момента развития нашей науки – только шаг на пути к ее дальнейшему расцвету.

В-третьих, психология спорта динамично и быстро развивается, и трудно усомниться в том, что ее достижения актуальны и для смежных областей: клинической науки и психологии здоровья, повседневной жизни, межличностных отношений и комфортной жизненной среды.

Поставленные цели и задачи данной статьи (выявление и описание основных трудностей и стресс-факторов в спорте, параметров компетентности спортсмена в разнообразных областях совладающего поведения, а также методов ее развития) выполнены. Однако нельзя не сказать, что, в отличие от строгой и в достаточной мере формализованной диагностики стресса и совладания, коррекционная, методическая и образовательная практики по-прежнему разрознены и

фрагментарны [3]. Обмен опытом с зарубежными и отечественными коллегами дает авторам основания полагать, что стиль повышения стресс-компетентности спортсмена разнится от школы к школе, и процесс освоения новых практических приемов пока не имеет видимого ограничения. В работу практиков интегрируются новые, новейшие и даже архаичные практики, и эффективность их применения определяется соревновательными успехами спортсменов всего просвещенного мира.

Литература

1. Бочавер К.А., Довжик Л.М., Тер-Минасян А.А. К вопросу о концентрации внимания в спортивном скалолазании // Спортивный психолог. 2015. Т. 36. №1. С. 55–61.
2. Бочавер К.А., Довжик Л.М. Преодоление профессиональными спортсменами стресса, связанного с травмой / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко // Человек, субъект, личность в современной психологии материалы Международной научной конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. С. 554–557.
3. Бочавер К.А., Довжик Л.М. Совладающее поведение в профессиональном спорте: феноменология и диагностика [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 1–18. doi:10.17759/cpse.2016050101 (дата обращения: 26.05.2016).
4. Журавлев А.Л., Крюкова Т.Л., Сергиенко Е.А. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы. М.: Институт психологии РАН, 2008. 57 с.
5. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов / Под ред. Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой, А.Я. Вукс. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. 38 с.
6. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 5. С. 20–30.
7. Стресс и тревога в спорте: Международный сборник научных статей. / Под ред. Ю.Л. Ханина. М.: Физкультура и спорт, 1983. 288 с.
8. Ampofo-Boateng K., et al. Mental and coping strategies used by Malaysian elite mountain climbers to climb Mount Everest // Research Reports. Institute of Research, Development and Commercialization. Shah Alam: Universiti Teknologi MARA. 2009. 120 p.
9. Beilock S.L., Gray R. Why Do Athletes Choke Under Pressure? / G. Tenenbaum, R.C. Eklund (eds.) // Handbook of Sport Psychology, 3rd ed. NJ: John Wiley&Sons, Inc, 2007. Pp. 425–444.
10. Causer J., Holmes P.S. Smith N.C., Williams A.M. Anxiety, movement kinematics, and visual attention in elite-level performers // Emotion. 2011. Vol. 11. № 3. Pp. 595–602.

11. *Crocker P., Graham R.* Coping by competitive athletes with performance stress: Gender differences and relationships with affect // *Sport Psychologist*. 1995. Vol. 9. Pp. 338.
12. *Dale G.A., et al.* Distractions and coping strategies of elite decathletes during their most memorable performances // *Sport psychologist*. 2000. Vol. 14. №. 1. Pp. 17–41.
13. *Giacobbi Jr.P.R., et al.* An examination of coping in sport: individual trait anxiety differences and situational consistency // *Sport Psychologist*. 2000. Vol. 14. №. 1. Pp. 42–62.
14. *Gaudreau P., Blondin J.P.* Different athletes cope differently during a sport competition: A cluster analysis of coping // *Personality and Individual Differences*. 2004. Vol. 36. № 8. Pp. 1865–1877.
15. *Gordon S.* Expected and unexpected stressors in major international competition: Appraisal, coping, and performance // *Sport psychologist*. 2002. Vol. 16. Pp. 20–33.
16. *Gould D., et al.* Coping with season-ending injuries // *Sport Psychologist*. 1997. Vol. 11. № 4. Pp. 379–399.
17. *Gustafsson H.* Burnout in competitive and elite athletes. Unpublished Doctoral Dissertation. Örebro: Örebro universitets bibliotek, 2007. 134 p.
18. *Jackson S.A., et al.* Life after winning gold: II. Coping with change as an Olympic gold medallist // *Sport Psychologist*. 1998. Vol. 12. №. 2. Pp. 137–155.
19. *Jones M.V., Mace R.D., Bray S.R., MacRae A.W., Stockbridge C.* The impact of motivational imagery on the emotional state and self-efficacy levels of novice climbers // *Journal of Sport Behavior*. 2002. Vol. 25. Pp. 57–73.
20. *Hagger M.S., et al.* Injury Representations, Coping, Emotions, and Functional Outcomes in Athletes With Sports-Related Injuries: A Test of Self-Regulation Theory1 // *Journal of Applied Social Psychology*. 2005. Vol. 35. №. 11. Pp. 2345–2374.
21. *Hanin Y.L.* From Anxiety to Performance-Related Emotions in Top-level Sport. An invited keynote. Annual STAR-30 Conference Proceedings. Budapest, Hungary. (In press).
22. *Hanton S., Fletcher D., Coughlan G.* Stress in Elite Sport Performers: a Comparative Study of Competitive and Organizational Stressors // *Journal of Sports Sciences*. 2005. Vol. 23. №. 10. Pp. 1129–1141.
23. *Hardy L., Beattie S., Woodman T.* Anxiety-Induced Performance Catastrophes: Investigating Effort Required as an Asymmetry Factor / *British Journal of Psychology*. 2007. Vol. 98. Pp. 15–31.
24. *Hardy L.* A catastrophe model of performance in sport / J.G. Jones, Hardy L. (Eds.) // *Stress and Performance in Sport*. Chichester: John Wiley, 1990. Pp. 81–106.
25. *Holt N.L.* Coping in Professional Sport: A Case Study of an Experienced Cricket Player // *Athletic Insight*. 2003. Vol. 5. № 1. 11 p.

26. *Kallus K.W., Kellmann M.* Burnout in Athletes and Coaches / Y.L. Hanin (Ed.) // Emotions in sport. Champaign, IL: Human Kinetics, 2000. Pp. 209–230.

27. *Kristiansen E.* Perception of and Coping with Organizational and Media Stress in Elite Sport: Does The Coach Matter? PhD thesis. Oslo, Norway: Norwegian School of Sports Science, 2011. URL: http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_18223 (дата обращения 12.04.2016).

28. *Manuel J.C., et al.* Coping with Sports Injuries: an Examination of the Adolescent Athlete // Journal of Adolescent Health. 2002. Vol. 31. №. 5. Pp. 391–393.

29. *McGrath D., Ellison J.* Vertical Mind: Psychological Approaches for Optimal Rock Climbing. Boulder: Sharp End Publishing, 2014. 274 p.

30. *Morris T., Spittle M., Watt A.P.* Technical Aids to Imagery / Morris T., Spittle M., Watt A.P. (Eds.) // Imagery in Sport. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005. Pp. 237–266.

31. *Murphy S.M., Nordin S.M., Cumming J.* Imagery in Sport, Exercise and Dance / T. Horn (Ed.) // Advances in Sport Psychology, 3rd ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 2008. Pp. 297–324.

32. *Nicholls A.R., et al.* A Phenomenological Analysis of Coping Effectiveness in Golf // The Sport psychologist. 2005. Vol. 19. №. 2. Pp. 111–130.

33. *Nicholls A.R., Polman R.C.* Coping in sport: A systematic review // Journal of sports sciences. 2007. Vol. 25. №. 1. Pp. 11–31.

34. *Nicholls A.R., Holt N.L., Polman R.C., et al.* Stressors, Coping, and Coping Effectiveness Among Professional Rugby Union Players // The Sport Psychologist. 2006. Vol. 20. № 3. Pp. 314–329.

35. *Nieuwenhuys A., Hanin Y.L., Bakker F.C.* Performance-Related Experiences and Coping During Races: a Case of an Elite Sailor // Psychology of Sport and Exercise. 2008. Vol. 99. Pp. 61–76.

36. *Nieuwenhuys A., Pijpers J.R., Oudejans R.R., Bakker F.C.* The Influence of Anxiety on Visual Attention in Climbing // Journal of Sport and Exercise Psychology. 2008. Vol. 30. № 2. Pp. 171–185.

37. *Nieuwenhuys A., Vos L., Pijpstra S., Bakker F.C.* Meta Experiences and Coping Effectiveness in Sport // Psychology of Sport and Exercise. 2010. Vol. 112. Pp. 135–143.

38. *Oudejans R.R., Pijpers J.R.* Training with Mild Anxiety May Prevent Choking Under Higher Levels of Anxiety // Psychology of Sport and Exercise. 2010, Vol. 11. Pp. 44–50. doi: 10.1016/j.psychsport.2009.05.002 (дата обращения 12.04.2016).

39. *O'Neil J.W., Steyn B.J.* Strategies Used by South African Non-Elite Athletes to Cope with the Environmental Stressors Associated with Endurance Events // South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation. 2007. Vol. 29. № 2. Pp. 99–107.

Довжик Л.М., Бочавер К.А. Эффективное совладающее поведение в спорте: что выводит из равновесия и как его снова обрести
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 1–22.

Dovzhik, L.M., Bochaver, K.A. Efficient Coping Behavior in Sport: What Disturbs Our Equanimity and How to Gain It Back
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 1–22.

40. *Park J.K. Coping Strategies Used by Korean National Athletes // Sport Psychologist. 2000. Vol. 14. №. 1. Pp. 63–80.*

41. *Pijpers J.R., Bakker F.C., Oudejans R.R., Boschker M.S. Anxiety and Fluency of Movements in Climbing. Amsterdam: Institute for Fundamental and Clinical Human Movement Sciences, VrijeUniversiteit, 2001. Pp. 133–135.*

42. *Pijpers J.R., Oudejans R.R., Holsheimer F., Bakker F.C. Anxiety Performance Relationships in Climbing: a Process-Oriented Approach // Psychology of Sport and Exercise. 2003. № 4. Pp. 283–304. doi: 10.1016/S1469-0292(02)00010-9 (дата обращения 06.04.2016).*

43. *Smith R.E., Schultz J.T., Smoll F., Placek J.T. Development and Validation of a Multidimensional Measure of Sport-Specific Psychological Skill: The Athletic Coping Skill Inventory-28 // Journal of Sport and Exercise Psychology. 1995. Vol. 17. Pp. 379–398.*

44. *Tamminen K.A., Holt N.L. Adolescent Athletes' Learning about Coping and the Roles of Parents and Coaches // Psychology of Sport and Exercise. 2012. Vol. 13. № 1. Pp. 69–79.*

45. *Thatcher J., Jones M., Lavalley D. Coping and Emotion in Sport / J. Thatcher, M. Jones, D. Lavalley (eds.). Oxford: Routledge, 2011. 248 p.*

46. *Woodman T., Hardy L. A Case Study of Organizational Stress in Elite Sport // Journal of Applied Sport Psychology. 2001. Vol. 13. № 2. Pp. 207–238.*

Efficient Coping Behavior in Sport: What Disturbs Our Equanimity and How to Gain It Back

Dovzhik, L.M.,

psychologist, graduate student, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, lydia.dovzhik@gmail.com

Bochaver, K.A.,

PhD (Psychology), assistant professor, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia konstantin.bochaver@gmail.com

Every athlete has to achieve permanent victories on the «domestic front» of coping with difficulties and self-overcoming if he or she wants to win the sport competitions regularly. Extreme muscle loading, excitement, anxiety, and stress become a habitual routine for many athletes. It is an important applied goal of sport psychology to transfer their skills to other people who need them, for example to workers who perform under pressure or different people who set goals and have to achieve them. Current paper is devoted to research what ways and resources are selected by professional athletes of different sports and ages to cope successfully with stress and negative emotions. We consider what is the difference between coping with stress and maintaining the equanimity. It describes the variety of methods and strategies that can improve the efficiency of the athlete's performance make him or her more resistant and «tough». Also the problem of experience is solved: how athletes learn to cope with difficulties, how they choose the best way to behave, which resources reinforce them.

Keywords: anxiety, choking, competitions, coping behavior, coping with adversity, high performance, injury, mental preparation, methodology, performance under pressure, physical activity, psychology of sport and exercise, sport, sport psychology, stress.

References

1. Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M., Ter-Minasjan A.A. K voprosu o koncentracii vnimanija v sportivnom skalolazanii [The Issue of Attention Concentration in Sport Climbing]. *Sportivnyj psiholog [Sport Psychologist]*, 2015, vol. 36, no. 1, pp. 55–61.

2. Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M. Preodolenie professional'nyimi sportsmenami stressa, svjazannogo s travmoj [Overcoming Professional Athletes Stress Associated with Trauma] / A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko (eds.). *Chelovek, sub'ekt, lichnost' v sovremennoj psihologii materialy Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii, posvjashhennoj 80-letiju A.V. Brushlinskogo*. – Moscow: Publ. Institut psihologii RAN, 2013, pp. 554–557.

3. Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M. Sovladajushhee povedenie v professional'nom sporte: fenomenologija i diagnostika [Coping Behavior in Professional Sport: Phenomenology and Diagnostics] *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 1–18. doi:10.17759 (Accessed 26.05.2016).
4. Zhuravlev, A.L., Krjukova, T.L., Sergienko, E.A. Sovladajushhee povedenie: Sovremennoe sostojanie i perspektivy [Coping behavior: a Modern Condition and Perspective]. Moscow: Publ. Institut psihologii RAN, 2008, 57 p.
5. Metodika psihologicheskoj diagnostiki sposobov sovladanija so stressovymi i problemnymi dlja lichnosti situacijami: posobie dlja vrachej i med.psihologov [Methods of Psychological Diagnostics of Coping with Stressful and Problematic for the Individual Situations: A Handbook for Physicians and Medical Psychologists] / L.I. Vasserman, B.V. Iovlev, E.R. Isaeva, E.A. Trifonova, O.Ju. Shhelkova, M.Ju. Novozhilova, A.Ja.Vuks. St. Petersburg: Publ. NIPNI im. V.M.Bekhtereva, 2009, 38 p.
6. Nartova-Bochaver, S.K. "Coping behavior" v sisteme ponjatij psihologii lichnosti ["Coping Behavior" in the System of Concepts of Psychology of Personality] *Psihologicheskij Zhurnal [Psychological Journal]*, 1997, vol. 18, no. 5, pp. 20–30.
7. Stress i trevoga v sporte: Mezhdunarodnyj sbornik nauchnyh statej [Stress and Anxiety in Sport: International Collection of Scientific Articles] / Ju.L. Hanin [ed.]. Moscow: Fizkul'tura i sport, 1983, 288 p.
8. Ampofo-Boateng, K., et al. Mental and Coping Strategies Used by Malaysian Elite Mountain Climbers to Climb Mount Everest. Research Reports. Institute of Research, Development and Commercialization, Universiti Teknologi MARA, Shah Alam, 2009, 120 p.
9. Beilock, S.L., Gray, R. Why Do Athletes Choke Under Pressure?/ G. Tenenbaum, R.C. Eklund (eds.). *Handbook of Sport Psychology*, 3rd ed, NJ: John Wiley&Sons, Inc, 2007, pp. 425–444.
10. Causer, J., Holmes, P.S. Smith, N.C., Williams, A.M. Anxiety, Movement Kinematics, and Visual Attention in Elite-Level Performers. *Emotion*, 2011, vol. 11, no 3, pp. 595–602.
11. Crocker, P., Graham, R. Coping by Competitive Athletes with Performance Stress: Gender Differences and Relationships with Affect. *Sport Psychologist*. 1995, vol. 9, p. 338.
12. Dale, G.A., et al. Distractions and Coping Strategies of Elite Decathletes During Their Most Memorable Performances. *Sport psychologist*, 2000, vol. 14, no. 1, pp. 17–41.
13. Giacobbi, Jr.P.R., et al. An Examination of Coping in Sport: Individual Trait Anxiety Differences and Situational Consistency. *Sport Psychologist*, 2000, vol. 14. no. 1, pp. 42–62.
14. Gaudreau, P., Blondin, J.P. Different Athletes Cope Differently during a Sport Competition: a Cluster Analysis of Coping. *Personality and Individual Differences*, 2004, vol. 36, no 8, pp. 1865–1877.

15. Gordon, S. Expected and Unexpected Stressors in Major International Competition: Appraisal, Coping, and Performance. *Sport psychologist*, 2002, vol. 16, pp. 20–33.
16. Gould, D., et al. Coping with Season-Ending Injuries. *Sport Psychologist*, 1997, vol. 11, no 4, pp. 379–399.
17. Gustafsson, H. Burnout in Competitive and Elite Athletes. Unpublished Doctoral Dissertation, Örebro: Örebro universitetsbibliotek, 2007. 134 p.
18. Jackson, S.A., et al. Life after winning gold: II. Coping with Change as an Olympic Gold Medallist. *Sport Psychologist*, 1998, vol. 12, no. 2, pp. 137–155.
19. Jones, M.V., Mace, R.D., Bray, S.R., MacRae, A.W., Stockbridge, C. The Impact of Motivational Imagery on the Emotional State and Self-Efficacy Levels of Novice Climbers. *Journal of Sport Behavior*, 2002, vol. 25, pp. 57–73.
20. Hagger, M.S., et al. Injury Representations, Coping, Emotions, and Functional Outcomes in Athletes with Sports-Related Injuries: A Test of Self-Regulation Theory 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 2005, vol. 35, no. 11, pp. 2345–2374.
21. Hanin, Y.L. From Anxiety to Performance-Related Emotions in Top-level Sport. An Invited Keynote. *Annual STAR-30 Conference Proceedings*. Budapest, Hungary. (In press).
22. Hanton, S., Fletcher, D., Coughlan G. Stress in Elite Sport Performers: a Comparative Study of Competitive and Organizational Stressors. *Journal of Sports Sciences*, 2005., vol. 23, no. 10, pp. 1129–1141.
23. Hardy, L., Beattie, S., Woodman, T. Anxiety-Induced Performance Catastrophes: Investigating Effort Required as an Asymmetry Factor. *British Journal of Psychology*, 2007, vol. 98, pp. 15–31.
24. Hardy, L. A Catastrophe Model of Performance in Sport / J.G. Jones, Hardy L. (Eds.) *Stress and Performance in Sport*. Chichester: John Wiley, 1990, pp. 81–106.
25. Holt, N.L. Coping in Professional Sport: a Case Study of an Experienced Cricket Player. *Athletic Insight*, 2003, vol. 5, no 1. 11 p.
26. Kallus, K.W., Kellmann, M. Burnout in Athletes and Coaches / Y.L. Hanin (Ed.) *Emotions in sport*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2000, pp. 209–230.
27. Kristiansen, E. Perception of and Coping with Organizational and Media Stress in Elite Sport: Does The Coach Matter? PhD thesis. Oslo, Norway: Norwegian School of Sports Science, 2011. URL: http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_18223 (Accessed 12.04.2016).
28. Manuel, J.C., et al. Coping with Sports Injuries: an Examination of the Adolescent Athlete. *Journal of Adolescent Health*, 2002, vol. 31, no. 5, pp. 391–393.

29. McGrath, D., Ellison, J. *Vertical Mind: Psychological Approaches for Optimal Rock Climbing*. Boulder: Sharp End Publishing, 2014. 274 p.
30. Morris, T., Spittle, M., Watt, A.P. Technical Aids to Imagery/ T. Morris, M. Spittle, A.P. Watt (Eds.). *Imagery in Sport*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005, pp. 237–266.
31. Murphy, S.M., Nordin, S.M., Cumming J. Imagery in Sport, Exercise and Dance / T. Horn (Ed.). *Advances in Sport Psychology, 3rd ed.* Champaign, IL: Human Kinetics, 2008, pp. 297–324.
32. Nicholls, A.R., et al. A Phenomenological Analysis of Coping Effectiveness in Golf. *The Sport Psychologist*, 2005, vol. 19, no. 2, pp. 111–130.
33. Nicholls, A.R., Polman R.C. Coping in Sport: a Systematic Review. *Journal of Sports Sciences*, 2007, vol. 25, no. 1, pp. 11–31.
34. Nicholls, A.R., Holt, N.L., Polman, R.C., et al. Stressors, Coping, and Coping Effectiveness Among Professional Rugby Union Players. *The Sport Psychologist*, 2006, vol. 20, no. 3, pp. 314–329.
35. Nieuwenhuys, A., Hanin, Y.L., Bakker, F.C. Performance-Related Experiences and Coping During Races: a Case of an Elite Sailor. *Psychology of Sport and Exercise*, 2008, vol. 9, pp. 61–76.
36. Nieuwenhuys, A., Pijpers, J.R., Oudejans, R.R., Bakker, F.C. The Influence of Anxiety on Visual Attention in Climbing. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2008, vol. 30, no. 2, pp. 171–185.
37. Nieuwenhuys, A., Vos, L., Pijpstra, S., Bakker, F.C. Meta Experiences and Coping Effectiveness in Sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 2010, vol. 11, pp. 135–143.
38. Oudejans, R.R., Pijpers, J.R. Training with Mild Anxiety May Prevent Choking Under Higher Levels of Anxiety. *Psychology of Sport and Exercise*, 2010, vol. 11, pp. 44–50. doi: 10.1016/j.psychsport. 2009.05.002. (Accessed 12.04.2016).
39. O'Neil, J.W., Steyn, B.J. Strategies Used by South African Non-Elite Athletes to Cope with the Environmental Stressors Associated with Endurance Events. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 2007, vol. 29, no. 2, pp. 99–107.
40. Park, J.K. Coping Strategies Used by Korean National Athletes. *Sport Psychologist*, 2000, vol. 14, no. 1, pp. 63–80.
41. Pijpers, J.R., Bakker, F.C., Oudejans, R.R., Boschker, M.S. Anxiety and Fluency of Movements in Climbing. Amsterdam: Institute for Fundamental and Clinical Human Movement Sciences, Vrije Universiteit, 2001, pp. 133–135.
42. Pijpers, J.R., Oudejans, R.R., Holsheimer, F., Bakker, F.C. Anxiety Performance Relationships in Climbing: a Process-Oriented Approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 2003, no. 4, pp. 283–304. doi: 10.1016/S1469-0292(02) (Accessed 06.04.2016).

Довжик Л.М., Бочавер К.А. Эффективное совладающее поведение в спорте: что выводит из равновесия и как его снова обрести
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 1–22.

Dovzhik, L.M., Bochaver, K.A. Efficient Coping Behavior in Sport: What Disturbs Our Equanimity and How to Gain It Back
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 1–22.

43. Smith, R.E., Schultz, J.T., Smoll, F., Placek, J.T. Development and Validation of a Multidimensional Measure of Sport-Specific Psychological Skill: The Athletic Coping Skill Inventory-28. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1995, vol. 17, pp. 379–398.

44. Tamminen, K.A., Holt, N.L. Adolescent Athletes' Learning about Coping and the Roles of Parents and Coaches. *Psychology of Sport and Exercise*, 2012, vol. 13, no. 1, pp. 69–79.

45. Thatcher, J., Jones, M., Lavalley, D. Coping and Emotion in Sport. Oxford: Routledge, 2011. 248 p.

46. Woodman, T., Hardy, L. A Case Study of Organizational Stress in Elite Sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2001, vol. 13, no. 2, pp. 207–238.

Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента¹

Махаматова А.Ф.,

старший лаборант кафедры социальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, a.makhamatova@gmail.com

В данной статье представлен анализ зарубежной литературы, рассматривающей взаимоотношения врача и пациента в качестве социально-психологического фактора, который влияет на различные показатели лечения и медицинского ухода при ВИЧ-инфекции. В то время как одни исследователи выявили связь между отношениями «врач–пациент» и пропуском посещений клиники, соблюдением предписаний врача (приверженностью антиретровирусной терапии), использованием диагностических услуг и продолжительностью госпитализаций, другие ученые такой связи не обнаружили. В целом изучение отношений «врач–пациент» сопряжено с рядом методологических сложностей, таких как точность и валидность используемых шкал, что в свою очередь указывает на необходимость дальнейших теоретических и эмпирических исследований в данной области. Статья может представлять интерес как для исследователей в сфере социологии и социальной психологии здоровья, так и для практиков, а также специалистов, разрабатывающих профилактические программы для людей, живущих с ВИЧ.

Ключевые слова: инфекционные заболевания, психология здоровья, поведение в сфере здоровья, приверженность, ВИЧ, ВААРТ, люди, живущие с ВИЧ, отношения «врач–пациент».

Для цитаты:

Махаматова А.Ф. Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 23–32. doi: 10.17759/psyclin.2016050202

¹ Работа выполнена при поддержке гранта СПбГУ в рамках научно-исследовательской работы № НИД 8.38.289.2014 «Психологический подход в преодолении негативистических установок отдельных групп населения к мерам профилактики опасных инфекционных заболеваний» (реализуется факультетом психологии СПбГУ, финансируется из средств федерального бюджета, выделенных СПбГУ).

For citation:

Makhamatova, A.F. The Problem of Relationships Between Doctor and HIV-Infected Patient [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 23–32. doi: 10.17759/psycljn.2016050202 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента на сегодняшний день весьма актуальна и интересует исследователей по многим причинам. Во-первых, «врач–пациент» отношения влияют на такие важные показатели, как: поддержание пациентом приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), то есть соблюдение режима приема препаратов; удовлетворенность медицинскими услугами; удержание больных под наблюдением у специалистов; общие установки больных по отношению к лечению и профилактике и прочие. Во-вторых, отношения врача и пациента – это показатель, поддающийся некоторому контролю. Врача можно обучить строить более эффективные отношения с пациентом, и такое обучение, скорее всего, будет для государства экономически более выгодным, чем отсутствие борьбы с плохим взаимодействием медицинского специалиста и больного.

Количественные исследования взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента

Анализ литературы показывает, что взаимоотношения врача и пациента имеют разные последствия. Результаты систематического обзора 40 исследований свидетельствуют о том, что одни показатели лечения и ухода (например, количество посещений, бóльший вес ребенка при рождении, частота повышенного давления) улучшаются при наличии позитивных отношений между врачом и пациентом, в то время как другие (например, частота иммунизации, маммографии, скрининга кровяного давления, осложнения при диабете, продолжительность госпитализаций) – ухудшаются или не изменяются [11]. Другой систематический обзор продемонстрировал связь отношений доктора и пациента с удовлетворенностью лечением [10]. Недавнее исследование в Великобритании показало связь качества «врач–пациент» отношений с количеством консультаций с одним и тем же лечащим специалистом [9]. Стоит отметить, что эти исследования проводились среди различных групп населения, в том числе здоровых людей (например, среди беременных женщин), поэтому их выводы не всегда можно экстраполировать на популяцию ВИЧ-инфицированных пациентов.

И все же неоднородность результатов характерна и для исследований приверженности к антиретровирусной терапии, где в расчет принимаются «врач–пациент» отношения. Так, например, четыре исследования различных популяций людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), не выявили статистической связи между оценками отношений медицинского специалиста и пациента и показателями приверженности [2; 3; 4; 13].

Рассмотрим подробнее исследования, в которых такая связь была найдена. В исследовании, охватившем 707 ЛЖВ из 7 различных регионов США, отношения между пациентом и врачом операционализировались как взаимоотношения, предполагающие доступ к медицинскому специалисту, информирование, вовлечение пациента в принятие решений и уход за собой, уважение и поддержку врачом решений пациента и, наконец, помощь в разрешении затруднений больного. Отношения измерялись по разработанной авторами шкале, включающей 13 вопросов с 4-балльной оценкой (1 балл соответствовал согласию с утверждением «всегда», 4 – «никогда»; диапазон возможных значений – от 13 до 52 баллов). Приверженность измерялась с помощью шкалы Д. Мориски (4 вопроса), которая скорее фиксировала причины неприверженности (забывчивость, беспечность, ухудшение или ухудшение физического состояния), чем собственно ее уровень [1].

В исследовании были также использованы шкалы пропуска посещений и следование медицинским предписаниям. Первая шкала состояла из 5 вопросов, фиксировавших пропуск встреч в течение последнего месяца с: 1) терапевтом (или другим «основным» врачом) и 2) врачом-специалистом; а также пропуск 3) рентгена, 4) анализа крови и 5) другого визита, связанного с лечением. Значение шкалы рассчитывалось по следующему правилу: пропуск хотя бы одного из 5 типов визитов относил респондента в категорию пропускающих посещения, тогда как отсутствие пропуска хотя бы одного вида встреч означало соответствие группе не пропускающих визиты к врачам. Следование медицинским предписаниям измерялось пятибалльной шкалой, оценивавшей параметры: 1) имеют ли пациенты трудности в соблюдении предписаний; 2) как точно они следуют рекомендациям врача; 3) насколько важными им кажутся эти рекомендации; 4) что, по их мнению, от них ожидает врач; и 5) что семья/друзья думают о рекомендациях врача [1].

Показатель по шкале Д. Мориски был значимо связан с отношениями с медицинским специалистом ($r = 0,11$, $p = 0,005$): хорошие отношения были связаны с лучшей приверженностью. Большая вовлеченность в отношения с врачом также была связана с более точным следованием медицинским предписаниям ($r = -0,32$, $p = 0,001$). В среднем вовлеченность в отношения с медицинским специалистом была выше в группе пациентов, не пропускающих визиты к врачам ($M = 20,2$, $SD = 8,7$ против $M = 17,9$, $SD = 7,4$; $t = 3,4$, $p = 0,001$) [1].

Другое методически более сложное исследование было проведено в конце 1999 года Джоном Шнейдером и коллегами [12], которые опросили 554 ЛЖВ, получавших уход в Бостоне, США. Большая часть респондентов была опрошена с помощью анкет, высланных по почте, хотя изначально ЛЖВ рекрутировались через медицинских специалистов. Дж. Шнейдер и его соавторы использовали 7 шкал, измерявших различные аспекты отношений врача и пациента, одну из которых разработали самостоятельно – Качество диалога о приверженности. Подавляющее большинство использованных шкал были разработаны для генеральной популяции: Общая коммуникация, Общая удовлетворенность врачом, Желание рекомендовать врача, Участие в принятии решений и Доверие ко врачу. Одна шкала была разработана для пациентов, особо уязвимых для ВИЧ-инфицирования – ВИЧ-специфичная коммуникация, а авторская шкала была направлена на измерение того, как

медицинский специалист разговаривает со своими пациентами по поводу ВААРТ. С помощью этой оригинальной шкалы респонденты оценивали предоставление врачом информации о правильном способе приема антиретровирусных препаратов, понимание и помощь в разрешении проблем, возникающих при приеме ВААРТ.

Чтобы определить уровень приверженности, респондентам предлагалось ответить на 4 вопроса. Первые три вопроса касались частоты изменений в предписанной врачом схеме приема антиретровирусной терапии и прекращения приема одного или более антиретровирусных препаратов из-за побочных эффектов за последние 4 недели. Последний из четырех вопросов использовался с целью определить частоту приема антиретровирусных препаратов за последние 7 дней в точности так, как прописал доктор или медицинская сестра. Варианты ответов на все четыре вопроса представляли собой шкалу Лайкерта. В конечном итоге после преобразований сырых оценок авторы получили величину приверженности от 0 до 100 баллов (100 баллов принимались за идеальную приверженность) [12]. Все шкалы, отражавшие взаимодействие с врачом, кроме шкалы Участие в принятии решений, оказались статистически значимо связаны с самооценкой приверженности (отношение шансов варьировалось от 1,09 до 1,20) [12].

Качественные исследования взаимоотношений врача и ВИЧ-инфицированного пациента

Показатель «врач–пациент» отношений рассматривается не только в количественных, но и в качественных исследованиях.

Так, Дебра А. Мёрфи с коллегами провели два качественных исследования о сложностях в поддержании приверженности к ВААРТ, в которых фигурировали интересующие нас «врач–пациент» отношения.

Одни фокус-группы были проведены авторами среди англоговорящих граждан США [8], а другие – среди испаноговорящих американцев [7]. В обоих исследованиях 4 основные темы поднимались участниками групп: особенности пациентов, отношения между врачом и пациентом, система здравоохранения и режим приема терапии сам по себе [7; 8].

Испаноязычные участники восьми фокус-групп (всего 81 человек, из них 7 качественных интервью не были включены в анализ из-за технических проблем) приглашались через Лос-Анджелесские СПИД-центры и специализированные клиники с помощью листовок и устных приглашений медицинского персонала. В 56 % случаев это были мужчины, средний возраст респондентов составил 40,1 лет (SD = 8,50), среднее время на терапии – 51,97 месяцев (SD = 38,64). Одной из основных проблем испаноговорящих респондентов, разумеется, являлся языковой барьер. Строить «врач–пациент» отношения с помощью переводчика было достаточно сложно. Пациентам не всегда было удобно говорить о каких-то интимных вещах при переводчике, или же они опасались того, что переводчик мог не соблюсти конфиденциальность. Трудным также представлялось поддерживать приверженность в случае получения неполной или искаженной информации о препаратах из-за некачественного перевода. Незнание английского языка вызывало

сложности и во взаимодействии с пунктами выдачи препаратов, которые врачи могли предотвращать, выписывая рецепты и на испанском, и на английском языках [7].

Некоторые респонденты сообщили о том, что чувствуют себя некомфортно, обсуждая приверженность к лечению с медицинским специалистом, и скорее бы солгали им о том, сколько таблеток они не приняли. Если больной переставал принимать антиретровирусный препарат из-за побочных эффектов, а врач позволял себе отругать его за это, то в следующий раз респондент просто лгал врачу, чтобы избежать неприятной ситуации. Пациентов побуждало прерывать терапию и то, что медицинский специалист негативно реагировал (игнорировал или преуменьшал их значимость) на их жалобы о побочных эффектах [7].

С другой стороны, улучшить приверженность респондентам помогали равнодушное отношение врачей и возможность обсудить проблемы, в том числе побочные эффекты в комфортной атмосфере. Одному из пациентов помогла смена режима приема ВААРТ на более простой; другому – заверения о том, что беспокоившие его побочные эффекты будут временными; третьему понадобилось назначение средства, повышающее аппетит; еще одному – всего лишь словесные поощрения врача [7].

Исследование Д.А. Мёрфи и коллег англоязычного населения охватило 39 ЛЖВ (69 % мужского пола) в возрасте от 33 до 54 лет ($M = 40,90$, $SD = 5,50$), принимавших антиретровирусные препараты от 2 месяцев до 12 лет ($M = 4,30$, $SD = 3,30$). Участники четырех фокус-групп набирались через СПИД-центры и рекламу в публикациях по теме ВИЧ/СПИДа [8].

Среди прочих барьеров приверженности участники групп отметили неудовлетворенность медицинскими услугами и качеством общения с врачом. По мнению нескольких респондентов, врачи уделяли им недостаточно времени или проявляли равнодушие, чем вызывали возмущение и отказ от приема лекарств. Не все ЛЖВ покидали кабинет врача с ясным представлением, как принимать препараты и к каким возможным побочным эффектам им стоит подготовиться. Один из участников фокус-групп сообщил, что однажды предписания врача противоречили инструкции, прилагающейся к лекарству. В то же время некоторые пациенты отмечали, что были изначально вовлечены в процесс выбора схемы терапии или смогли открыто обсудить со своими врачами проблему соблюдения режима приема терапии и перейти на другую комбинацию или форму препаратов, что помогло им в дальнейшем придерживаться предписаний [8].

Другие авторы, С.Е. Малколм с коллегами, провели 44 полуструктурированных качественных интервью. В выборку вошли пациенты, принимавшие терапию не менее трех месяцев. Они приглашались поучаствовать в исследовании врачами трех клиник Род-Айленда. Лица мужского пола составили 64 % выборки, афроамериканцы – 39 % опрошенных. В 41 % случаев респонденты были активными и еще в 41 % случаев – бывшими алко- и/или наркопотребителями. Активными потребителями считались те, кто злоупотреблял наркотическими веществами в

течение последних 6 месяцев, бывшими – те, кто имел опыт злоупотребления, но не в предшествующие полгода [5].

В основу инструментария легла модель убеждений о здоровье (Health Belief Model), которая постулирует положение о том, что поведение в сфере здоровья в основном зависит от желаний избежать заболевания (или поправиться) и от убеждения, что определенные действия предотвратят или облегчат заболевание [5].

На этапе анализа все респонденты были разделены на две группы. К группе с высокой приверженностью (26 респондентов) были отнесены те, кто принимал все антиретровирусные препараты 90–100 % времени. В группу с низкой приверженностью (18 респондентов) вошли те, кто делал это менее 75 % времени. Более приверженная группа респондентов единодушно демонстрировала бóльшую степень уважения и доверия к своим врачам. Они чувствовали себя комфортно, сообщая информацию личного характера, были высокого мнения о своих врачах и доверяли их рекомендациям. Менее приверженная группа пациентов была менее однородной в отношениях с медицинскими специалистами. Некоторые из них подозревали, что врачи скорее действуют исходя из предположения, что было бы лучше для исследования или фармацевтической компании, чем для данного пациента [5].

Заключение

Рассмотренные исследования демонстрируют необходимость в изменении диалога между пациентом и врачом. Очевидно, что «врач–пациент» отношения играют важную роль в поддержании приверженности к лечению, а также влияют на удовлетворенность лечением, частоту пропуска назначенных посещений клиники и диагностических тестов.

Следует учесть, что разнородность результатов исследований, вероятно, связана с проблемой измерения «врач–пациент» отношений и различных показателей, связанных с лечением или поведением пациента в сфере здоровья. Дж. Шнейдер с соавторами не исключают возможность того, что теоретически самоотчет о приверженности и оценка пациентом отношений со врачом могут быть проявлением глобальной установки к медицинской помощи и врачу, а не двумя отдельными величинами [12].

Важность принятия пациентом активной роли в собственном лечении выделяется исследователями в качестве фактора, влияющего на следование рекомендациям врача [6]. Следовательно, стоит не только обучать врача строить более эффективные отношения с больным, но и мотивировать пациента быть более активным, поощрять его стремление участвовать в принятии решения о режиме терапии, побуждать к самостоятельному поиску информации о лечении, если нет возможности повышать его осведомленность в кабинетах инфекциониста и других специалистов. Подобные мотивационные и образовательные задачи могут частично брать на себя социальные работники, психологи, администраторы, равные консультанты и прочие работники клиник и СПИД-сервисных организаций.

Очевидно, что дальнейшие исследования в данной области прольют свет на механизмы «врач–пациент» отношений и помогут выработать подробные рекомендации для медицинских специалистов.

Литература

1. Bakken S., Holzemer W.I., Brown M.-A., Powell-Cope G.M., Turner J.G., Inouye J., Nokes K.M., Corless I.B. Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS // *AIDS Patient Care and STDs*. 2000. Vol. 14. Pp. 189–197.
2. Golin C.E., Liu H., Hays R.D., Miller L.G., Beck C.K., Ickovics J., Kaplan A.H., Wenger N.S. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication // *Journal of general internal medicine*. 2002. Vol. 10. № 17. Pp. 756–765.
3. Gordillo V., del Amo J., Soriano V., Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy // *AIDS*. 1999. № 13. Pp. 1763–1769.
4. Holzemer W.L., Corless I.B., Nokes K.M., Turner J.G., Brown M.A., Powell-Cope G.M., Inouye J., Henry S.B., Nicholas P.K., Portillo C.J. Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease // *AIDS Patient Care and STDs*. 1999. Vol. 13. № 3. Pp. 185–197.
5. Malcolm S.E., Ng J.J., Rosen R.K., Stone V.E. An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART // *AIDS Care*. 2003. № 15. Pp. 251–261.
6. Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators // *PLoS Med*. 2006. Vol. 11. № 3. Pp. 2039–2064.
7. Murphy D.A., Roberts K.J., Hoffman D., Molina A., Lu M.C. Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV-infected monolingual Spanish-speaking patients // *AIDS care*. 2003. Vol. 15. № 2. P. 217–230.
8. Murphy D.A., Roberts K.J., Martin D.J., Marelich W., Hoffman D. Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adults // *AIDS patient care and STDs*. 2000. Vol. 14. № 1. Pp. 47–58.
9. Ridd M.J., Lewis G., Peters T.J., Salisbury C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation // *Annals of family medicine*. 2011. № 9. Pp. 538–545.
10. Saultz J.W., Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review // *Annals of family medicine*. 2004. № 2. Pp. 445–451.

11. *Saultz J.W., Lochner J.* Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review // *Annals of family medicine*. 2005. № 3. Pp. 159–166.

12. *Schneider J., Kaplan S.H., Greenfield S, Li W., Wilson I.B.* Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection // *Journal of general internal medicine*. 2004. № 19. Pp. 1096–1103.

13. *Vincke J., Bolton R.* Therapy adherence and highly active antiretroviral therapy: comparison of three sources of information // *AIDS Patient Care and STDs*. 2002. № 16. Pp. 487–495.

The Problem of Relationships between Doctor and HIV-Infected Patient

Makhamatova, A.F.,

*senior laboratory assistant, Social Psychology Department, Saint Petersburg State University,
St. Petersburg, Russia, a.makhamatova@gmail.com*

This paper presents the foreign literature review on the relationships between doctor and patient as a psycho-social factor affecting the various HIV treatment and care outcomes. While some researchers have found an association between the "patient-provider" relationships and missed clinic visits, following the medical advice (adherence to highly active antiretroviral therapy), some diagnostic services' utilization and the length of hospitalizations, the other researchers did not find such evidences. In general, "patient-provider" relationships research involves methodological difficulties, such as the accuracy and validity of the scales used; it indicates the need for further theoretical and empirical research in this field. The article may be of interest to researchers in the fields of sociology and social psychology of health, practitioners and also specialists developing prevention programs for people living with HIV.

Keywords: infectious diseases, psychology of health, health behavior, compliance, adherence, HIV, HAART, people living with HIV, physician-patient relationship.

References

1. Bakken, S., Holzemer, W.I., Brown, M.-A., Powell-Cope, G.M., Turner, J.G., Inouye, J., Nokes, K.M., Corless, I.B. Relationships between Perception of Engagement with Health Care Provider and Demographic Characteristics, Health Status, and Adherence to Therapeutic Regimen in Persons With HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 2000, vol. 14, pp. 189–197.
2. Golin, C.E., Liu, H., Hays, R.D., Miller, L.G., Beck, C.K., Ickovics, J., Kaplan, A.H., Wenger, N.S. A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication. *Journal of General Internal Medicine*, 2002, vol. 10, no. 17, pp. 756–765.
3. Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., Gonzalez-Lahoz, J. Sociodemographic and Psychological Variables Influencing Adherence to Antiretroviral Therapy. *AIDS*, 1999, no. 13, pp. 1763–1769.
4. Holzemer, W.L., Corless, I.B., Nokes, K.M., Turner, J.G., Brown, M.A., Powell-Cope, G.M., Inouye, J., Henry, S.B., Nicholas, P.K., Portillo, C.J. Predictors of Self-Reported

Adherence in Persons Living with HIV Disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 1999, vol. 13, no. 3, pp. 185–197.

5. Malcolm, S.E., Ng, J.J., Rosen, R.K., Stone, V.E. An Examination of HIV/AIDS Patients Who Have Excellent Adherence to HAART. *AIDS Care*, 2003, no. 15, pp. 251–261.

6. Mills, E., Nachega, J., Bangsberg, D., Singh, S., Rachlis, B., Wu, P., Wilson, K., Buchan, I., Gill, C., Cooper, C. Adherence to HAART: a Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient Reported Barriers and Facilitators. *PLoS Med*, 2006, vol. 11, no. 3, pp. 2039–2064.

7. Murphy, D.A., Roberts, K.J., Hoffman, D., Molina, A., Lu, M.C. Barriers and Successful Strategies to Antiretroviral Adherence Among HIV-Infected Monolingual Spanish-Speaking Patients. *AIDS care*, 2003, vol. 15, no 2, pp. 217–230.

8. Murphy, D.A., Roberts, K.J., Martin, D.J., Marelich, W., Hoffman, D. Barriers to Antiretroviral Adherence among HIV-Infected Adults. *AIDS Patient Care and STDs*, 2000, vol. 14, no. 1, pp. 47–58.

9. Ridd, M.J., Lewis, G., Peters, T.J., Salisbury, C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation. *Annals of Family Medicine*, 2011, no. 9, pp. 538–545.

10. Saultz, J.W., Albedaiwi, W. Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2004, no. 2, pp. 445–451.

11. Saultz, J.W., Lochner, J. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2005, no. 3, pp. 159–166.

12. Schneider, J., Kaplan, S.H., Greenfield, S, Li, W., Wilson, I.B. Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *Journal of General Internal Medicine*, 2004, no. 19, pp. 1096–1103.

13. Vincke, J., Bolton, R. Therapy Adherence and Highly Active Antiretroviral Therapy: Comparison of Three Sources of Information. *AIDS Patient Care and STDs*, 2002, no. 16, pp. 487–495.

Особенности внутрисемейных отношений девочек-подростков с риском нарушений пищевого поведения

Александрова Р.В.,

психолог научно-образовательного центра практической психологии и психологической службы, Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина, Рязань, Россия, rozinca@mail.ru

Мешкова Т.А.,

кандидат психологических наук, заведующий кафедрой дифференциальной психологии и психофизиологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, meshkovata@mgppri.ru

Изучались семейные особенности, ассоциированные с риском нарушений пищевого поведения у девочек-подростков 13–17 лет, учащихся школ г. Рязани (N = 376). Использовались опросники: «Тест пищевых установок (ЕАТ-26)», «Подростки о родителях» (Л.И. Вассерман и др.), «Факторы риска нарушений пищевого поведения» (Т.А. Мешкова). В соответствии с суммарными оценками ЕАТ-26 были выделены верхний и нижний квартили выборки с высоким и низким риском нарушений пищевого поведения (94 и 98 человек, соответственно). При сравнении подгрупп обнаружено, что девочки с риском нарушений пищевого поведения чаще отмечают влияние властной и отстраненной от проблем детей матери на фоне относительно нейтральной, но все же не вполне отстраненной позиции отца. Также отмечают беспокойство родителей по поводу стройности фигуры дочери и увлечение диетами и озабоченность правильным питанием в семье. Девочки с риском нарушения пищевого поведения чаще испытывают страх осуждения со стороны семьи, недостаток похвалы за успехи, порицание за оплошности; указывают на частые запреты и применение телесных наказаний; ощущают зависимость от семьи. Возможно, особенности пищевого поведения девочек группы риска отражают своеобразный протест и являются защитной реакцией на имеющуюся внутрисемейную ситуацию.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, группа риска, подростки, семейная среда, родители.

Для цитаты:

Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Особенности внутрисемейных отношений девочек-подростков с риском нарушений пищевого поведения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 33–45. doi: 10.17759/psyclin.2016050203

For citation:

Alexandrova, R.V., Meshkova, T.A. The Features of Family Relations of Adolescent Girls at Risk of Eating Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 33–45. doi: 10.17759/psycljn.2016050203 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Нарушения пищевого поведения (НПП) – это проблема, над которой работают специалисты в области медицины и психологии. Среди основных форм НПП выделяют нервную анорексию (НА), нервную булимию (НБ) и компульсивное переедание. Хотя НПП являются в основном областью психиатрии, результаты исследований говорят о высоком проценте распространенности этих нарушений в неклинической популяции (от 4 до 16 %) [1; 3; 4; 5; 6].

Если говорить о *распространенности* клинических форм НПП, то данные по этому вопросу различаются. Однако по обзору многих эпидемиологических исследований НПП, проведенных в США и в Западной Европе, средний уровень распространенности НА среди молодых женщин составляет 0,3 %, НБ – 1% среди молодых женщин и 0,1 % среди молодых мужчин, а средний уровень распространенности компульсивного переедания – 1,0 % [14]. На сегодняшний день в территориально ближайшей к нам белорусской популяции указанными расстройствами страдают порядка 45 тысяч женщин в возрасте от 10 до 30 лет [7]. А.В. Занозиным в Нижнем Новгороде выполнено эпидемиологическое исследование 2062 девочек-подростков 12–17 лет (1996–2000 г.р.). Распространенность НА оказалась равной 3,78 %. Основной контингент таких пациентов представлен девушками и молодыми женщинами. Наиболее характерный возраст начала НПП соответствует 13–18 годам [4].

Этиология НПП – это сложная и до конца не изученная область знаний. Большинство исследователей склоняются к мультифакторной природе указанных нарушений, выделяя три основные группы факторов риска – биологические, психологические и социокультурные [3; 5; 6; 7; 8; 9; 12; 15]. К. Culbert (К. Кулберт) с соавторами подчеркивают, что интегративный биопсихосоциальный подход более эффективен для анализа этиологии НПП, чем изолированное изучение отдельных факторов риска [12].

В одном из фундаментальных обзоров более тридцати переменных представлены как предполагаемые факторы риска НПП, но авторы указывают, что до сих пор остается неясным, предшествуют ли эти факторы началу заболевания,

являются ли симптомами пищевых расстройств или их следствиями [15]. Среди предполагаемых факторов риска НПП выделяют и семейные – как наследственные, так и средовые.

Рассмотрим некоторые результаты зарубежных исследований по проблеме роли *семейных факторов* в патогенезе НПП. А.С. Kluck (А.С. Клак) изучала влияние родительских замечаний на формирование недовольства образом своего тела и нарушенных моделей питания у их дочерей. В исследовании приняли участие 268 девушек в возрасте от 16 до 24 лет, никогда не состоявших в браке. Автор не выявила в своем исследовании специфического типа родительского замечания по поводу веса своих дочерей, который бы являлся первичным механизмом для развития НПП, но в тоже время такое поведение родителей, как поощрение контролирования веса своих дочерей, сильнее, чем другие типы родительских замечаний, приводят к формированию нарушения образа своего тела [16].

S. Cook-Darzens (С. Кук-Дарзенс) с соавторами в обзоре по вопросам семейной терапии подростков с НА сравнивают многочисленные исследования семей, имеющих подростков с диагнозом НА, и семей с подростками из неклинической популяции [11]. Авторы отмечают противоречивость результатов. Наличие специфической семейной модели, связанной с развитием НА, не подтверждается. В то же время семьи подростков с НА менее удовлетворены своей семейной жизнью, имеют больше внутрисемейных разногласий. Некоторые исследователи указывают, что семьи подростков с ограничительным типом НПП менее тревожны, чем таковые с очистительным типом, часто описываемые как конфликтные и очень неорганизованные. Авторы упомянутой статьи считают более целесообразным изучать семьи больных НПП не для выяснения причин заболевания, а с целью обнаружения различий между ними, что в свою очередь может оказать влияние на исход болезни. Резюмируя исследования на эту тему, авторы говорят, что здоровые семейные отношения в отличие от сложных и деструктивных, являются положительным фактором для терапевтического взаимодействия и способствуют улучшению состояния пациента.

Некоторые авторы полагают, что для семей больных анорексией характерны следующие особенности родительских позиций: мать – властная и деспотичная, лишает детей инициативы и подавляет их волю; отцы, наоборот, играют в семье второстепенную роль, их характеризуют как неактивных, необщительных [цит. по 8]. Подростки в свою очередь, используя свою болезнь, пытаются обратить на себя внимание конфликтующих между собой родителей.

Подобные тенденции отмечает В.И. Шебанова: семьи девушек с риском НПП характеризуются ощущением эмоционального дискомфорта, нарушением отношений со значимыми людьми, переживанием недостатка защищенности и любви; доминирующая роль в воспитании принадлежит матерям и бабушкам по материнской линии [10].

В Республике Беларусь О.А. Ильчик, исследуя межличностное взаимодействие в родительских и прародительских семьях девушек с диагнозом НА и НБ, отмечает,

что такие девушки воспринимают отношения между родителями и свое отношение к ним как конфликтные или отчужденные. По мнению автора, прослеживается сильная эмоциональная зависимость дочерей с НА и НБ от матери и отца, что может способствовать развитию инфантильной позиции ребенка. Кроме того, автором в ходе исследования была выявлена иерархическая неконгруэнтность в семьях с больными НПП, когда дочь при помощи различного рода манипуляций с едой устанавливает свои правила внутрисемейного взаимодействия, тем самым уводя родителей от конфликтов между собой [7].

А.В. Занозин выявил сильное влияние семейного микроклимата на развитие НА: для семей с ребенком, имеющим НА, и семей девочек группы риска развития НА характерны дисгармоничные отношения (со стороны матери – либо гиперопека, либо негативное отношение, «отвержение» матерью проблем больной; со стороны отца – формальное или безразличное отношение) [4].

В докладе Американской академии нарушений пищевого поведения указывается, что семейные факторы могут играть определенную роль в возникновении и подкреплении расстройств пищевого поведения, но не являются первичными механизмами, запускающими развитие НПП [17]. Например, для семей с детьми, страдающими НБ, смешанными формами НА/НБ и депрессией, характерны родительское равнодушие, семейный разлад, отсутствие родительской заботы, невзгоды и большее количество других неблагоприятных факторов по сравнению с контрольной группой здоровых. Также отмечаются значительные изменения в структуре семьи за год до начала заболевания НБ (например, когда один из родителей покидает семью или в семье появляется отчим/мачеха). Кроме того, по сравнению с контрольными группами здоровых и больных с другими психическими расстройствами, началу заболевания НБ предшествуют завышенные ожидания со стороны родителей, недостаток взаимопонимания между ними, большое количество критических замечаний по поводу фигуры и веса. В сравнении с теми же контрольными группами лица с НА имеют значительно больше проблем в отношениях с родителями, чем здоровые. Среди них: сепарация, критика, завышенные ожидания, избыточное или недостаточное участие в жизни детей, слабая привязанность, критические замечания по поводу фигуры, веса и еды. Однако по перечисленным переменным не выявлено существенных различий между больными с НПП и другими психическими заболеваниями. Вероятно, перечисленные семейные факторы, предшествующие развитию НА и НБ, повышают риск развития любой психопатологии, а общие риски при взаимодействии с врожденной предрасположенностью могут привести к развитию определенного фенотипа заболевания.

Т.А. Мешкова, анализируя многочисленные исследования семейных факторов риска, включая наследственность, приходит к выводу, что средовые семейные риски являются неспецифическими и сопутствуют развитию не только НПП, но и других психических расстройств. По мнению автора, «...имеется наследственная предрасположенность, которая переходит в патологический фенотип при определенном стечении обстоятельств» [9, стр. 7].

В нашей работе мы остановимся на изучении некоторых семейных средовых факторов риска развития НПП у девушек-подростков неклинической популяции, обучающихся в школах г. Рязани.

Организация и методы исследования

Выборку составили девушки-подростки, учащиеся 7, 8, 10 и 11-х классов г. Рязани в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст 14,7 лет), общей численностью 376 человек. Все респонденты не имеют клинического диагноза пищевых расстройств. Для изучения обозначенной проблемы были использованы: скрининговый опросник пищевого поведения ЕАТ-26 (Eating Attitude Test), исследовательский опросник оценки факторов риска нарушений пищевого поведения (ФР НПП), составленный Т.А. Мешковой, и опросник «Подростки о родителях» (ПоР) в адаптации Л.И. Вассерман, И.А. Горьковой и Е.Е. Ромицыной.

ЕАТ-26 направлен на выявление степени риска развития пищевых расстройств и содержит 26 вопросов, которые объединены в три шкалы: Увлечение диетами, Булимия и Оральный контроль [13]. Тест может применяться в двух вариантах – исследовательском и диагностическом. В исследовательском варианте 0 баллов соответствует ответу «никогда», 5 баллов – ответу «всегда». Ответы «редко», «иногда», «часто», «обычно» оцениваются, соответственно, в 1, 2, 3 и 4 балла. Суммарный балл при такой оценке дает более выраженные индивидуальные различия. Диагностический вариант применяют для оценки вероятности риска клинических форм НПП. В диагностическом варианте ответы «всегда», «обычно» и «часто» оцениваются баллами 3, 2, и 1, соответственно, а остальным ответам приписываются нули. Суммарный балл 20 и выше при таком способе обработки считается критическим для риска НПП.

Опросник оценки факторов риска НПП был разработан на факультете клинической и специальной психологии МГППУ Т.А. Мешковой. Опросник состоит из 172 утверждений, направленных в том числе на изучение внутрисемейных отношений. Ответы респондентов оцениваются так: 1 баллу соответствует ответ «неверно», 2 баллам – «отчасти верно», 3 баллам – «верно».

Методика «Подростки о родителях» (ПоР), представляет собой адаптированный специалистами лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына) вариант словацкой методики ADOR (З. Матейчек, П. Ржичан, 1983) [2]. Опросник состоит из 50 высказываний, оценок поведения отца или матери, на которые имеются три варианта ответов – «да», «частично», «нет», что выражается в количественных оценках 2, 1, 0. Утверждения формируют 5 шкал: шкала позитивного интереса (POZ), шкала директивности (DIR), шкала враждебности (HOS), шкала автономности (AUT), шкала непоследовательности (NED). Применительно к опроснику «Подростки о родителях», по мнению авторов [2], сырые баллы являются более чувствительными в интерпретации результатов, чем стандартные, поэтому мы использовали для анализа именно сырые баллы.

Результаты и их обсуждение

Используя исследовательский вариант обработки теста ЕАТ-26 (от 0 до 5), методом квартильного деления мы выделили крайние группы (по 25 % выборки) с высокими (> 36) и низкими (< 13) суммарными баллами ЕАТ-26. В условную группу риска вошли 94 человека с высокими суммарными баллами, 98 человек с низкими показателями составили контрольную группу. Для поиска значимых различий использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Анализ методики ПоР показал, что девушки из группы риска значительно отличаются по показателям ряда шкал от контрольной группы (таблица 1).

Таблица 1

Достоверные различия по показателям шкал опросника ПоР между группами, отличающимися по риску возникновения НПП

<i>Шкалы опросника</i>	<i>Группа риска</i>	<i>Контрольная группа</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Шкала директивности (мать)	11,54	10,03	-2,35	0,02
Шкала враждебности (мать)	5,86	4,37	-2,31	0,02
Шкала непоследовательности (мать)	9,21	7,55	-2,83	0,01
Шкала автономности (отец)	10,35	11,82	2,43	0,02
Шкала непоследовательности (отец)	8,96	7,27	-2,35	0,02

Таким образом, в группе риска значительно выше значения шкал непоследовательности, директивности и враждебности матери, а также непоследовательности отца, но ниже показатели автономности отца.

Непоследовательность матерей, которая оказалась более выраженной в группе риска, отражает резкую смену стилей и воспитательных приемов вне зависимости от поступка дочери. Таким образом, дочь не может предвидеть материнскую реакцию на свое поведение, а это лишает ее ощущения стабильности, что может провоцировать появление тревожности, неуверенности, импульсивности, а в сложных ситуациях – даже агрессивности и неуправляемости, социальной дезадаптации. При таком воспитании не формируются самоконтроль и чувство ответственности, отмечаются незрелость суждений, заниженная самооценка.

В поведении отца девочки группы риска также чаще наблюдают признаки непоследовательности по сравнению с контрольной группой, что тоже может приводить к возникновению ощущения нестабильности и неуверенности.

Что касается директивности матери, здесь девочки-подростки группы риска чаще отмечали жесткий контроль, использование матерью своей власти, отсутствие внимания к мнению дочери. Наиболее активные, сильные подростки при такой материнской позиции сопротивляются и бунтуют, становятся более агрессивными и

отстраненными. Робкие и неуверенные приучаются во всем слушаться мать, таким образом лишаясь самостоятельности в принятии своих решений. Ощущая со стороны матери жесткий контроль и неприятие своего мнения, такие дети не стремятся обсуждать с ней свои проблемы. Они ищут поддержки со стороны отца либо у сверстников и зачастую легче поддаются дурному влиянию с их стороны.

Враждебность матерей описывается девушками как подозрительное отношение матерей к семейной среде и отстраненность от детей. Такая обстановка также способствует поиску поддержки и принятия со стороны сверстников.

У девушек группы риска значимо ниже показатели по шкале автономности отца. В интерпретации авторов опросника автономность отца трактуется как претензия на лидерство, создающая препятствия для взаимодействия с ним. Такой отец существует отдельно от остальных членов семьи, проблемы и интересы которых им полностью игнорируются. У девочек группы риска, напротив, фигура отца кажется более доступной для общения и взаимодействия по сравнению с контрольной группой.

Полученные нами результаты вполне согласуются с данными зарубежных и отечественных исследований относительно особенностей материнской позиции по отношению к дочерям с НА/НБ и с риском НПП – властная, доминирующая мать и ее отстраненность от проблем дочерей [4; 7; цит. по 8; 10]. Результаты, полученные нами относительно позиции отца в семьях девочек с риском НПП, расходятся с имеющимися данными других исследователей, в которых отец представлен пассивным, безразличным [4; цит. по 8].

В таблице 2 приведены достоверные различия между исследованными группами в оценках ответов на некоторые конкретные пункты опросника ФР НПП, касающиеся взаимоотношений в семье.

Таблица 2

Связь между параметрами больничной среды и переживанием благополучия

<i>Пункты опросника</i>	<i>Группа риска</i>	<i>Контрольная группа</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
«Я люблю проводить свободное время с родителями»	1,91	2,13	2,41	0,02
«Я думаю, что в семье меня недооценивают»	1,83	1,41	-3,62	0,00
«В моей семье увлекаются диетами»	1,57	1,20	-4,01	0,00
«Я боюсь сделать что-нибудь не так, потому что меня осудят в семье»	2,01	1,50	-4,46	0,00
«Мои родители беспокоятся о стройности моей фигуры»	1,76	1,24	-5,27	0,00

<i>Пункты опросника</i>	<i>Группа риска</i>	<i>Контрольная группа</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
«Мне кажется, что в детстве мне недоставало любви и внимания»	1,41	1,11	-3,51	0,00
«В моей семье следят за питанием, чтобы не набрать вес»	1,74	1,33	-4,20	0,00
«В моей семье применяют телесные наказания»	1,21	1,10	-2,12	0,04
«Меня заставляют(ли) заниматься спортом, танцами и т.п., чтобы у меня была стройная фигура»	1,43	1,19	-2,58	0,01
«Я чувствую себя слишком зависимой от семьи»	1,97	1,59	-3,46	0,00
«Мои успехи дома почти не поощряются»	1,73	1,32	-4,09	0,00
«В семье меня часто ругают за оплошности и недостатки»	1,82	1,51	-2,82	0,01
«Мне кажется, что мои родители мне слишком многое запрещали»	1,73	1,46	-2,29	0,02

Как видно из таблицы, девушки группы риска значимо чаще положительно отвечают на утверждения о беспокойстве родителей по поводу стройности фигуры, увлечении диетами и правильным питанием в семье, о страхе осуждения со стороны семьи, порицании за оплошности и недостатки, о недостатке похвалы за успехи, частых запретах и применении телесных наказаний, ощущении зависимости от семьи. Также значимо чаще они положительно отвечают на утверждения о том, что их заставляют заниматься физическими нагрузками ради стройной фигуры. На вопрос, касающийся желаний проводить свободное время с родителями, девушки из группы риска значимо чаще отвечают отрицательно.

Заключение

Результаты нашего исследования позволяют предположить, что в семьях девочек с риском НПП родителей больше беспокоит внешность дочери, нежели ее внутренний мир, эмоциональное состояние. Кроме того, в таких семьях прослеживается влияние властной и отстраненной от проблем детей матери на фоне относительно нейтральной, но все же включенной позиции отца. Такая семейная ситуация предполагает выраженный конфликт. На конфликт может указывать и более выраженная непоследовательность воспитания, как со стороны матери, так и со стороны отца, характерная для группы риска. В этой обстановке подросток ощущает недостаток любви, внимания, поддержки, похвалы за успехи, напряженность и чрезмерную зависимость от семьи. Все это может приводить к отчуждению подростка и способствовать появлению неуверенности, тревожности, нерешительности, несамостоятельности в принятии решений и других

эмоциональных и поведенческих нарушений. Такие подростки чаще ищут поддержки среди сверстников, более подвержены их влиянию. Их самооценка формируется искаженной. Возможно, особенности пищевого поведения девочек отражают своеобразный протест и являются защитной реакцией на внутрисемейную ситуацию.

Литература

1. Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Некоторые особенности самооценки у девочек-подростков с риском нарушения пищевого поведения // Человеческий капитал. 2015. Т. 81. № 9. С. 28–31.
2. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. 3-е изд. СПб.: ФАРМиндекс, 2001. 68 с.
3. Дурнева М.Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014. 175 с.
4. Занозин А.В. Клинико-эпидемиологические и психопрофилактические аспекты нервной анорексии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.
5. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. № 1. С. 39–49.
6. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография [Электронный ресурс]. Минск: БГМУ, 2007 // Электронная библиотека БГМУ. URL: <http://rep.bsmu.by/xmlui/handle/BSMU/6259> (дата обращения 04.04.2015).
7. Ильчик О.А. Межличностное взаимодействие в родительских и прародительских семьях девушек с нарушениями пищевого поведения: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Минск, 2015.
8. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мариллов В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 176 с.
9. Мешкова Т.А. Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. I. Обзор семейных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n1/Meshkova.shtml> (дата обращения: 14.03.2016).
10. Шебанова В.И. Особенности восприятия семейных отношений девушек-подростков с разным типом пищевого поведения // Материалы международной научно-практической конференции «Проблема здоровья личности в теоретической

и прикладной психологии». Владивосток: Мор. гос. ун-т им. адм. Г.И. Невельского, 2011. С. 230–234.

11. *Cook-Darzens S., Doyen C., Mouren M.-C.* Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications // *Eating and Weight Disorders*. 2008. Vol. 13. № 4. Pp. 157–170.

12. *Culbert K., Racine S., Klump K.* Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56. № 11. Pp. 1141–1164.

13. *Garner D., Olmsted M., Bohr Y., Garfinkel P.* The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates // *Psychological Medicine*. 1982. № 12. Pp. 871–878.

14. *Hoek H., Hoeken D., Katzman M.* Эпидемиология и культурные аспекты расстройств пищевого поведения: обзор // *Расстройства пищевого поведения / Под ред. М. Мэйа, К. Халми, Х.Х. Лопез-Ибора, Н.К. Сарториуса: Сфера, 2008. С. 73–102.*

15. *Jacobi C., Hayward C., de Zwaan M., Kraemer H.C., Agras W.S.* Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy // *Psychological Bulletin*. 2004. Vol. 130. № 1. Pp. 19–65.

16. *Kluck A.* Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction // *Body Image*. 2010. № 1. Vol. 7. Pp. 8–14.

17. *Le Grange D., Lock J., Loeb K., Nicholls D.* Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 2010. Vol. 43. Pp. 1–5.

The Features of Family Relations of Adolescent Girls at Risk of Eating Disorders

Alexandrova, R.V.,

psychologist, Research Educational Center of Applied Psychology and Psychological Services of S. Yesenin Ryazan State University, Ryazan, Russia, rozinca@mail.ru

Meshkova, T.A.,

PhD (Psychology), Head of the Department of Differential Psychology and Psychophysiology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, meshkovata@mgppu.ru

The family risk factors of eating disorders (ED) of adolescent girls were studied. 376 girls aged 13 to 17 years from Ryazan city schools filled in Eating Attitude Test (EAT-26), CRPBI (E. Schaefer, Russian adaptation), Risk Factors of ED (T.A. Meshkova, research questionnaire). Comparison of the groups with upper and lower quartiles of EAT-26 scores demonstrates, that the families of the girls being at risk of ED are characterized by the authoritarian mother, who disregards of daughter's problems, and by the neutral position of the father. Parents more often were concerned about daughters' figure, have a preoccupation with dieting. The girls of risk group have a fear of condemnation from family members, blaming for missteps. They have lack of praise for achievements, frequent bans and physical punishment, sense of dependency on family. It is possible, that daughter's eating disturbances reflect the some kind of protest and present a defensive reaction to the current family situation.

Keywords: eating disorders, risk group, adolescents, family environment, parents.

References

1. Aleksandrova, R.V., Meshkova, T.A. Nekotorye osobennosti samootsenki u devochek-podrostkov s riskom narusheniya pishchevogo povedeniya [Some features of self-esteem in adolescent girls at risk of eating disorders]. *Chelovecheskii kapital [Human capital]*, 2015, vol. 81, no. 9, pp. 28–31.
2. Vasserman, L.I., Gor'kovaya, I.A., Romitsyna, E.E. Psikhologicheskaya metodika "Podrostki o roditelyakh" i ee prakticheskoe primeneniye [Psychological technique "Adolescent about parents" and its practical application], 3d ed. Saint-Petersburg: FARMindeks, 2001, 68 p.

3. Durneva, M.Yu. Formirovanie otnosheniya k telu i pishchevogo povedeniya u devushek podrostkovo i yunosheskogo vozrasta. Diss. kand. psikh. nauk [The formation of attitudes towards body and eating behavior in adolescent girls and young women. PhD thesis]. Moscow, 2014, 175 p.
4. Zanozin, A.V. Kliniko-epidemiologicheskie i psikhoprofilakticheskie aspekty nervnoi anoreksii. Avtoref. diss. kand. med. nauk. [Clinico-epidemiological and psycho aspects of anorexia nervosa. PhD thesis]. Moscow, 2002.
5. Nikolaeva, N.O., Meshkova, T.A. Narusheniya pishchevogo povedeniya: sotsial'nye, semeinye i biologicheskie predposylki [Disorders of eating behavior: social, family and biological background]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov [The mental health of children and adolescents]*, 2011, no. 1, pp. 39–49.
6. Skugarevskii, O.A. Narusheniya pishchevogo povedeniya: monografiya [Elektronnyi resurs] [Disorders of eating behavior: monograph]. Minsk: BGMU, 2007. 340 p. *Elektronnaya biblioteka BGMU [Digital Library BGMU]*. URL: <http://rep.bsmu.by/xmlui/handle/BSMU/6259> (Accessed 04.04.2015).
7. Il'chik, O.A. Mezhlichnostnoe vzaimodeistvie v roditel'skikh i praroditel'skikh sem'yakh devushek s narusheniyami pishchevogo povedeniya. Avtoref. diss. kand. psikh. nauk. [Interpersonal interaction in the parental and grandparental families of girls with eating disorders. PhD thesis]. Minsk, 2015.
8. Korkina, M.V., Tsivil'ko, M.A., Marilov, V.V. Nervnaya anoreksiya [Anorexia nervosa]. Moscow: Meditsina, 1986, 176 p.
9. Meshkova, T.A. Rol' nasledstvennostiisredy v etiologii narushenii pishchevogo povedeniya. I. Obzor semeinykh issledovaniy [Elektronnyi resurs] [Heredity and environment in etiology of eating disorders. I. Review of family studies]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2015, vol. 4, no. 1. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n1/Meshkova.shtml> (Accessed 14.03.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).
10. Shebanova, V.I. Osobennosti vospriyatiya semeinykh otnoshenii devushek-podrostkov s raznym tipom pishchevogo povedeniya [Features of perception of family relationships in adolescent girls with different type of eating behavior]. Materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Problema zdorov'ya lichnosti v teoreticheskoi i prikladnoi psikhologii". [Proceedings of International Scientific and Practical Conference "The problems of health of the personality in theoretical and applied psychology"]. Vladivostok: Publ. Adm. G.I. Nevelsky Mor. State Univ., 2011, pp. 230–234.
11. Cook-Darzens, S., Doyen, C., Mouren, M.-C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders*, 2008, vol. 13, no. 4, pp. 157–170.
12. Culbert, K., Racine, S., Klump, K. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, vol. 56, no. 11, pp. 1141–1164.

13. Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., Garfinkel, P. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982, no. 12, pp. 871–878.
14. Hoek, H., Hoeken, D., Katzman, M. Epidemiologiya i kul'turnye aspekty rasstroistv pishchevogo povedeniya: obzor [Epidemiology and cultural aspects of eating disorders]. In M. Meia, K. Khalmi, Kh.Kh. Lopez-Ibora, N. Sartoriusa *Rasstroistva pishchevogo povedeniya* [Eating disorders]. Kiev: Sfera, 2008, pp. 73–102. (In Russ.).
15. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., Agras, W.S. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 2004, vol. 130, no. 1, pp. 19–65.
16. Kluck, A. Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 2010, vol. 7, no. 1, pp. 8–14.
17. Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., Nicholls, D. Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2010, vol. 43, pp. 1–5.

Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза

Березкин Д.В.,

аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, педагог-психолог Детского психоневрологического санатория «Комарово», Санкт-Петербург, Россия, berezkin.dm@yandex.ru

В статье представлены результаты исследования функциональных характеристик центральной нервной системы и особенностей познавательных процессов у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза. Обследовано 78 детей, среди которых 56 мальчиков 8–12 лет и 22 девочки 8–11 лет с различными неврозоподобными расстройствами. Показано, что все пациенты имеют сходные нарушения памяти, внимания и мышления. При этом в зависимости от нозологической специфичности выявлены различия функциональных показателей центральной нервной системы, определяющих меру подвижности процессов возбуждения и торможения. На основе полученных результатов сформулированы рекомендации по психокоррекционной работе с детьми в зависимости от функциональных показателей центральной нервной системы и клинических проявлений.

Ключевые слова: неврозоподобные расстройства, время реакции, функциональные характеристики ЦНС, подвижность возбуждения, подвижность торможения, память, внимание, мышление.

Для цитаты:

Березкин Д.В. Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 46–62. doi: 10.17759/psyclin.2016050204

For citation:

Berezkin, D.V. The Functional Status of Central Nervous System and Disturbances of Cognitive Functions of Children with Borderline Mental Disorder of Residual Organic Genesis [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 46–62. doi: 10.17759/psycljn.2016050204 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Органические непсихотические расстройства являются достаточно распространенной группой заболеваний в детском возрасте. В литературе указывается, что за последние годы они встречались приблизительно у одной пятой от общего количества детей, обратившихся за психиатрической помощью [9]. Из пациентов, получающих лечение в санаториях, основным направлением которых являются болезни нервной системы, дети с органическим непсихотическими расстройствами составляют 40 % (по данным медицинской статистики Детского психоневрологического санатория «Комарово», Санкт-Петербург) [4]. Важно отметить, что астено-невротические нарушения фиксируются у них в среднем от 30 до 65 % случаев, эмоциональные и психопатоподобные – от 10 до 25 % [9].

В большинстве случаев нарушения развития у детей младшего школьного возраста отмечаются на фоне последствий родовых травм, перинатальных поражений головного мозга, черепно-мозговых травм, нейроинфекций. В популяционных исследованиях указывается, что современные школьники отличаются от их предшественников снижением функциональных возможностей нервной системы [17]. Так, в группе условно здоровых детей психоневрологические отклонения отмечаются в 30–56 % случаев [17]. Подобные нарушения существенно ухудшают прогноз адаптации ребенка в школе и проявляются в снижении способностей к обучению, в задержках моторного развития и в отклонениях эмоционального развития [17].

Исследованиями нарушений развития у детей с резидуальными поражениями центральной нервной системы (ЦНС) занимались различные исследователи в течение XX века. С.С. Мнухин в своих работах описал психоорганический синдром с нарушениями школьных навыков [10]. Т.А. Власова и М.С. Певзнер выделили группу отклоняющегося развития, выраженность особенностей которого слабее, чем при умственной отсталости, и обозначили ее как «задержка психического развития» [3]. В.В. Ковалев описал три основные группы детей с отклоняющимся развитием: преимущественно дезонтогенетические, преимущественно энцефалопатические и смешанные формы [9]. В соответствии со своей классификацией, пациентов с церебростеническими проявлениями он относил ко второй группе, для которой характерно снижение памяти, внимания, изменение структуры и динамики мышления; на этом фоне возникают феномены утраты приобретенных навыков, приводящие к общей психической беспомощности [7; 9].

Рядом авторов выделялись следующие значимые психофизиологические и психологические особенности у детей со сложностями в обучении: снижение темпа

созревания коры головного мозга [10] и фронто-таламической регуляторной системы [8; 12]; высокая истощаемость функциональных резервов, неэффективность протекания информационных процессов [12]; дефицитарность структур правого полушария [8]; снижение волевого регулирования [7; 9]. Существенным представляется повышение инертности нервных процессов, на фоне которой у детей проявляется большая стереотипность в поведении и решении задач [5].

В рамках нейропсихологических исследований у детей с резидуально-органическими поражениями головного мозга отмечается снижение праксиса, внимания и памяти, а также динамики познавательных процессов, которые зависят от различной локализации поражения головного мозга [14].

У детей с органическими непсихотическими расстройствами, помимо описанных выше психофизиологических, нейропсихологических и психологических особенностей, встречаются различные клинические нарушения поведения или эмоциональной сферы, которые проявляются в стереотипиях (навязчивых действиях, движениях), энурезе, энкопрезе, в легком формировании вредных привычек (грызение ногтей, выдергивание волос и т.д.) [7]. Для улучшения социальной адаптации детей с резидуальными поражениями головного мозга необходимо разрабатывать психологические коррекционные программы, в которых должны учитываться особенности функциональных характеристик ЦНС и познавательных процессов, а также выявленные сохранные высшие психические функции.

При составлении подобных программ необходимо располагать объективными данными. Для их получения целесообразно использовать психофизиологические методы, позволяющие оценить функциональное состояние ЦНС, причем как подкорковых структур, так и коры головного мозга. В обзорной статье С.В. Шутовой, И.В. Муравьевой отмечалось, что средством для описания функционального состояния ЦНС могут служить различные показатели времени реакции [16]. Существенным преимуществом подобного подхода является возможность получения непосредственных количественных показателей, указывающих на качественные характеристики структур головного мозга, на фоне которых появляется возможность описывать особенности памяти, внимания и мышления; это представляется достаточно важным в контексте современных нейропсихологических исследований.

В настоящем исследовании психофизиологические методы измерения различных показателей времени реакции и психологические методы оценки познавательных процессов использованы с целью уточнения возможных направлений психокоррекционной работы с детьми с невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

Программа исследования

Всего было обследовано 98 детей. Из них численность экспериментальной группы составила 78 человек, контрольной – 20. В экспериментальную группу

вошли 72 % мальчиков (56 человек) и 28 % девочек (22 человека); возраст мальчиков составлял 8–12 лет, девочек – 8–11 лет. Причем 35 % (27 человек) выборки составили дети восьми лет, 26 % (20 человек) – дети девяти лет, 19 % (15 человек) – десяти лет, 11 % (9 пациентов) – одиннадцати лет, 9 % (7 пациентов) – двенадцати лет. Большинство детей (61 %, 48 человек) проходили обучение по программам массовой школы; 36 % (28 пациентов) обучались по программам VII вида для детей с задержкой психического развития, 3 % (2 ребенка) – в школах V вида для детей с речевыми сложностями.

В контрольную группу вошли 40 % мальчиков, 60 % девочек. Возраст детей составил 8–10 лет, причем 45 % детей (9 человек) были восьми лет, 30 % (6 человек) – девяти лет, 25 % (5 человек) – десяти лет. Все дети обучались в начальной общеобразовательной школе № 611 г. Санкт-Петербурга и относились к группе условно здоровых. Все дети контрольной группы были правшами.

Критерием ограничения выборки детей экспериментальной группы было наличие у них умственной отсталости, вывод о которой делался по существующей медицинской документации. Все дети проходили лечение и реабилитацию в Детском психоневрологическом санатории «Комарово» (г. Санкт-Петербург) с 2012 по 2016 гг. Программа лечения включала биологические (фармакологические и физиотерапевтические) и психосоциальные (логопедические, психологические, педагогические) методы коррекции.

В выборке были представлены пациенты со следующими диагнозами по МКБ 10 [20], верифицированными врачом-психиатром: органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F 06.06) – 36 % (28 человек); энурез неорганический (F 98.0) – 15 % (12 детей); энкопрез (F 98.1) – 3 % (2 ребенка); стереотипные двигательные расстройства (F 98.4) – 12 % (9 детей); другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст (F 98.8), и эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное (F 98.9), вместе – 35 % (27 детей).

У всех детей отмечались последствия резидуально-органического поражения головного мозга. У подавляющего большинства детей (75 пациентов) психические и поведенческие нарушения проявлялись на фоне особенностей перинатального периода или родов, у двоих – последствия нейроинфекций, у одного – черепно-мозговой травмы, произошедшей в период раннего детства.

В процессе исследования вся группа пациентов была разделена на три подгруппы по диагнозам по принципу выраженности невротоподобных проявлений. В первую подгруппу вошли дети с церебростеническими проявлениями и эмоциональными нарушениями в виде лабильности, слабодушия, но без поведенческих нарушений, то есть ее составили пациенты с эмоционально-

лабильными (астеническими) расстройствами (28 детей). Во вторую подгруппу вошли дети (23 ребенка), в клинической картине которых отмечались энурез, энкопрез и стереотипные двигательные расстройства, что свидетельствовало о недостаточной сформированности церебрального контроля над выделительными функциями и произвольными действиями. У детей этой подгруппы, наряду с поведенческими нарушениями, отмечались эмоциональные нарушения в виде повышенной возбудимости, конфликтности, негативизма. В третью подгруппу (27 детей) вошли пациенты с нарушениями поведения (грызение ногтей, выдергивание волос и т.д.) и с эмоциональными расстройствами (эксплозивность, вспыльчивость, негативизм). В первой и второй подгруппах было по одному ребенку левше.

Для измерения показателей функционального состояния ЦНС использовалось компьютерное приложение, оценивающее различные характеристики времени реакции: простой сенсомоторной, в ситуации выбора, на движущийся объект. За основу программы была взята методика, направленная на исследование характеристик нервной системы, разработанная Ю.А. Цагарелли [14].

Для измерения простой сенсомоторной реакции (ПСР) в правой и левой области монитора выводились с частотой 2,5 секунды зеленые прямоугольники, размеры которых составляли 33 мм в длину и 4 мм в ширину. На сигнал, появляющийся в левой части экрана, ребенок должен был нажимать клавишу «F» пальцем левой руки, на стимул в его правой части – клавишу «J» пальцем правой руки. Процедура включала в себя 20 предъявлений стимулов; последовательность предъявлений стимулов справа и слева была случайной. Первые 4 стимула были пробные и не засчитывались; оценивалось среднее время реакции.

При исследовании времени реакции в ситуации выбора (РВ) пациентам нужно было реагировать на часть стимулов так же, как в предыдущей пробе, на другую часть – иначе. Давался дополнительный сигнал (красный прямоугольник) об изменении условий выполнения задания, предполагающем смену рук. То есть после дополнительного стимула ребенок должен был реагировать на правый сигнал – пальцем левой руки, а на левый сигнал – пальцем правой руки; а после повторного дополнительного стимула (красного прямоугольника) необходимо было вернуться к первоначальной инструкции. Всего ребенку предъявлялось 20 стимулов, которые появлялись на экране в случайном порядке. Оценивались средние результаты по всем реакциям, отдельно – результаты при выполнении пробы с инструкцией о перестройке реакции и без нее и количество ошибочных ответов.

Время реакции на движущийся объект (РДО) измерялось с помощью этой же программы. Пациентам предлагалась полоса в середине экрана длиной 57 мм (201 пиксель), по которой слева направо и справа налево передвигался зеленый круг со скоростью 90 пикселей в секунду; задача ребенка – нажать на клавишу «пробел», когда круг окажется на середине полосы, отмеченной вертикальной чертой. В данном случае оценивались время опережения или запаздывания и доминирование одной из двух реакций.

В исследовании особенностей внимания (устойчивости концентрации и объема) использовались методики Тулуз–Пьерона [18] и «таблицы Шульте» [1; 2]. Для оценки объема и устойчивости внимания применялись таблицы Шульте: ребенку предъявлялись пять разных таблиц, и рассчитывалось среднее время их выполнения [1; 2]. В исследовании устойчивости концентрации внимания использовался тест Тулуз–Пьерона, при проведении которого оценивались продуктивность (количество символов в минуту) и точность выполнения (процент ошибочных ответов); также фиксировались средние результаты [18].

Для изучения кратковременной слухоречевой памяти использовалась методика «10 слов» [1; 2; 13]. Пациентам давались 4 попытки, чтобы запомнить слова; после каждой они должны были воспроизводить все слова, которые сохранились в их памяти. Через час они воспроизводили их без предварительного повторения.

При исследовании мышления применялись методики толкования метафор, а также исключения лишних слов. В данном случае использовался стимульный материал из стандартной нейропсихологической батареи методик Е.Ю. Балашовой и М.С. Ковязиной [1]. При толковании метафор оценивалось количество правильных ответов; пациентам предлагались 3 метафоры. В заданиях на исключение лишних слов каждый ответ оценивался по пятибалльной шкале, что позволяло проанализировать как количество правильных ответов, так и их качество (способность дать объяснение, подобрать родовое понятие).

Применялся также клинический метод, который включал в себя наблюдение за пациентами, как в условиях экспериментального исследования, так и за их поведением в стационаре санатория.

Для проверки статистической достоверности различий полученных данных применялся непараметрический U-критерий Манна–Уитни.

Результаты и их интерпретация

Прежде всего отметим, что леворукость никак не сказывалась на результатах тестирования. Количественные данные у левшей не отличались от таковых у правшей.

Средние результаты функциональных характеристик ЦНС детей экспериментальной и контрольной групп приведены в таблице 1. Установлено, что у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза большинство функциональных показателей ЦНС достоверно ниже, чем у детей контрольной группы. Из таблицы 1 следует, что при исследовании ПСР в экспериментальной группе наибольшее время реакции наблюдается у детей I подгруппы, а наименьшее – у детей II подгруппы, и эти различия носят достоверный характер. У детей III подгруппы средние показатели времени

выполнения ПСР больше, чем у детей II подгруппы, и меньше, чем у детей I подгруппы, хотя статистической достоверности отмечено не было.

Таблица 1

Сравнение средних значений функциональных характеристик ЦНС детей экспериментальной и контрольной группы

Вид испытания	Экспериментальные подгруппы			Контрольная группа (КГ)		
	I	II	III			
ПСР, мс	631,32± 54,02	478,62± 58,03	494,09± 43,01	478,78±16,37		
РВ (средняя), мс	1185,9± 181,18	657,97± 82,19	819,5± 102,56	627,63±33,25		
РВ при перестройке, мс	1303,5± 218,95	703,41± 110,55	969,75± 158,59	677,54±22,49		
РВ без перестройки, мс	1156,56± 225,66	657,82± 82,19	977,75± 157,59	541,71±23,86		
РВ ошибочные ответы	3,28± 0,58	2,64± 0,57	2,91± 0,49	0,35±0,11		
РДО, мс	77,36± 8,94	49,61± 6,91	65,95± 12,07	46,84±2,77		
Вид испытания	U-критерий					
	I-II	II-III	I-III	КГ-I	КГ-II	КГ-III
ПСР, мс	<i>u=199;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=234;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=251;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=156;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=213;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=237;</i> <i>p>0,05</i>
РВ (средняя), мс	<i>u=187;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=214;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=270;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=104;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=197;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=145;</i> <i>p≤0,05</i>
РВ при перестройке, мс	<i>u=148;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=190;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=209;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=119;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=197;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=151;</i> <i>p≤0,05</i>
РВ без перестройки, мс	<i>u=175;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=242;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=252;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=45;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=128;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=147;</i> <i>p≤0,05</i>
РВ ошибочные ответы	<i>u=277;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=231;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=330,5;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=78</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=58;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=51;</i> <i>p≤0,05</i>
РДО, мс	<i>u=242;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=284;</i> <i>p>0,05</i>	<i>u=224;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=92</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=152;</i> <i>p≤0,05</i>	<i>u=127;</i> <i>p≤0,05</i>

Примечание: курсивом отмечены характеристики, при сравнении которых были установлены статистические различия.

Время РВ характеризуются статистически достоверными различиями как у детей I и II подгрупп, так и у детей I и III подгрупп. Меньшее время при РВ отмечается у детей II подгруппы, большее время у – пациентов I подгруппы. Количество ошибочных ответов во всех трех подгруппах сходное.

У детей I подгруппы наблюдается уменьшение времени реакции при обратной перестройке (т.е. при переходе от инструкции, требующей усложненной реакции, к выполнению задания без усложнения). У пациентов II подгруппы различия между РВ с перестройкой и без нее менее выражены. У детей III подгруппы длительность РВ без перестройки больше, чем РВ с перестройкой.

При оценке времени реакции на движущийся объект (РДО) меньшее время реакции отмечается у пациентов II подгруппы, большее – у пациентов I подгруппы, но статистическая достоверность различий имеет место между детьми III и I подгрупп. В связи с этим можно говорить о наличии тенденции отличий, достоверность которой статистически не доказана.

Показатели времени реакции у пациентов I подгруппы можно связать с низкой подвижностью ЦНС. Процессы подвижности возбуждения и торможения у таких детей слабо выражены. Этим, вероятно, обусловлен ровный эмоциональный фон у детей I подгруппы и отсутствие поведенческих нарушений. Особенности эмоционального реагирования проявляются, скорее, в рамках общего снижения функционального состояния ЦНС в виде слабодушия, слезливости.

Наименьшее время реакции во всех пробах отмечается у детей II подгруппы, что следует связывать с достаточно высокой подвижностью возбуждения. Помимо этого, их функциональные показатели ЦНС указывают на нарушение баланса подвижности возбуждения и торможения (при высокой подвижности возбуждения отмечалась инертность торможения).

Вероятно, именно нарушениями баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС обусловлены особенности поведения пациентов II подгруппы: дети характеризовались конфликтными, непослушными, склонными к проявлению негативизма на критику. Но в процессе индивидуальной работы они были послушны и заинтересованы в ней; во время диагностики нарушений поведения не проявляли.

У пациентов III подгруппы наблюдаются следующие важные особенности: для них характерно выраженное преобладание возбуждения над торможением и, соответственно, нарушение баланса нервных процессов. В связи с этим можно предположить, что у них ослаблено корковое торможение, а также недостаточно сформированы корково-подкорковые связи. На этом фоне у пациентов III подгруппы отмечались следующие особенности поведения: в санатории у них возникали сложности в адаптации, они не могли привыкнуть к режиму, конфликтовали со сверстниками. Во время исследования они не проявляли интереса к методикам, у них отмечались эксплозивные реакции. Социальное поведение отличалось

трудностями в усвоении новых поведенческих стереотипов, обусловленных требованиями среды.

Средние показатели внимания, памяти и мышления детей контрольной и экспериментальной групп представлены в таблице 2.

Оказалось, что по методике «таблицы Шульте» для пациентов экспериментальных подгрупп характерно снижение объема и концентрации внимания по сравнению с детьми контрольной группы.

Средний темп выполнения теста Тулуз–Пьерона в группе условно здоровых достоверно выше, чем у детей I экспериментальной подгруппы; различия со II и III подгруппами установлены не были. Среднее количество ошибочных ответов у детей контрольной группы было равно 1 %, что достоверно меньше, чем у детей всех трех экспериментальных подгрупп. При сравнении результатов применения этой методики к пациентам экспериментальной группы выяснилось, что у детей II и III подгрупп темп выполнения теста достоверно выше, чем у детей I подгруппы.

Точность (на уровне тенденции, не достигающей статистической значимости) у детей II подгруппы выше, чем у пациентов I и III подгрупп, в которых ее значения приблизительно равны. Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что у детей с невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза наблюдается снижение устойчивости концентрации внимания. При этом наиболее низкие результаты отмечаются у детей I подгруппы, а наиболее высокие – у детей II подгруппы. Можно предположить, что у детей III подгруппы повышение темпа выполнения задания достигается за счет снижения точности.

По нашим наблюдениям, у детей с более низкой подвижностью возбуждения (I группа) отмечаются меньшие значения продуктивности внимания по методике Тулуз–Пьерона. У пациентов с большей подвижностью возбуждения (II и III подгруппы) характеристика продуктивности внимания выше.

У пациентов всех трех подгрупп наблюдается снижение памяти, о чем можно сделать вывод при сравнении результатов, полученных при обследовании детей контрольной группы. Дети контрольной группы достоверно больше воспроизводили слов как при кратковременном запоминании, так и отсроченном.

Что касается особенностей мышления, то при тестировании пациентов экспериментальной группы наблюдались схожие результаты. А именно: баллы, полученные при выполнении методик по толкованию метафор и исключению лишних слов, были достоверно ниже, чем у детей контрольной группы. Низкие результаты по этим методикам у детей экспериментальной группы были связаны с их слабой способностью к пониманию переносных смыслов, а также со сложностями в выделении родовых понятий, с использованием конкретно-ситуативных форм мышления и с низким вербальным опытом в целом.

Таблица 2

Сравнение средних значений показателей внимания, памяти и мышления детей экспериментальной и контрольной групп

Методики	Экспериментальные подгруппы			Контрольная группа (КГ)		
	I	II	III			
Таблицы Шульте, с	85,21± 5,18	85,65± 10,11	79,01± 6,21	60,16±1,20		
Тулуз-Пьерона (продуктивность), символы в мин	31,94± 2,03	37,17± 1,85	38,56± 1,81	40,39±1,20		
Тулуз-Пьерона (точность), %	5,15± 1,61	3,46± 0,67	5,12± 1,13	1,00±0,01		
Запоминание 10 слов	5,45± 0,35	5,26± 0,32	5,74± 0,32	9,00±0,13		
Отсроченное воспроизведение слов	5,71± 0,36	6,12± 0,42	6,07± 0,37	9,75±0,10		
Метафоры	1,28± 0,19	1,76± 0,20	1,65± 0,23	2,80±0,72		
Исключение лишнего слова	14,32± 2,21	15,94± 2,19	17,15± 1,97	47,25±1,32		
Методики	U-критерий					
	I-II	II-III	I-III	КГ-I	КГ-II	КГ-III
Таблицы Шульте, с	u=297; p>0,05	u=300; p>0,05	u=303; p>0,05	u=114; p≤0,05	u=111; p≤0,05	u=181; p≤0,05
Тулуз-Пьерона (продуктивность), символы в мин	u=197; p≤0,05	u=229; p>0,05	u=217; p≤0,05	u=120; p≤0,05	u=271; p>0,05	u=156; p≤0,05
Тулуз-Пьерона (точность), %	u=301; p>0,05	u=239; p>0,05	u=344; p>0,05	u=167; p≤0,05	u=131; p≤0,05	u=88; p≤0,05
Запоминание 10 слов	u=323; p>0,05	u=228; p>0,05	u=330; p>0,05	u=13; p≤0,05	u=8; p≤0,05	u=10; p≤0,05
Отсроченное воспроизведение слов	u=265; p>0,05	u=334; p>0,05	u=317; p≥314	u=5; p≤0,05	u=28; p≤0,05	u=5; p≤0,05
Метафоры	u=337; p>0,05	u=264; p>0,05	u=274; p>0,05	u=56; p≤0,05	u=112; p≤0,05	u=100; p≤0,05
Исключение лишнего слова	u=236; p>0,05	u=242; p>0,05	u=218; p>0,05	u=3; p≤0,05	u=10; p≤0,05	u=4; p≤0,05

Примечание: курсивом отмечены характеристики, при сравнении которых были установлены статистические различия.

Обсуждение результатов

Таким образом, пациенты всех экспериментальных подгрупп характеризуются более низким функциональным состоянием ЦНС, чем дети контрольной группы. Наиболее близкие результаты к группе условно здоровых детей фиксируются у пациентов II подгруппы, а наименее близкие – у детей I подгруппы. Наиболее низкая подвижность возбуждения характерна для детей с органическими эмоционально-лабильными (астеническими) расстройствами (I подгруппа). При этом процессы подвижности возбуждения и торможения у них характеризуются сбалансированностью, что выражается, с одной стороны, в отсутствии поведенческих нарушений, а с другой – в наиболее выраженном снижении устойчивости концентрации внимания на фоне общего снижения функционального состояния ЦНС.

Наиболее высокие показатели функциональной подвижности ЦНС отмечаются у детей с недостаточной сформированностью церебрального контроля над выделительными функциями и произвольными действиями (II подгруппа). Процессы торможения ЦНС у них характеризуются инертностью, соответственно, баланс нервных процессов нарушен. Можно предположить, что у детей II подгруппы данная особенность обусловлена несформированностью корково-подкорковых связей. В поведении это проявлялось в виде некоторой двойственности: при нахождении в группе дети проявляли конфликтность, негативизм, а в условиях индивидуальной работы были спокойны, послушны, заинтересованы.

У детей с поведенческими расстройствами (III подгруппа) функциональные показатели подвижности близки к тем, которые наблюдаются у пациентов II подгруппы. Отмечаются дефицитарность процесса торможения и общая неустойчивость функционального состояния ЦНС. По-видимому, корково-подкорковые связи у детей III подгруппы также не сформированы, затруднена выработка дифференциального торможения, что осложняет формирование новых поведенческих стереотипов и адаптацию в социуме.

Для всех экспериментальных подгрупп характерны схожие нарушения познавательных процессов (памяти, внимания и мышления) по сравнению с детьми контрольной группы. Различия наблюдаются лишь при исследовании устойчивости концентрации внимания. Так, у детей I подгруппы отмечаются достоверно более низкие результаты по показателю продуктивности концентрации внимания в сравнении с детьми других подгрупп. Снижение данного показателя можно связать с достаточно заметным снижением подвижности возбуждения. При менее сильном снижении подвижности возбуждения этот показатель может компенсироваться за счет снижения точности, что можно наблюдать на примере III подгруппы.

Ухудшение познавательных процессов у детей всех экспериментальных подгрупп можно связать с нарушениями психологического развития на фоне резидуально-органических нарушений головного мозга, тогда как функциональные

характеристики ЦНС отражают скорее поведенческие аспекты и особенности реагирования этих пациентов. Так что работа с ними, с одной стороны, должна быть направлена на коррекцию психологического развития познавательных процессов, с другой – в ней необходимо учитывать особенности поведения, связанные с функциональными свойствами ЦНС.

Несмотря на схожесть нарушений познавательных процессов у детей с различными невротоподобными расстройствами, организация коррекционной работы с ними требует учета психофизиологических различий, установленных в данном исследовании. При психологической помощи пациентам с эмоционально-лабильными (астеническими) расстройствами (подгруппа I) следует направлять коррекционные воздействия на развитие познавательных процессов, концентрацию и устойчивость внимания, память. При работе с детьми II и III подгрупп, наряду с коррекцией высших психических функций, должны применяться методы поведенческой коррекции, направленные на формирование навыков самоконтроля (в виде самоотчетов, построения планов). Для пациентов III подгруппы важность приобретают методы групповой работы, направленные на развитие навыков принятия различных социальных ролей и взаимодействия с окружающими.

Выводы

Результаты проведенного эмпирического исследования позволяют сформулировать следующие выводы.

1. Пациенты всех подгрупп экспериментальной группы характеризуются более низким функциональным состоянием ЦНС, чем дети контрольной группы.
2. Установлено, что у пациентов с эмоционально-лабильными (астеническими) расстройствами отмечается низкая подвижность возбуждения ЦНС; процессы подвижности возбуждения и торможения ЦНС сбалансированы.
3. Дети с недостаточной сформированностью церебрального контроля над выделительными функциями и произвольными действиями (пациенты с энурезом, энкопрезом, стереотипными двигательными расстройствами) характеризуются высокой подвижностью возбуждения ЦНС, инертностью торможения и нарушением баланса нервных процессов.
4. Пациенты с поведенческими и эмоциональными нарушениями отличаются дефицитностью процессов торможения ЦНС при достаточно высоких показателях подвижности возбуждения, а также общей неустойчивостью функционального состояния ЦНС.
5. Функциональные свойства ЦНС обуславливают особенности поведения, наблюдаемые у детей с невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

6. У пациентов всех рассматриваемых подгрупп экспериментальной группы наблюдается существенно более низкие показатели познавательных процессов по сравнению с детьми контрольной группы.

7. У всех обследованных пациентов отмечаются схожие нарушения познавательных процессов – памяти, внимания и мышления.

8. Дети с различными невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза нуждаются в различных методах психокоррекционной работы.

9. Выявленные особенности функциональных характеристик ЦНС и познавательных процессов таких детей позволяют уточнить направления психокоррекционной работы, включающие в себя как общие аспекты, характерные для детей всех подгрупп экспериментальной группы, так и частные, относящиеся к подгруппам в отдельности.

Литература

1. *Балашова Е.Ю., Ковязина М.С.* Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. М.: Генезис. 2015. 18 с.

2. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я. 1986. 280 с.

3. *Власова Т.А. Певзнер М.С.* О детях с отклонениями в развитии. 2-е изд., испр. и доп. М.: Просвещение, 1973. 176 с.

4. *Головко Т.А., Черпунова Н.С.* Лечебная физкультура в системе реабилитации детей с неврологическими заболеваниями и поражениями опорно-двигательного аппарата // Санаторно-курортное лечение как этап медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями и заболеваниями нервной системы: Науч.-практ. конф. Тезисы. СПб., 2015. С. 5–7.

5. *Иорданова Ю.А.* Особенности поведенческого реагирования детей 7–10 лет с дефицитом внимания // Вестник Поморского университета. 2006. № 3. С. 68–72.

6. *Клиточенко Г.В.* Биоэлектрическая активность головного мозга детей с дефицитом внимания // Врач-аспирант, научно-практический журнал. 2010. Т. 40. № 3. С. 40–44.

7. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 608 с.

8. *Литвиненко О.В.* Психологические и психофизиологические особенности внимания у здоровых детей и детей с синдромом дефицита внимания: автореф... канд. психол. наук. Ростов-на-Дону, 2003. 22 с.

Березкин Д.В. Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 46–62.

Berezkin, D.V. The Functional Status of Central Nervous System and Disturbances of Cognitive Functions of Children with Borderline Mental Disorder of Residual Organic Genesis
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 46–62.

9. *Малкова И.* Органические поражения мозга у детей // *Psihologie*. 2009. № 1. С. 55–68.

10. *Мачинская Р.И., Крупская Е.В.* Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста // *Когнитивные исследования: сб. науч. трудов, вып. 2 / Под ред. В.Д. Соловьева, Т.В. Черниговской.* М.: Ин-т психологии РАН, 2008. С. 32–48.

11. *Мнухин С.С.* О клинко-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей // *Труды Ленингр. педиатр. мед. ин-та.* Л., 1961. Т. 25. С. 67–77.

12. *Подоплекин Д.Н.* Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей-северян: автореф ... канд. мед. наук. Архангельск, 2003. 20 с.

13. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. 448 с.

14. *Цагарелли Ю.А.* Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр». Казань: изд-во Казанского ун-та, 2008. 266 с.

15. *Цветкова Л.С., Цветков А.В.* Нейропсихологические синдромы несформированности высших психических функций у младших школьников с отклонениями в развитии психики // *Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология.* 2009. № 2. С. 62–61.

16. *Шутова С.В., Муравьева И.В.* Сенсомоторные реакции как характеристика функционального состояния ЦНС // *Вестник ТГУ.* 2013. Т. 18. № 5. С. 2831–2840.

17. *Эвэрт Л.С., Потупчик Т.В., Крысенко Л.В., Паничева Е.С.* Характеристика астенического синдрома у детей первого года обучения в школе // *Российский педиатрический журнал.* 2014. № 2. С. 37–40.

18. *Ясюкова Л.А.* Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: метод. руководство. СПб.: Иматон, 1997. 80 с.

The Functional Status of Central Nervous System and Disturbances of Cognitive Functions of Children with Borderline Mental Disorder of Residual Organic Genesis

Berezkin, D.V.,

graduate student, Department of Clinical Psychology and Psychological Aid, Herzen State Pedagogical University; education psychologist, Children Psychoneurological Sanatorium "Komarovo", St. Petersburg, Russia, berezkin.dm@yandex.ru

Results of research of functional characteristics of the central neural system and features of cognitive processes of children with borderline mental disorder of residual organic genesis are presented. 78 children, 56 boys (8–12 years old) and 22 girls (8–11 years old), with different borderline mental disorder are examined. It is shown that all patients have similar disorders in memory, attention and cognitive function with differences in central nervous system functionality characteristics depending on clinical particularities. The disorders consist in arousal and inhibition mobility. Based on the results obtained, the recommendations on psycho-correctional work with children are formulated in the dependence on central nervous system functionality characteristics and clinical manifestations.

Keywords: borderline mental disorder, residual organic genesis, reaction time, central nervous system functionality characteristics, arousal mobility, inhibition mobility, memory, attention, cognitive function.

References

1. Balashova, E.Ju., Kovyazina, M.S. *Neiropsikhologicheskaya diagnostika. Klassicheskie stimul'nye materialy* [Neuropsychological Diagnostics. Classical Stimulus Materials]. Moscow: Genezis, 2015. 18 p.
2. Bleiher, V.M., Kruk, I.V. *Patopsikhologicheskaya diagnostika* [Pahtopsychological Diagnostics]. Kiev: Zdorov'ye, 1986. 280 p.

Березкин Д.В. Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 46–62.

Berezkin, D.V. The Functional Status of Central Nervous System and Disturbances of Cognitive Functions of Children with Borderline Mental Disorder of Residual Organic Genesis
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 46–62.

3. Vlasova, T.A., Pevzner, M.S. O detyah s otkloneniyami v razvitiy [About Children with Deviation of Development]. Moscow: Prosveshenie, 1973. 176 p.

4. Golovko, T.A., Cherpunova, N.S. Lechebnaya fizkul'tura v sisteme reabilitatsii detei s nevrologicheskimi zabolevaniyami i porazheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Therapeutic Physical Training in the System of Rehabilitation of Children with Neurological Disorders and Defeats of Musculoskeletal System]. Sanatarno-kurortnoe lechenie kak etap meditsinskoj reabilitatsii detei s psikhonevrologicheskimi zabolevaniyami i zabolevaniyami nervnoi sistemy [Health Resort Treatment as a Stage of Medical Rehabilitation of Children with Psychoneurological Disorder and Disorder of Neural System]. St. Petersburg, 2015, pp. 5–7.

5. Iordanova, Ju.A. Osobennosti povedencheskogo reagirovaniya detei 7–10 let s defitsytom vnimaniya [Specifically Behavioral Reaction of 7–10 Years Old Children with Deficit of Attention] *Vestnik Pomorskogo universiteta: [Bulleting of Pomor State University]*, 2006, no. 3, pp. 68–72.

6. Klitochenko, G.V. Bioelektricheskaya aktivnost' golovnogogo mozga detei s defitsytom vnimaniya [Bioelectrical Brain Activity of Children with Deficit of Attention]. *Vrach-aspirant, nauchno-prakticheskii zhurnal [Doctor-Postgraduate Student, Science-Practical journal]*, 2010, vol. 40, no. 3, pp. 40–44.

7. Kovalev, V.V. Psikhiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachei [Psychiatry of Children Age: Doctor's Manual]. Moscow: Meditsyna, 1995. 608 p.

8. Litvinenko, O.V. Psikhologicheskie i psikhofiziologicheskie osobennosti vnimaniya u zdorovyh detei i detej s sindromom defitsyta vnimaniya. avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological and Psychophysiological Characteristics of Attention of Healthy Children and Children with Syndrome of Attention Deficit: PhD Thesis]. Rostov-na-Donu, 2003. 22 p.

9. Malkova, I. Organicheskiye porazheniya mozga u detei [Children Organic Brain Damage]. *Psikhologiya [Psychology]*, 2009, № 1, pp. 55–68.

10. Machinskaya, R.I., Krupskaya, E.V. Sozrevanie regulatorynykh struktur mozga i organizatsyya vnimaniya u detei mladshego shkol'nogo vozrasta [Brain Regulatory Structures Maturation and Attention Organization of Primary School Age Children]. *Kognitivnye issledovaniya: sb. nauch. trudov, vyp. 2 [Cognitive Research: Collection of the Science Works, Release 2]*. V.D. Solov'eva, T.V. Chernigovskaya (eds.). Moscow: Institute of psychology of RAN, 2008, pp. 32–48.

11. Mnukhin, S.S. O kliniko-fiziologicheskoi klassifikatsyi sostoyaniya psikhicheskogo nedorazvitiya u detei [About Clinical and Psychological Classification of Conditions of Children's Psychical Underdevelopment]. *Trudy Leningr. pediater. med. in-ta [Proceeding of the Leningrad Pediatrician Institute]*. Leningrad, 1961, vol. 25, pp. 67–77.

Березкин Д.В. Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 46–62.

Berezkin, D.V. The Functional Status of Central Nervous System and Disturbances of Cognitive Functions of Children with Borderline Mental Disorder of Residual Organic Genesis
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 46–62.

12. Podoplekin, D.N. Raspredelenie postoyannykh potencialov golovnoy mozga pri sindrome deficita vnimaniya s giperaktivnost'yu (SDVG) u detey-severyan: avtoref. ... kand. med. nauk. [Distribution of Permanent Brain Potentials of Children From the North Having Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): PhD thesis]. Arhangel'sk, 2003. 20 p.

13. Rubinshtein, S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii [Pathopsychological Experimental Methods]. Moscow: EKSMO-Press, 1999, 448 p.

14. Tsagarelli, U.A. Sistemnaya psikhologicheskaya diagnostika na pribore «Aktivatsyometr» [System Psychological Diagnostic with the «Activationmeter» Device]. Kazan': Kazanskogo universiteta publ., 2008. 266 p.

15. Tsvetkova, L.S., Tsvetkov, A.V. Neiropsikhologicheskiye sindromy nesformirovannosti vysshykh psikhicheskikh funktsiy u mladshikh shkol'nikov s otkloneniyami v razvitiy psikhiki [Neuropsychological Syndromes of Higher Psychological Function Immature of Primary School Age Children with Deviations of Psychological Development]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14. Psikhologiya [Bulleting of Moscow State University. Ser. 14. Psychology]*, 2009, № 2, pp. 62–61.

16. Shustova, S.V., Murav'eva, I.V. Sensomotornye reaktsyi kak kharakteristika funktsional'nogo sostojaniya CNS [Sensometrical Reactions as Characteristic of the CNS Functionality Status]. *Vestnik TGU [Bulleting of Tomsk State University]*, 2013, vol. 18, no. 5, pp. 2831–2840.

17. Evert, L.S., Potupchik, T.V., Krysenko, L.V., Panicheva, E.S. Kharakteristika astenicheskogo sindroma u detei pervogo goda obucheniya v shkole [Characteristics of Asthenoneurotic Syndrome of the First Year of Education Children in School]. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal [Russian Pediatric Journal]*, 2014, no. 2, pp. 37–40.

18. Yasyukova, L.A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsiya minimal'nykh mozgovykh disfunktsiy: Metod. Rukovodstvo [Optimization of Teaching and Development of Children with Minimal Brain Dysfunction. Diagnostics and Compensation of Minimal Brain Dysfunction. Methodological Manual]. St. Petersburg: Imaton, 1997. 80 p.

Особый одаренный ребенок. Лонгитюдное исследование памяти и ЭЭГ

Горбачевская Н.Л.,

доктор биологических наук, Руководитель научно-образовательного центра «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков», Московский государственный психолого-педагогический университет; ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья, Москва, Россия, gorbachevskaya@yandex.ru

Караханян К.Г.,

аспирант кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, karahanyankg@mgppri.ru

Давыдова Е.Ю.,

кандидат биологических наук, доцент кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, el-davydova@mail.ru

Проведено лонгитюдное исследование электроэнцефалограммы и нейропсихологических параметров памяти у 20 детей с признаками интеллектуальной одаренности в сочетании с трудностями социальной коммуникации. Результаты исследования одаренных детей приводятся в сравнении с учащимися массовой школы. Нейрофизиологическое исследование проводилось на возрастном интервале 7–16 лет, исследование параметров памяти – на интервале 7–12 лет. На возрастном интервале 7–12 лет у одаренных детей зафиксированы лучшие показатели памяти и характерный устойчивый ЭЭГ-паттерн с дефицитом активности диапазонов тета, альфа-3 и бета-1 при повышенной активности полос частот альфа-1 и бета-2 в сравнении с возрастной нормой. Выбранный нами для исследования интегральный показатель «альфа + бета / дельта + тета» отражал основные проявления «взросления» биоэлектрической активности мозга у детей школьного возраста. В норме этот показатель постепенно увеличивался от младшего школьного возраста к юношескому, тогда как у детей с признаками одаренности он был значительно ниже, чем в норме, и только после 14 лет скачкообразно увеличивался и достигал к 16 годам нормативных значений. Высказывается предположение, что задержка формирования высокочастотных

компонентов ЭЭГ отражает особенности созревания нервных сетей у этой группы интеллектуально одаренных детей и подростков.

Ключевые слова: интеллектуальная одаренность, показатели памяти, электроэнцефалограмма, трудности социальной адаптации.

Для цитаты:

Горбачевская Н.Л., Караханян К.Г., Давыдова Е.Ю. Особый одаренный ребенок. Лонгитюдное исследование памяти и ЭЭГ [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 63–76. doi: 10.17759/psyclin.2016050205

For citation:

Gorbachevskaya, N.L., Karahanyan, K.G., Davydova, E.Yu. A Gifted Child with Special Needs. A Longitudinal Study of Memory and EEG [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 63–76. doi: 10.17759/psycljn.2016050205 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Исследование нейробиологических механизмов успешности обучения является актуальным звеном в вопросах разработки методов оптимизация обучения и коррекции школьной дезадаптации как с теоретической, так и с практической точек зрения. Связь эффективности умственной деятельности с электрофизиологическими показателями работы мозга была показана многими исследователями, причем наиболее значимые различия выявлялись при сравнении частотно-амплитудных характеристик электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в альфа- и тета-диапазонах частот [8; 12].

Целью настоящей работы является сравнительное исследование ЭЭГ и показателей памяти у детей, квалифицируемых педагогами и психологами, как дети с признаками интеллектуальной одаренности (ПО).

Материалы и методы исследования

В группу детей с признаками одаренности вошли 20 детей, учеников лицея № 1524 («Сократовской» школы), являющимся экспериментальной базой Института психологии РАО. Отбор в эту группу проводился профессором Московского государственного психолого-педагогического университета В.С. Юркевич. Помимо высокой академической одаренности, у этих детей присутствовал высокий интерес к учебной деятельности. Из 20 детей исследованной группы, 9 человек участвовали в четырех и более ЭЭГ-исследованиях, 5 человек – в трех исследованиях, 6 человек – в двух исследованиях. Контрольная группа включала детей от 7 до 16 лет, успешно обучавшихся в двух московских школах (16 детей контрольной группы участвовали в лонгитюдных ЭЭГ-исследованиях от трех до пяти раз, в тестировании памяти – от двух до трех раз). Количественный состав групп представлен в таблице. Во всех

возрастных группах преобладали мальчики; в целом, соотношение мальчиков и девочек было 5:1.

Таблица

Возрастной состав исследованных групп

Группа \ Возраст, лет	7-8	9,5-11,0	11,1-12,5	12,6-13,1	14-16
Тестирование памяти					
Контрольная группа	24	28	12	-	-
Экспериментальная группа (дети с признаками одаренности)	12	12	13	-	-
ЭЭГ					
Контрольная группа	24	24	20	18	18
Экспериментальная группа	16	18	16	14	15

Психологические особенности детей с признаками интеллектуальной одаренности

По оценкам психологов, дети, вошедшие в экспериментальную группу, характеризуются высоким уровнем вербального и невербального интеллекта, определявшимся многократным тестированием методиками Векслера, Айзенка, ШТУР (школьный тест умственного развития). Все дети экспериментальной группы демонстрировали высокую учебную мотивацию и успешно обучались по программам повышенного уровня сложности. Педагоги отмечали особые академические успехи в области точных и естественнонаучных предметов. Участие в лонгитюдном исследовании воспринималось большинством детей положительно и заинтересованно.

Общими особенностями детей этой группы можно назвать особую заинтересованность в учебном процессе, потребность в большом количестве новой информации и стремление к самостоятельному изучению интересующих вопросов. Эти устремления всецело поддерживались родителями и педагогами, создававшими все условия для академического роста. В то же время показатели социального взаимодействия в целом по группе были заметно ниже, чем у сверстников. Несмотря на то, что в начальной школе с детьми постоянно были воспитатели, наблюдались частые конфликтные ситуации, связанные преимущественно со слабостью навыков общения. Сложившаяся ситуация была обусловлена целым рядом причин: индивидуальными особенностями детей, отсутствием адекватного опыта социального взаимодействия из-за раннего интеллектуального развития и преимущественного общения с более старшими детьми и взрослыми, а также

влиянием формирующих родительских установок [7]. Однако консультировавшая их по просьбе родителей врач-психиатр В.М. Башина ведущей причиной назвала именно их индивидуальные особенности. Специальная коррекционная работа – преимущественно арт-терапия с многократным проигрыванием различных конфликтных ситуаций – и постоянная психологическая поддержка привели к тому, что с возрастом описанные проблемы постепенно компенсировались, и большинство детей успешно перешли к следующей стадии обучения. В старшем школьном возрасте подростки экспериментальной группы в отличие от контрольной группы не строили конкретных планов на будущее, не представляли, в каком ВУЗе будут продолжать обучение. После окончания школы большинство подростков поступили в технические ВУЗы.

Методика ЭЭГ-обследования

Всем детям проводилось электроэнцефалографическое обследование при помощи 16-канального электроэнцефалографа. Осуществлялась запись ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования при закрытых. Компьютерная обработка полученных данных осуществлялась методом быстрого преобразования Фурье при помощи систем картирования электрической активности головного мозга «Brainsys» (Россия). Подвергнутые компьютерной математической обработке данные были представлены в виде абсолютных значений спектральной плотности (СП). В данной работе сравниваются значения СП быстрых (альфа + бета) и медленных (дельта+ тета) составляющих спектра ЭЭГ у детей с ПО детей контрольной группы того же возраста. Возрастная динамика ЭЭГ как нормативной группы, так и детей с ПО определялась путем сравнения параметров ЭЭГ в группах детей разного возраста.

Методика нейропсихологического исследования памяти

Нейропсихологическое исследование произвольной памяти проводилось с помощью стандартизированной методики экспресс-диагностики «Лурия-90», разработанной Э.Г. Симерницкой [9].

В соответствии с этой методикой баллы начисляются за ошибки в выполнении заданий, а оценка полностью правильно выполненного задания соответствует 0 баллов. Таким образом, более низкие балльные оценки свидетельствует о большей успешности запоминания и воспроизведения информации. Стимульный материал для проведения повторных исследований был аналогичен исходному по уровню сложности.

В соответствии с методикой выставлялись балльные оценки слухоречевой и зрительной памяти по следующим параметрам:

- 1) *Объем* слухоречевой (a1) и зрительной (v1) видов памяти; оценивается количество стимулов, воспроизведенных непосредственно после предъявления;

- 2) *Тормозимость* слуховых следов (а2); учитывается количество предъявлений, потребовавшихся для запоминания слов;
- 3) *Прочность* слуховых (а3) и зрительных (v5) следов оценивает продуктивность повторных и отсроченных воспроизведений;
- 4) *Порядок воспроизведения* слов (а4) и зрительных стимулов (v2) учитывает нарушения последовательности стимулов при воспроизведении;
- 5) *Воспроизведение структуры* слов (а5) и зрительных (v3) стимулов; учитываются литеральные и вербальные парафазии при воспроизведении слов;
- 6) *Узнавание слов* (а6); учитываются ошибки узнавания;
- 7) *Феномен зеркальных движений* (v4); учитывается количество реверсий формы стимулов;
- 8) *Межполушарный перенос зрительной информации* (v6); балльная оценка определяется разностью в продуктивности и характере воспроизведения одних и тех же стимулов при работе правой и левой рукой;
- 9) *Регуляция и контроль* слухоречевой (а7) и зрительной (v7) памяти; учитывается количество персевераций и побочных ассоциаций при воспроизведении слов и фигур.

Учитывая, что методика предназначена в большей степени для младшей возрастной группы (дошкольники и младшие школьники), предстояло изучить ее чувствительность к нарушениям памяти в старшем возрасте. Наличие выраженных различий между группами по ряду параметров позволило рассматривать совокупность аспектов мнестических процессов как основу эффективности когнитивной деятельности.

При статистической обработке результатов анализа ЭЭГ использовался t-критерий Стьюдента. Анализ результатов нейропсихологического тестирования проводился с использованием метода непараметрической статистики – критерия Манна–Уитни.

Расчеты проводились с помощью стандартного пакета статистической обработки данных SPSS и системы «Brainsys».

Результаты

1. Нейропсихологические показатели памяти детей с ПО и контрольной группы

Сравнение нейропсихологических показателей памяти детей с ПО и контрольной группы в возрасте 7, 10, 11 и 12-ти лет показало, что у детей с ПО суммарные показатели памяти оказались достоверно лучше (балльные значения

ниже), чем в контрольной группе (рисунок 1а). Максимальные различия, достоверные для четырех параметров слухоречевой памяти и трех параметров зрительной памяти, регистрировались в возрастной группе 12 лет (рисунок 1б).

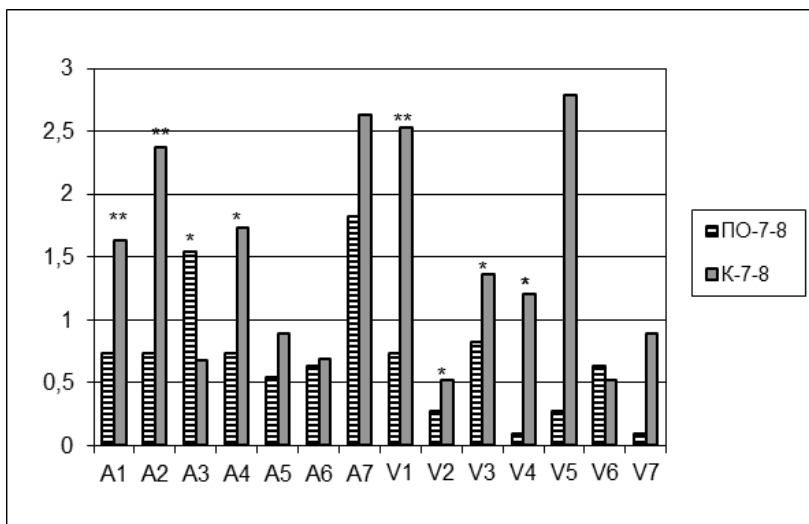


Рисунок 1а. Сравнение средних значений нейропсихологических показателей памяти детей с ПО и контрольной группы в 7–8 лет

Примечание. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

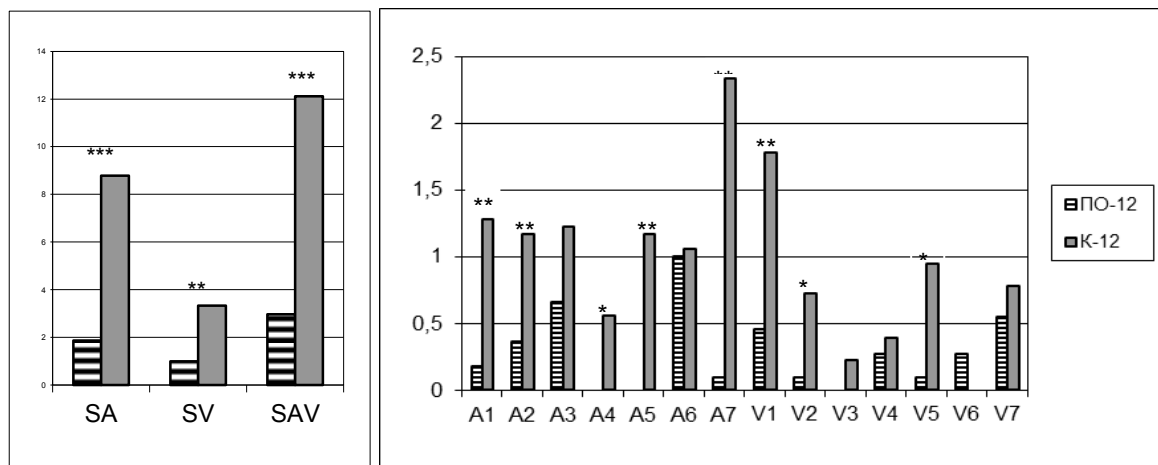


Рисунок 1б. Сравнение средних значений нейропсихологических показателей памяти детей с ПО и контрольной группы в 12 лет

Обозначения: SA – суммарный показатель слухоречевой памяти; SV – суммарный показатель зрительной памяти, SAV – суммарный показатель слухоречевой и зрительной памяти.

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Анализ динамики изменений показателей произвольной памяти детей исследованных групп на интервале 7–12 лет показал, что в контрольной группе значительное улучшение показателей памяти происходит к 10 годам. В период же от 10 до 12 лет выявляется тенденция к некоторому ухудшению показателей слухоречевой памяти, что соответствует полученным нами ранее данным

лонгитюдного исследования школьников и результатам, описанным в работе А.И. Хромова [10]. В группе детей с ПО в этот период (от 10 до 12 лет) наблюдалось дальнейшее улучшение показателей памяти. Таким образом, для этой группы детей характерны не только исходно лучшие показатели по большинству исследованных параметров, но и более значительное возрастное улучшение показателей произвольной памяти (рисунок 1г). С другой стороны, отсутствие у подростков с ПО временного ухудшения показателей произвольной памяти может говорить о своеобразном курсе развития их способностей.

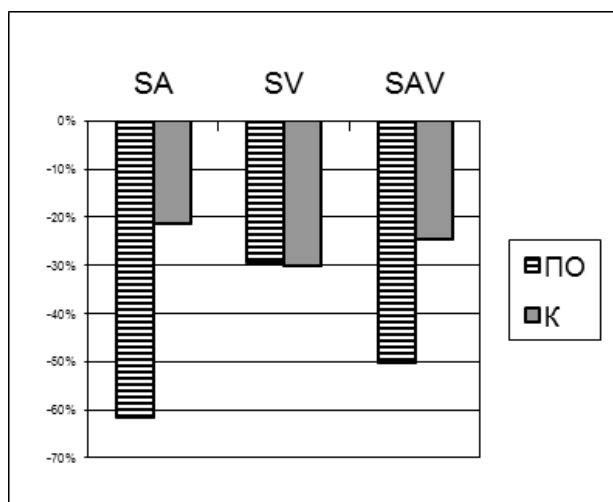


Рисунок 1г. Относительные изменения средних значений суммарных показателей памяти детей с ПО и контрольной группы в период от 7 до 12 лет

Обозначения: SA – суммарный показатель слухоречевой памяти; SV – суммарный показатель зрительной памяти, SAV – суммарный показатель слухоречевой и зрительной памяти.

Примечание: 0% – среднее значение показателя в 7–8 лет.

Качественный анализ достоверных различий по показателям памяти детей с ПО и контрольной группы в возрасте 12 лет показывает, что дети с ПО имеют бóльший объем как слухоречевой, так и зрительной произвольной памяти, лучшие показатели по параметрам тормозимости слуховых следов и показатели воспроизведения порядка зрительных стимулов, а также бóльший объем зрительной памяти, то есть обладают более высоким уровнем развития кратковременной памяти (рисунок 1б).

Значительное преимущество детей с ПО, зафиксированное по параметрам Воспроизведение звуковой структуры слов и Регуляция и контроль слухоречевой памяти, свидетельствует о хорошем развитии акустико-гностического и артикулярного звена речевой деятельности, а также о высокой степени организации произвольной мнестической деятельности, что может обеспечивать значительный уровень дифференцированности репрезентативных когнитивных структур, который, как было показано [11], тесно связан с развитием интеллекта. Важная роль регуляции мнестических процессов у одаренных детей также была показана при исследовании стратегий и приемов запоминания [2; 4].

2. Особенности ЭЭГ у детей с признаками одаренности

Типологическая структура ЭЭГ

Анализ типологической структуры ЭЭГ у детей с ПО показал, что индивидуальное распределение ЭЭГ по основным типам соответствует нормативным показателям, что проявляется в виде преобладания во всех

возрастных группах организованного типа ЭЭГ с доминированием альфа-активности.

Альфа-ритм у большинства детей экспериментальной группы также являлся доминирующей формой активности, хотя его амплитуда и индекс во всех возрастных группах были несколько ниже, чем в норме.

Данные ЭЭГ картирования

Как было показано нами ранее, частота затылочного альфа-ритма у детей с ПО существенно ниже возрастной нормы вплоть до возраста 14 лет [3].

Значения СП сенсомоторного ритма альфа-диапазона в центральных и лобных зонах коры у детей с ПО также были достоверно ниже, чем в контрольной группе, особенно в полосе 10–13 Гц. В бета-1 полосе у детей с ПО отмечались достоверно меньшие значения СП в теменно-центральных и височных отделах полушарий по сравнению с контрольной группой, а в бета-2 диапазоне во всех возрастных группах у детей и подростков с ПО отмечены достоверно более высокие значения СП по сравнению с контрольной группой.

В настоящее время появилась возможность более полно оценить возрастные изменения у детей этой группы. Выбранный нами для исследования интегральный показатель отражал основные проявления «взросления» биоэлектрической активности мозга у детей школьного возраста. В норме этот показатель постепенно увеличивается от младшего школьного возраста к юношескому, тогда как у детей с ПО он оказался значительно ниже, чем в норме. Он незначительно возрастает до 14 лет и только после этого скачкообразно увеличивается и достигает нормативных значений (рисунок 2).

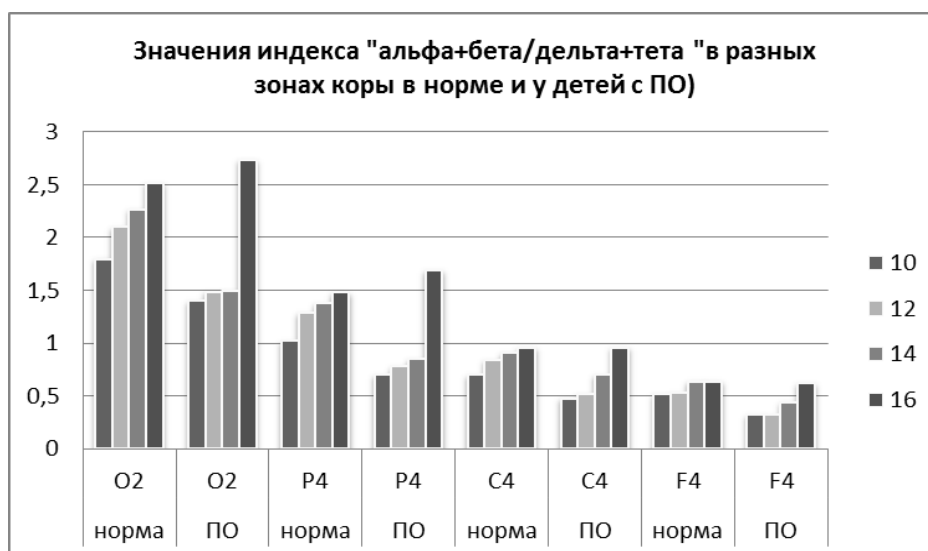


Рисунок 2 а. Средние значения индекса альфа-1/альфа-3 в затылочных отведениях у детей с ПО и контрольной группы

Обозначения: внизу обозначение зон коры головного мозга, по оси ординат – значения индекса. Цветом (квадратики справа) отмечены разные возрастные периоды.

Реакция десинхронизации ЭЭГ при открывании глаз проявлялась сильнее у детей с ПО, чем у детей контрольной группы. Так, в возрасте 12–14 лет практически во всех диапазонах частот у детей наблюдалось достоверное уменьшение значений СП, тогда как в контрольной группе достоверные значения наблюдались лишь в узкой полосе частот (6–12 Гц).

Обсуждение результатов

Поиск коррелятов эффективности когнитивной деятельности – одно из бурно развивающихся направлений мультидисциплинарных исследований, среди которых особое место занимают исследования памяти, являющейся системной функцией и представляющей собой основу различных когнитивных процессов.

Проведенное в настоящей работе лонгитюдное нейропсихологическое обследование небольшой группы детей с признаками одаренности показало, что во все возрастные периоды эти дети имели лучшие показатели нейропсихологических параметров памяти, чем дети контрольной группы, что еще раз подтверждает важность развития памяти для успешности когнитивной деятельности. Однако следует заметить, что одаренные дети без нарушения социального взаимодействия также могут иметь высокие показатели памяти, но при этом быть еще более эмоционально чувствительными, чем обычные дети [12]. Известно, что с возрастом может происходить не только «увеличение творческих сил, но и их ограничение, а то и утрата некоторых ценных способностей» [6]. Подтверждением этого могут служить полученные нами [4] и коллегами [11] данные об ухудшении показателей слухоречевой памяти у девочек 11-12 лет, связанные с физиологическими перестройками организма, происходящими в этот период. Отсутствие такого ухудшения у детей экспериментальной группы может говорить об особом курсе развития их когнитивных способностей.

Исследование количественных параметров ЭЭГ на возрастном интервале от 8 до 16 лет выявило своеобразный курс формирования спектральных характеристик у этой особой группы детей и подростков с ПО. Наблюдалось длительное (до возраста 14 лет) сохранение паттерна фоновой ЭЭГ и реактивных изменений, свойственных детям младшего возраста. В морфологических лонгитюдных исследованиях одаренных детей было показано, что они имеют свою специфику развития коры головного мозга. Причем в возрастной период до 12 лет уровень интеллектуальных способностей у одаренных детей, в отличие от нормативных, обратно пропорционален толщине коры головного мозга, тогда как после этого возраста знак корреляции меняется на противоположный [14]. Эти же тенденции прослеживаются и в нашем исследовании. Более того, морфологические изменения по времени предшествуют нейрофизиологическим изменениям. Интересно заметить, что у детей с синдромом Аспергера со схожими, но более выраженными нарушениями социальной коммуникации и нормативными интеллектуальными способностями, по нашим данным, наблюдается опережающее формирование высокочастотных компонентов альфа-ритма. То есть отклонение возрастной траектории формирования основных ритмических компонентов ЭЭГ может быть связано с морфологическим нарушением развития мозга.

Выводы

1. Дети экспериментальной группы с признаками одаренности и трудностями социальной адаптации имеют достоверно лучшие показатели по важнейшим параметрам произвольной слухоречевой и зрительной памяти, чем дети контрольной группы, причем указанные различия максимально выражены в возрасте 12 лет.

2. При анализе спектральных характеристик ЭЭГ выявился определенный ЭЭГ-паттерн, отличающий детей и подростков экспериментальной группы от контрольной: интегральный показатель «альфа + бета/дельта + тета» и частота альфа-ритма оказались ниже у подростков с ПО в возрасте от 9 до 14 лет; также у них отмечалась более генерализованная депрессия ЭЭГ при открывании глаз, чем у детей контрольной группы.

3. В возрасте 14–16 лет указанные различия нивелировались, что может свидетельствовать об особой траектории развития мозга, которая характерна для этой группы одаренных детей.

Литература

1. Адрианов О.С. Архитектура мозга и индивидуальность личности // Успехи физиологических наук. 1993. Т 24. № 3. С. 25–39.

2. Белашева Х.В. Вклад межполушарных асимметрий в структуру мнемических способностей одаренных подростков: методологический и диагностический аспект // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. 2015. Т. 46. № 1. С. 188–193.

3. Горбачевская Н.Л., Давыдова Е.Ю., Петрова С.О., Тюшкевич С.А., Пашкевич О.И. Роль биологических и социальных факторов в успешности школьного обучения // Физиология человека. 2010. Т. 36. № 3. С. 1–8.

4. Давыдова Е.Ю., Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Изнак А.Ф. Возрастные изменения слухоречевой и зрительной памяти у мальчиков и девочек 6–12 лет // Физиология человека. 1999. Т. 25. № 2. С. 14–20.

5. Камардина И.О., Матвеева Е.Ю., Пылаева Н.М. Проведение групповой нейропсихологической диагностики в начальной школе [Электронный ресурс] / Психологическая наука и образование 2011. № 4. С. 90–100. URL: http://psyjournals.ru/files/44153/Inclusive_edu_Kamardina.pdf (дата обращения: 04.06.2016).

6. Возрастная одаренность и индивидуальные различия: избранные труды / под ред. Н.С. Лейтеса. М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: МОДЭК, 2008. 478 с.

7. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции. М.: Академический проект, 2000. 512 с.
8. *Мешкова Н.В.* Зарубежные исследования одаренности: социально-психологический аспект [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2015. Том 4. № 1. С. 26–44. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp /2015/n1/76175.shtml> (дата обращения: 04.06.2016).
9. *Панюшкина С.В., Курова Н.С., Егоров С.Ф., Кошелев В.В.* Индивидуальные ЭЭГ реакции здоровых людей на взаимноантагонистические норадренотропные воздействия // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 1994. Т. 44. № 3. С. 457–461.
10. *Симерницкая Э.Г.* Нейропсихологическая методика экспресс диагностики «Лурия-90». М.: Знание, 1991. 93 с.
11. *Хромов А.И.* Динамика когнитивного развития у детей и подростков с эндогенной психической патологией: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. М., 2012. 23 с.
12. *Чуприкова Н.И.* Познавательная активность и память. М.: МПСИ, Воронеж: МОДЭК, 2010. 223 с.
13. *Шумакова Н.Б.* Психологические особенности развития интеллектуально одаренных детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс] / Психологическая наука и образование. 2012. № 4. С. 250–260. URL: www.psyjournals.ru/files/57551/psyedu_ru_2012_4_Chumakova.pdf (дата обращения 04.06.2016).
14. *Felsch M., Hülsdünker T., Mierau J., Bullermann P., Weiß B., Strüder H.* The interrelation between sensorimotor abilities, cognitive performance and individual EEG alpha peak frequency in young children [Электронный ресурс] // Clinical Neurophysiology. In Press. URL: [www.clinph-journal.com/article/S1388-2457\(15\)00173-X/pdf](http://www.clinph-journal.com/article/S1388-2457(15)00173-X/pdf) (дата обращения 04.06.2016).
15. *Shaw P., Greenstein D., Lerch J., Clasen L., Gogtay N., Evans A., Rapoport J., Giedd J.* Intellectual ability and cortical development in children and adolescents // Nature. 2006. Vol. 7084. № 440. Pp. 676–689.

A Gifted Child with Special Needs. A Longitudinal Study of Memory and EEG

Gorbachevskaya, N.L.,

doctor of biological sciences, Head of the Research and Education Center "Neurobiological Diagnosis Of Hereditary Mental Disorders Of Children And Adolescents", Moscow State University of Psychology and Education; Leading Researcher of Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, gorbachevskaya@yandex.ru

Karakhanian, K.G.,

graduate student, Department of Differential Psychology and Psychophysiology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, karahanyankg@mgppu.ru

Davydova, E.Yu.,

PhD (Biological Sciences), assistant professor, Department of Differential Psychology and Psychophysiology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, el-davydova@mail.ru

A longitudinal study of EEG and neuropsychological memory parameters of 20 children with signs of intellectual endowments combined with social communication difficulties have been carried out. The data of gifted children is compared to data of students in regular school. The neurophysiological study was conducted with the participation of children of 7–16 years old, and children of 7–12 years participated in in the study of memory parameters. Gifted children of 7–12 years compared to age norm have demonstrated better memory value and more stable EEG-pattern with low theta, alpha-3, and beta-3 activities, and increased activity of alpha-1 and beta-2 frequency ranges. We chose to study the integral index of "alpha + beta / delta + theta" that reflects the main manifestation of the "growing" brain bioelectrical activity in school-age children. Normally, this indicator gradually increased from primary school age to youthful, while gifted children was significantly lower than normal, and only after 14 years it increases abruptly and reaches normative values to 16 years. It has been suggested that delay in the formation of high-frequency components of EEG alpha-rhythm is representative of the maturation of neural networks in this group of intellectually gifted children and adolescents.

Keywords: intellectual endowments, memory performance, EEG, difficulties of social adaptation.

References

1. Adrianov, O.S. Arhitektura mozga i individual'nost' lichnosti // Uspehi fiziologicheskikh nauk [The Architecture of the Brain and the Personality of the Person]. *Uspehi fiziologicheskikh nauk [Advances of Physiological Sciences]*, 1993, vol. 24, no. 3, pp. 25–39.
2. Belasheva, H.W. Vklad mezhpolutsharnyh asimmetrij v strukturu mnemicheskikh sposobnostej odarennyh podrostkov: metodologicheskij i diagnosticheskij aspekt [Contribution hemispheric asymmetry in the structure of mnemonic abilities of gifted adolescents: Methodological and Diagnostic aspect]. *Vestnik Severo-Kavkazskogo federal'nogo universiteta [Bulletin of the North Caucasus Federal University]*, 2015, vol. 46, no. 1, pp. 188–193.
3. Gorbachevskaja, N.L., Davydova, E.Ju., Petrova, S.O., Tjushkevich, S.A., Pashkevich, O.I. Rol' biologicheskikh i social'nyh faktorov v uspehnosti shkol'nogo obuchenija [The Role of Biological and Social Factors in the Success of School] *Fiziologija cheloveka [Human Physiology]*, 2010, vol. 36, no. 3. pp. 1–8.
4. Davydova, E.J., Gorbachevskaya, N.L., Yakupova, L.P., Iznak, A.F. Vozrastnye izmenenija sluhorechevoj i zritel'noj pamjati u mal'chikov i devocek 6–12 let [Age changes of oral-aural and visual memory for boys and girls 6-12 years]. *Fiziologija cheloveka [Human Physiology]*, 1999, vol. 25, no. 2, pp. 14–20.
5. Kamardina, I.O., Matveeva, E.J., Pylaeva, N.M. Provedenie gruppovoj nejropsihologicheskoi diagnostiki v nachal'noj shkole [Conducting group neuropsychological diagnostics in elementary school]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2011, no. 4, pp. 90–100. URL: http://psyjournals.ru/files/44153/Inclusive_edu_Kamardina.pdf (Accessed: 04.06.2016).
6. Vozrastnaja odarenost' i individual'nye razlichija: izbrannye trudy [Age endowments and individual differences: selected works] / N.S. Lejtes (ed.). Moscow: Moskovskij psihologo-social'nyj institut, Voronezh: MODJeK, 2008, 478 p.
7. Luria, A.R. Vysshie korkovye funkicii [Higher cortical functions]. Moscow: Akademicheskij proekt, 2000, 512 p.
8. Meshkova, N.V. Zarubezhnye issledovanija odarennosti: social'no-psihologicheskij aspekt [Foreign studies of giftedness: socio-psychological aspect]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija [Modern foreign psychology]*, 2015, vol. 4, no. 1, pp 26–44. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2015/n1/76175.shtml> (Accessed: 04.06.2016)
9. Simernitskaya, E.G. Nejropsihologicheskaja metodika jekspress diagnostiki "Lurija-90" [Neuropsychological method of express diagnostics "Luria-90."] Moscow: Znanie, 1991, 93 p.

Горбачевская Н.Л., Караханян К.Г., Давыдова Е.Ю.
Особый одаренный ребенок.
Лонгитюдное исследование памяти и ЭЭГ
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 63–76.

Gorbachevskaya, N.L., Karahanyan, K.G.,
Davydova, E.Yu. A Gifted Child with Special Needs.
A Longitudinal Study of Memory and EEG
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 63–76.

10. Khromov, A.I. Dinamika kognitivnogo razvitija u detej i podrostkov s jendogennoj psihicheskoj patologiej: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.04. [Dynamics of cognitive development in children and adolescents with endogenous mental disorders: Abstract. Dis. ... Cand. psychol. Sciences: 19.00.04]. Moscow, 2012, 23 p.
11. Chuprikova, N.I. Poznavatel'naja aktivnost' i pamjat' [Cognitive activity and memory]. Moscow: MPSI, Voronezh: MODEK, 2010, 223 p.
12. Shumakova, N.B. Psihologicheskie osobennosti razvitija intellektual'no odarennyh detej mladshego shkol'nogo vozrasta [Psychological features of development of intellectually gifted children of primary school age]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2012, no. 4, pp. 250–260. URL: www.psyjournals.ru/files/57551/psyedu_ru_2012_4_Chumakova.pdf (Accessed: 04.06.2016).
13. Felsc, M., Hülsdünker, T., Mierau, J., Bullermann, P., Weiß, B., Strüder, H. The interrelation between sensorimotor abilities, cognitive performance and individual EEG alpha peak frequency in young children. *Clinical Neurophysiology*, 2015. In Press. URL: [www.clinph-journal.com/article/S1388-2457\(15\)00173-X/pdf](http://www.clinph-journal.com/article/S1388-2457(15)00173-X/pdf) (Accessed 04.06.2016).
14. Shaw, P., Greenstein, D., Lerch, J., Clasen, L., Gogtay, N., Evans, A., Rapoport, J., Giedd, J. Intellectual ability and cortical development in children and adolescents. *Nature*, 2006, vol. 7084, no. 440, pp. 676–689.

Самооценка и саморегуляция подростков-воспитанников интернатных учреждений

Тимур О.Ю.,

магистр психологии, аспирант, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, helgatimur@gmail.com

Исследуется когнитивная и поведенческая подструктуры самосознания подростков, воспитанников интернатных учреждений. Использовались методики: Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан), экспресс-методика «Стиль саморегуляции поведения детей» (ССПД1-М) В.И. Моросановой. Было выявлено, что почти все показатели самооценки у подростков-сирот в отношении реального Я-образа, являющиеся индикаторами меры развития когнитивного компонента самосознания, находятся в пределах среднего уровня. Исключение составляет только шкала Уверенность в себе, показатели которой у большинства респондентов фиксируются как очень высокие. Показатели всех шкал в представлениях о Я-идеальном также имеют очень высокие значения. Уровень общей самооценки у воспитанников детских домов характеризуется как средний, в то время как общий показатель саморегуляции имеет малые значения. Приводится сравнительный анализ результатов указанной выборки респондентов с респондентами, относящимися к группам девиантных подростков из семей и подростков из семей без девиаций.

Ключевые слова: самосознание, когнитивная подструктура самосознания, поведенческая подструктура самосознания, самооценка, саморегуляция, подростки, воспитанники интернатных учреждений.

Для цитаты:

Тимур О.Ю. Самооценка и саморегуляция подростков-воспитанников интернатных учреждений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 77–96. doi: 10.17759/psyclin.2016050206

For citation:

Timur, O.Yu. Self-esteem and Self-control of Teenage Students of Boarding Schools [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 77–96. doi: 10.17759/psycljn.2016050206 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Анализ исследований, касающихся проблемы самосознания, свидетельствует о том, что они концентрируются в большинстве своем вокруг двух групп вопросов. Во-первых, речь идет о работах Б.Г. Ананьева, Л.И. Божович, Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Б. Орлова, С.Л. Рубинштейна, А.Г. Спиркина, В.В. Столина, П.Р. Чаматы, И.И. Чесноковой и других, в которых в общетеоретическом и методологическом аспектах проанализирован вопрос о становлении самосознания в контексте более общей проблемы развития личности [20; 22]. Во-вторых, в другой группе исследований рассматриваются более специальные вопросы, связанные прежде всего с особенностями самооценки и ее взаимосвязью с оценками окружающих [4; 15].

Работы И.С. Кона, в которых были удачно синтезированы философские, общепсихологические, социально-психологические и культурно-исторические аспекты проблемы самосознания, открыли многие новые грани этой, как считал В.В. Столин, одной из старейших и наиболее спорной проблемы психологии [20; 22]. Предполагается, что принцип развития самосознания состоит в принятии положения о непрерывности его изменения на протяжении всей жизни человека [2; 15]. Наиболее значимым в становлении самосознания признается период подростничества [10; 12; 19; 29].

Анализ источников позволяет определить степень разработанности проблемы возникновения, развития и формирования самосознания, а также рассмотреть основополагающую роль нарушений в детско-родительских отношениях в процессе становления самосознания ребенка [9; 24; 27; 41; 46]. Влияние поведения родителей и их отношения на личность ребенка считаются ключевыми. Потеря или лишение любви со стороны родителей воспринимаются ребенком как насилие и утрата, в связи с чем формирующаяся когнитивная подструктура самосознания неумолимо искажается [22; 25; 27].

Особого внимания заслуживает вопрос о процессе становления самосознания у подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях и, в частности, в детских домах.

Основной характерной чертой личности подростка-сироты является недостаточная сформированность собственной мотивации и внутреннего психического плана действий при подавляющей ориентации на внешнюю ситуацию [18]. При широком, постоянно присутствующем окружении сверстников, у подростков не складываются интимно-личностные отношения, потребность в которых крайне высока в этот период жизни. Следствием этого оказывается низкий интерес подростков к другому человеку, имеющему особенный, многогранный внутренний мир. В связи с этим и признание автономности другого становится для такого ребенка сложным. В этом свете характерным для подростков-сирот (как истинных, так и социальных) выступает особый тип общения, который определяется гипертрофированной потребностью в коммуникации со взрослыми, спровоцированной дефицитом такого общения в учреждениях интернатного типа [12]. Развитию идентичности в подростковом возрасте, как известно, способствует его видение себя в «зеркала» отношений к нему других людей. Из-за большого

числа представленных в «социальной галерее» подобных «зеркал», демонстрирующих совершенно разные отношения и часто их полное несовпадение, у ребенка возникает деформация чувства тождества. Для подростков-воспитанников детдомов специфическим становится особого рода новообразование – детдомовское «мы». Подростки, воспитывающиеся без попечения родителей или лиц, замещающих их, проводят условную границу между «своими» и «чужими». Однако обособленность таких подростков характерна и для их внутригруппового взаимодействия [10; 11].

Особого внимания заслуживает рассмотрение вопроса о развитии и формировании самооценки у воспитанников детских домов. Как показывают исследования [7; 42], во многих случаях она может быть двух диаметрально противоположных уровней: либо очень низкой, либо чрезмерно завышенной [17]. Второй вариант выступает в качестве компенсации и защитного механизма [20].

Не менее важным в становлении и развитии самосознания является процесс формирования ее поведенческой подструктуры. Этот компонент самосознания мы можем проследить через оценку саморегуляции как произвольной целенаправленной активности. Данный процесс имеет своей задачей выстраивание направления для достижения принимаемых индивидом целей [1; 14].

Осознанную саморегуляцию определяют как системно-организованный процесс внутренней психологической активности индивида по продуцированию, формированию, управлению и поддержанию различных форм и видов произвольной активности, которые непосредственно воплощают в процессе реализации принимаемую индивидом цель. Этот процесс выступает в качестве пластичного единого механизма, посредством которого удается преодолевать возникающие внутренние трудности и рассогласование психических структур и мобилизовать психологические ресурсы [1]. Именно в подростковом возрасте происходит становление осознанной личностной саморегуляции, а также формирование личностной рефлексии. Это время, когда перед взрослеющей личностью возникает задача проектирования своего будущего, когда важно осознавать свои поступки и деятельность в целом [17]. В отрочестве появляются предпосылки к самовоспитанию, самоконтролю, планированию, которые составляют неотъемлемую часть саморегуляции [16]. Главным новообразованием в данной области становится волевая активность, которая теперь регулируется на основе внутренней стимуляции [21]. Ведущими препятствиями в становлении саморегуляции в период подростничества являются трудности, связанные с возникновением рассогласования в мотивационной сфере и с недостаточностью механизмов волевой активности [29]. Опираясь на результаты исследований И.В. Дубровиной, В.Н. Ослон, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, возможно констатировать, что для воспитанников интернатных учреждений в большей степени характерны преобладание защитных форм поведения в ситуациях конфликта, повышенная степень тревожности, агрессивность и иные формы проявления неблагополучия в аффективной сфере [17; 19]. Для таких подростков свойственно отсутствие навыков избирательного дружеского общения, наряду с несформированностью моделирования и планирования своей деятельности как поэтапно, так и в целом [14].

Объектом исследования являлось самосознание детей-сирот. **Предметом исследования** были когнитивная и поведенческая подструктуры самосознания подростков в возрасте от 11 до 17 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях. Была сформулирована следующая **гипотеза исследования**: когнитивная и поведенческая подструктуры самосознания подростков-воспитанников интернатных учреждений имеют специфические особенности по сравнению с группами девиантных подростков из семей и подростков из семей без девиаций.

Процедура исследования

В число респондентов на основе информированности и добровольного участия вошли 488 подростков, являющихся воспитанниками детских домов, из более чем 20 городов и регионов России¹. В процессе дифференцирования группы по уровню интеллектуального развития были произведены уточнения и исключены результаты респондентов, имеющих интеллектуальные отклонения. Был уточнен стаж сиротства, и выявлены крайние варианты, которые не вошли в исследование: слишком малый или большой стаж. Таким образом, средний стаж сиротства не превышал 4,8 лет². У подростков, принявших участие в исследовании, по уточненным данным, не были зафиксированы выраженные симптомы посттравматического расстройства. Причины изъятия из семьи сводятся к главной – асоциальному поведению родителей³. В связи с этим итоговая выборка составила 395 человек в возрасте от 11 до 17 лет ($M_{возр}=15,2$).

Несмотря на то что особенности как саморегуляции, так и тем более самооценки в отечественной и зарубежной литературе исследованы весьма широко и разносторонне, мы полагали, что существует насущная необходимость рассматривать эти две структуры совместно. Это позволило нам подойти с принципиально новой стороны к вопросу об их изучении. Идея заключалась в том, чтобы не просто количественно описать эти характеристики при помощи большого числа взаимоподтверждающих методик, каждая из которых фиксировала бы неадекватность самооценки детей-сирот или их нарушенную саморегуляцию. Задача исследования ставилась таким образом, чтобы на основе полученных по методикам данных предельно глубоко рассмотреть грани нарушений и отклонений в формировании и развитии указанных характеристик. Для нас было крайне важно изучить оттенки самооценки и саморегуляции, которые свойственны именно детям-сиротам, а не только и не столько зафиксировать давно известные отклонения от «нормы». По нашему мнению, это позволяет разносторонне подойти к проблеме коррекции и предложить эффективные методы работы с указанными характеристиками.

В статье подробно рассматриваются аспекты и нюансы особенностей самооценки и саморегуляции подростков-сирот. Не менее важно помнить о том, что

¹ Подготовлено при поддержке межрегиональной общественной организации «Игры будущего», проекта «Полдень».

² Информация была получена путем предоставления ответов от психологов интернатных учреждений на вопросы о стаже сиротства, наличии/отсутствии симптомов ПТСР и об уровне интеллектуального развития воспитанников, принявших участие в исследовании.

³ Данные психологов – сотрудников интернатных учреждений.

на становление и развитие ребенка влияет бесчисленное множество факторов, в том числе и социального порядка: Интернет, СМИ и другие. Для нас было важно не только выстроить исследование с опорой на известные и компетентные научные труды исследователей в области психологии детей-сирот, но и уделить внимание тому, что дети сегодняшнего дня могут иметь отличия от детей, исследования которых проводилось несколькими годами ранее [4; 7; 9; 10; 11; 13; 21; 22]. Подчеркнем еще и тот момент, что предложенная нами в диагностической батарее комбинация методик ранее не применялась. Встречаются исследования с участием либо одной, либо другой методики [1; 17; 19], но совместное их использование в психометрических целях и последующий корреляционный анализ полученных данных нам не встречались.

Использовались следующие **методики**:

- методика Дембо–Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан) с одной вспомогательной шкалой (Здоровье) и шестью основными шкалами (Ум, способности; Характер; Авторитет у сверстников; Умение многое делать своими руками; Внешность; Уверенность в себе), направленная на выявление уровня самооценки;
- экспресс-методика «Стиль саморегуляции поведения детей» (ССПД1-М) В.И. Моросановой, адаптированная для детей подростков 10–16 лет». Методика позволяет оценить уровень саморегуляции и включает семь шкал: Планирование, Моделирование, Программирование, Оценка результатов, Гибкость, Самостоятельность и Ответственность.

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS. Использовались описательная статистика (среднее значение, стандартное отклонение), критерий Колмогорова–Смирнова, критерий ранговой корреляции Спирмена, непараметрический статистический t-критерий Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение

Говорить о подростке как о целостной личности с развитым самосознанием сложно. Отдельные подструктуры самосознания так часто диссонируют друг с другом, что они выглядят негармонично. Подвижность и неустойчивость всей психической организации подростков в начале и середине пубертатного периода приводят к изменчивости представлений о себе как о личности. Процесс познания себя и своих разнообразных качеств способствует развитию когнитивной подструктуры самосознания; с этим процессом также связаны аффективный и поведенческий компоненты самосознания [23; 28].

Подростку важно осознавать не только то, какой он есть на самом деле, но и то, насколько могут быть значимы его индивидуальные особенности. Оценка своих качеств осуществляется на основе тех ценностей, которые закладываются в большей степени в семье. На формирование ценностей у воспитанников интернатных учреждений оказывают влияние не только условия проживания в семье до момента изъятия из нее, но и условия его жизни и взаимодействия со сверстниками и воспитателями в детском доме.

Для изучения когнитивной подструктуры самосознания посредством прямых самооценок Я-реального и Я-идеального была применена модифицированная методика Дембо–Рубинштейн. При помощи метода шкалирования была решена задача числового отображения показателей самоотношения (Я-реальное) и желаемого уровня (Я-идеальное). Таким образом, удалось охарактеризовать выборку с последующей статистической обработкой результатов.

Я-образы, которые формируются в сознании подростка, весьма многообразны, и они способны проиллюстрировать все богатство его жизни. Совокупность представлений о своем физическом образе, уме, умениях, авторитете, силе характера и других качествах, сочетаясь, формируют когнитивную подструктуру самосознания, которую можно рассмотреть путем определения уровня самооценки. Интересно наблюдать тип распределения и процентное соотношение ответов по представленным в методике уровням – низкому, среднему, высокому и очень высокому (таблица 1).

Таблица 1

**Описательная статистика (среднее значение и стандартное отклонение)
шкал когнитивной подструктуры
(методика Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан)**

Шкалы	Я-образ	Соотношение распределения ответов по уровням (%)				Описательная статистика	
		Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	Среднее	SD
Ум	Реальный	11,2	43,8	18,0	27,0	60,6	18,6
	Идеальный	8,1	11,1	20,9	59,9	86,5	17,7
Характер	Реальный	17,7	32,4	19,6	30,5	60,1	23,9
	Идеальный	12,6	10,4	20,6	56,4	82,8	20,9
Авторитет	Реальный	19,9	41,2	19,5	19,4	56,6	22,7
	Идеальный	16,8	11,9	19,0	52,3	81,9	20,5
Умение	Реальный	13,7	35,7	18,7	31,9	62,9	20,7
	Идеальный	9,0	11,0	23,1	56,9	86,2	17,5
Внешность	Реальный	15,0	39,5	16,1	29,4	61,4	22,1
	Идеальный	14,6	13,3	16,7	55,4	84,3	19,8
Уверенность	Реальный	13,6	25,5	21,4	39,5	66,7	23,7
	Идеальный	11,5	9,7	26,2	52,6	84,6	18,2

Примечание: SD – стандартное отклонение.

Респонденты практически по всем показателям методики Дембо–Рубинштейн представления о себе реальном показали средние значения (таблица 1). Исключение составляет только показатель Уверенность в себе, по которому у большинства респондентов наблюдаются очень высокие показатели. Иная картина в отношении

репрезентации Я-идеального, где по всем шкалам подавляющее число респондентов имеют очень высокие показатели.

Данная методика исследования самооценки базируется на непосредственном самоотчете респондента и его способности к сознательной рефлексии. С высокой степенью вероятности можно полагать, что именно факт искажения самооценки в наименьшей степени доступен осознанию со стороны испытуемых. Предполагается, что в процессе процедуры заполнения методики происходит регистрация не столько готовой, сформированной самооценки, сколько непосредственный процесс ее формирования здесь-и-сейчас, т.е. данный процесс рассматривается как самооценивание.

Подобным образом сохраняется система предпочтений в рассматриваемой методике, кроме показателя Ум, который занимает третье место в системе представлений о себе реальном и второе место в системе представлений о себе идеальном, и показателя Умение многое делать своими руками, который занимает второе место в системе представлений о себе реальном и третье место в системе представлений о себе идеальном. Эти данные позволяют предположить, что различия в представлении о себе реальном и идеальном носят больше количественный характер, нежели качественный. Эту гипотезу предстоит дополнительно проверить методом факторного анализа.

Исходя из результатов, мы можем высказать предположение о наличии эмоциональной неустойчивости испытуемых, о чем свидетельствуют колебания актуальной самооценки в пределах трех и более интервалов. Неравномерность самооценки говорит о наличии эмоциональной неустойчивости в силу допущения о том, что каждая из шкал выступает в качестве некоего жизненного контекста. В тот момент, когда возникает задача оценить то, насколько человек считает себя умным, уверенным, красивым, он как бы начинает погружение в данный контекст и таким образом осуществляет ориентирование в пределах предлагаемых к заполнению параметров.

Переходя из контекста в контекст, мы как бы переходим из ситуации в ситуацию, несколько изменяя состояние сознания. Если самооценка неустойчива, то при этих переходах меняется эмоциональное состояние. Вот в этом смысле нужно понимать эмоциональную неустойчивость, которую выражает самооценка.

Также особо выделяется нереалистичность самооценки. Прослеживается устойчивое повышение самооценки Я-идеального, которая доходит до верхней границы по шкалам: Характер ($60,1 \pm 23,9$), Внешность ($61,4 \pm 22,1$), Умение ($62,9 \pm 20,7$) и Уверенность в себе ($66,7 \pm 23,7$).

Наблюдается и незрелость отношения к ценностям; в этом случае показатели самооценки Я-идеального совпадают с верхней границей по шкалам: Уверенность в себе ($84,6 \pm 18,2$), Ум ($86,5 \pm 17,7$), Умение ($86,2 \pm 17,5$), Внешность ($84,3 \pm 19,8$).

Отмечается также противоречивость показателей актуальной самооценки Я-реального, о которой можно судить по наличию разброса в баллах у сходных по своим значениям шкал – Авторитет среди сверстников ($56,6 \pm 22,7$) и Уверенность в себе ($66,7 \pm 23,7$).

Любая интерпретация психологического материала носит гипотетический характер. Понимание высоты самооценки складывается из усредненного показателя. Когда речь идет о целостной самооценке, то она понимается как нечто достаточно однородное. Зафиксированные отличия показателей по шкалам теста демонстрирует меру устойчивости самооценки. В данном случае выборка демонстрирует отсутствие перепадов при ответах на все предложенные вопросы (таблица 1).

Характеризуя самооценку, мы тем самым переводим количественные параметры в качественные. К примеру, оценки «низкий» или «очень высокий» – это не количественный показатель самооценки, а ее качество, хотя метафорически респондент выражает ее высоту, проставляя символ на некой точке шкалы. Результаты описательной статистики позволяют предположить, что по некоторым показателям имеется отклонение от нормального распределения – все респонденты продемонстрировали низкие значения. Проверка этой гипотезы критерием Колмогорова–Смирнова подтвердила, что показателей нормального распределения в данной выборке нет. Сравнительный анализ Я-реального и Я-идеального представлений о себе проводился с помощью непараметрического критерия t-Вилкоксона (таблица 2).

Таблица 2

**Описательная статистика (среднее значение и стандартное отклонение)
шкал когнитивной подструктуры
(методика Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан)**

Шкалы	Критерий t-Вилкоксона
«Ум» (идеальное) – «Ум» (реальное)	t = - 14,18; при p ≤ 0,001
«Характер» (идеальное) – «Характер» (реальное)	t = - 13,61; при p ≤ 0,001
«Авторитет» (идеальное) – «Авторитет» (реальное)	t = - 13,54; при p ≤ 0,001
«Умение» (идеальное) – «Умение» (реальное)	t = - 14,30; при p ≤ 0,001
«Внешность» (идеальное) – «Внешность» (реальное)	t = - 13,68; при p ≤ 0,001
«Уверенность» (идеальное) – «Уверенность» (реальное)	t = - 13,59; при p ≤ 0,001

Данные результаты демонстрируют то, насколько уровень Я-реального отличается от уровня Я-идеального. Из этого следует, что все показатели Я-идеального завышены. Это может свидетельствовать о латентном ответе респондента на вопрос: «Каким бы ты мечтал быть в идеале, находясь между этими полюсами шкал?» – это так называемая «отметка мечты». Для определения общего уровня самооценки высота показателей Я-идеального играет меньшую роль, чем высота актуальной самооценки Я-реального. Показатели подростков-сирот демонстрируют тенденцию незрелого отношения к ценностям и понимания того, что идеал просто не достижим. А предъявление шкал с абсолютной величиной выступает в качестве условности. В норме показатели у представителей этого этой возрастной группы не должны быть завышенными. Обычные подростки из семей без девиаций не мечтают во всем быть лучшими [8]. Взрослея и входя в социум, человек уже не стремится выдумывать ценности, а перенимает их из социума и

культуры, к которым он принадлежит, и вместе с тем вырабатывает свое собственное, личное отношение к этим ценностям. Для подростков-сирот характерны заимствование и недостаточная проработанность информации, отсутствие сознательного присвоения. В этом случае становится естественным желание быть самым лучшим во всем. У обычных подростков из семей без девиаций отмечается стремление быть самими собой: это как раз свидетельствует о взрослом, зрелом отношении к ценностям [16]. Как известно, не только цели, но также и ценности накладывают ограничения и ответственность. Незрелое отношение к ценностям со стороны подростков-сирот иллюстрирует отсутствие четкого осознания своих возможностей, а также ограничений. Индивид еще не научился ограничивать себя в том, что находится вне его осознанно избранного пути развития. Последнее как раз и может проявляться в нереалистичности показателей Я-идеального.

Что же касается подростков из семей, относящихся к группе девиантных, то все показатели самооценки демонстрируют схожую динамику, что и у подростков, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа [13]. Они относятся к себе с низким уровнем уважения и без симпатии. Условно можно говорить о том, что эти подростки нравятся себе «наполовину» и уважительно относятся к себе только «на треть» [2]. Такие подростки ориентированы на занятие авторитетной позиции по критерию идеального представления о себе, что объясняется их общей ориентацией на референтную группу [27]. Обращение к значимому для подростка окружению характерно и для группы подростков из семей без девиаций, однако в случае девиантных подростков оно носит гипертрофированную форму, где дети социально мимикрируют для того, чтобы быть признанными в своей группе и найти там свое место в системе групповой иерархии [19].

Корреляционный анализ параметров представления о себе реальном выявил, что все показатели положительно взаимосвязаны между собой на высоком уровне значимости ($p \leq 0,001$).

Корреляционный анализ параметров представления о себе идеальном продемонстрировал, что все показатели также положительно взаимосвязаны между собой на высоком уровне значимости ($p \leq 0,001$).

Что касается анализа взаимосвязей между параметрами представления о себе идеальном и реальном, то они имеют умеренные положительные взаимосвязи. Умеренная положительная корреляция наблюдается между параметрами: Характер и Внешность ($r_{\text{Spearman}} = 0,48$); Ум, способности и Характер ($r_{\text{Spearman}} = 0,47$); Ум, способности и Авторитет среди сверстников ($r_{\text{Spearman}} = 0,47$); Ум, способности и Уверенность в себе ($r_{\text{Spearman}} = 0,47$); Ум, способности и Умение многое делать своими руками ($r_{\text{Spearman}} = 0,44$); Характер и Умение многое делать своими руками ($r_{\text{Spearman}} = 0,44$); Характер и Уверенность в себе ($r_{\text{Spearman}} = 0,43$); Уверенность в себе и Авторитет среди сверстников ($r_{\text{Spearman}} = 0,40$); Характер и Авторитет среди сверстников ($r_{\text{Spearman}} = 0,33$).

Средняя сила связи наблюдается между такими показателями, как: Авторитет среди сверстников и Внешность ($r_{\text{Spearman}} = 0,55$); Внешность и Умение многое делать

своими руками ($r_{\text{Spearman}} = 0,52$); Авторитет среди сверстников и Умение многое делать своими руками ($r_{\text{Spearman}} = 0,50$).

Предположительно данные связи можно прокомментировать, исходя из организации жизни подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях. Привлекательными становятся способные дети, достигшие определенных успехов в обучении или в каких-то иных видах деятельности, так как они очень ярко контрастируют с общим низким фоном успеваемости среди подростков, находящихся в институциональных учреждениях [26].

Обратимся к исследованиям поведенческой подструктуры самосознания, проводимым при помощи экспресс-методики ССПД1-М пиктограммы В.И. Моросановой. При помощи этой экспресс-методики можно решать задачи практического характера и, в частности, такие, как выявление индивидуального профиля уровня развитости общей саморегуляции и разного рода регуляторных предпосылок успешности овладения новыми видами деятельности.

Стиль саморегуляции непосредственно проявляется в том, каким образом индивид программирует и планирует достижение своих жизненных целей. Ведет ли он учет значимых внутренних и внешних условий, способен ли оценивать результаты и корректировать свою активность при достижении субъективно приемлемых результатов в той мере, в какой осознаны и развиты его процессы самоорганизации. От 50 % до 66 % респондентов получили низкие баллы при выборе ответа на предложенные утверждения, что, естественно, отразилось на средних значениях по группе (таблица 3). Наиболее выраженными показателями оказались Планирование ($4,1 \pm 1,6$) и Гибкость ($4,1 \pm 1,4$), значения которых в большей степени стремятся к среднему уровню в сравнении с остальными шкалами, которые остаются на низком уровне (таблица 3).

Таблица 3

Описательная статистика (среднее значение и стандартное отклонение) шкал поведенческой подструктуры (экспресс-методика ССПД1-М пиктограммы В.И. Моросановой)

Шкалы	Соотношение распределения ответов по уровням (%)			Описательная статистика	
	Низкий	Средний	Высокий	Среднее значение	SD
Планирование	49,6	27,8	22,6	4,1	1,5
Моделирование	57,7	23,8	18,5	3,9	1,6
Программирование	61	26,8	12,2	3,8	1,5
Оценка результатов	66,3	20,0	13,7	3,4	1,6
Гибкость	52,2	32,2	15,6	4,1	1,4
Самостоятельность	58,0	27,1	14,9	3,8	1,6
Ответственность	59,5	27,3	13,2	3,7	1,6

Примечание: SD – стандартное отклонение.

Все показатели по шкалам экспресс-методики В.И. Моросановой имеют смещение в сторону низких показателей.

Шкала Планирование дает представление о характере индивидуальных особенностей выдвижения и последующего удержания целей и вместе с тем о форсированности такого осознанного процесса, как планирование действий. У подростков-сирот, демонстрирующих низкие показатели по данной шкале ($4,1 \pm 1,5$), можно засвидетельствовать тенденцию к средним показателям. У подростков из семей без девиаций показатели высокие [1], что говорит о проявлении целенаправленности деятельности. Подростки-сироты не имеют детализированной и реалистичной цели. Низкие показатели констатируют тот факт, что у воспитанников интернатных учреждений способность к планированию развита недостаточно, желания неустойчивы, а цели подвержены очень частой смене. Подростки, лишенные попечительства родителей, выдвигают свои цели ситуативно и в большинстве случаев несамостоятельно, чему в том числе способствует и их жизнеустройство.

Результаты по шкале Моделирование ($3,9 \pm 1,6$) свидетельствуют в пользу того, что у испытуемых экспериментальной группы можно диагностировать отсутствие субъективной развитости представлений о значимо важных условиях внутренней и внешней сред; в той же мере это относится и к представлению об уровне их осознания, реалистичности и степени детальной проработки указанных условий. Подростки из семей без девиаций с высокими показателями по данной шкале начали овладевать навыками выявления значимых условий на пути достижения поставленной цели не только в настоящем времени, но и с перспективой на будущее. Это можно увидеть при сопоставлении полученных результатов и намеченной ранее цели.

Шкала Оценка результатов описывает индивидуальную развитость и адекватность субъективной оценки себя, результатов своего поведения и деятельности в целом. У подростков из детских домов эти показатели находятся в нижнем регистре оценок ($3,4 \pm 1,6$). Для подростков из семей без девиаций характерны изменения в сторону адекватности и развитости уровня самооценки, а также можно говорить о формировании константных персональных единиц оценки своих результатов. Подросток-сирота в противоположность своим сверстникам еще не научился реалистично и адекватно оценивать не только сам факт рассогласования между выдвигаемой целью и полученными в итоге результатами, но и анализировать причины, которые повлекли за собой подобные результаты. При этом отсутствует гибкая адаптация к возникшей ситуации, сложившимся условиям.

Рассмотрим показатели по шкале Самостоятельность, где результаты подростков-сирот также достаточно низки ($3,8 \pm 1,6$). Они демонстрируют отсутствие преобразований в регуляторной автономности индивида. Достаточно высокие показатели по данной шкале у подростков из семей без девиаций свидетельствуют о независимости во взглядах на организацию активности личности, ее способности к организованности поведения и деятельности и умении выдвигать цель и выстраивать пути ее достижения, в том числе подвергать контролю ход выполнения поставленных задач [14]. У подростков, оставшихся на

попечении институциональных учреждений, не сформирован навык оценки как промежуточных, так и итоговых результатов деятельности по достижению поставленной цели.

Шкала Программирование, показатели которой у подростков-сирот также имеют низкие значения ($3,8 \pm 1,5$), диагностирует отсутствие осознанного программирования своих действий. Высокие показатели, которыми обладает группа подростков из семей без девиаций, определяют наличие способности продумывать способы своих действий и поведения в целом для достижения намеченных целей, а также о развернутости и детализированности разрабатываемых подростками программ. Разработка программ производится ими самостоятельно, они способны гибко изменяться в открывающихся новых обстоятельствах и вполне устойчивы в ситуации помех. При возникновении несоответствий между полученными результатами и целями респонденты, имеющие высокие баллы, могут производить коррекцию программы действий с целью получения приемлемого для них результата [11]. Низкие показатели подростков-сирот по шкале Программирование указывают на отсутствие умения и желания продумывать последовательность своих действий. Они в большей степени склонны к импульсивным действиям, не способны самостоятельно определить их последовательность и вместе с тем предпочитают идти по пути проб и ошибок, что находит свое отражение в характеристиках портрета подростка-воспитанника интернатного учреждения. Результат таких действий чаще всего бывает неадекватен ранее поставленным целям.

Что касается шкалы Ответственность, по которой результаты респондентов подростков-сирот также одни из самых низких ($3,7 \pm 1,6$), то она напрямую связана с общим уровнем развития осознанной саморегуляции активности. Подростки из семей без девиаций с высокими показателями ответственности стремятся строго придерживаться своих обязанностей, исполнять обещанное и не находятся в поиске удобного для них повода, чтобы отказаться от своих обязательств. Такие подростки чаще всего демонстрируют самостоятельность, максимально стараются избежать просчетов в делах и не подводить других людей. При высокой степени мотивации достижения они способны к компенсации влияния своих характерологических и личностных особенностей, которые могут оказывать препятствующее влияние в процессе достижения цели.

Для подростков-сирот с низкими показателями по описываемой шкале, скорее всего, будет характерно желание отложить претворение в жизнь своих намерений на неопределенный срок. Им также весьма трудно дается осознанное программирование и планирование своего поведения. Если производить сравнение их показателей с показателями подростков из семей без девиаций, то на таком фоне будет отчетливо выступать сниженная компенсация неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей.

Отдельно рассмотрим результаты группы подростков с девиациями, которые демонстрируют отличительно низкий уровень оценок по шкалам Планирование, Программирование и Оценка результатов. Достаточно часто педагоги учебных заведений характеризуют своих подопечных как импульсивных и непоследовательных, не умеющих выстроить поэтапную стратегию достижения

своих целей. Особенно выражены в этом плане показатели шкалы Оценка результатов: девиантные подростки не уделяют этому процессу должного внимания. Контроль результата происходит на заключительных этапах, когда что-либо скорректировать становится невозможным или бесполезным. В.И. Моросановой и В.С. Боргоедовой была отмечена любопытная тенденция: подростки с девиантным поведением чаще всего склонны переоценивать уровень своей ответственности, что, возможно, свидетельствует об эффекте социальной желательности [3; 14].

Что же касается взаимосвязей показателей в группе подростков-воспитанников интернатных учреждений, то можно наблюдать очень слабые положительные корреляции между показателями: Гибкость и Моделирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,17$; при $p \leq 0,001$); Гибкость и Планирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,20$; при $p \leq 0,001$); Программирование и Моделирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,15$; при $p \leq 0,01$); Гибкость и Оценка результатов ($r_{\text{Spearman}} = 0,14$; при $p \leq 0,01$); Моделирование и Планирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,12$; при $p \leq 0,05$); Оценка результатов и Программирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,16$; при $p \leq 0,001$).

Слабые положительные взаимосвязи фиксируются между шкалами: Программирование и Планирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,28$; при $p \leq 0,001$); Гибкость и Программирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,28$; при $p \leq 0,001$); Моделирование и Оценка результатов ($r_{\text{Spearman}} = 0,25$; при $p \leq 0,001$).

Умеренные положительные связи обнаружены между показателями: Ответственность и Оценка результатов ($r_{\text{Spearman}} = 0,31$; при $p \leq 0,001$); Ответственность и Моделирование ($r_{\text{Spearman}} = 0,30$; при $p \leq 0,001$).

Также имеются отрицательные взаимосвязи между параметрами: Оценка результатов и Самостоятельность ($r_{\text{Spearman}} = -0,40$; при $p \leq 0,001$); Ответственность и Самостоятельность ($r_{\text{Spearman}} = -0,27$; при $p \leq 0,001$); Самостоятельность и Моделирование ($r_{\text{Spearman}} = -0,15$; при $p \leq 0,001$). Сам по себе факт отрицательной корреляции может говорить об отсутствии взаимосвязи данных значений со всеми шкалами и в том числе об отрицательной корреляции данной шкалы со шкалой Ответственность в связи с тем, что содержание вопросов шкалы может восприниматься как заведомо негативное по отношению к сотрудничеству, которое предполагает ответственность. Таким образом, высший балл испытуемый получает в том случае, когда его представление о самом себе в высшей степени соответствует следующему высказыванию: «Редко следует чужим советам; если считает, что прав, то его мало волнует мнение окружающих о своих действиях; предпочитает все делать самостоятельно» [1]. Автор методики ССМД1-М В.И. Моросанова ссылается на необходимость дальнейшей проверки и исследования данного предположения [11].

Что же касается межтестовых корреляций, то достоверными выступают очень слабые положительные связи между показателями Ответственность (ССПД1-М) и представлением о себе реальном по параметру Внешность ($r_{\text{Spearman}} = 0,12$; при $p \leq 0,05$) методики Дембо–Рубинштейн, а также показателями Гибкость (ССПД1-М) и представление о себе идеальном по шкале Авторитет среди сверстников ($r_{\text{Spearman}} = 0,12$; при $p \leq 0,05$) методики Дембо–Рубинштейн.

Предположительно это объясняется жизнеустройством подростков-сирот. Утверждение собственного Я воспитанников детского дома происходит в атмосфере ловкого и гибкого приспособления к ситуации, умения обойти требования воспитателей и избежать возможных с их стороны санкций, что может вызывать уважение в среде сверстников. В связи с этим складывается впечатление, что воспитанники детских домов лучше умеют владеть собой и ситуацией, используя это качество в своих интересах. Возможно, воспитанники, которых считают ответственными, могут выше оценивать свои внешние данные за счет более частого обращения на них внимания и положительных характеристик со стороны педагогов-воспитателей. Это предположение требует дополнительного исследования. Как уже упоминалось ранее, у подростков-сирот наличествует гипертрофированная потребность в общении и внимании со стороны взрослых, а не со стороны представителей их возрастной группы.

Заключение

Проведенное исследование позволяет заключить, что когнитивная и поведенческая подструктуры самосознания подростков, воспитанников интернатных учреждений, имеют свои отличительные особенности в сравнении с показателями подростков из семей без девиаций и с результатами подростков-девиантов. Однако у подростков с девиантным поведением и у детей, проживающих в институциональных учреждениях, обнаруживается ряд сходств при соотношении характеристик самооценки (когнитивного компонента самосознания), а также при анализе саморегуляции (поведенческой подструктуры самосознания). Кроме того, перспективы продолжения исследования могут задаваться корректировкой половозрастного состава изучаемой выборки и включением дополнительных показателей по аффективной подструктуре самосознания, а также введением переменной, затрагивающей оценку компонентов социализации, которую невозможно рассматривать в отрыве от анализа подструктур самосознания.

Литература

1. Аронова Е.А., Моросанова В.И. Регуляторная роль самосознания в старшем школьном возрасте // Журнал прикладной психологии. 2004. № 1. С. 31–39.
2. Белопольская Н.Л. Формирование идентичности у современных подростков с нарушениями психического развития // Серия «Психология развития». 2007. № 4. С. 198–209.
3. Белопольская Н.Л., Иванова С.Р., Свистунова Е.В., Шафирова Е.М. Самосознание проблемных подростков. М.: Институт психологии РАН, 2007. 332 с.
4. Богатырева М.Б. Психологические особенности «образа Я» подростков, проживающих вне семьи: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. М., 2007. 25 с.
5. Горьковая И.А. Психические аномалии и противоправное поведение несовершеннолетних // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 100. С. 178–191.

6. Гребенникова Е.А. Характеристика внутреннего мира подростков, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа // Психопедагогика в правоохранительных органах. Омск: изд-во Омской академии МВД России. 2012. Т. 50. № 3. С. 64–68.
7. Демидов Д.Н. Соотношение образов Я-идеальное и Я-реальное и проблемы подростков: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. СПб, 2000. 182 с.
8. Дубровский Д.И. Проблема идеального. Субъективная реальность. М.: Канон плюс, 2002. 368 с.
9. Золотарева О.С. Влияние материнской депривации на развитие я-концепции детей подросткового возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. Астрахань, 2007. 22 с.
10. Карнаух И.С. Психологические особенности подростков-воспитанников детского дома: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. М., 2006. 211 с.
11. Малышева С.В. «Образ Я» и представление о сверстнике у подростков, переживающих одиночество: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. М., 2003. 214 с.
12. Мирошниченко О.А. Психологические аспекты деятельности персонала учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. М., 2010. 190 с.
13. Морозова Е.С. Агрессивность и личностная идентичность у подростков-воспитанников интерната: автореф. дис. ... канд. психолог. наук: 19.00.01. М., 2006. 23 с.
14. Моросанова В.И., Аронова Е.А. Самосознание и саморегуляция поведения. М.: Институт психологии РАН, 2007. 213 с.
15. Найденова А.В. Модель психического детей-сирот: автореф. дис. ... канд. психол. наук 19.00.13. М., 2012. 28 с.
16. Новгородцева А.П. Переживание подростками «чувства взрослости» // Психологическая наука и образование. 2006. № 2. С. 39–54.
17. Ослон В.Н. Жизнеустройство подростков-сирот: профессиональная замещающая семья. М.: Генезис, 2006. 368 с.
18. Поляков Е.А. Влияние факторов дизонтогенеза и социальной депривации на развитие личности подростков // Вестник Государственного университета управления. 2008. Т. 48. № 10. С. 125–128.
19. Прихожан А.М. Особенности развития детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации // Психологическая наука и образование. 2009. № 3. С. 54–62.

20. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия. Самара: БАХРАХ-М, 2006. 656 с.

21. Сенкевич Л.Ф. Динамика личностного развития социальных сирот в подростковом возрасте: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. М., 2006. 245 с.

22. Серебрякова К.А. Условия формирования образа «Я» и представлений о сверстнике у подростков: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. М., 2004. 198 с.

23. Столин В.В. Самосознание личности [Электронный ресурс] // М.: Издательство Московского университета, 1993. 186 с. URL: www.koob.ru (дата обращения: 29.01.2016).

24. Трухманова Е.Н. Особенности личности подростков – воспитанников детских домов как фактор их дезадаптации // Специальная психология. 2011. № 2. С. 71–76.

25. Шабалина С.А. Причины нарушений развития у детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях в условиях материнской депривации // Вестн. Чувашского гос. пед. ун-та имени И.Я. Яковлева. 2012. Т. 73. № 1. Ч. 1. С. 176–181.

26. Шерешкова Е.А. Образ я как результат самопознания младших подростков, воспитывающихся в условиях интерната // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2010. № 4. С. 149–153.

27. Шульга Т.И. Психологические особенности подростков-сирот, не имеющих опыта социализации в семье [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2013. № 2. URL: www.psyedu.ru. (дата обращения: 22.02.2016).

28. Юдицева Н.Н. Об особенностях становления идентичности и отношения к другим у социальных сирот // Дефектология. 2006. № 1. С. 36–41.

29. Kruglanski A.W., Thompson E.P., Higgins E.T., Atash M.N., Pierro A., Shah J.Y., Spiegel S. To «do the right things» or «just do it»: locomotion and assessment as distinct self-regulatory imperatives // Journal of Personality and social Psychology. 2000. № 79. Pp. 793–815.

30. Lobel T.E., Teiber A. Effects of self-esteem and need for approval on affective and cognitive reactions. Defensive and true self-esteem // Personality and individual differences. 1994. Vol. 16. № 2. Pp. 315–322.

31. Marsh H.W., Holmes I.W. Multidimensional self-concepts: construct validation of responses by children // American Educational Research Journal. 1990. № 27. Pp. 89–117.

Self-esteem and Self-control of Teenage Students of Boarding Schools

Timur, O.Yu.,

Master in psychology, graduate student, Moscow State University of Psychology and Education, helgatimur@gmail.com

We investigate the cognitive and behavioral sub-consciousness of teenagers from the boarding schools. We used the method of Dembo-Rubinstein (the modification of A.M. Prihozhan), the express method Style of self-regulation of behavior in children SSBC1-M icons of V.I. Morosanova. It was discovered that almost all self-esteem indexes in adolescent orphans in regard to “I-Real” as the indicator of the cognitive development of self-consciousness is within the average level. An exception is the scale “Self-Confidence” where indexes in the majority of respondents are recorded as “very high”. In the perception of “I-perfect” indicators of all scales were also at a very high level. The total level of self-esteem of adolescent orphans is characterized as “medium”, while the total self-control is “low”. The comparative analysis of this sample of respondents from the respondents belonging to the deviant group of adolescents from families and young people from families with no deviations.

Keywords: self-awareness, cognitive substructure, behavioral substructure of self-awareness, self-esteem, self-control, adolescent orphans.

References

1. Aronova, E.A., Morosanova, V.I. Regulatornaia rol' samosoznaniia v starshem shkol'nom vozraste [Self-Regulatory Role in the High School Age]. *Zhurnal prikladnoi psikhologii [Journal of Applied Psychology]*, 2004, no. 1, pp. 31–39.
2. Belopol'skaia, N.L. Formirovanie identichnosti u sovremennykh podrostkov s narusheniami psikhicheskogo razvitiia [Identity Formation in Modern Adolescents with Mental Development]. *Seriya "Psikhologiya razvitiia" [Series "Developmental Psychology"]*, 2007, no. 4, pp. 198–209.
3. Belopol'skaia, N.L., Ivanova, S.R., Svistunova, E.V., Shafirova, E.M. Samosoznanie problemnykh podrostkov [Identity Troubled Teens]. Moscow: Institut psikhologii RAN [Institute psychology of the Russian Academy of Sciences], 2007, 332 p.
4. Bogatyreva, M.B. Psikhologicheskie osobennosti “obraza Ia” podrostkov, prozhivaiushchikh vne sem'i [Psychological Features “An Image I” the Teenagers Living Outside the Family]. Abstract. PhD Thesis. Moscow, 2007, 25 p.

5. Gor'kovaia, I.A. Psikhicheskie anomalii i protivopravnoe povedenie nesovershennoletnikh [Mental Abnormalities and the Wrongful Conduct of Minors]. *Izvestiia RGPU im. A.I. Gertsena [Proceedings of the Russian State Pedagogical University of A.I. Herzen]*, 2009, no. 100, pp. 178–191.

6. Grebennikova, E.A. Kharakteristika vnutrennego mira podrostkov, vospityvaiushchikhsia v uchrezhdeniiakh internatnogo tipa [Characteristics of the Domestic World of Teenagers Who Are Brought Up in Boarding Schools]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh [Psycho in law enforcement]*. Omsk: Publ. Omskoi akademii MVD Rossi [House of the Omsk Academy of the Russian Interior Ministry], 2012, vol. 50, no. 3, pp. 64–68.

7. Demidov, D.N. Sootnoshenie obrazov Ia-ideal'noe i Ia-real'noe i problemy podrostkov [Parity of Images Ja-Ideal and Ja-Real and Problems of Teenagers]. PhD thesis: 19.00.13. St. Petersburg, 2000, 182 p.

8. Dubrovskii, D.I. Problema ideal'nogo. Sub"ektivnaia real'nost' [The Problem of Ideal. Subjective Reality]. Moscow: Publ. Kanon plus, 2002, 368 p.

9. Zolotareva, O.S. Vliianie materinskoj deprivatsii na razvitie ia-kontseptsii detei podrostkovogo vozrasta [Influence of Maternal Deprivation on the Development of Self-Concept of Adolescents]. Abstract. PhD thesis: 19.00.13. Astrakhan, 2007, 22 p.

10. Karnaukh, I.S. Psikhologicheskie osobennosti podrostkov-vospitannikov detskogo doma [Psychological Characteristics of Children's Home Teenage Pupils]. PhD thesis: 19.00.07. Moscow, 2006, 211 p.

11. Malysheva, S.V. "Obraz Ia" i predstavlenie o sverstnike u podrostkov, perezhivaiushchikh odinochestvo ["The Image I" and the Picture of the Contemporary at Teenagers, Worrying Loneliness]. PhD thesis: 19.00.07. Moscow, 2003, 214 p.

12. Miroshnichenko, O.A. Psikhologicheskie aspekty deiatel'nosti personala uchrezhdenii dlia detei-sirot i detei, ostavshikhsia bez popecheniia roditel'ei [Psychological Aspects of the Staff of Institutions For Orphans And Children Left Without Parental Care]. PhD thesis: 19.00.03. Moscow, 2010, 190 p.

13. Morozova, E.S. Agressivnost' i lichnostnaia identichnost' u podrostkov-vospitannikov internata [Aggression and personal identity at teenagers-pupils of boarding]. Abstract. PhD thesis: 19.00.01. Moscow, 2006, 23 p.

14. Morosanova, V.I., Aronova, E.A. Samosoznanie i samoregulatsiia povedeniia [Self-awareness and Self-Regulation of Behavior]. Moscow: Publ. Russian Academy of Sciences Institute of Psychology, 2007, 213 p.

15. Naidenova, A.V. Model' psikhicheskogo detei-sirot [Model Mental Orphans]. Abstract. PhD thesis: 19.00.13. Moscow, 2012, 28 p.

16. Novgorodtseva, A.P. Perezhivanie podrostkami "chuvstva vzroslosti" [The Experience of Adolescents' Feelings of Adulthood]. *Psikhologicheskaia nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2006, no 2, pp. 39–54.

17. Oslon, V.N. Zhizneustroistvo podrostkov-sirot: professional'naia zameshchaiushchaia sem'ia [Living Arrangement Teen Orphans: Professional Substitute Family]. Moscow: Publ. Genesis, 2006, 368 p.

18. Poliakov, E.A. Vliianie faktorov dizontogeneza i sotsial'noi deprivatsii na razvitie lichnosti podrostkov [Influence Factors of Disontogenesis and Social Deprivation on the Development of the Person of Teenagers]. *Vestnik Gosudarstvennogo universiteta upravleniia [Bulletin of the State University of Management]*, 2008, vol. 48, no. 10, pp. 125–128.

19. Prikhozhan, A.M. Osobennosti razvitiia detei, vospityvaiushchikhsia v usloviakh materinskoj deprivatsii [Features of the Development of Children Being Cared for in a Maternal Deprivation]. *Psikhologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2009, no. 3, pp. 54–62.

20. Samosoznanie i zashchitnye mekhanizmy lichnosti. Khrestomatiia [Self-awareness and Protective Mechanisms of Personality. Reader]. Samara: Publ. Bahr-M, 2006. 656 p.

21. Senkevich, L.F. Dinamika lichnostnogo razvitiia sotsial'nykh sirot v podrostkovom vozraste [The Dynamics of Personality Development of Social Orphans in Adolescence]. PhD thesis: 19.00.13. Moscow, 2006, 245 p.

22. Serebriakova, K.A. Usloviia formirovaniia obraza "Ia" i predstavlenii o sverstnike u podrostkov [Conditions of Formation of the Image of "I" and Representations about the Contemporary at Teenagers]. PhD thesis: 19.00.07. Moscow, 2004, 198 p.

23. Stolin, V.V. Samosoznanie lichnosti [The Self-consciousness of the Individual] [Web source]. Moscow: Publ. Moscow University Press, 1993, 186 p. Available at: www.koob.ru (Accessed 01.29.2016).

24. Trukhmanova, E.N. Osobennosti lichnosti podrostkov – vospitannikov detskikh domov kak faktor ikh dezodaptatsii [Features Adolescent Personality – Orphans as a Factor in Their Desadaptation]. *Spetsial'naia psikhologiya [Special psychology]*, 2011, no. 2, pp. 71–76.

25. Shabalina, S.A. Prichiny narushenii razvitiia u detei, vospityvaiushchikhsia v internatnykh uchrezhdeniiakh v usloviakh materinskoj deprivatsii [Causes of Developmental Disorders in Children Living in Residential Institutions in Terms of Maternal Deprivation]. *Vestn. Chuvash State. ped. Univ name IY Yakovlev [Bulletin of the Chuvash Pedagogical University named after IY Yakovlev]*, 2012, vol. 73, no. 1, p. 1, pp. 176–181.

26. Shereshkova, E.A. Obraz ia kak rezul'tat samopoznaniia mladshikh podrostkov, vospityvaiushchikhsia v usloviakh internata [The Image I as a Result of Self-Younger Teenagers Who Are Brought Up in a Boarding]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Vestnik of Tomsk State Pedagogical University]*, 2010, no. 4, pp. 149–153.

27. Shul'ga, T.I. Psikhologicheskie osobennosti podrostkov-sirot, ne imeiushchikh opyta sotsializatsii v sem'e [Psychological Characteristics of Adolescent Orphans Who Have No Experience of Socialization in the Family]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2013, no. 2. Available at: www.psyedu.ru (Accessed 22.02.2016).

28. Iuditseva, N.N. Ob osobennostiakh stanovleniia identichnosti i otnosheniia k drugim u sotsial'nykh sirot [On Peculiarities of the Formation of Identity and Relationship to Others in Social Orphans]. *Defektologiya [Defectology]*, 2006, no. 1, pp. 36–41.

29. Kruglanski, A.W., Thompson, E.P., Higgins, E.T., Atash, M.N., Pierro, A., Shah, J.Y., Spiegel, S. To “Do the Right Things” or “Just Do It”: Locomotion and Assessment as Distinct Self-Regulatory Imperatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, no. 79, pp. 793–815.

30. Lobel, T.E., Teiber, A. Effects of Self-Esteem and Need for Approval on Affective and Cognitive Reactions. Defensive and True Self-Esteem. *Personality and Individual Differences*, 1994, vol. 16, no. 2, pp. 315–322.

31. Marsh, H.W., Holmes, I.W. Multidimensional Self-Concepts: Construct Validation of Responses by Children. *American Educational Research Journal*, 1990, no. 27, pp. 89–117.

Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса

Самсонова Е.В.,

кандидат психологических наук, руководитель Городского ресурсного центра по развитию инклюзивного образования Института проблем инклюзивного образования Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, elsamson@yandex.ru

Мельникова В.В.,

руководитель отдела мониторинговых исследований Института проблем инклюзивного образования Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, vviv@yandex.ru

В статье представлены данные исследования, направленного на определение готовности педагогов к реализации инклюзивного образования. В исследовании изучаются особенности личностной и деятельностной готовности учителей к включению «особого» ребенка в инклюзивный образовательный процесс. Исследование было проведено в ГБОУ СОШ № 547 города Москвы. Выборочную совокупность составили учителя двух школ, входящих в образовательный комплекс. Данные исследования позволяют сделать следующие выводы: 1) имеет место недостаточная информационная готовность педагогов для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья; 2) только половина учителей демонстрирует понимание ценностей инклюзии; 3) только половина тех педагогов, которые понимают ценность инклюзии, готовы реализовывать ее в собственной практике; 4) те педагоги, которые разделяют принципы инклюзии, понимают необходимость изменять свою профессиональную деятельность в процессе организации совместного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и возрастной нормы и необходимости повышения квалификации по вопросам инклюзивного образования.

Самсонова Е.В., Мельникова В.В. Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 97–112.

Samsonova, E.V., Melnikova, V.V. The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 97–112.

Ключевые слова: инклюзивное образование, обучающиеся с ОВЗ, профессиональная готовность учителя общеобразовательной школы к инклюзии, успешность инклюзивного процесса, деятельностная готовность.

Для цитаты:

Самсонова Е.В., Мельникова В.В. Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 97–112. doi: 10.17759/psyclin.2016050207

For citation:

Samsonova, E.V., Melnikova, V.V. The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 97–112. doi: 10.17759/psycljn.2016050207 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Инклюзивный подход является в настоящее время одним из целевых ориентиров реформирования системы образования. В законе «Об образовании в Российской Федерации» официально введено понятие «инклюзивное образование» как система обеспечения равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей (ст. 2, п. 27). Основным фактором успешной реализации инклюзивного образования является *готовность педагогов к изменениям*, связанным с организацией инклюзивного образовательного процесса.

Перед педагогами, вовлеченными в инклюзивное образование, стоят следующие профессиональные задачи:

- принятие философии, принципов и приоритетов инклюзивного образования;
- знакомство с нормативной базой, регулирующей процесс инклюзивного образования;
- знание особых образовательных потребностей обучающихся;
- организация совместного образования детей возрастной нормы и детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – с ОВЗ);
- участие в создании специальных условий образования для обучающихся с ОВЗ;
- участие в разработке адаптированных образовательных программ, в том числе разработке и проектировании индивидуальных учебных планов;

- взаимодействие в междисциплинарной команде педагогов и специалистов образовательной организации;
- взаимодействие с родителями в процессе создания специальных образовательных условий для обучающихся с ОВЗ;
- взаимодействие со специалистами организаций, реализующих инклюзивное образование.

В тех странах, где инклюзивное образование реализуется уже многие годы, вопрос о профессиональной готовности педагогов к реализации инклюзивной практики является одним из самых важных. Большое количество зарубежных исследований посвящено изучению проблем подготовки педагогов, работающих в условиях инклюзивного образования. Так, Б. Кагран и М. Шмидт (B. Sagrau, M. Schmidt) отмечают, что большинство учителей подготовлены к работе с детьми с нормативным развитием, но не имеют опыта взаимодействия с особым ребенком, поэтому нуждаются в ознакомлении с особенностями развития детей с ОВЗ, нормативно-правовой базой и методическими основами инклюзивного образования [3]. Недостаток подобного опыта и знаний негативно сказывается на готовности учителей к работе в инклюзивном классе. Проведенный Л. Флориан и Х. Линклейтер (L. Florian, H. Linklater) обзор 26 исследований, направленных на изучение отношения педагогов к инклюзивному образованию, показывает, что в большинстве случаев у учителей выявлено нейтральное или негативное отношение к инклюзивному образованию [4]. Большое влияние на формирование позитивного отношения учителей к инклюзии оказывали факторы дополнительного обучения на курсах переподготовки и получения опыта взаимодействия с детьми, имеющими различные типы инвалидности. Во многих зарубежных исследованиях показано, что отношение учителей к инклюзии зависит от того, какой вид инвалидности имеют учащиеся. Педагоги демонстрируют высокую степень принятия учащихся с физической инвалидностью и меньшую – в случае наличия у детей нарушений поведения и интеллекта.

Представленные исследования подтверждают, что при реализации инклюзивного образования в разных странах появляются проблемы, аналогичные тем, которые возникают в отечественном образовании. Данные отечественных исследований показывают, что на готовность педагогов к инклюзивному образованию во многом влияют факторы как психологического, так профессионального плана (С.В. Алехина, М.А. Алексеева, Е.Л. Агафонова, 2010; С.К. Нартова-Бочавер, Е.В. Самсонова, 2012; В.Ю. Иванова, В.Л. Рыскина, 2012; И.В. Задорин, Е.Ю. Колесникова, Е.М. Новикова, 2012).

Методы и процедура исследования

Задачами данного исследования была разработка на основе проведенных ранее исследований (С.В. Алехина, М.А. Алексеева, Е.Л. Агафонова, 2010; С.К. Нартова-Бочавер, Е.В. Самсонова, 2012; В.Ю. Иванова, В.Л. Рыскина, 2012) инструмента оценки компонентов готовности педагогов к реализации инклюзивной практики, осуществление опроса, анализ и обсуждение данных.

Авторы придерживаются представления о том, что готовность педагогов к реализации инклюзивной практики состоит из *личностной готовности*, включающей ценностно-смысловой и эмоциональный компоненты, и *деятельностной готовности*, включающей информационно-знаниевый и инструментальный компоненты. При этом готовность педагогов к реализации инклюзивной практики складывается поэтапно: сначала должна сформироваться личностная готовность, а потом уже деятельностная. В соответствии с этим предположением была разработана **анкета**. Вопросы в анкете были преимущественно закрытого типа. Важно подчеркнуть, что некоторые вопросы предусматривали возможность выбора нескольких вариантов ответа. Поэтому при анализе полученных ответов за 100 % было взято общее число полученных ответов по каждому вопросу. Одна часть вопросов направлена на выявление личностной готовности и позволяет определить существование убеждений, психологических барьеров (в том числе профессиональных стереотипов), ценностей педагогов. Вторая часть вопросов позволяет выявить деятельностную готовность учителей для работы в инклюзивной среде.

Пилотное исследование было проведено в ГБОУ СОШ № 547 города Москвы. В выборочную совокупность вошли учителя двух школ, включенных в состав образовательного комплекса. Количество заполненных анкет составило 48 единиц. Педагоги заполняли анкету, направленную на выявление готовности к работе в условиях инклюзивной практики.

Результаты исследования и их обсуждение

Первый блок вопросов направлен на выявление ценностных ориентиров учителей. Первый вопрос анкеты о понимании педагогами принципов инклюзии предусматривает отношение педагогов к инклюзивному образованию. На вопрос № 1 «Я убежден(а), что инклюзивное образование больше всего нужно...» ответы распределились следующим образом (таблица 1).

Таблица 1

Понимание педагогами принципов инклюзии (%)

1. Я убежден(а), что инклюзивное образование больше всего нужно...	детям обычным	7
	детям с проблемами	33
	<i>нужно всем, так как помогает людям видеть и ценить различия</i>	47
	а имеем ли мы вообще право исключать кого-либо...	10
	другое	3

Из таблицы 1 видно, что 47% из опрошенных учителей ответили, что инклюзивное образование нужно всем участникам образовательного процесса,

поскольку позволяет людям ценить различия других людей. В то же время значительная масса респондентов (33 %) полагали, что инклюзивное образование нужно только детям с ограниченными возможностями, с проблемами, с особыми потребностями.

При этом на вопрос № 18 «Инклюзия – это политика, а на самом деле дети с ОВЗ должны учиться в коррекционных школах» более половины респондентов ответили положительно (52 %) (таблица 2). Таким образом, можно предположить, что принципы инклюзии для этих педагогов не являются личным убеждением и ценностью, что предположительно должно оказать влияние на принятие инклюзии как своей профессиональной практики.

Таблица 2

Соотношение декларируемых принципов и личного отношения к инклюзии (%)

18. Инклюзия – это политика, а на самом деле дети с ОВЗ должны учиться в коррекционных школах	не согласен	33
	согласен	52
	другое	15

На вопрос № 23 «Люди, которые отстаивают идею инклюзии, делают это, потому что...» были получены следующие варианты ответов (таблица 3).

Таблица 3

Мотивы инклюзивного образования (%)

23. Люди, которые отстаивают идею инклюзии, делают это, потому что...	видят в этом основы для справедливого общества	26
	видят в этой работе свое призвание, хотят помочь людям с ОВЗ	15
	с помощью инклюзии хотят изменить жизнь людей с ОВЗ в лучшую сторону	28
	считают, что общение с людьми с ОВЗ может помочь обычным людям, стать более толерантными и терпимыми	28
	другое	3

Можно предположить, что сама идея инклюзивного образования является в восприятии респондентов гуманной и морально-нравственной, но только в случае ее реализации другими людьми или организациями.

На вопрос № 33 «Что лично Вы понимаете под инклюзивным образованием?» основная масса респондентов ответила, что это:

- совместное обучение детей с ОВЗ и обычных детей;

- включение детей с ОВЗ в общеобразовательный процесс;
- обучение в равных условиях;
- равные возможности для всех.

Один из респондентов дал такое определение инклюзивному образованию: «Группа шесть человек плюс дополнительный педагог-психолог, специальное оборудование для смены деятельности, кабинет релаксации», показав тем самым понимание принципов работы с детьми с ОВЗ через насыщение кадровой и материально-технической среды.

Следующий блок вопросов позволяет выявить отношение педагога к процессу внедрения инклюзивного образования. Так, например, на вопрос № 2 «Основной барьер в принятии инклюзивного образования заключается...» основная часть респондентов выбрала ответ «в тех чувствах, которые приходится преодолевать всем участникам процесса» (45 % от общего числа полученных ответов) (рисунок 1). Это говорит о том, что педагогам непросто принять «новых» по меркам общеобразовательного учреждения детей. Можно говорить о психологическом (эмоциональном) барьере в работе с детьми с инвалидностью и детьми с ОВЗ. 17 % респондентов ответили, что основной барьер в принятии инклюзивного образования заключается в недостаточных профессионализме и гибкости педагогов.



Рисунок 1. Основной барьер в принятии инклюзивного образования

На вопрос № 5 «Что является главным препятствием для включения детей с особыми потребностями в детский сад и школу?» 76 % педагогов ответили: «Опасение педагогов, что дети с ОВЗ не усвоят того, что могли бы усвоить в условиях специального учреждения». Возможно, это говорит о том, что педагоги понимают, что в специальных образовательных учреждениях для детей с ОВЗ создан целый комплекс условий, которых в обычной школе может не быть.

Данные, указанные в таблице 4, говорят о понимании учителями различий между детьми и о принципах, на основе которых они планируют организовывать

взаимодействие между детьми в классе, где есть дети с ОВЗ. Педагоги понимают, что принятие отличий сложный процесс, и что иногда любой человек может пережить свою отверженность. Необходимость ограждать ребенка от таких переживаний в специальных учреждениях отметили 26 % респондентов, а 74 % посчитали, что чувство обособленности ребенок может пережить и в жизни.

Таблица 4

Отношение педагога к различиям между детьми (%)

15. Беседы, которые проводит педагог с детьми в инклюзивном классе/группе должны...	обращать внимание детей на то, что у какого-то ребенка есть проблемы, и его надо опекать и жалеть	1
	<i>быть организованы так, чтобы у каждого ребенка были выделены сильные стороны, в том числе и у ребенка с ОВЗ</i>	46
	<i>обращать внимание на то, что все дети разные, и формировать уважительное отношение друг к другу</i>	53
	другое	0
16. Не надо бояться того, что ребенок с ОВЗ может иногда почувствовать себя отверженным и обособленным в группе обычных детей, этот опыт он все равно получит в жизни...	не согласен, если он находится в группе себе подобных, травмы может не быть	26
	<i>согласен, в любой субкультуре есть исключенные, это нормально</i>	74
	другое	0
19. Полагаю, что естественно отторгать непохожее на себя (чужую культуру, непохожую внешность, иной способ мышления и передвижения). Это естественное чувство лежит в основе стереотипов и предрассудков, и поэтому их невозможно до конца преодолеть...	<i>не совсем согласен, думаю, что опыт, знания и повышение уровня культуры помогают преодолеть предрассудки и не допустить дискриминации</i>	43
	согласен	16
	<i>такие чувства существуют, но уважительное отношение к ним и их обсуждение могут способствовать формированию большей терпимости</i>	39
	другое	2
20. Ситуация может меняться благодаря созданию «позитивного образа человека с ОВЗ» – фильмы, выставки, книги, спектакли...	не согласен, так как это все – уловки, люди никогда не смогут смириться с тем, что рядом сильно отличающийся человек	22
	<i>согласен, инклюзия должна стать частью общей культуры, тогда и педагогам будет легче выполнять свою работу</i>	76
	другое	2

21. Демонстрируя другим свое позитивное отношение к человеку с ОВЗ, педагог развивает культуру учреждения, и все постепенно понимают, что к «особым» людям здесь хорошо относятся	не согласен, так как это вполне может быть показухой	28
	согласен	72
	другое	0

На основании полученных данных можно говорить о том, что преподаватели в основной своей массе готовы к принятию «непохожести». Так, утверждение «...естественно отторгать непохожее на себя (чужую культуру, непохожую внешность, иной способ мышления и передвижения). Это естественное чувство лежит в основе стереотипов и предрассудков, и поэтому их невозможно до конца преодолеть...» 39 % респондентов аргументировали необходимостью коллективного обсуждения для преодоления предрассудков, а 43 % опрошенных посчитали, что культурный уровень и знания не позволят допустить дискриминации.

Между тем при ответе на вопрос № 29 «С какими детьми с ОВЗ Вы готовы работать в Вашем классе?» 7 % высказали мнение, что не готовы работать с детьми с ОВЗ; 41 % педагогов ответили, что все зависит от особенностей ребенка; 16 % отдали предпочтение работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата; и 15 % готовы работать с детьми, имеющими сенсорные нарушения (рисунок 2). С нарушениями интеллекта готовы работать только 3 % респондентов.



Рисунок 2. Готовность педагога работать с различными детьми в классе

Вопрос № 25 отражает представления педагогов о действиях, которые необходимо предпринять при включении ребенка с ОВЗ в общеобразовательный процесс в классе и в учреждении в целом (таблица 5).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что часть педагогов уже сейчас готова к работе с детьми с ОВЗ. Завершая утверждение «Если бы у меня в классе/группе был ребенок с ОВЗ...», 34 % респондентов ответили, что «обратилась бы за помощью к специалистам/коллегам, имеющим опыт работы с таким ребенком», и только 7 % опрошенных психологически не готовы работать в классе с таким ребенком. Еще 7 % попросили бы перевести ребенка с ОВЗ в другой класс по причине отсутствия опыта работы.

Таблица 5

Представления педагогов о действиях, которые надо предпринять при включении ребенка с ОВЗ в общеобразовательный процесс (%)

25. Если бы у меня в классе/группе был ребенок с ОВЗ, я бы...	справился(ась), у меня не будет с ним проблем	5
	обратилась(ась) за помощью к специалистам/коллегам, имеющим опыт работы с таким ребенком	34
	получил(а) необходимое образование для работы с такими детьми	21
	попросил(а) его перевести его в другую группу, потому что психологически не готов(а) работать с таким ребенком	7
	попросил(а) перевести его в другую группу, потому что у меня нет опыта и специального образования для работы с таким ребенком	7
	постарался(ась) уделить ему необходимое внимание	24
	другое	2

При этом ответы на вопрос № 22 указывают на то, что учителя довольно осторожно подходят к внедрению инклюзивного образования в свое образовательное учреждение (таблица 6). Так, с утверждением «Инклюзивное образование должно приходиться в образовательные организации постепенно» согласились 92 % респондентов и посчитали необходимым предварительно изучить чужие ошибки, для того чтобы избежать собственных.

Таблица 6

Отношение педагогов к внедрению инклюзивного образования (%)

22. Инклюзивное образование должно приходиться в образовательные организации постепенно	не согласен, пока проводятся предварительные исследования, тысячи детей, которые могли бы обучаться вместе с другими детьми, сегрегируются	8
	согласен, необходимо изучить чужие ошибки, чтобы избежать собственных	92
	другое	0

Вопросы № 6, 13, 14, а также вопросы № 27 и 28, направленные на понимание деятельностной составляющей профессиональной готовности педагогов к реализации инклюзивного образования, демонстрируют понимание педагогами необходимости создания условий для обучения детей с ОВЗ в классе и в школе. Данные представлены в рисунках 3, 4 и 5 и в таблицах 7 и 8.

Данные исследования показывают, что только 32 % педагогов знакомы с текстом Федерального Государственного Образовательного Стандарта (далее – ФГОС) для обучающихся с ОВЗ, 36 % педагогов вообще с ним не знакомы (рисунок 3).

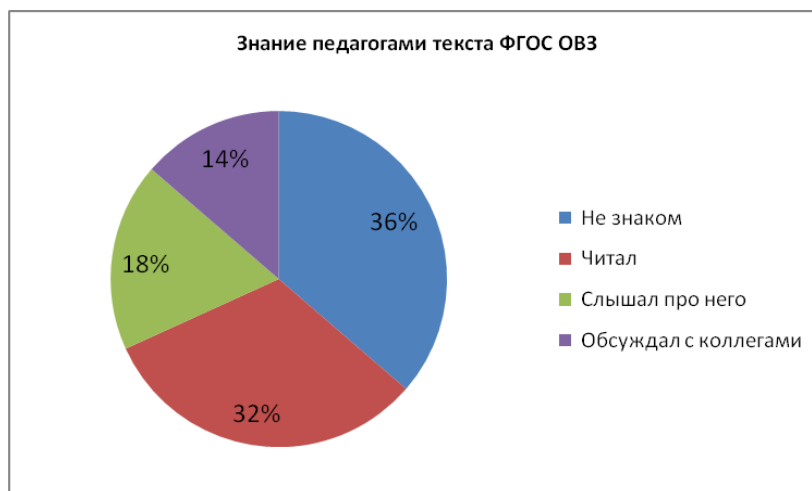


Рисунок 3. Готовность педагога работать с различными детьми в классе

Утверждение № 6 «Считаю, что для успешного процесса включения детей с ОВЗ в образовательную организацию...» преимущественно прокомментировали необходимостью «обеспечить ребенка поддержкой специалистов (дефектолога, психолога, логопеда)» (39 %), а вторым по количеству упоминаний (26 %) стал вариант «необходимо тщательно подготовить сотрудников». Приведенные данные подтверждают предположение о необходимости проведения работы с педагогами до момента включения ребенка с ОВЗ в класс (таблица 7).

Таблица 7

Условия реализации инклюзивного образования (%)

6. Считаю, что для успешного процесса включения детей с ОВЗ в образовательную организацию...	всегда кто-то будет не готов	8
	необходимо тщательно подготовить ребенка с ОВЗ и его семью, с тем чтобы они не получили психологическую травму	11
	необходимо тщательно подготовить родителей обычных детей	16
	необходимо тщательно подготовить сотрудников	26
	обеспечить ребенка поддержкой специалистов (дефектолога, психолога, логопеда)	39
	другое	0

Преобладающее большинство педагогов (18 %) отметили своей первоочередной задачей адаптацию учебного материала (рисунок 4).

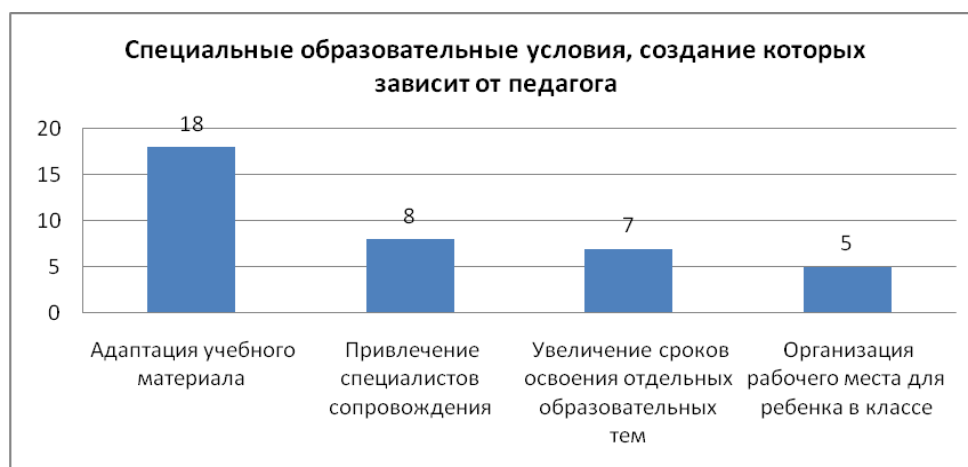


Рисунок 4. Специальные образовательные условия, создание которых зависит от педагога

То, что педагоги считают, что привлечение специалистов к работе с детьми с ОВЗ не зависит от них, может говорить об отсутствии достаточного количества специалистов сопровождения в образовательной организации, либо об отсутствии эффективных механизмов поддержки учителя со стороны специалистов сопровождения в процессе обучения ребенка с ОВЗ. Тем не менее, процесс психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ является одним из ключевых условий обучения детей с ОВЗ. При реализации инклюзивного образования по опыту многих стран должен заработать механизм командного взаимодействия педагогов, специалистов и администрации школы.

При ответе на вопрос № 27 педагоги указывали, что лично они должны поменять в своей работе, если в классе появится ребенок с ОВЗ, а именно:

использовать особые дидактические материалы, специальное оборудование (увеличительные приборы, особые приспособления для письма и т.п.), поменять методы обучения (в большей степени применять индивидуальные задания и деление класса на группы), изменить систему оценивания достижений детей (таблица 8).

Таблица 8

Что нужно изменить в работе педагога, если в классе/группе появятся дети с ОВЗ (%)

27. Как Вы думаете, что нужно будет изменить в Вашей работе, если в классе/группе появятся дети с ОВЗ?	<i>использовать особые дидактические материалы</i>	25
	<i>использовать специальное оборудование (увеличительные приборы, особые приспособления для письма и т.п.)</i>	25
	<i>методы обучения (в большей степени применять индивидуальные задания и деление класса на группы)</i>	28
	<i>систему оценивания достижений детей</i>	23

При ответе на вопрос № 28 «Что нужно предпринять администрации школы, если в классе появляются дети с ОВЗ?» респонденты оценили все предложенные мероприятия как важные и целесообразные (рисунок 5).

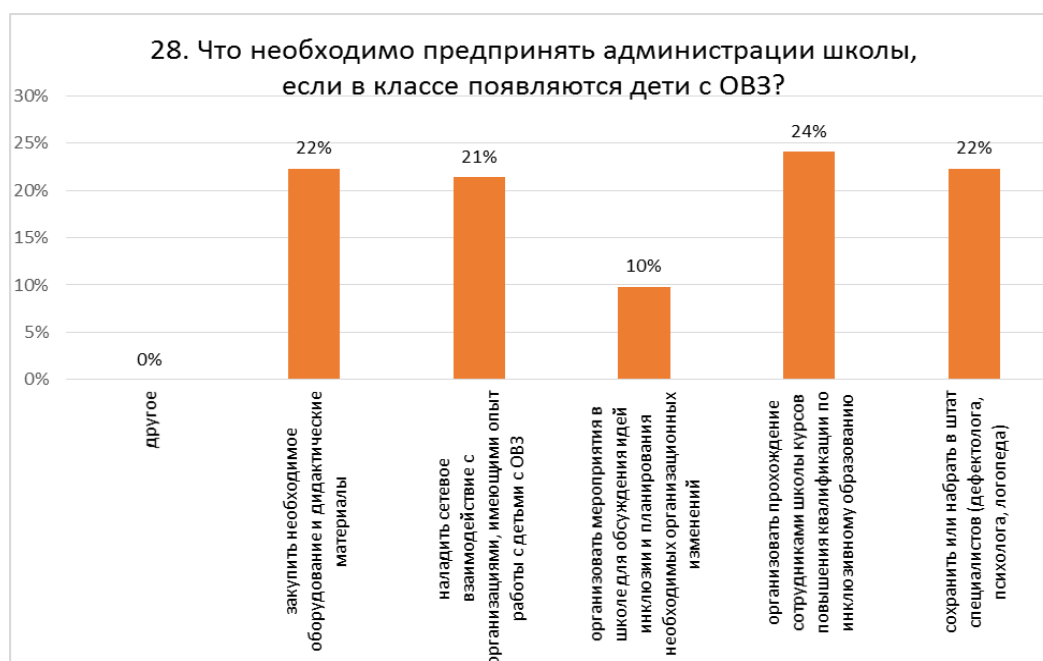


Рисунок 5. Что нужно предпринять администрации школы, если в классе появляются дети с ОВЗ

Таким образом, основным психологическим барьером в восприятии инклюзии является опасения перед неизвестным, профессиональная неуверенность учителя, что обучение детей с ОВЗ в современных условиях общего образования будет неэффективным. Понимание постепенного внедрения инклюзивного образования связано с тем, что педагоги общего образования нуждаются в специализированной комплексной помощи со стороны специалистов в области коррекционной педагогики, специальной и педагогической психологии. Эта помощь наиболее актуальна в реализации подходов по индивидуализации обучения детей с особыми образовательными потребностями, что отражено не только во ФГОС для обучающихся с ОВЗ, но и во ФГОС для всех уровней общего образования и в профессиональном стандарте педагога.

Выводы

Данные, полученные в исследовании, обнаруживают такие характеристики готовности педагогов к реализации инклюзивной практики, как:

- недостаточная информационная готовность педагогов для работы с детьми с ОВЗ;
- недостаточное знание нормативных документов, связанных с профессиональной деятельностью, в том числе документов, касающихся организации образования для детей с ОВЗ;
- слабая представленность (только у половины учителей) ценностных ориентиров, соответствующих ценностям и принципам инклюзии;
- восприятие идеи инклюзивного образования половиной респондентов гуманной и морально-нравственной, но только в случае ее реализации другими людьми или организациями.

Таким образом, данные исследования показывают, что больше половины педагогов демонстрируют отсутствие как личностной, так и деятельностной готовности к реализации инклюзивной практики. У педагогов, которые разделяют принципы инклюзии, есть понимание необходимости изменять свою профессиональную деятельность в процессе организации совместного обучения детей с ОВЗ и детей возрастной нормы, включающее осознание и понимание:

- необходимости создания специальных образовательных условий для детей с ОВЗ собственными усилиями и усилиями администрации и специалистов;
- важности участия в работе с детьми с ОВЗ специалистов, их профессиональной помощи и поддержки учителям и родителям;
- обязательности освоения педагогических технологий для работы с детьми с ОВЗ в общеобразовательном классе;

Самсонова Е.В., Мельникова В.В. Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 97–112.

*Samsonova, E.V., Melnikova, V.V. The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 97–112.*

- необходимости постепенного введения инклюзивного образования в систему общего образования;
- настоятельной потребности обучения на курсах повышения квалификации по вопросам инклюзивного образования.

В целом, при разработке программ повышения квалификации по инклюзивному образованию необходимо предусмотреть как модули, направленные на формирование знаний и умений в этой области, так и тренинговый модуль, направленный на формирование личностной готовности педагогов к реализации инклюзивной практики.

Литература

1. Российские и зарубежные исследования в области инклюзивного образования / Под ред. Е.В. Самсоновой, В.Л. Рыскиной. М.: Форум, 2012. 208 с.
2. Самсонова Е.В. Подготовка кадров для инклюзивного образования // Справочник руководителя дошкольного учреждения. 2014. № 1. С.45–47.
3. Самсонова Е.В. Оценка профессиональных компетенций воспитателей детских садов, реализующих инклюзивную практику. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции / Под ред. С.В. Алехина. М.: Буки Веди, 2013. 712 с.
4. Cagran B., Schmidt M. Attitudes of Slovene teachers towards the inclusion of pupils with different types of special needs in primary school // Educational Studies. 2011. Vol. 37. № 2. Pp. 171–195.
5. Florian L., Linklater H. Preparing teachers for inclusive education: using inclusive pedagogy to enhance teaching and learning for all // Cambridge Journal of Education. 2010. Vol. 40. № 4. Pp. 369–386.

The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process

Samsonova, E.V.,

PhD (Psychology), Head of the City Resource Centre for Development, Inclusive Education, Institute of Inclusive education problems, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, elsamson@yandex.ru

Melnikova, V.V.,

Head of Monitoring Studies Department, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, vviv@yandex.ru

The article presents data from the study aimed at determining readiness of teachers to implement inclusive education. The study examines the personal characteristics and activity-readiness of teachers to include "special" child in inclusive education process. The study was conducted in secondary school number 547 in Moscow. The total sample presented the teachers of the two schools that are part of an educational complex. These studies lead to the following conclusions: 1) there is lack of informational readiness of teachers to work with children with disabilities; 2) only half of the teachers demonstrate an understanding of the values of inclusion; 3) only half of those teachers who understands the value of inclusion, are ready to implement it in their own practice; 4) those teachers who share the principles of inclusion, understand the need to change their work in the process of organizing a joint education of children with disabilities and age norm, they also understand the necessity for training in inclusive education.

Keywords: inclusive education, professional readiness of secondary school teachers for inclusion, the success of an inclusive process, personal readiness, active willingness.

References

1. Rossiiskie i zarubezhnye issledovaniia v oblasti inkluzivnogo obrazovaniia [Russian and Foreign Research in the Field of Inclusive Education], no. 10 / E.V. Samsonova, V.L. Ryskina (eds.). Moscow: Forum, 2012, 180 p.

Самсонова Е.В., Мельникова В.В. Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 2. С. 97–112.

Samsonova, E.V., Melnikova, V.V. The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 2, pp. 97–112.

2. Samsonova, E.V. Podgotovka kadrov dlia inkluzivnogo obrazovaniia [Preparing Staff for Inclusive Education]. *Spravochnik rukovoditelia doskol'nogo uchrezhdeniia [Reference Manager Preschool]*, 2014, no. 1, pp. 45–47.
3. Samsonova, E.V. Otsenka professional'nykh kompetentsii vospitatelei detskikh sadov, realizuiushchikh inkluzivnuiu praktiku [Assessment of Professional Competence Kindergarten Implementing Inclusive Practices] / S.V. Alekhina (ed.). *Sbornik materialov II Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii [The Collection of Materials of the II International Scientific-Practical Conference]*. Moscow: Buki Vedi, 2013, 712 p.
4. Cagran, B., Schmidt, M. Attitudes of Slovene Teachers Towards the Inclusion of Pupils with Different Types of Special Needs in Primary School. *Educational Studies*, 2011, vol. 37, no. 2 pp. 171–195.
5. Florian, L., Linklater, H. Preparing Teachers for Inclusive Education: Using Inclusive Pedagogy to Enhance Teaching and Learning for All. *Cambridge Journal of Education*, 2010. vol. 40, no. 4, pp. 369–386.

Методологические аспекты выделения категории медико-психологического сопровождения курсантов

Дорофеев И.И.,

кандидат медицинских наук, начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, dorofeev.ivan@mail.ru

Корзунин В.А.,

доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, vakorzunin@rambler.ru

Овчинников Б.В.,

доктор медицинских наук, профессор, начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, bobon47@yandex.ru

Юсупов В.В.,

доктор медицинских наук, доцент, начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, vladuyusupov@yandex.ru

Ятманов А.Н.,

кандидат медицинских наук, начальник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, yan20220@mail.ru

В статье рассмотрена математическая модель выделения категории медико-психологического сопровождения курсантов и кандидатов, поступающих в военный вуз. Математическая модель создана на основе дискриминантного анализа, включает две расчетные методики: методику оценки личностных адаптационных способностей и методику оценки общего интеллектуального развития обследуемого. По результатам расчета методик обследованному лицу определяется категория медико-психологического сопровождения. Категория медико-психологического сопровождения соответствует наихудшему результату общего интеллектуального развития или личностных адаптационных способностей. Категория определяет очередность зачисления обследуемого в военный вуз. Кандидаты на поступление в военный вуз с 1-й категорией рекомендуются в первую очередь, со 2-й – рекомендуются, с 3-й – рекомендуются условно, с 4-й категорией к зачислению не рекомендуются. У курсантов категория медико-психологического сопровождения определяет индивидуально подобранную программу коррекции.

Ключевые слова: интеллектуальное развитие, личностный адаптационный потенциал, медико-психологическое сопровождение, курсант, кандидат на поступление.

Для цитаты:

Дорофеев И.И., Корзунин В.А., Овчинников Б.В., Юсупов В.В., Ятманов А.Н. Методологические аспекты выделения категории медико-психологического сопровождения курсантов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 113–120. doi: 10.17759/psyclin.2016050208

For citation:

Dorofeev, I.I., Korzunin, V.A., Ovchinnikov, B.V., Yusupov, V.V., Yatmanov, A.N. Methodological Aspects of Allocation of Categories of Medical and Psychological Support of Students [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 113–120. doi: 10.17759/psycljn.2016050208 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Несмотря на проведение профессионального психологического отбора кандидатов, поступающих в военный вуз, в рамках медико-психологического сопровождения (МПС), сохраняется высокая частота выявления обучающихся с нарушениями военно-профессиональной адаптации [1; 6]. В связи с этим необходимо разработать единый методологический подход к организации и проведению МПС поступающих кандидатов и курсантов военных вузов [4; 7]. В настоящее время для решения задачи профилактики дезадаптационных нарушений курсантов используется, как правило, один научно-методический подход, заключающийся в диагностике и выявлении «группы риска» среди кандидатов на поступление и курсантов военного вуза [3]. Основным недостатком подобной схемы организации МПС является отсутствие учета закономерностей индивидуального психологического развития личности в процессе адаптации к условиям обучения в военном вузе, как при нарушениях, так и при успешной адаптации [2; 7].

Целью работы явилась разработка математической модели определения группы МПС курсантов и кандидатов, поступающих в военный вуз.

Материалы и методы

Были обследованы 882 кандидата на поступление в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова в возрасте от 18 до 22 лет.

Для определения уровня познавательных способностей использовались **методики:** «Исключение слова» (ИС); «Числовые ряды» (ЧР); «Кубы» (КУБ); «Аналогии» (АН), а также интегральный показатель общего интеллектуального развития (ОИР). Применение многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» позволило проанализировать следующие **показатели:**

поведенческую регуляцию (ПР), коммуникативный потенциал (КП), моральную нормативность (МН), личностный адаптационный потенциал (ЛАП) [5].

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0. Математическое моделирование проводилось на основе дискриминантного анализа.

Результаты и их обсуждение

Определение группы ОИР респондента. На основе дискриминантной модели определения группы ОИР по результатам субтестов интеллектуального развития обследованный был отнесен к одной из четырех групп. Расчетные формулы линейных классификационных функций (ЛКФ) представлены ниже:

- $ЛКФ-1 = -170,106 + 0,503 \times АН + 0,329 \times ЧР + 0,445 \times ИС + 0,301 \times КУБ + 1,930 \times ОИР;$
- $ЛКФ-2 = -127,734 + 0,522 \times АН + 0,202 \times ЧР + 0,658 \times ИС + 0,246 \times КУБ + 1,631 \times ОИР;$
- $ЛКФ-3 = -90,4984 + 0,5027 \times АН + 0,2761 \times ЧР + 0,8027 \times ИС + 0,2267 \times КУБ + 1,2827 \times ОИР;$
- $ЛКФ-4 = -53,4135 + 0,3517 \times АН + 0,2929 \times ЧР + 0,7297 \times ИС + 0,1120 \times КУБ + 0,9474 \times ОИР.$

Для определения искомой группы ОИР производится расчет по всем формулам; та формула, результаты которой являются максимальными, и является искомой: $(ЛКФ-i)_{\max} = \text{группа ОИР } (i).$

На основе дискриминантного моделирования разработана высоко информативная модель (λ -Уилкса = 0,15, $F = 158,52$ при $p = 0,000$; прогностическая способность – 94,2 %) определения группы ОИР курсантов и кандидатов на поступление в военный вуз в рамках мероприятий медико-психологического сопровождения (таблица 1).

Таблица 1

Точность распознавания группы ОИР обследованных

Группа ОИР	Точность распознавания, %	Категория обследованных, чел			
		1	2	3	4
1	68,3	25	16	0	0
2	97,1	1	443	12	0
3	96,8	0	8	245	0
4	87,1	0	0	17	115
Всего	94,2	26	467	274	115

При определении группы ОИР с использованием дискриминантной модели по сравнению с традиционным нормированием определяется снижение на одну единицу у 31,7% обследованных 1-й группы; у 2,7% – 2-й группы; увеличение на одну единицу у 3,2 % обследованных 3-й группы и у 12,9 % респондентов 4-й группы.

Определение группы ЛАП респондента. На основе дискриминантной модели определения группы ЛАП по результатам методики МЛО «Адаптивность» обследованный был отнесен к одной из четырех групп. Расчетные формулы линейных классификационных функций (ЛКФ) представлены ниже:

- ЛКФ-1= $-5,33757 - 0,63937 \times \text{ПР} + 0,76897 \times \text{ЛАП}$;
- ЛКФ-2= $-11,0227 - 1,0026 \times \text{ПР} + 1,3183 \times \text{ЛАП}$;
- ЛКФ-3= $-25,9716 - 1,2287 \times \text{ПР} + 1,9117 \times \text{ЛАП}$;
- ЛКФ-4= $-58,7345 - 0,7746 \times \text{ПР} + 2,3746 \times \text{ЛАП}$.

Для определения искомой группы ЛАП производится расчет по всем формулам, та формула, результаты которой являются максимальными, и является искомой: $(\text{ЛКФ-}i)_{\text{max}} = \text{группа ЛАП } (i)$.

На основе дискриминантного моделирования разработана высоко информативная модель (λ -Уилкса = 0,18, $F = 383,16$ при $p = 0,000$; прогностическая способность – 86,6 %) определения группы ЛАП курсантов и кандидатов на поступление в военный вуз в рамках мероприятий медико-психологического сопровождения (таблица 2).

Таблица 2

Точность распознавания категории ЛАП обследованных

Группа ЛАП	Точность распознавания, %	Категория обследованных, чел			
		1	2	3	4
1	67,5	81	39	0	0
2	94,4	2	455	25	0
3	82,9	0	34	180	3
4	69,8	0	0	13	30
Всего	86,6	83	528	218	33

При определении группы ЛАП с использованием дискриминантной модели по сравнению с традиционным нормированием обнаружено снижение на одну единицу у 32,5 % обследованных 1-й группы, у 5,2 % – 2-й; увеличение на одну единицу у 15,6 % респондентов 3-й группы, и у 30,2 % человек 4-й группы.

Категория МПС обследованного лица определяется по результатам анализа групп ОИР и ЛАП. При этом итоговое значение МПС соответствует наихудшему результату ОИР или ЛАП. Кандидаты на поступление в военный вуз с 4-й категорией МПС к зачислению не рекомендуются, с 3-й – рекомендуются условно, со 2-й – рекомендуются, с 1-й категорией – рекомендуются в первую очередь. В зависимости от степени различий групп ОИР и ЛАП проводится индивидуально подобранная коррекционная работа с курсантами.

Выводы

Для выделения группы МПС целесообразно использование высокоинформативных показателей, оказывающих значительное влияние на дисперсию критерия.

2) Точность распознавания группы ОИР и ЛАП относительно традиционного выделения составляет 94,2 и 86,6 % соответственно.

3) При определении группы ОИР с использованием дискриминантной модели по сравнению с традиционным нормированием определяется снижение на одну единицу у 31,7 % обследованных 1-й группы и у 2,7 % человек 2-й группы; а также увеличение на одну единицу у 3,2 % обследованных 3-й группы и у 12,9 % – 4-й группы.

4) При определении группы ЛАП с использованием дискриминантной модели по сравнению с традиционным нормированием определяется снижение на одну единицу у 32,5 % обследованных 1-й группы, у 5,2 % – 2-й группы; и увеличение на одну единицу у 15,6 % обследованных 3-й группы и у 30,2 % респондентов – 4-й группы.

5) Предложенная дискриминантная модель выделения категории МПС курсантов может быть рекомендована к использованию в рамках мероприятий медико-психологического сопровождения.

Литература

1. Дрынкина Т.И. Формирование морально-нравственной ответственности в профессиональной деятельности как важный аспект системы непрерывного образования. // Непрерывное образование: современные проблемы и перспективы развития. Материалы XV Всеросс. с междунар. участием научн.-практ. конф. Липецк: ЛГПУ, 2012. С. 127–131.

2. Константинов В.В., Корзунин А.В., Костин Д.В., Круглов В.И., Порожников П.А., Трошина Е.А. и др. От профессионального психологического отбора к медико-психологическому сопровождению военнослужащих // Военная мысль. 2015. № 4. С. 40–46.

Дорофеев И.И., Корзунин В.А., Овчинников Б.В., Юсупов В.В., Ятманов А.Н. Методологические аспекты выделения категории медико-психологического сопровождения курсантов Клиническая и специальная психология 2016. Том 5. № 2. С. 113–120.

Dorofeev, I.I., Korzunin, V.A., Ovchinnikov, B.V., Yusupov, V.V., Yatmanov, A.N. Methodological Aspects of Allocation of Categories of Medical and Psychological Support of Students Clinical Psychology and Special Education 2016, vol. 5, no. 2, pp. 113–120.

3. *Корзунин В.А., Церфус Д.Н.* Актуальные вопросы психофизиологического сопровождения адаптации обучающихся к условиям образовательной среды в вузах силовых ведомств // Проблемы управления рисками в техносфере. 2015. Т. 35. № 3. С. 149–156.

4. *Корзунин А.В., Юсупов В.В., Корзунин В.А., Круглов В.И., Щукина Н.А., Вайгачева Л.В.* Обоснование методического аппарата по определению групп профессионального психологического сопровождения курсантов военного вуза МО РФ. // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2013. Т. 5. № 4. С. 106–116.

5. *Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В.* Психологическая предпатология: превентивная диагностика и коррекция. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. 366 с.

6. *Чермянин С.В., Корзунин В.А., Юсупов В.В.* Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2008. № 4. С. 49–53.

7. *Юсупов В.В., Овчинников Б.В., Корзунин В.А., Нагибович О.А., Гончаренко А.Ю., Порожников П.А.* Современное состояние и перспективы развития медико-психологического сопровождения военнослужащих Вооруженных сил // Воен.-мед. журн. 2016. № 1. С. 22–28.

Methodological Aspects of Allocation of Categories of Medical and Psychological Support of Students

Dorofeev, I.I.,

PhD (Medicine), Head of Military-Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia, dorofeev.ivan@mail.ru

Korzunin, V.A.,

PhD (Psychology), Professor, leading researcher, Military-Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia, vakorzunin@rambler.ru

Ovchinnikov, B.V.,

PhD (Medicine), Professor, Head of the Research Laboratory Military-Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia, bobon47@yandex.ru

Yusupov, V.V.,

PhD (Medicine), Associate Professor, Head of the Research Department Military-Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia, vladysupov@yandex.ru

Yatmanov, A.N.,

PhD (Medicine), Head of the Research Laboratory Military-Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russia, yan20220@mail.ru

Present article considers mathematical model of separation category of medical and psychological support of students and candidates entering the military college. The mathematical model is based on a discriminant analysis, it comprises two calculation methods: a methodology to assess the adaptation abilities of personal and intellectual development of a common methodology for assessment of the subject. According to the results of the survey of methods of calculation is determined by the category of person medical and psychological support. Category medical and psychological support corresponds to the worst results of the general intellectual development or adaptation of personal abilities. Category determines the order of enrollment of the subject in the military college. Candidates for admission to military school with the 1st category are recommended in the first place, from the 2nd - recommended, with 3rd - recommended conditionally, with the 4th category for admission are not recommended. With cadets medical and psychological support category determines individually tailored correction program.

Keywords: intellectual development, personal adaptation potential, medical and psychological support, student, candidate for entering.

References

1. Drynkina, T.I. Formirovanie moral'no-nravstvennoj otvetstvennosti v professional'noj dejatel'nosti kak vazhnyj aspekt sistemy nepreryvnogo obrazovaniya [Formation of the moral and ethical responsibility of professional work as an important aspect of the system of continuous education]. *Nepreryvnoe obrazovanie: sovremennye problemy i perspektivy razvitija*. Materialy XV Vseross. s mezhdunar. uchastiem nauchn.-prakt. konf. Lipeck: LGPU, 2012, pp. 127–131.
2. Konstantinov, V.V., Korzunin, A.V., Kostin, D.V., Kruglov, V.I., Porozhnikov, P.A., Troshina, E.A., et al. Ot professional'nogo psihologicheskogo otbora k mediko-psihologicheskomu soprovozhdeniju voennosluzhashhih [From professional psychological selection for medical and psychological support troops]. *Voennaja mysl'*, 2015, no. 4, pp. 40–46.
3. Korzunin, V.A., Cerfus, D.N. Aktual'nye voprosy psihofiziologicheskogo soprovozhdenija adaptacii obuchajushhihsja k uslovijam obrazovatel'noj sredy v vuzah silovyh ведомств [Topical issues of psychophysiological support of adaptation of students to the conditions of the educational environment in higher education of law enforcement agencies]. *Problemy upravlenija riskami v tehnosfere*, 2015, vol. 35, no. 3, pp. 149–156.
4. Korzunin, A.V., Jusupov, V.V., Korzunin, V.A., Kruglov, V.I., Shhukina, N.A., Vajgacheva, L.V. Obosnovanie metodicheskogo apparata po opredeleniju grupp professional'nogo psihologicheskogo soprovozhdenija kursantov voennogo vuza MO RF [Justification methodological apparatus to identify groups of professional psychological support of cadets of military high school of the Ministry of Defense of the Russian Federation]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina*, 2013, vol. 5, no. 4, pp. 106–116.
5. Ovchinnikov, B.V. D'jakonov, I.F., Bogdanova, L.V. Psihologicheskaja predpatologija: preventivnaja diagnostika i korrekcija [Psychological pre-pathology: preventive diagnostics and correction]. St. Petersburg: JeLBI-SPb, 2010, 366 p.
6. Chermjanin, S.V., Korzunin, V.A., Jusupov, V.V. Metodologicheskie aspekty diagnostiki nervno-psihicheskoj neustojchivosti u specialistov jekstremal'nyh vidov dejatel'nosti [Methodological aspects of diagnostic neuro-psychological instability of the specialists of extreme activities]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah*, 2008, no. 4, pp. 49–53.
7. Jusupov, V.V., Ovchinnikov, B.V., Korzunin, V.A., Nagibovich, O.A., Goncharenko, A.Ju., Porozhnikov, P.A. Sovremennoe sostojanie i perspektivy razvitija mediko-psihologicheskogo soprovozhdenija voennosluzhashhih Vooruzhennyh sil [Current state and prospects of development of medical and psychological support of servicemen of the Armed Forces]. *Voen.-med. Zhurn*, 2016, no. 1, pp. 22–28.

Методика оценки доступного уровня символизации в общении у детей с нарушениями слуха и зрения и множественными нарушениями развития

Хохлова А.Ю.,

кандидат психологических наук, педагог-психолог ГБОУ г. Москвы «Специальная (коррекционная) школа-интернат №65», доцент Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, ehalina2@yahoo.com

В статье описывается возможный способ оценки уровня коммуникативных средств у детей с нарушениями зрения и слуха в структуре множественных нарушений развития. Методика предназначена для обследования детей со сложными и множественными нарушениями развития. Целесообразно использовать методику для оценки уровня языкового развития у тех детей, которые не пользуются развернутой словесной или жестовой речью, особенно в тех случаях, когда окружающим трудно оценить, какие обращения и в какой мере понимает ребенок. Предложенную процедуру оценки уровня символов, понятных ребенку, можно применять для первоначальной диагностики, а также для динамического отслеживания языкового развития в процессе обучения. Данный вариант методики возможно применять с детьми, имеющими предметное зрение. Возрастная адресованность – дети школьного возраста. Стимульный материал методики подобран на основе модели символической лестницы (М. Скелли), согласно которой первым уровнем символизации является реальный объект (демонстрация какого-либо объекта становится постоянным знаком начала соответствующего события, например, шапка – символ прогулки), а наивысшим уровнем символизации становится понятие языка, слово. Он включает 15 реальных предметов (5 предметов одежды, 5 предметов посуды и 5 учебных принадлежностей), фотографии этих предметов, реалистичные цветные рисунки, а также контурные изображения. Кроме того, прилагаются таблички с напечатанными названиями этих же вещей и фото с их жестовыми обозначениями. Описана процедура проведения обследования и протоколирования результатов. Анализ протокола позволяет определить, с каким уровнем символических обозначений предметов ребенок действует наиболее успешно и какой максимальный уровень символизации ему доступен. Приведены примеры описания и анализа результатов.

Ключевые слова: коммуникация, символическая лестница, дети с множественными нарушениями развития, глухие дети, диагностика навыков общения.

Для цитаты:

Хохлова А.Ю. Методика оценки доступного уровня символизации в общении у детей с нарушениями слуха и зрения и множественными нарушениями развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 123–134. doi: 10.17759/psyclin.2016050209

For citation:

Khokhlova, A.Yu. Methods of Assessing the Available Level of Symbolization in Communication in Children with Hearing and Sight and Multiple Disabilities [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 123–134. doi: 10.17759/psycljn.2016050209 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Потребность в общении – одна из базовых потребностей человека. Общение необходимо ребенку с самого рождения, и ранний возраст очень значим для формирования отношений не только с близкими людьми, но и с миром в целом. В процессе общения возможно осуществить обмен информацией, выразить отношение к кому-то или чему-то, достигнуть взаимопонимания с другими людьми, оказать влияние на собеседника или ситуацию. Не у всех детей с особенностями развития формирование средств общения происходит по одному и тому же пути и в одни и те же сроки. Педагоги и психологи ставят перед собой задачу определить доступные средства и их уровень.

В данной статье мы описываем возможный способ оценки уровня коммуникативных средств у детей с нарушениями зрения и слуха в структуре множественных нарушений развития.

В нашей стране изучение альтернативной коммуникации детей со сложными нарушениями развития связано с историей обучения слепоглухих детей. В настоящее время знания, полученные в практике работы с российскими слепоглухими, дополняются данными зарубежных исследований общения детей с двигательными нарушениями, с расстройствами аутистического спектра, а также с различной сочетанной и множественной патологиями [6].

Развитие общения слепоглохого невозможно без обучающего воздействия окружающих взрослых. По мнению А.И. Мещерякова, воспитатель включает ребенка в активное взаимодействие, обучая пользоваться различными предметами. Слепеглохой ребенок начинает знакомиться с окружающими его предметами лишь тогда, когда воспитатель пытается обучить его простейшим навыкам

самообслуживания по удовлетворению его же естественных нужд. Ребенка приучают пользоваться ложкой, тарелкой, сидеть на стуле, за столом, ложиться спать в кровать, класть голову на подушку, накрываться одеялом и т.п. Ребенок обобщает способ действия с предметами определенного вида и начинает пытаться действовать самостоятельно [3].

Обучение же средствам общения необходимо начинать с жестов, обозначающих хорошо знакомые и часто встречающиеся в быту предметы и действия. Следующий этап – формирование у ребенка словесной речи, когда закрепленные ранее жесты заменяются их дактильной формой. После прочного заучивания дактильного алфавита ребенку дается точечное (брайлевское) обозначение букв. Для усвоения грамматического строя словесного языка особенно важна письменная речь – письмо и чтение. Параллельно с усвоением повествовательной речи ведется работа по развитию разговорной речи, в которой состояние произносительных навыков не должно препятствовать усвоению словесного языка [3].

Т.А. Басилова также отмечает важность создания ситуаций, в которых слепоглому ребенку необходимо будет пойти на контакт со взрослым. Также познавательному развитию и дальнейшему обучению способствует использование слепоглохими детьми в общении с близкими взрослыми естественных жестов, формирующихся из обобщения предметного действия [1; 2].

В знаменитой Школе Перкинса для слепых в Уотертауне, США, в обучении незрячих учеников и учеников со множественными нарушениями развития широко применяются предметы и предметные символы. Предметы используются в разговоре как дополнение к основной форме общения (языку жестов или устной речи) для обозначения действий, событий, людей, мест и вещей.

По мере того как предметы начинают обретать для ребенка смысл как функциональные элементы повседневных занятий, они должны становиться предметами-референтами, связывая их образ с определенным занятием и символизируя его. Процесс перехода от реальных объемных предметов к тонким и плоским символам и далее к изображениям, а затем и к знакам должен происходить постепенно. В руководстве по обучению слепых детей со множественными нарушениями развития, выпущенном Перкинс Школой, рекомендуется очень медленно переходить к более абстрактным символам и сочетать их с настоящими предметами до тех пор, пока ребенок не будет демонстрировать четкое понимание более абстрактного уровня [7].

Российский специалист Е.В. Пташник в работе «Несимволическая и символическая коммуникация слепоглохих детей» представила классификации средств общения, выделив:

1. Непреднамеренную и преднамеренную коммуникацию:

- *непреднамеренная коммуникация* – коммуникация без осознания того, каким образом отреагируют на данное поведение окружающие;

- *преднамеренная коммуникация* – коммуникация с осознанием и ожиданием определенного поведения и реакции со стороны окружающих.

2. Средства восприятия и воспроизведения сообщения:

- *восприятие сообщения* – процесс получения и понимания сообщения различными путями (при помощи слуха, обоняния, осязания, зрения);
- *воспроизведение сообщения* – передача сообщения другому человеку различными путями (речью, взглядом, движениями тела, выражением лица).

3. Вербальные и невербальные средства коммуникации:

- *вербальные средства коммуникации*: а) устная речь; б) жестовая речь; в) дактилология; г) письменная речь (плоскопечатный шрифт, рельефно-точечный шрифт, письмо на ладони); д) электронные системы;
- *невербальные средства коммуникации*: а) движения тела; б) естественные жесты, пантомима (включая имитацию); в) вокализация; г) предметы (натуральные, миниатюрные, ассоциативные); д) картинки (фото, цветные и черно-белые картинки).

4. В зависимости от применения дополнительных средств:

- *коммуникативные системы, требующие дополнительных средств*: а) для письменной речи – бумага, ручка, брайлевская машинка; б) набор картинок (фото, цветные и черно-белые картинки); в) набор предметов, используемых в роли символов; г) различные материалы, ткань;

5. Символическая и несимволическая коммуникация:

- *несимволическая коммуникация*: а) непреднамеренное поведение – движения руками, ногами, головой, изменение выражения лица и положения тела, плач; б) преднамеренное поведение – улыбка, отворачивание головы, касание, приближение, отталкивание и протягивание предмета; в) необщепринятая коммуникация – неречевые звуки, взгляд, смех, манипулирование другим человеком; г) общепринятая коммуникация – простые движения, чередование взгляда, движение к предмету и его касание, интонированные звуки, вокализация, сопровождающая естественные жесты, открывание ладони, движение рук к себе и от себя, показ предмета другому, выбор между «да» и «нет», объятие, хлопанье в ладоши, поцелуй, пожимание плечами;
- *символическая коммуникация*: а) конкретная коммуникация – звукоподражание, пантомима, естественные жесты, фото, рисунки, натуральные предметы; б) абстрактная коммуникация – простые слова и жесты, абстрактные рисунки и формы; в) формальная коммуникация (язык) –

устная и письменная речь (плоскопечатный и рельефно-точечный шрифты, жестовая речь, дактилология) [4].

В данной схеме представлены очень разные основания для классификации средств общения. В нашем исследовании мы опираемся на *представления о языковых/неязыковых средствах, а также об уровнях символической коммуникации.*

Необходимо отметить, что при большом количестве теоретических разработок и подходов к классификации средств общения у детей с различной патологией развития, в том числе сенсорной, большинство диагностических приемов для оценки уровня коммуникативных навыков сводятся к схемам структурированного наблюдения. На наш взгляд, результаты наблюдения могут и должны быть дополнены экспериментальными данными. Результаты наблюдения могут показать тот уровень средств общения, который ребенок уже успешно использует в повседневной жизни и в учебной ситуации. Экспериментальные данные помогут оценить уровень потенциальных возможностей ребенка, продемонстрировать тот уровень средств коммуникации, который можно постепенно вводить в обиход ребенка. Для этого мы предлагаем новую методику оценки доступного уровня символизации в общении.

Методика

Предложенная нами методика предназначена для обследования детей со сложными и множественными нарушениями развития (МНР), в том числе с одновременным нарушением зрения и слуха.

Целесообразно использовать методику для *оценки уровня коммуникативного развития* у тех детей, которые *не пользуются развернутой словесной или жестовой речью*, особенно в тех случаях, когда окружающим трудно оценить, какие обращения и в какой мере понимает ребенок. Окружающие взрослые (родители, педагоги), как правило, в процессе взаимодействия с ребенком и наблюдения за ним оценивают доступный ему уровень символизации. Однако в практике работы с детьми с МНР достаточно часто можно встретить случаи, когда требования к ребенку завышаются или занижаются. Поэтому мы предприняли попытку разработать стандартизированную процедуру оценки уровня символов, понятных ребенку, которую можно применять для первоначальной диагностики, а также для динамического отслеживания языкового развития в процессе обучения.

Первоначальный вариант методики возможно применять для диагностики детей с нарушениями слуха и разнообразными дополнительными нарушениями развития, но обязательно *имеющих предметное зрение*. Далее планируется разработка универсального набора для зрячих и незрячих детей.

Возрастная адресованность: методику можно предъявлять детям школьного возраста, а также использовать ее в работе с молодыми людьми и взрослыми, имеющими интеллектуальные нарушения и не владеющими речью.

Целью методики является оценка доступного обследуемому ребенку уровня символизации в обозначении предметов. Результаты такой диагностики могут помочь правильно строить обучение и общение, подбирать доступные ребенку способы подачи материала и кодирования любой информации.

Стимульный материал методики подобран на основе модели «Символической лестницы» (М. Скелли по Р. Уайд), согласно которой первым уровнем символизации является реальный объект (демонстрация какого-либо объекта становится постоянным знаком начала соответствующего события, например, шапка – символ прогулки), а наивысшим уровнем символизации становится понятие языка, слово [8].

Реальный предмет – то, с чем ребенок имеет дело в повседневной жизни. Самостоятельно или с помощью взрослых ребенок осваивает способы обращения с каждым предметом, осознает его назначение, а также связывает предмет с той ситуацией, в которой этот предмет присутствует. Таким образом формируются непосредственное представление о предмете и обобщение способа действия с предметами одного класса как основа для появления понятия языка.

Фотография и реалистичное изображение предмета в рисунке – зрительно воспринимаемый образ предмета без возможности воспроизвести с ним реальное действие. Этот тип символа содержит такие значимые характеристики предмета, как цвет, пропорции и переданная визуально фактура, поскольку вещи, сделанные из различных материалов, выглядят на фото и на реалистичных рисунках по-разному. Если ребенок узнает фото и картинки, то ему можно сообщать о чем-либо, используя символы такого типа в сопровождении словесной и/или жестовой речи.

Условное (контурное) изображение предмета – также зрительно воспринимаемый образ предмета, но содержащий лишь самые обобщенные его характеристики – форму и пропорции. Это более высокий уровень символизации, чем реалистичное изображение, но менее сложный, чем письменное слово. Условные изображения легче изготовить и пополнять их запас, чем реалистичные картинки. Следует отметить, что этот уровень символизации используется как основной с теми детьми, которые не только самостоятельно не используют, но и не понимают устную и письменную речь. Тем не менее, условные изображения, так же как и символы всех предыдущих уровней, призваны не заменить словесную речь, а быть ступенью на пути овладения ею и должны сопровождаться языковыми средствами общения.

Жест – известный ребенку жест русского жестового языка (РЖЯ) или другой, предложенный самим ребенком жест, постоянно используемый им и его окружением в одних и тех же ситуациях. Жест является уже понятием языка и средством символизации высокого уровня. Исследования даже естественных и домашних жестов показали, что наиболее интенсивно они формируются у глухих детей в сензитивном для освоения речи периоде; изобразительный компонент в них со временем редуцируется, и «похожесть» жеста на предмет или действие с ним перестает играть значимую роль для понимания [9].

Письменное слово на табличке – самый высокий уровень символизации в общении из тех, что можно оценивать с помощью нашей методики. Слово воспринимается неслышащим ребенком зрительно, но оно не имеет визуального сходства с обозначаемым предметом, а также значительно сложнее в структурном отношении, чем картинки и условные изображения.

Стимульный материал включает 15 реальных предметов, из которых 5 предметов одежды, 5 предметов посуды и 5 учебных принадлежностей, а также фотографии этих предметов, их реалистичные цветные изображения и контурные изображения. Прилагаются таблички с напечатанными названиями этих же вещей (рисунок 1).



Рисунок 1. Фото, рисунок, контурное изображение предмета, табличка со словесным обозначением

Жестовые обозначения всех предметов представлены на фотографиях в помощь диагностам [5; 10]. Примеры жестовых обозначений представлены на рисунке 2.

Ремень

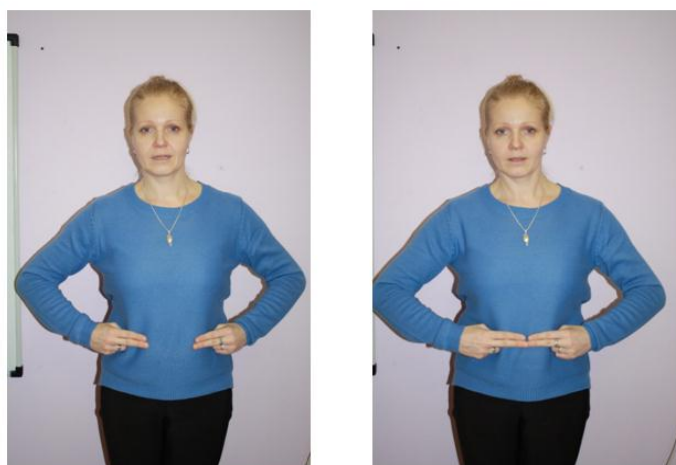


Рисунок 2. Пример жестового обозначения предмета

Список объектов следующий: шапка, варежка, футболка, носки, ремень – одежда; чашка, тарелка, ложка, вилка, нож – посуда; тетрадь, ручка, пластилин, карандаши, ножницы – учебные принадлежности.

Процедура предъявления материала

Психолог или педагог показывает ребенку по очереди каждый из предметов одежды и спрашивает «Что это?» (устно, жестом, демонстрирует вопросительное выражение лица) и/или наблюдает за реакцией ребенка. Далее в зависимости от ответного поведения ребенка процедура может быть продолжена в двух вариантах.

Вариант 1. Если ребенок называет предметы устным или тактильным словом или жестом (РЖЯ или другим постоянным жестом – системы Макатон, постоянно используемым домашним жестом), можно переходить к следующей группе предметов. Здесь необходимо определить, что мы считаем жестом. Под жестом мы понимаем постоянное обозначение одного и того же предмета, являющееся для ребенком аналогом словесного понятия. Изобразительный жест, придуманный в конкретной ситуации, понятием не является, а вот жест, не соответствующий знаку РЖЯ, но постоянный для ребенка в его семье, признается исследователями уже единицей языка [9]. Проверить постоянство жестов достаточно просто: через непродолжительное время (например, после предъявления табличек) взрослый повторяет изображенные ребенком жесты и просит указать на соответствующий предмет. Если обследуемый легко находит все предметы, значит, он готов к использованию жестовых понятий, и в дальнейшем «неправильные» обозначения ребенка можно постепенно заменять понятиями русского жестового языка. В случае языкового (жестового, словесного) обозначения всех предметов можно либо завершить тестирование, либо – если стоит дополнительная задача оценить навыки чтения – предложить ребенку подобрать письменные обозначения вещей на табличках. В любом случае данный вариант ответного поведения ребенка позволяет заключить, что дальнейшее общение с ним можно строить, используя средства словесного или жестового языка. Ответы заносятся в протокол (см. ниже).

Вариант 2. Включает от 1 до 6 этапов.

1. Если ребенок не дает предметам названий, экспериментатор предлагает ему взять предмет и что-то сделать с ним. Можно показать действие с каким-либо одним предметом. Далее ребенок должен сам показать, как надевают тот или иной предмет одежды. Если ребенок не узнает одежду, ему предлагают посуду и учебные принадлежности. В случае если обследуемый не смог сымитировать действия ни с одним из предложенных предметов, тестирование прекращается. Если он узнал хотя бы несколько предметов, можно переходить к следующему этапу обследования.

2. На следующем этапе перед ребенком выкладывают 5 предметов одежды (если в силу особенностей зрения или внимания ребенок не может оглядеть сразу все предметы, можно предъявлять их по два-три) и предлагают (по одной) фотографию положить рядом с изображенным на ней предметом. Если обследуемый не понимает сразу, что нужно делать, диагност может положить первую фотографию

сам. Затем ту же процедуру повторяют с предметами посуды и учебными принадлежностями.

3. В случае если ребенок справляется с заданием (правильно подбирает больше половины фотографий), возможно проведение следующего этапа диагностики, на котором предлагается подобрать к предметам картинки с их реалистичными цветными изображениями. Предметы демонстрируются так же, смысловыми группами, а картинки подаются по одной. Фотографии можно убрать, а можно оставить лежащими у соответствующих предметов. В протоколе отмечается, какие предметы ребенок узнал, какие фотографии, цветные и контурные изображения подобрал правильно.

4. Если и этот этап ребенок проходит успешно, то аналогичным образом ему предлагают подобрать контурные изображения.

5. Далее можно исследовать понимание жестовых обозначений, даже если ребенок не использовал их самостоятельно. Диагност демонстрирует ребенку жест «шапка» и ждет, укажет ли на нее ребенок, перед которым лежат предметы одежды (все пять или два-три – решает диагност). Если ребенок не понимает, что от него требуется, педагог может сам указать на шапку, затем повторить жест и вопросительно посмотреть на ребенка. Если тот берет шапку, диагност продолжает демонстрировать по очереди другие жесты, обозначающие одежду. Иногда ребенок может не понять официального жеста, тогда можно показать ему естественный жест.

В протоколе фиксируется, какие из предложенных жестов понял тестируемый. Для себя диагност отмечает, внимательно ли ребенок смотрит на жесты, старается ли повторить самостоятельно, просит ли показать еще раз. Та же процедура повторяется с предметами посуды и учебными принадлежностями.

6. Независимо от того, понял ли ребенок жестовые обозначения, можно предложить ему таблички со словесными обозначениями. Снова перед ребенком выкладываются предметы одежды, и подается табличка со словом «шапка», диагност вопросительным жестом показывает «Где?». Задача ребенка – положить ее рядом с шапкой. Далее процедура повторяется со всеми предметами, так как ребенок может узнать всего одно-два слова из пятнадцати, но это уже говорит о его готовности к началу общения с помощью письменных обозначений. При этом диагност отмечает для себя, как ребенок реагирует на слова: прочитывает устно или тактильно, способствует ли прочтению узнаванию и другие особенности процесса.

По окончании обследования анализируя протокол, педагог или психолог может понять, с каким уровнем символических обозначений предметов ребенок действует наиболее успешно и какой максимальный уровень символизации ему доступен. В соответствии с этими результатами можно давать рекомендации учителям и членам семьи по использованию альтернативных (или языковых) средств коммуникации в общении с ребенком и в процессе обучения.

Результаты

По разработанной процедуре обследовано 10 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет, имеющих нейросенсорную тугоухость и глухоту в структуре различных множественных нарушений развития. Ниже приведены результаты обследования некоторых из них.

1. Девочка, 11 лет. Нейросенсорная глухота, слабовидение, умеренная умственная отсталость. Этиология: неуточненная генетическая патология. Обучается 5-й год. Выполняет задания с организующей помощью, часто отвлекается, пытается выложить все картинки просто в ряд. Девочка имеет представление о действиях с большинством предметов, часто встречающихся в быту. Ко многим из них она правильно подбирает фотографии, а к некоторым – и картинки с их реалистичными изображениями. По результатам обследования доступный уровень символизации – *реальные предметы и их фотографические изображения*. В зоне ближайшего развития – переход к реалистичным рисуночным символам.

Рекомендации: давать учебные задания с использованием демонстрации действий с предметами. Для планирования деятельности использовать предметный календарь с постепенным переходом к фотографиям и рисуночным символам. Сопровождать демонстрацию наглядного материала жестами РЖЯ.

2. Девушка, 16 лет. Нейросенсорная глухота, умственная отсталость, снижение зрения (степень не установлена). Обучается 3-й год. Выполняет задания послушно и с интересом. Не проявляет инициативу, предпочитает все действия повторять за взрослым. Девушка подбирает к большинству предъявленных предметов фотографии и реалистичные изображения. Также она может понимать и повторять отдельные жесты. По результатам обследования доступным уровнем символизации для бытового общения являются *фотографические и реалистичные рисуночные изображения*.

Рекомендации: использование календаря с крупными контрастными фотографиями или рисунками, на которых изображены единичные объекты. Использование фото и реалистичных картинок для формулирования учебных заданий. Сопровождать демонстрацию наглядного материала жестовой речью.

3. Юноша, 16 лет. Нейросенсорная глухота, слабовидение, умственная отсталость, расстройство аутистического спектра (РАС). Этиология: глубокая недоношенность. Обучается 9-й год. Выполняет задания с организующей помощью, часто отвлекается, но при этом демонстрирует большой интерес к происходящему, чем обычно на занятиях. При предъявлении предметов мальчик либо имитирует действия с ними, либо обозначает естественными и конвенциональными жестами. Самостоятельно обозначает жестами меньше половины объектов, но понимает большинство жестов диагноста. Ко всем предметам легко подбирает как фото и реалистичные изображения, так и контурные рисунки. Доступным уровнем символизации в бытовом общении и обучении являются *абстрактные контурные*

изображения. Мальчик также понимает обращенные жесты РЖЯ и сам использует отдельные жесты.

Рекомендации: в общении на повседневные бытовые темы обращаться к мальчику жестами и короткими жестовыми фразами (два-три жеста). Новые понятия и учебный материал давать с помощью графических символов, сопровождая их жестами РЖЯ и соотнося с ними.

4. Мальчик, 7 лет. Нейросенсорная глухота, задержка психического развития. Этиология: резидуально-органическое поражение нервной системы, отит. Обучается 1-й год. Смысл задания мальчик понимает, активно подходит к его выполнению. При этом мальчик одни понятия обозначает словами, другие – жестами. К жестам, в основном естественным, прибегает в случае незнания слова. Мальчик старается называть предметы дактильно, если не знает слово; пользуется естественными и конвенциональными жестами или демонстрирует предметное действие. Понимает примерно половину конвенциональных жестовых названий предъявленных предметов. Знает, что все предметы имеют словесные обозначения, но часто неправильно воспроизводит буквенный состав слова. Доступное средство символизации – жесты РЖЯ, которые мальчик понимает и частично использует самостоятельно. Зона ближайшего развития – слова в письменной и дактильной формах.

Рекомендации: в общении пользоваться как жестовой, так и словесной речью, разделяя ситуации, в которых каждый вид речи преимущественно применяется.

Выводы

По результатам анализа данных обследования детей можно сформулировать некоторые выводы:

1. реалистичные изображения предметов и фотографии дети узнают с одинаковой успешностью, то есть два этих уровня символизации объекта можно, согласно нашим результатам, объединить в один;

2. во всех изученных случаях четко определяется тот уровень символов, с которыми ребенок оперирует легко (в почти или же в ста процентах случаев), а также уровень символов, который находится только в процессе освоения (от нескольких до пятидесяти процентах случаев). И это всегда следующий уровень, согласно схеме «Символической лестницы». Тем не менее, двое из десяти детей продемонстрировали только актуальный уровень, но не показали возможности развития следующего уровня;

3. символами актуального уровня можно пользоваться в повседневной жизни и в обучении, принимая во внимание особенности зрительного восприятия ребенка (подбирая размер, контрастность и структурную сложность символа).

Литература

1. *Басилова Т.А.* Об использовании жестовой и тактильной формы речи в обучении сложных детей / Под ред. Е.Л. Инденбаум // Предпосылки и условия успешной социализации при трудностях развития. Иркутск: Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2008. С. 20–24.
2. *Басилова Т.А., Александрова Н.А.* Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. М.: Просвещение, 2008. 111 с.
3. *Мещеряков А.И.* Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения. М.: Педагогика, 1974. 327 с.
4. *Пташник Е.* Несимволическая и Символическая коммуникация слепоглухих детей (системы, средства, оценка, методические приемы работы). Сергиев Посад, 2005. 80 с.
5. *Течнер С. фон.* Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию. М.: Теревинф, 2014. 432 с.
6. *Фрадкина Р.Н.* Говорящие руки (тематический словарь жестового языка глухих России). М.: Сопричастность, 2001. 597 с.
7. *Хайдт К.* Перкинс Школа: руководство по обучению детей с нарушениями зрения. Часть 1. Методические основы. М.: Теревинф, 2011. 200 с.
8. *Уайд Р.* Предпосылки и развитие ААК. [Электронный ресурс]. URL: <http://ru.calameo.com/read/002015598651ab97fffe6> (дата обращения: 29.05.2016).
9. *Morford J.* Insights to Language from the Study of Gesture: a Review of Research on the Gestural Communication of Non-signing Deaf People // Language and Communication. 1996. Vol. 16. № 2. Pp. 165–178.
10. *Spread The Sign: Sign Language Dictionary* [Словарь жестового языка «Распространим жест»] [Электронный ресурс]. URL: <https://www.spreadthesign.com/> (дата обращения: 29.16.2016).

Methods of Assessing the Available Level of Symbolization in Communication in Children with Hearing and Sight and Multiple Disabilities

Khokhlova, A.Yu.,

*PhD (Psychology), educational psychologist, Special (correctional) boarding school №65,
associate professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
ehalina2@yahoo.com*

In this article, we describe a possible way of assessing the level of the means of communication in children with impaired sight and hearing in the structure of multiple developmental disorders. The method is designed for examination of children with complex and multiple disabilities. It is advisable to use a methodology for assessing the level of language development in children who do not enjoy the expanded verbal or sign language, especially in cases where the surrounding is difficult to assess what treatment and the extent to which the child understands. The proposed character level evaluation procedure, the child can understand, can be used for initial diagnosis, as well as for the dynamic tracking of language development in the learning process. This version of the method may be used with children who have a substantive vision. Addressing age: school-aged children. Stimulus material technique selected on the basis of the model of symbolic stairs (M. Skelly), according to which the first level of symbolization is the real object (the demonstration of an object becomes a permanent sign of the beginning of the corresponding event, such as a cap – a symbol of a walk), and the highest level of symbolization becomes concept language word. It includes 15 real objects, 5 items of clothing, 5 pieces of dishes and 5 educational supplies, pictures of these objects, realistic color images, as well as the outline of the image. In addition, the plates are attached to the printed names of the same things and pictures on their sign symbols. The procedure of conducting the survey and recording results are described. Evaluation protocol allows you to determine what level of symbolic notation of items most successful child acts and what is the maximum level of symbolization it is available. Examples of description and analysis of the results are presented.

Keywords: communication, symbolic ladder, children with multiple disabilities, deaf children, diagnostics communication skills.

References:

1. Basilova, T.A. Ob ispol'zovanii zhestovoj i taktil'noj formy rechi v obuchenii slozhnyh detej [On the Use of Gesture and Tactile Speech Form in the Study of Complex Children] / E.L. Indenbaum (ed.) // *Predposylki m uslovija uspešnoj socializacii pri trudnostjah razvitiya*. Irkutsk: Publ. Irkut. gos. ped. un-ta, 2008, pp. 20–24.
2. Basilova, T.A., Aleksandrova, N.A. Kak pomoch' малышу so slozhnym narusheniem razvitiya: posobie dlja roditel'ej [How to Help Your Child with a Complex Developmental Disability: a Guide for Parents]. Moscow: Prosveshhenie, 2008. 111 p.
3. Meshherjakov, A.I. Slepogluhonemye deti. Razvitie psihiki v processe formirovaniya povedeniya [Deaf-Blind Children. the Development of the Psyche in the Process of Behavior]. Moscow: Pedagogika, 1974. 327 p.
4. Ptashnik, E. Nesimvolicheskaja i Simvolicheskaja kommunikacija slepogluhih detej (sistemy, sredstva, ocenka, metodicheskie prijomы raboty) [Non-symbolic and symbolic Communication Deafblind Children (Systems, Tools, Assessment, Teaching Methods of Work)]. Sergiev Posad, 2005. 80 p.
5. Techner, S. fon. Vvedenie v al'ternativnuju i dopolnitel'nuju kommunikaciju [Introduction to Alternative and Additional Communication]. Moscow: Terevinf, 2014, 432 p.
6. Fradkina, R.N. Govorjashhie ruki (tematicheskij slovar' zhestovogo jazyka gluhih Rossii) [Talking Hands (Thematic Vocabulary of Sign Language of the Deaf in Russia)]. Moscow: Soprichastnost', 2001. 597 p.
7. Hajdt, K. Perkins Shkola: rukovodstvo po obucheniju detej s narushenijami zrenija. Chast' 1. Metodicheskie osnovy [Perkins School: A Guide for education of children with visual impairments. Part 1: Methodical bases]. Moscow: Terevinf, 2011. 200 p.
8. Uajd, R. Predposylki i razvitie AAK [Background and development of AAC]. [Web source]. URL: <http://ru.calameo.com/read/002015598651ab97ffe6> (Accessed: 29.05.2016).
9. Morford, J. Insights to Language from the Study of Gesture: a Review of Research on the Gestural Communication of Non-signing Deaf People. *Language & Communication*, 1996, vol. 16, no 2, pp. 165–178.
10. Spread The Sign: Sign Language Dictionary [Web source]. URL: <https://www.spreadthesign.com/> (Accessed: 29.16.2016).