

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ  
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ  
ЭЛЕКТРОННЫЙ  
ЖУРНАЛ**

2022. Том 11, № 3

2022. Vol. 11, no. 3

## Клиническая и специальная психология

Международный научный электронный журнал  
«Клиническая и специальная психология»

### Редакционная коллегия

Вачков И.В. (Россия) — **главный редактор**  
Резниченко С.И. (Россия) — **первый заместитель главного редактора**  
Мешкова Т.А. (Россия) — **заместитель главного редактора**

Алехин А.Н. (Россия), Ахутина Т.В. (Россия), Бабкина Н.В. (Россия), Баилова Т.А. (Россия), Веракса А.Н. (Россия), Зверева Н.В. (Россия), Инденбаум Е.Л. (Россия), Казьмин А.М. (Россия), Коробейников И.А. (Россия), Лифинцева А.А. (Россия), Медникова Л.С. (Россия), Нартова-Бочавер С.К. (Россия), Рощина И.Ф. (Россия), Сафанов Ф.С. (Россия), Строганова Т.А. (Россия), Ульянина О.А. (Россия), Щелкова О.Ю. (Россия), Щербакова А.М. (Россия)

### Редколлегия зарубежных выпусков

Григоренко Е.Л. (США) — **главный редактор**  
Жукова М.А. (Россия) — **заместитель главного редактора**

Бента Аманда (США), Гильбоа-Шехтман Ива (Израиль), Кэттс Хью В. (США), Мандельман Сэмюэль (США), Сильверман Вэнди (США), Хеффель Джеральд (США)

### Секретарь

Ушакова М.Ю.

**Редактор, корректор и верстальщик-оформитель**  
Резниченко С.И.

### Учредитель и издатель

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

### Адрес редакции

127051 Россия, Москва, ул. Сретенка, д. 29, ком. 209.  
Телефон: +7 (495) 608-16-27

E-mail: [psyclin12@gmail.com](mailto:psyclin12@gmail.com)

Сайт: <https://psyjournals.ru/psyclin/>

### Индексируется:

ВАК Минобрнауки России, Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ), RSCI, EBSCO Publishing, Ulrich's web, ERIH PLUS, Index Copernicus, DOAJ

Издается с 2012 года

Периодичность: 4 раза в год

Свидетельство о регистрации СМИ:

Эл № ФС77-66442 от 14.07.2016

Все права защищены. Название журнала, логотип, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускается только с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2022

## Clinical Psychology and Special Education

International Scientific Electronic Journal  
“Clinical Psychology and Special Education”

### Editorial board

Vachkov, I.V. (Russia) — **editor-in-chief**  
Reznichenko, S.I. (Russia) — **first deputy editor-in-chief**  
Meshkova, T.A. (Russia) — **deputy editor-in-chief**

Alekhin, A.N. (Russia), Akhutina, T.V. (Russia), Babkina, N.V. (Russia), Basilova, T.A. (Russia), Veraksa, A.N. (Russia), Zvereva, N.V. (Russia), Indenbaum, E.L. (Russia), Kazmin, A.M. (Russia), Korobeynikov, I.A. (Russia), Lifintseva, A.A. (Russia), Mednikova, L.S. (Russia), Meshkova, T.A. (Russia), Nartova-Bochaver, S.K. (Russia), Reznichenko, S.I. (Russia), Roschina, I.F. (Russia), Safuanov, F.S. (Russia), Stroganov, T.A. (Russia), Ulyanina, O.A. (Russia), Shchelkova, O.Yu. (Russia), Scherbakova, Anna M. (Russia)

### Editorial Board for Foreign Issues

Elena L. Grigorenko (USA) — **editor-in-chief**  
Marina A. Zhukova (Russia) — **deputy editor-in-chief**

Catts Hugh (USA), Gilboa-Schechtman Eva (Israel), Haeffel Gerald (USA), Mandelman Samuel (USA), Silverman Wendy (USA), Venta Amanda (USA)

### Secretary

Ushakova, M.Yu.

### Editor, Proofreader, and Graphic Designer

Reznichenko, S.I.

### Founder & Publisher

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE)

### Editorial office address

Sretenka Street, 29, office 209 Moscow, Russia, 127051  
Phone: +7 495 6081627

E-mail: [psyclin12@gmail.com](mailto:psyclin12@gmail.com)

Web: <https://psyjournals.ru/en/psyclin/>

### Indexed in:

Higher qualification commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Russian Index of Scientific Citing database, RCSI, EBSCO Publishing, Ulrich's web, ERIH PLUS, Index Copernicus, DOAJ

Published quarterly since 2012

The mass medium registration certificate number:

El # FS77-66442. Registration date: 14.07.2016

All rights reserved. Journal title, logo, rubrics, all text and images are the property of MSUPE and copyrighted. Using reprints and illustrations is allowed only with the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2022



## СОДЕРЖАНИЕ

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Новикова И.А., Кривонкин К.Ю.** Современные теории развития заикания 1–43

**Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И.**  
Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы  
«Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» 44–70

**Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е., Дымова Е.Н.**  
Психологические последствия переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности» 71–96

### ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Алфимова М.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е.** Ошибки эпизодической  
вербальной памяти у больных шизофренией и в группе здоровых людей  
с разными профилями шизотипических черт 97–119

**Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В., Чельшева Л.В.,  
Симашкова Н.В.** Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур в развитии  
психических расстройств аутистического спектра у детей 120–141

**Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.** Негативные события,  
связанные со школьным функционированием, и их взаимосвязь с риском  
развития депрессии у подростков 142–166

**Мелёхин А.И.** Проблемно-ориентированный личностный тип у пациентов  
с шумом в ушах: специфика и практическая значимость в диагностике 167–180

**Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С., Иванова П.А.** Профили  
жизнестойкости подростков (на примере подростков с врожденной,  
приобретенной инвалидностью и здоровых сверстников) 181–204

**Стебляк Е.А.** Представления о последствиях плохого характера  
и неправильного поведения у подростков с интеллектуальной  
недостаточностью 205–241

**Шипова Н.С.** Самореализация лиц с атипичным развитием: сравнительный  
анализ нозологических групп 242–261

### МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

**Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е., Степанова О.Б.**  
Проверка психометрических характеристик Наймигенского опросника  
для диагностики дисфункционального дыхания во время пандемии  
COVID-19 на российской выборке 262–302

**ХРОНИКА**

***Горячева Т.Г.*** К Юбилею Юрия Владимировича Микадзе

**303–307**

## CONTENT

### THEORETICAL RESEARCH

- Novikova I.A., Krivonkin K.Yu.** Contemporary Theories of Stuttering Development 1–43
- Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I.** Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" 44–70
- Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E., Dymova E.N.** Psychological Consequences of Experienced Stress in Childhood — Phenomena of "Abandonment" and "Involvement" 71–96

### EMPIRICAL RESEARCH

- Alfimova M.V., Plakunova V.V., Golimbet V.E.** Errors of Verbal Episodic Memory in Schizophrenia Patients and in Non-Clinical Group with Different Profiles of Schizotypal Traits 97–119
- Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V., Chelysheva L.V., Simashkova N.V.** Clinical and Neuropsychological Features of Subcortical Structures Cerebral Organization in the Development of Autism Spectrum Mental Disorders in Children 120–141
- Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A.** Negative Events Related to School Functioning and Their Relationship with the Risk of Depression in Adolescents 142–166
- Melehin A.I.** Problem-Oriented Personality Type in Patients with Tinnitus: Specificity and Practical Relevance in Diagnostics 167–180
- Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S., Ivanova P.A.** Adolescent Resilience Profiles (on the Example of Adolescents with Congenital, Acquired Disabilities and Healthy Peers) 181–204
- Steblyak E.A.** Ideas about the Consequences of Bad Character and Improper Behavior in Adolescents with Intellectual Disabilities 205–241
- Shipova N.S.** Self-Realization of Persons with Atypical Development: A Comparative Analysis of Nosological Groups 242–261

### METHODS AND TECHNIQUES

- Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E., Stepanova O.B.** Verification of the Psychometric Characteristics of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis of Dysfunctional Breathing During the COVID-19 Pandemic on a Russian Sample 262–302

CHRONICLE

***Goryacheva T.G.*** To the Anniversary of Juri Mikadze

303–307

# Современные теории развития заикания

**Новикова И.А.**

*Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ),  
г. Архангельск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3437-5877>, e-mail: [ianovikova@mail.ru](mailto:ianovikova@mail.ru)*

**Кривонкин К.Ю.**

*Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ),  
г. Архангельск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3442-1749>, e-mail: [const.krivonkin@mail.ru](mailto:const.krivonkin@mail.ru)*

---

В статье представлен теоретический анализ современных моделей развития стойкого заикания у детей и взрослых на настоящем этапе развития науки в мире. Накопленный объем научного знания позволяет предполагать, что заикание имеет неврологическую основу: оно ассоциировано с нарушениями структуры и функции головного мозга. На этой основе появились модели заикания, которые связывают причину речевого расстройства с нестабильной речевой двигательной системой. Теории и модели заикания, основанные на когнитивной и языковой обработке, полезны тем, что они обладают объяснительной способностью по отношению к механизмам, которые играют важную роль в продукции ключевых симптомов заикания. Учитывая, что заикание является комплексным расстройством, то закономерным результатом этого стало предложение многофакторных моделей нарушения плавности речи. Представленный обзор может быть полезен психиатрам, клиническим психологам, логопедам, педагогам, и всем практикующим специалистам, взаимодействующим с детьми и взрослыми людьми с заиканием и другими нарушениями плавности речи.

**Ключевые слова:** заикание, плавность речи, расстройство развития, продуцирование речи, механизм заикания, патогенез заикания, когнитивные модели, лингвистические модели, логопедия.

**Для цитаты:** Новикова И.А., Кривонкин К.Ю. Современные теории развития заикания [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 1–43. DOI: 10.17759/cpse.2022110301

---

# Contemporary Theories of Stuttering Development

**Irina A. Novikova**

*Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3437-5877>, e-mail: [ianovikova@mail.ru](mailto:ianovikova@mail.ru)*

**Konstantin Yu. Krivonkin**

*Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3442-1749>, e-mail: [const.krivonkin@mail.ru](mailto:const.krivonkin@mail.ru)*

---

The article presents a theoretical analysis of contemporary models of persistent stuttering development in children and adults at the current period of development of science. The accumulated amount of scientific knowledge suggests that stuttering has a neurological basis: it is associated with disorders in the structure and function of the brain. On this basis, there have been emerged models of stuttering that link the cause of a speech disorder with an unstable speech motor system. Theories and models of stuttering based on cognitive and language processing are likely to be useful in that they have explanatory power in relation to the mechanisms that play an important role in the production of key symptoms of stuttering. Considering that stuttering is a complex disorder, the logical result of this was the proposal of multifactorial models of impaired speech fluency. The presented overview may be useful to psychiatrists, clinical psychologists, speech therapists, teachers, and practitioners interacting with children and adults with stuttering and other speech fluency disorders.

**Keywords:** stuttering, fluency, speech, developmental disorder, speech production, stuttering pathogenesis, speech pathology, cognitive models, linguistic models, speech therapy.

**For citation:** Novikova I.A., Krivonkin K.Yu. Contemporary Theories of Stuttering Development. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 1–43. DOI: 10.17759/cpse.2022110301 (In Russ., abstr. in Engl.).

---

## Введение

Заикание представляет собой речевое расстройство в виде нарушения плавности речи вследствие запинок судорожного характера — полные речевые заторы или остановки речи, повторы слов либо частей слов, растягивание произнесения слов [4; 12; 13; 19; 30; 71; 85; 111; 120]. Частота новых случаев заикания на протяжении жизни оценивается в 4-5%, а его распространенность тяготеет в среднем к 1%, составляя, например, в популяции детей и подростков из США 1,6%, а в общей популяции в Австралии на протяжении жизни 0,7% [11; 30; 85;



119]. Начало заикания обычно происходит в возрасте от 2 до 5 лет, когда у детей идет развитие речи и языковых навыков [2; 9; 11; 19; 30; 64; 88; 106]. Переход в стойкую форму заикания развивается с большей вероятностью, если заикание берет свое начало в сравнительно более старшем детском возрасте [85; 103; 104; 127].

Заиканию на протяжении веков уделялось исследователями гораздо больше внимания, чем другим расстройствам речи, однако его этиология до сих пор признается как неизвестная [2; 11; 19; 30; 41; 64; 69; 106]. Тем не менее о заикании становится известно гораздо больше, чем это было еще столетие назад. Стало очевидным, что заикание относится к расстройствам развития и имеет генетическую основу и что лица мужского пола подвержены заиканию в гораздо большей степени, чем девочки и женщины [11; 12; 18; 30; 34; 39; 41; 52; 55; 69; 103; 106]. Кроме того, заикание относят к эмоциональным состояниям, которое способно на время облегчаться различными процедурами, усиливающими плавность речи [6; 19; 36; 70; 90; 108; 112; 120]. В то же время в современных исследованиях, проведенных на популяциях дошкольников с заиканием, не обнаружено каких-то необычных психологических профилей, которые бы повлияли на выбор лечения [67; 94; 117]. Накопленный к настоящему времени объем научного знания о заикании позволяет предполагать, что это расстройство речи имеет неврологическую основу [31; 39; 41; 44; 52; 62; 79; 81; 88; 106; 122; 128]. Обсуждаются и другие новые факторы риска возникновения заикания, его персистирования, рецидивов, а также вариабельности течения [56; 85; 113; 114; 127].

Российская школа помощи детям с заиканием берет свое начало в XIX веке и получила свое дальнейшее развитие в XX веке по двум направлениям — психолого-педагогическому и клинико-педагогическому. Разрабатывались теоретические вопросы и коррекционные подходы комплексного преодоления заикания, а также создавались специализированные научно-практические учреждения [1; 2; 5; 8; 11].

Современные отечественные исследователи проблемы заикания существенно расширили теоретические представления о заикании и разработали оригинальные подходы к лечению заикания [4–7; 9; 10–13]. Так, В. Калягин изучал механизм психической адаптации при заикании (внутренняя картина болезни). Внутренняя картина болезни строится на основе трех аспектов личности — ценностного, содержательного и поведенческого. Согласно авторской концепции, внутренняя картина болезни становится основой для синтеза методов психотерапии людей с заиканием при использовании патогенетического подхода [5; 6].

На первоначальном этапе заикание было в мире предметом исследований специалистов по патологии речи и в основном игнорировалось психологами. Это проистекало из убеждения, что заикание проистекает из срыва двигательных процессов передачи сообщения, а не из недостаточности когнитивных и лингвистических процессов производства сообщения [19; 30]. В действительности, подобное вовлечение речевых двигательных процессов является скорее симптомом заикания, а не его причиной [30; 110; 129; 130].

Уже более ста лет назад заикание у детей в нашей стране было передано для коррекции педагогам-логопедам, поскольку это нарушение речи объяснялось

ненадлежащим обучением [11]. Полагают, что это привело к недооценке новых клинико-психологических, психолингвистических и психиатрических подходов и к снижению потенциальной эффективности лечения заикания (может достигать 90% в ряде отечественных центров) [11]. Так, клинический психолог Ю. Фесенко с соавторами в 2015 году отмечали, что «даже в крупных специализированных лечебных учреждениях эффективность лечения заикания не превышает 60%. ... Во многих лечебных учреждениях нашей страны и во всех логопедических дошкольных группах используются исключительно дидактические методики, без учета достижений современной психологической науки. Более того, не применяются даже те немногие средства, полученные и апробированные современной психофармакологией для лечения пограничных расстройств. Существует большой разрыв между психиатрической, психотерапевтической и логопедической практикой» [11; с. 96]. Преодолению этого разрыва могло бы способствовать ознакомление практикующих специалистов по патологии речи с новыми подходами, выходящими за рамки дидактических методик. Кроме того, вышли в свет новые экспертные рекомендации по обследованию людей со стойким заиканием, направленные на обеспечение всестороннего лечения [37].

Феномен заикания до сих пор привлекает пристальное внимание исследователей со всего мира и из разных областей науки, на базе чего разрабатываются теоретические модели механизмов этого расстройства речи. Какие-то модели выдержали испытание временем, другие — стали достоянием истории; наконец, появляются новые теоретические разработки. Однако актуальные на сегодня теории и модели заикания слабо освещены в периодической русскоязычной литературе.

**Цель теоретического исследования** — проанализировать современные теории, модели и гипотезы развития стойкого заикания у детей и взрослых.

Нами был проведен тематический поиск литературы по ключевым словам с использованием баз данных NCBI, PubMed, ScienceDirect, ASHAWire, APA PsycNet, ResearchGate и Google Scholar: просмотрены 405 публикаций за последние 30 лет (с 1990 года), посвященные патогенезу заикания. Применялся хронологический подход, чтобы дать представление об актуальных на сегодняшний день теориях и моделях заикания в их динамике — начиная с более ранних и заканчивая новейшими теоретическими разработками.

### **Теория упреждающей борьбы**

Одной из ведущих теорий заикания, которая была разработана и широко распространена в первоначальном варианте еще в 1960–1970-е годы и которая получила свое дальнейшее развитие в начале 2000-х годов в результате ее авторской модификации, является теория упреждающей борьбы (УБ). Ее автором был американский психолог и логопед О. Бладстайн. Согласно теории УБ, заикание — выученное, условно-рефлекторное поведение; это разновидность когнитивного расстройства в том отношении, что ребенок приходит к убеждению, что акт говорения затруднителен и в то же самое время представляет высокую ценность. Теория УБ — первая и основная когнитивная теория заикания [5; 30].

Согласно теории УБ, при убеждении, что речь затруднительна, ребенок подступает к акту говорения с напряжением, а затем разбивает сложную и последовательно упорядоченную двигательную активность на отрезки (фрагментация), чтобы как-то справиться с выработкой речи [5; 30].

По мнению автора, убеждение ребенка, что речь трудна, безосновательно, так же, как и то, что речь без запинок требует усилия и тщательной подготовки. У ребенка присутствует когнитивный мыслительный образ о речи, пусть и необоснованный, но который ведет к упреждению затруднения, которое (упреждение) в свою очередь вызывает внутреннюю борьбу, напряженность и ту самую фрагментацию речевой двигательной активности. Заикание становится конечным результатом этой цепочки событий [30]. Предполагают множество факторов и причин, которые могут стать источником таких убеждений, например, замедленное развитие языка и перфекционизм родителей [5; 29; 30]. Начальное убеждение о трудности речи может в дальнейшем преобразоваться в генерализованный Я-образ «слабого говорящего» [30].

С 2000-х годов теория УБ была подвергнута изменениям со стороны ее автора [28]. Это выражается в новом постулате, что есть две причины заикания, который исходит из наличия двух отдельных форм заикания — раннего и развитого заикания [27–30]. Эти изменения в модели стали неизбежной реакцией на ныне неопровержимые доказательства о значении генетического фактора в заикании [18; 28; 69; 103; 104]. Раннее заикание, как стали предполагать, сначала появляется у младших детей под воздействием генетических факторов [18; 27; 29; 69; 103; 104]. У старших же детей и у взрослых (развитое заикание) оно вызывается упреждением ожидаемого затруднения речи и последующими напряжением и фрагментацией, которые есть не что иное, как выученная реакция на генетически обусловленное заикание [28; 29]. Теория объясняет спонтанное выздоровление у детей тем, что оно возникает у тех, у кого не развиваются выученные реакции на раннее заикание [27; 29]. Автор теории объяснил специфику моментов заикания особенностями слов (например, начало слова с согласного), которые делают слова более заметными в речи, а поэтому более трудными, тем самым включая механизм упреждения затруднения [28; 30].

Несмотря на длительный период существования теории УБ, она до сих пор не получила надежных экспериментальных и клинических подтверждений [5; 30].

### **Теория сенсорно-моторного моделирования**

Создателем теории сенсорно-моторного моделирования (СММ) заикания является математик, нейроинженер и нейрофизиолог М. Нилсон [80]. Несмотря на большой возраст теории, она сохраняет свою актуальность до сих пор. Теория СММ утверждает, что людям с заиканием недостает ресурсов для процесса нейронной обработки воспринимаемой информации, которая отвечает за определение и приспособительное поддержание аудиально-моторных взаимоотношений, содействующих продуцированию речи [80; 81].

Теория выдвигает на первый план наличие органического дефекта, в общих чертах объясняющего, почему люди заикаются: недостаток нейронной обработки

информации — это необходимое, но недостаточное условие появления заикания. Подобный дефицит у таких детей компенсируется другими ресурсами, которые имеются в достаточном количестве. Но вопрос, будет ли человек в конечном итоге заикаться или нет, зависит не только от неврологической способности, но и от нагрузки, приносимой актом речи [19].

Интерес автора к кибернетическим подходам к речи определил возникновение этой теории. Автор приложила к речи математическую теорию динамических систем в качестве модели для объяснения речевой двигательной регуляции и для моделирования заикания [80]. Такой подход придает особое значение обратной связи для высокоточного производства речи. Программа исследований автора включала разнообразные задачи по визуальному и аудиальному отслеживанию у заикающихся. Было показано, что заикающиеся значительно отстают по аудиальным задачам [80; 81]. Первоначальная гипотеза была сформулирована таким образом, что у заикающихся ослаблена способность к адекватной оценке взаимоотношения между изменениями, слышимыми в тоне отклика, с одной стороны, и двигательной активностью, порождающей эти изменения тона, — с другой [80].

По мнению автора, продуцирование речи — это особый случай сенсорно-моторного выполнения, и он регулируется адаптивной обратной связью [80–82]. Согласно теории адаптивной внутренней модели, речь требует моделирования взаимоотношений между дыхательной, гортанной и надгортанной активностью и сопутствующей аудиальной обратной связью речевого сигнала, произведенного этой активностью [14; 82]. Новое исследование продемонстрировало, что эффекты аудиальной обратной связи речевого сигнала на плавность речи заикающегося переменны и зависят от времени задержки обратной связи [40].

Теория СММ, как оказалось, имеет высокую объяснительную силу в плане топографии, дебюта, переменности и спонтанного выздоровления при заикании [19; 80; 81; 114].

Некоторые считают, что теория СММ стала предшественницей модели нагрузки и производительности (НП), которая описана ниже [15]. Забегая вперед, между моделями есть принципиальное отличие: теория СММ определяет, что у заикающихся есть дефицит пропускной способности, а в модели НП это не является необходимым условием [15; 80; 81; 108].

### **Модель межполушарного вмешательства**

Модель межполушарного вмешательства (МПВ) разработана канадским психологом У. Вебстером в 1980–1990-х годах [128–132]. Она представляет собой двухфакторную нейропсихологическую модель, где основной составляющей является языковая обработка в центральной нервной системе. Факторы представлены: 1) неэффективностью добавочной двигательной области (ДДО) коры головного мозга и 2) неустойчивой системой полушарной активации [128]. Каждый фактор по отдельности недостаточен для развития заикания, но вместе они и необходимы, и достаточны.

Автор модели обнаружил, что при выздоровлении заикающиеся уже не отличаются от незаикающихся успешностью выполнения задач, вовлекающих ДДО; но при этом у них сохраняется отсутствие значимых различий с лицами со стойким заиканием по выполнению задач на стабильность полушарной активации [54]. Согласно модели, у заикающихся сохраняется нормальная латерализация по продуцированию речи: доминирует левое полушарие. При этом ДДО у них отличается слабостью и легко восприимчива к другой протекающей невральной активности. Эта неэффективность ДДО в основе имеет мышечное чувство. Слабая ДДО особенно восприимчива к избыточной активации правого полушария, возникающей из-за негативных эмоций в связи с переживанием заикания [6; 128]. У заикающихся не обнаруживают смещения левополушарной активации, однако отмечается схожесть с левшами в отношении распределения полушарной активации — она более равномерная и отличается неустойчивостью. Пропуск информационных потоков у заикающихся между полушариями тоже характеризуется отклонениями от нормы [9; 128–130].

Согласно модели, аномальные механизмы левого полушария ведут к нарушению плавности речи, последнее в свою очередь ведет к негативным эмоциональным реакциям на речь. Эти реакции побуждают правое полушарие к росту его активности и, как следствие, к его вмешательству в механизмы слабого левого полушария, что только усугубляет дальнейшее нарушение плавности речи [128].

Модель МПВ основана на ряде допущений. Во-первых, что существует биологическая основа заикания. Во-вторых, биологическая основа является неврологической по своей природе (недостатки процесса невральной первичной обработки воспринимаемой информации по отношению к речевой двигательной регуляции и психологические последствия). В-третьих, понимание невральных механизмов заикания можно получить через изучение регуляции ДДО — центральной и ключевой части системы двигательной регуляции — которая вовлечена также и в неречевые активности [128–130].

Модель МПВ имеет солидную эмпирическую базу, основанную на авторской программе исследований [53; 54; 131; 132]. Кроме того, недавнее исследование мозга показало отклонение от нормы в передаче импульса по волокнам белого вещества у заикающихся любых возрастов, ведущее к аномальному функционированию ДДО [39]. То же касается и неустойчивости левополушарной активации [128]. На основе этой модели становятся понятны подходы к лечению, объединяющие поведенческую терапию (снижение негативных эмоций) с методиками по созданию плавности речи (упрощение продуцирования речи и приведение речи в соответствие с пропускной способностью системы речевой двигательной регуляции) [6; 47; 115; 128]. За последние годы активно внедряются дистанционные методы работы с плавностью речи у взрослых и подростков [100; 133].

### **Модель нагрузки и производительности**

Модель нагрузки и производительности (НП) разработана американским логопедом В. Старкветером и опубликована им с соавторами в 1990-х годах [15; 108–110]. Она предполагает, что заикание происходит в том случае, когда нагрузка на

речь ребенка или требования к плавности речи начинают превышать пропускную способность произвести плавную речь [15; 109]. Важно отметить, что ни способности ребенка к беглой речи, ни нагрузка на речь не рассматриваются как отклонения от нормы, способные сами по себе вызвать заикание [108]. Модель предполагает участие четырех факторов развития ребенка, которые тесно связаны с плавностью речи: двигательная регуляция речи, развитие языка, социальное и эмоциональное функционирование, а также когнитивное развитие [15; 108; 120].

Нагрузка на речевую производительность может проистекать из самого ребенка, либо из его окружения. Она включает в себя давление временем, врожденное или исходящее из внешней среды давление к использованию более сложного языка, высокий уровень возбуждения и тревоги, а также требования со стороны родителей к когнитивному функционированию ребенка, превышающему его стадию развития [24; 26; 63; 86; 99; 101; 108; 112; 115].

Речевая производительность носит либо наследуемый, либо приобретенный характер и вносит вклад в развитие плавной речи [15]. Такое представление пропускной способности проистекает из исследований, показавших, что заикающиеся действительно уступают незаикающимся по такой производительности [108; 110].

Резюмируя, суть модели можно сформулировать следующим образом. Способности (двигательные, лингвистические, социо-эмоциональные, когнитивные) увеличиваются по мере роста и развития ребенка [108]. Одновременно с этим нагрузка от коммуникативной среды (двигательная, лингвистическая, социо-эмоциональная, когнитивная) тоже растет, потому что социальное окружение или сами дети ожидают более зрелого поведения. И пока производительность превосходит нагрузку, ребенок способен говорить плавно. Но когда нагрузка превышает способность, то ребенок может начать заикаться [15; 109].

Способность говорить плавно обладает изменчивостью, поскольку нагрузка все время меняется под влиянием множества описанных факторов. Производительность, в свою очередь, улучшается в процессе созревания, и ребенок может достичь той точки, когда нарушения плавности уже не составляют проблему, потому что речевые обстоятельства представляют ту нагрузку, с которой ребенок уже может справиться [109].

Авторы не предлагают свою модель как причинную, но предполагают, что это скорее ориентир для понимания заикания, а также основа для проведения лечения [108–110]. Авторы считают, что «этиологий столько, сколько случаев заикания», подразумевая отсутствие одиночной этиологии расстройства в силу уникальной комбинации факторов для каждого случая заикания, которые и формируют свой баланс нагрузки и производительности в каждом конкретном случае [108; 110].

Модель НП включают в категорию многофакторных. Ее разработали, чтобы объединить все те многочисленные факторы, которые вовлечены в заикание [15; 64]. Авторы предположили, что заикание лучше всего рассматривать как сложное расстройство, которое происходит скорее вследствие взаимодействия многочисленных факторов, чем вследствие действия одиночного фактора [110]. В дальнейшем эту модель классифицировали как сложную версию однонаправленной

линейной модели «причина–эффект» [64]. Однако модель не объясняет, почему дети заикаются, и не объясняет повторные движения и неподвижные позы речевого механизма, которые составляют заикание [64].

Авторы модели разработали программу лечения для маленьких детей, названную ими многопроцессным подходом [109; 110]. Лечение направлено на то, чтобы снизить для конкретного ребенка факторы нагрузки, которые клиницист предполагает избыточными для него, и повысить факторы производительности, которые опять же полагаются клиницистом недостаточными по отношению к имеющимся нагрузкам. В соответствии с этим постулатом лечение будет различным у всех детей.

Недавнее крупное исследование явилось аргументом в поддержку модели НП [45]. В нем проведено сравнение прямого и непрямого лечения детей младшего возраста с заиканием: по программе Lidcombe, использующей вербальную стимуляцию, зависящую от реакции, и по программе RESTART, которая основана на модели НП. В последней родителям советовали реализовывать процедуры, разработанные для снижения нагрузки на коммуникацию детей и для повышения их речевой производительности. Результаты показали, что оба подхода в лечении одинаково эффективны и превосходят по эффективности уровень естественного выздоровления от заикания [45; 46; 93].

### **Модель переменчивости**

Модель переменчивости (МП) разработана австралийским логопедом А. Пакман в 1990-х годах [91]. Модель предполагает, что заикание происходит в результате нагрузки, исходящей из задач устного языка, на нестабильную речевую двигательную систему. МП основана на допущении, что существует повреждение либо неэффективность в речевых двигательных системах людей с заиканием, что делает эти системы нестабильными и подверженными осложнениям [90; 91; 118; 134].

Нагрузка по задачам языка в этой модели — это двигательная переменчивость (непостоянство), которая требуется, чтобы выразить лингвистические особенности устного языка [91]. Чаще всего такая нагрузка возникает вследствие перемен в слоговом ударении (изменения акцента от слога к слогу). Переменное лингвистическое напряжение — это особенность нормального устного языка, и большинство людей не заикается при этом. Однако у людей с нестабильной речевой системой оно становится пусковым механизмом для заикания [90; 91].

МП родилась из попыток объяснить факт того, что у детей и взрослых со стойким заиканием растягивание речи ведет к сглаживанию переменной длительности гласных [87; 92]. Растянутая речь — это медленный, протяжный способ говорения, известный тем, что прекращает заикание. Эту методику широко используют в лечении [87; 90]. В одном исследовании авторы модели обучили субъектов использовать растянутую речь для остановки заикания, что привело к прекращению заикания на основе сглаживания перемен в длительности гласных [92]. МП появилась на основе известной связи между длительностью гласных и лингвистическим стрессом. Другими словами, снижение переменчивости длительности

гласных отражает снижение изменчивости стресса на лингвистическом уровне [91]. Если делать ударения поровну на каждый слог, заикание снижается, потому что падает двигательная нагрузка на систему речи. Вторая методика, снижающая лингвистический стресс, — это ритмическая речь. Она так же приводит к исчезновению заикания на основе сглаживания перемен в длительности гласных [36; 70; 90]. Снижение стресса на лингвистическом уровне воплощается в снижение нагрузки по задачам устного языка на двигательном уровне.

Согласно модели, дети с нарушенной речевой двигательной системой начнут заикаться, когда достигнут той стадии развития языка, где начинается использование переменного лингвистического напряжения. Можно обозначить это как срыв речевых систем у предрасположенного ребенка [90; 91]. Модель объясняет топографию заикания: например, повторы слогов отражают попытки восстановить стабильность речевой системы [90]. Автор подчеркивает, что описанная переменчивость является триггером для заикания, но на порог для такого запуска оказывают влияние эмоциональные и когнитивные факторы [90; 91].

Программа Lidcombe — эффективное направление лечения детей младшего возраста с заиканием — использует процедуры вербальной стимуляции, зависящей от реакции, и основана на МП [45; 46; 93].

### **Динамическая многофакторная модель**

Динамическая многофакторная модель (ДМФ) заикания разработана в 1990-х годах американским нейрофизиологом А. Смит [106]. Автор описывает ее как модель нелинейных, динамических взаимоотношений между факторами; заикание возникает как продукт динамически взаимодействующих факторов, а не как результат одиночного фактора.

Экзогенные факторы динамически взаимодействуют с эндогенными факторами; к последним относятся: генетические, организменные, эмоциональные, когнитивные и лингвистические [18; 64; 69; 103; 104; 106]. В свою очередь эндогенные факторы взаимодействуют друг с другом: например, эмоциональные факторы взаимодействуют с речевой двигательной системой [6; 118]. Важно подчеркнуть, что до тех пор, пока другие факторы не провзаимодействуют с генетическим фактором таким образом, что это продуцирует сбой в плавности речи, заикание не возникает [106].

Согласно ДМФ-модели, заикание возникает, когда взаимодействующие факторы воздействуют на процессы речевой двигательной системы; справедливо и обратное — когда второе воздействует на первое [106].

Факторы, которые гипотетически составляют основу патогенеза заикания, присутствуют и у людей без заикания. Автор утверждает, что значение имеет не набор, а относительный вес факторов, что определяет, попадет или нет индивид в диагностическое поле заикания [106]. Модель определяет, что заикание необязательно вызывается каким-либо патологическим состоянием, тем самым обособляясь от других теорий. Заикание может развиваться как результат взаимодействия составляющих невральных систем, которые, по сути, нормальны, и не существует единого ключевого фактора, повреждения мозга или фонологической



проблемы, которые бы порождали все феномены, связанные с заиканием [106]. На создание ДМФ-модели оказали влияние теории нелинейной динамики, хаоса и сложности [64].

В дальнейшем были проведены исследования, которые создали определенную доказательную базу в поддержку этой модели. В одном исследовании, где изучали стабильность плавной речи на базе артикуляционной кинематики, была выявлена повышенная восприимчивость заикающихся к речевому двигательному сбою при простом произнесении (практически без нагрузки) на разных скоростях [105]. В другом исследовании изучали эффект длины произнесения и синтаксической сложности (по отдельности и вместе) на речевую двигательную стабильность, измеряя пространственно-временной индекс (ПВИ) [66]. Значения ПВИ были значительно выше у заикающихся при увеличении речевой сложности. В этой связи важно отметить, что эти изменения были выявлены только в случае комбинации двух факторов (длина и синтаксическая сложность речи), что может отражать взаимодействие факторов друг с другом.

Автор модели утверждает, что так называемые единицы, или события заикания, есть не что иное, как вымысел. Заикание — не дискретный, а непрерывный процесс, даже если мы не воспринимаем в определенные моменты нарушения плавности речи. Это динамический процесс, который характеризуется постоянством — и до, и во время, и после мнимого события заикания [106]. Такая позиция не предполагает рабочего определения заикания. Стержневой механизм заикания следует искать в речевой двигательной системе. Другие же факторы служат тому, чтобы воздействовать на способность этой системы производить плавную речь [106]. Изучению динамики речевой двигательной системы посвящены недавние исследования [57; 116; 126; 135].

### **Теория скрытой починки**

Теория скрытой починки (СП) была предложена голландскими нейропсихологами и психолингвистами Х. Колком и А. Постма в 1990-х годах [95]. Они предположили, что заикание — это реакция на чрезмерное количество ошибок и дефектов в фонетическом плане говорящего, которая принимает форму скрытых (то есть до их осознания в процессе речи) попыток исправить их. Авторы рассматривают заикание как нормальную реакцию починки на патологический фонетический план [95].

При этом сами по себе ошибки фонетического планирования у заикающихся качественно не отличаются от таковых у людей с плавной речью. Кроме того, заикающиеся не имеют нарушений ни в самомониторинге, ни в способностях по выявлению таких ошибок [95]. Просто заикающиеся делают гораздо больше таких ошибок, чем незаикающиеся, и, следовательно, вынуждены тратить больше усилий и времени на их исправление.

Таким образом, повторы звуков и слогов при заикании рассматриваются как попытки починить или исправить эти ошибки. Эти повторы есть реакция на обнаружение ошибки там, где звук/слог перезапускается. Перезапуск, вероятно, снижает шансы совершить в дальнейшем ошибки кодирования. Внутри этой

концептуальной основы повторы и перезапуски рассматриваются как стратегия по починке и снижению ошибок кодирования [32; 95].

Починка, которую производит заикающийся, является по своей природе скорее фонологической, чем двигательной. И заикающиеся, вероятно, отличаются от незаикающихся по своим фонологическим навыкам. Авторы выдвинули гипотезу, что фонологическое развитие и фонологическое кодирование значительно замедлены у заикающихся [95]. Эти фонологические отклонения от нормы и есть источник большего числа ошибок в фонетическом плане заикающегося.

Теория СП основана на объяснении продуцирования языка и речи, которое дал голландский психолингвист В. Левельт [72]. Он придавал значение внутреннему мониторингу речи, последующему выявлению ошибок (в норме они появляются у всех с неизбежностью) и попытке говорящего исправить эти ошибки. В момент выявления ошибки речь прерывается, говорящий использует заполнители пауз типа «м-м-м», которые получили название условий редактирования, и после паузы начинается починка дефекта. Такая починка может быть явной либо скрытой; последнее имеет прямое отношение к заиканию.

Выполнение скрытой починки обеспечивается процессом так называемого преартикуляционного редактирования, когда ошибка планирования обнаруживается еще до продуцирования речи (до ее осознания в процессе речи) [32; 95].

Авторы представили определенную эмпирическую базу в поддержку своей теории о замедленном фонологическом кодировании. Одно исследование на время реакции заключалось в том, чтобы взрослые заикающиеся по памяти как можно быстрее воспроизвели второе слово в словесных парах. Это происходило быстрее, если второе слово имело фонологическую однородность по отношению к первому слову (например, общий первый согласный звук). В другом аналогичном исследовании использовали два перечня словесных пар у заикающихся и незаикающихся: первый — с общим первым согласным, второй — с общими первыми согласным и гласным звуками. Заикающиеся значительно лучше воспроизводили второй перечень при том, что исполнение первого вообще оказалось крайне слабым (в контрольной группе с плавной речью хорошее исполнение было в обоих перечнях) [95]. Недавнее исследование измерения рабочей памяти показало, что заикающиеся используют менее эффективные стратегии запоминания [21]. Недавно также было показано, что когнитивная гибкость значимо снижена у заикающихся детей — выявлено более медленное (но не менее точное) выполнение задач по перцептивной и семантической категоризации [17; 50].

Авторы теории также представили экспериментальные доказательства в отношении механизма починки речи и его взаимосвязи с заиканием: нарушения плавности речи выступают являются скорее попыткой человека «починить», исправить свою речь, чем речевыми ошибками [95].

Иранское исследование подтвердило теорию СП в части более высоких фонологических проблем у детей с заиканием при производстве фразы с ускорением [23]. Шотландское исследование у заикающихся подтвердило принцип теории СП, что они имеют высокое число фонологических ошибок кодирования и способы

выявлять эти ошибки при постоянной скорости речи, однако не смогло подтвердить наличие скрытых починок этих ошибок [33]. Американское же исследование не смогло подтвердить предсказание теории СП, что удвоенная задача приведет к снижению нарушений плавности речи и повышению явных речевых ошибок [49]. Новая работа этих же исследователей показала, что удвоенная задача усилила плавность речи у детей [51]. Несмотря на то, что теория СП побудила многих исследователей на проверку этих гипотез, до сих пор она не получила достаточной эмпирической поддержки [16; 32; 83].

### **Гипотеза порочного круга**

Гипотеза порочного круга (ПК) была предложена голландским психолингвистом Ф. Вийненом в 2005 году [122]. Она представляет людей с заиканием, во-первых, как болезненно чувствительных по отношению к своим речевым ошибкам, и, во-вторых, как избыточно бдительных в слежении за своей речью: они отслеживают даже незначительные ошибки и считают их отклоняющимися от нормы и нуждающимися в исправлении. Это стремление к исправлениям вносит помехи в плавность речи, что и создает ключевые симптомы заикания.

Гипотезу ПК рассматривают как модификацию и расширенную версию теории СП, и, согласно последней, заикание — это результат реакции на избыточное число ошибок в фонетическом плане говорящего [95]. Эта реакция и есть скрытая попытка исправить ошибки. И то, что стороннее лицо воспринимает как заикание, на самом деле является попыткой скорректировать речь. При этом сама по себе речь, первично поступающая на внутреннее мониторирование, не различается существенно между заикающимися и незаикающимися; но подобное различие появляется в результате избыточного слежения за своей речью у заикающегося [122].

И теория СП, и гипотеза ПК обращены к проблемам развития языка: замедленное фонологическое развитие и кодирование у заикающихся; сверхчувствительность к речевым ошибкам из-за лингвистических дефицитов в раннем детстве (например, вследствие того, что кто-то из окружения ребенка обращал его внимание на избыточное нарушение плавности речи) [73]. Тем самым формируется порочный круг: стремление устранить речевые ошибки вызывает нарушение плавности, а последнее индуцирует новые попытки исправить речь [35].

Модифицируя теорию СП, автор гипотезы ПК сохранил ключевое допущение, что нарушения плавности речи вызваны самокоррекцией, но при этом отказался от идеи, что при заикании нарушено фонологическое кодирование, заменив последнее постулатом, что чрезмерное внимание к временным или ритмическим запинкам в собственной речи и есть причина нарушенной плавности. У лиц с заиканием процесс оценки речи нарушен: они устанавливают слишком высокие критерии для приемлемых временных и ритмических колебаний и, следовательно, исправляют несуществующие ошибки [122].

Автор эмпирически доказал, что при снижении самомониторинга речи происходит снижение нарушений плавности [122]. Ряд других исследований подтвердили эти выводы [20; 43]. Однако одно из недавних исследований не получило доказательств в пользу гипотезы ПК [49].

Гипотеза ПК хорошо объясняет основные признаки заикания [73; 122]. Также гипотеза объясняет, почему возникает заикание: причина лежит в мотивах, по которым возникают сверхбдительность и сверхчувствительность при самомониторинге речи. И эти мотивы необходимо искать в плоскости психологии развития [122]. Некоторые исследователи отмечали, что сверхчувствительность должна быть отнесена к неким внешним факторам [73]. Кроме того, исследователи полагают, что гипотеза ПК также включает элементы старой диагнозогенной теории В. Джонсона (40-е годы прошлого века), являясь де-факто современным вариантом этой теории: гипотеза способна объяснить, почему заикание сопровождает человека как в детстве, так и во взрослом возрасте [122]. Теория В. Джонсона также может объяснить мотивы сверхбдительности. Кроме того, предполагают невральную и анатомическую основу для этой сверхчувствительности [20].

### **Теория стыковки планирования и исполнения**

В 2000-х годах английский психолог П. Хауэлл разработал и опубликовал свою теорию стыковки планирования и исполнения (СПИ) [61; 62; 102]. Эта теория явилась попыткой автора объяснить наблюдение, что ни языковые, ни двигательные процессы по отдельности не могут ответить на вопрос, почему дети начинают заикаться и почему заикание сохраняется у подростков [62]. Теория СПИ сосредоточивает свое внимание на двухуровневом (языковом и двигательном) планировании, поскольку они оба вносят вклад в заикание. Теория СПИ — это независимая модель производства спонтанной речи; она применима и у заикающихся, и у людей без заикания [62].

Автор рассматривает два независимых процесса: планирование (относится к лингвистическому уровню речи) и исполнение (относится к двигательному уровню речи) [62]. Как процессы они независимы друг от друга, но взаимодействуют между собой. Эти два процесса естественным образом стыкуются и тем самым продуцируют плавную речь, тогда как их неспособность соединиться порождает заикание.

Разлад в нормальном взаимодействии этих двух процессов ведет к разрушению плавности речи; речевой план поступает слишком поздно в двигательную систему для исполнения. В сущности, имеет место рассинхронизация этих двух процессов. Когда человек приводит в исполнение речь, он способен в это время планировать следующий отрезок речи; но если он говорит быстро, то завершит исполнение раньше, чем будет готов следующий отрезок, и в результате возникнет нарушение плавности [102]. Заикание появляется, когда имеется либо дефицит языковой обработки информации, либо дефицит двигательной привязки во времени [62].

Если стыковка процессов не произошла нормальным образом, у говорящего возможны два типа реакций: 1) повторения либо запинки на служебных частях речи (напр., «в», «к», «при», «и», «же» и т.п.); 2) трудности произнесения по частям знаменательных слов (напр., «с-с-тол», «х-х-хож-де-ние», «кра-с-с-но-та» и т.п.) [61]. Первый тип автор именовал нарушением плавности, тогда как второй тип — признак стойкого заикания. Согласно модели, служебные слова проще знаменательных, их легче планировать и произносить [62]. План для фонетически

сложного слова во время исполнения простого слова может быть не готов в нужный момент времени.

Синхронизация — ключевой фактор модели; время необходимо не только для выработки плана, но для его организации, чтобы затем вывести его на процесс исполнения [62]. Каждый последующий отрезок речи должен быть полностью подготовлен к моменту его исполнения — тогда речь будет плавной.

Как полагают, мозжечок и базальные ганглии играют существенную роль в процессе синхронизации [61; 62]. Подробно описаны рефлекторные дуги, вовлеченные в атипичные процессы при заикании. Сама стыковка планирования и исполнения при заикании, как полагают, вовлекает угловую извилину мозга [62].

Теория СПИ была неоднократно проверена. Исследование заикания у детей и взрослых (снижение повторов служебных слов, если они следуют за трудными словами, а не наоборот) предоставило поддержку теории [22]. Недавнее эмпирическое исследование, которое оценивало фонетическую сложность второго слова в зависимости от плавности произнесения первого, не смогло предоставить данные в пользу теории [42]. Новое исследование исполнительской (двигательной) регуляции по неречевому тесту у заикающихся тоже не выявило различий с контролем [58].

Теория СПИ хорошо объясняет топографию заикания, относя разнообразные формы заикания либо к планированию, либо к исполнению [61; 62]. Например, повторы целых слов и фраз — это форма заикание, связанная с затягиванием времени, когда заикающийся повторяет слово, столкнувшись с трудностью планирования следующего слова. Кроме того, теория удовлетворительно объясняет начало и развитие заикания, а также естественное выздоровление [61; 62]. Теория хорошо совместима с другими лингвистическими моделями, например, с теорией СП, подтверждением чему служат результаты исследования [102].

### **Теория речевой сцепки**

Теория речевой сцепки (РС) предложена индо-американским логопедом Х. Венкатагири в 2005 году [123]. В ее основе лежит интерес автора к двум новым методикам коррекции заикания — к растянутой и ритмической речи (по аналогии с моделью переменчивости, описанной выше) [36; 70; 87; 92].

По мнению автора, есть два режима сборки и исполнения речевых двигательных планов — сцепка речи и построение речи [123]. Наиболее распространенный (и более эффективный) режим — это сцепка речи. Автор взял за основу объяснение продуцирования речи, которое дал уже упомянутый выше В. Левельт: двигательные (артикуляционные) жесты для хорошо заученных слогов хранятся в ментальной слоговой азбуке (в форме записей), и в процессе производства речи они извлекаются оттуда автоматически как готовые единицы [72]. По нашему мнению, в качестве аналогии можно привести пример сцепки готовых вагонов в железнодорожный состав. Режим сцепки речи включает в себя автоматическое извлечение из азбуки уже готовых записей жестов для хорошо заученных слогов.

Режим построения речи — это производство новых слогов, которые не хранятся в ментальной слоговой азбуке. Производство новых звуковых цепочек требует построения двигательных планов (артикуляционных элементов слогов) в реальном времени, на ходу. Режим построения речи — это источник скрытой способности к беглой речи, который используется при разговоре по новым для человека речевым образцам. Режим построения речи управляется либо когнитивно, либо двигательно. Если он когнитивно управляемый, то здесь изменения в продукции речи принимаются целенаправленно. Если он двигательно управляемый, то здесь подразумевают те изменения в продукции речи, которые вызывают ее плавность (например, растянутая речь и ритмическая речь) [123].

Согласно теории РС, заикание возникает из-за задержек извлечения цельных двигательных планов по хорошо заученным слогам, которые хранятся в ментальной слоговой азбуке и извлекаются оттуда автоматически в режиме сцепки речи во время связанной речи [123]. Автор полагает, что режим сцепки речи и есть источник заикания. Это происходит не потому, что двигательные планы дефектные, а из-за трудности фактического определения расположения плана в памяти и его актуализации [123–125].

Чтобы перевести производство речи с режима сцепки на построение речи (а значит, и на плавность), необходимо перевести пациента на непривычную для него речевую модель (растянутая речь). И лечение заикания, предлагаемое автором, собственно представляет собой перевод на режим двигательно-управляемого построения речи, чтобы добиться ее плавности [120; 123–125].

### **Теория речевых двигательных навыков**

Теория речевых двигательных навыков (РДН) разработана канадским логопедом П. Ван Лишаутом совместно с индо-канадским логопедом А. Намасиваямом в 2010-х годах [121]. По мнению авторов, у лиц с заиканием отсутствует патология двигательной регуляции речи; просто они находятся в нижней части континуума речевых двигательных навыков (в нижней части нормального распределения). На первый взгляд, позиция авторов противоречит результатам многочисленных современных исследований по визуализации мозга, которые выявляют отклонения в процессах невральной первичной обработки воспринимаемой информации у лиц с заиканием. Авторы теории РДН разрешают это противоречие тем, что объясняют обнаруженные отклонения повышенными уровнями сенсорно-моторного мониторинга и внимания во время продуцирования речи, которые в свою очередь ассоциированы с низкими уровнями автоматизма вследствие низких речевых двигательных навыков. Авторы полагают, что данные неинвазивных исследований мозга у заикающихся отражают скорее компенсаторную, а не причинную активность [79; 121].

Согласно теории РДН, речевая двигательная система у заикающихся часто дестабилизируется двигательной нагрузкой, лингвистической обработкой, а также эмоциональными и когнитивными факторами [6; 118; 121]. Но эти факторы естественные, поэтому возникновение заикания не может быть вызвано воздействием только лишь этих факторов.

Ограниченная речевая двигательная регуляция — это слабое звено в цепи продуцирования речи, и оно необходимо для возникновения заикания. Заикание отражает недостаточность системы речевой двигательной регуляции в выполнении сложной двигательной активности, каким является производство речи. Заикание возникает, когда возрастает сложность речевой задачи или когда высокие требования к точности и скорости речи накладываются на эту недостаточную систему, при том, что невозможны альтернативные упрощенные стратегии регуляции речи [79; 121].

Двигательными особенностями тех, у кого есть ограничения по двигательным навыкам, являются склонность к ошибкам, высокая степень вариабельности двигательной сферы, зависимость от сенсорной обратной связи, восприимчивость к препятствиям для двигательной активности, а также низкий эффект от упражнений [79]. В ряде исследований было продемонстрировано, что упражнения у взрослых с заиканием оказали слабый эффект на речевую функцию [78; 107; 116].

### **Гипотеза переменного порога выпуска**

Гипотеза переменного порога выпуска (ППВ) разработана шотландским психолингвистом П. Броклхерстом в 2010-х годах [33–35]. Гипотеза предлагает единую причину момента заикания, а именно то, что упреждение грядущей трудности (неудачи) приводит к установке чрезвычайно высокого порога для выпуска речевого плана на двигательное исполнение [34]. Согласно гипотезе, причина такого упреждения неудачи связана наследуемыми и приобретенными факторами, либо с факторами окружения ребенка [34]. В ранних стадиях заикание может быть из-за трудности в произнесении слов; в развитых стадиях — это прежде всего трудность в исполнении речевых двигательных планов [34; 116].

Сам автор признает, что его гипотеза опирается на две теории — теорию УБ и теорию СПИ [34]. Гипотеза ППВ модифицирует теорию УБ через включение механизма, за счет которого происходят нарушения плавности речи, похожего на тот, что описан в теории СПИ (распространяющаяся активация) [34; 35]. По мнению автора, теория УБ относит напряжение и фрагментацию к упреждению сложности произнесения слова, но не проясняет различные формы, составляющие заикание. Теория СПИ предлагает, что заикание — результат того, что активация речевой единицы не достигает необходимого порога; этот порог изменчив от единицы к единице и тем самым объясняет местоположения заикания [34].

Согласно гипотезе ППВ, говорящий плавно меняет этот порог выпуска речевой единицы по потребности [34]. Для заикающихся такая мера регуляции качества не работает эффективно; поэтому их неудачи в коммуникации происходят от нарушений двигательной регуляции речи — следовательно, порог выпуска растет выше и выше, отражая представление говорящего о потребности в большей ясности и точности речи [34]. Аналогичный результат может также произойти, когда разговорная среда не способствует успешной передаче намеченного сообщения. Кроме того, некоторые люди, которые заикаются, могут просто питать нереально завышенные ожидания относительно того, насколько идеальной должна быть их речь [34].

Авторы провели исследование у взрослых заикающихся по субъективному опыту неудачи в коммуникации, результаты которого поддерживают гипотезу ППВ [35]. Кроме того, гипотеза ППВ согласуется с вычислительной моделью речи (описана ниже в обзоре) в части изменчивости порога выпуска речевого плана [34]. Автор в своих поисках опирался на работы Л.С. Выготского об устной внутренней речи, в частности, чтобы объяснить, почему дети начинают заикаться приблизительно через год после того, как они начинают использовать слова [3; 33; 43].

### **Вычислительная модель продуцирования речи**

Вычислительная модель в ее расширенной версии разработана под руководством американского когнитивного нейробиолога Ф. Гюнтера в 2010-е годы [41]. Это биологически правдоподобная нейровычислительная модель продуцирования нормальной речи, которая базируется на обширном массиве данных по исследованию мозга за 15 лет [52; 55].

Она включает в себя две гипотезы по заиканию. С одной стороны, заикание вызывается слабостью волокон белого вещества, которые ассоциированы с продуцированием речи, а именно петли базальных ганглий — премоторной вентральной коры слева. И это создает ошибки в нервной передаче, которые ведут к задержке окончания слога, предшествующего слогу с запинкой. Недавно было показано, что речевое сенсомоторное обучение нарушено и у детей, и у взрослых с заиканием [65]. С другой стороны, заикание вызывается повышенным уровнем дофамина, который также обнаружен в базальных ганглиях [41; 75]. Это ассоциировано с тем, что в случае произнесения слога с запинкой имеет место задержка вычитывания речевой двигательной программы в ментальной слоговой азбуке (по В. Левельту) как описано выше. Авторы предполагают, что оба сценария могут вызывать заикание [41; 52; 55]. На основе своей модели авторы убедительно описали топографию и локусы заикания, а также его изменчивость [41].

### **Трехфакторная модель момента заикания**

Трехфакторная модель момента заикания разработана А. Пакман совместно с соавторами в 2010-х годах как модификация предложенной ею ранее модели переменчивости (рассмотрена нами выше в этой статье), чтобы предоставить психотерапевту практическую возможность находить не причину заикания в целом, а причины моментов заикания у отдельного индивидуума [88; 89]. Три фактора модели представлены: а) лежащим в основе ослаблением процессов первичной обработки воспринимаемой информации в ЦНС, отвечающих за производство устной речи; б) пусковыми механизмами (триггерами), которыми являются особенности устной речи, накладывающие высокую нагрузку по выполнению задач говорения на ослабленный процесс обработки воспринимаемой информации в ЦНС; и в) модуляторами, которые оказывают влияние на порог, при котором запускаются моменты заикания [88; 118].

Пересмотр подходов по сравнению с моделью переменчивости обусловлен преимущественно накоплением новых данных из исследований по визуализации мозга, которые указывают на то, что заикающиеся демонстрируют структурные и функциональные изменения в областях мозга, связанных с продуцированием



языка и речи, и, наиболее вероятно, это отражает наличие проблемы в межнейронных связях [31; 38; 39; 44; 52]. У детей и взрослых с заиканием предполагается наличие дефицита миелиновых оболочек волокон белого вещества в областях, ответственных за устный язык (дефицит миелинизации в ЦНС) [31; 38; 44].

Триггеры моментов заикания включены во многие модели заикания, в частности, в модель СПИ [62]. Они являются специфическими особенностями нормального разговорного языка (переменное слоговое ударение, лингвистическая сложность и прочие), но они создают высокую нагрузку на выполнение речевой задачи, которая вызвана ослаблением невральной обработки воспринимаемой информации [66; 106].

Для того, чтобы триггеры сыграли свою роль в моменте заикания, они должны преодолеть определенный порог. Он изменчив в зависимости от внутренних переменных, таких как физиологическое возбуждение и когнитивная нагрузка, и в зависимости от окружающей среды (например, напряженность социальной ситуации) [24; 26; 63; 86; 77; 88; 99; 101; 112; 115; 118].

Исходя из этой модели, лечение будет направлено на различные факторы. Речевое лечение нацелено на второй фактор (триггеры), а когнитивно-бихевиоральная терапия обращена к третьему фактору (модуляторы). Хотя пока не разработаны подходы лечения применительно к первому фактору, тем не менее необходимо держать его в поле своего зрения при проведении комплексного лечения заикающегося [25; 47; 74; 84; 85; 88; 89; 96; 115]. В раннем лечении детей авторы модели придают большое значение вовлечению в этот процесс родителей [46; 48; 93].

### **Дальнейшие перспективы**

Они связаны с предложением применить так называемую транстеоретическую модель сначала к всестороннему лечению детей и подростков с заиканием, а в дальнейшем и к взрослому населению с заиканием [97; 98; 136]. Но эти вопросы потребуют своего глубокого осмысления и дальнейшего всестороннего изучения. Кроме того, получают развитие и социологические подходы к изучению коммуникативного взаимодействия людей с заиканием и окружающей их средой [59; 60; 68; 76].

### **Заключение**

К настоящему времени накопленный объем научного знания позволяет уверенно предполагать, что заикание имеет неврологическую основу. Многочисленными исследованиями головного мозга людей с заиканием доказано, что оно ассоциировано с нарушениями структуры и функции головного мозга. На основе этого появились модели заикания, которые связывают причину речевого расстройства с отклоняющимся от нормы процессом невральной обработки информации как необходимым условием развития заикания. Диффузионная спектральная томография для построения трехмерных моделей головного мозга помогла распознать нехватку миелиновых оболочек волокон белого вещества в областях, ответственных за устный язык, как у детей, так и взрослых с заиканием.

Однако точную природу и локусы отклонений процессов невральной обработки еще предстоит установить.

Теории заикания, основанные на когнитивной и лингвистической обработке, раскрывают те самые механизмы, которые играют важную роль в продукции ключевых симптомов заикания. И рассмотрение заикания с когнитивной и лингвистической точек зрения могло бы предоставить ценную теоретическую рамку, вокруг которой могли бы быть разработаны новые терапевтические подходы к заиканию.

Разработка многофакторных моделей нарушения плавности речи представляется критически важной. Невральные системы, которые входят во взаимодействие с нестабильной речевой двигательной системой, оказывают существенное давление на эту систему речи и препятствуют выработке ею плавной речи. Представлены доказательства, что это происходит в случае повышенной лингвистической и психосоциальной нагрузки. Учитывая достижения в разработке методологических подходов по изучению речевых поведений и их невральных коррелятов у детей и взрослых людей с заиканием, можно предположить существенный прогресс в последующие десятилетия в понимании заикания и создании новых протоколов лечения.

## Литература

1. Асатиани Н.М., Калачева И.О., Баранова М.А. Роль психотерапии в процессе комплексного лечения детей с заиканием // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981. Том 81. № 10. С. 1544–1547.
2. Белякова Л.И. Теоретические представления о механизмах нарушения центральной регуляции речевой функции при заикании // Дефектология. 2018. № 5. С. 16–23.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь. Психологические исследования. М.: Национальное образование, 2019. 368 с.
4. Глозман Ж.М., Карпова Н.Л., Чебурашкин-Антипов Д.Н. Динамика изменений личности и плавности речи в ходе логопсихотерапии заикания // Дефектология. 2018. № 5. С. 51–57.
5. Калягин В.А. Заикание: пути к пониманию // Дефектология. 2018. № 5. С. 24–33.
6. Калягин В.А. Эмоции в структуре речевого дефекта взрослых заикающихся // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2018. № 190. С. 89–99. URL: [https://lib.herzen.spb.ru/media/magazines/contents/1/190/kalyagin\\_190\\_89\\_99.pdf](https://lib.herzen.spb.ru/media/magazines/contents/1/190/kalyagin_190_89_99.pdf) (дата обращения: 22.09.2022).
7. Кисельникова Н.В., Данина М.М. Стратегическая психотерапия заикания: структура проблемы, направления и техники работы с клиентами // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 2. С. 131–141. DOI: 10.17759/cpp.2015230208

8. Левина Р.Е. О генезисе заикания у детей в связи с развитием коммуникативной функции речи // Дефектология. 2018. № 5. С. 5–9.
9. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Межполушарное взаимодействие и речевые расстройства // Дефектология. 2018. № 5. С. 58–66.
10. Серебрякова Н.В., Шашкина Г.Р. Современные технологии реабилитации дошкольников с заиканием в условиях инклюзивного образования // Проблемы современного педагогического образования. 2020. № 4. С. 171–174. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-tehnologii-reabilitatsii-doshkolnikov-s-zaikaniem-v-usloviyah-inklyuzivnogo-obrazovaniya> (дата обращения: 22.09.2022).
11. Фесенко Ю.А., Лохов М.И. Заикание: история и обзор современного состояния проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11: Медицина. 2015. Вып. 3. С. 93–107. URL: <http://vestnik.spbu.ru/html15/s11/s11v3/s11v3.html> (дата обращения: 22.09.2022).
12. Филатова Ю.О. Онтогенез и дизонтогенез плавности речи у детей // Дефектология. 2018. № 5. С. 33–42.
13. Филатова Ю.О., Аксенова А.О. Отечественные и зарубежные подходы к изучению плавности речи и ее нарушений у детей дошкольного возраста // Современное дошкольное образование. 2021. № 5. С. 62–69. DOI: 10.24412/1997-9657-2021-5107-62-69
14. Филатова Ю.О., Али Л.Ш. Изучение дыхательной функции у лиц с нарушениями речи: обзор зарубежных исследований // Наука и школа. 2021. № 5. С. 66–76. DOI: 10.31862/1819-463X-2021-5-66-76
15. Adams M.R. The demands and capacities model I: Theoretical elaborations // Journal of Fluency Disorders. 1990. Vol. 15. № 3. P. 135–141. DOI: 10.1016/0094-730X(90)90014-J
16. Anderson J. Phonological neighborhood and word frequency effects in the stuttered disfluencies of children who stutter // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2007. Vol. 50. № 1. P. 229–247. DOI: 10.1044/1092-4388(2007/018)
17. Anderson J., Wagovich S.A., Ofoe L. Cognitive flexibility for semantic and perceptual information in developmental stuttering // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2020. Vol. 63. № 11. P. 3659–3679. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00119
18. Andres E.M., Earnest K.K., Smith S.D. et al. Pedigree-based gene mapping supports previous loci and reveals novel suggestive loci in specific language impairment // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2020. Vol. 63. № 12. P. 4046–4061. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00102
19. Andrews G., Craig A., Feyer A. et al. Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982 // Journal of Speech and Hearing Disorders. 1983. Vol. 48. № 3. P. 226–245. DOI: 10.1044/jshd.4803.226
20. Arnstein D., Lakey B., Compton R.J. et al. Preverbal error-monitoring in stutters and fluent speakers // Brain and Language. 2011. Vol. 116. № 3. P. 105–115. DOI: 10.1016/j.bandl.2010.12.005

21. *Arongna, Sakai N., Yasu K. et al.* Disfluencies and strategies used by people who stutter during a working memory task // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 3. P. 688–701. DOI: 10.1044/2019\_JSLHR-19-00393
22. *Au-Yeung J., Howell P., Pilgrim L.* Phonological words and stuttering on function words // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1998. Vol. 41. № 5. P. 1019–1030. DOI: 10.1044/jslhr.4105.1019
23. *Bakhtiar M., Abad A.D., Panahi M.S.* Nonword repetition ability of children who do and do not stutter and covert repair hypothesis // *Indian Journal of Medical Sciences*. 2007. Vol. 61. № 8. P. 462–470. DOI: 10.4103/0019-5359.33711
24. *Bauerly K.R., Mefferd A.* Effects of attentional focus on speech motor control in adults who stutter and its relationship to social stress: a pilot project // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2020. Vol. 5. № 4. P. 884–894. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-20-00021
25. *Beita-Ell C., Boyle M.P.* School-based speech-language pathologists' perceived self-efficacy in conducting multidimensional treatment with children who stutter // *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2020. Vol. 51. № 4. P. 1172–1186. DOI: 10.1044/2020\_LSHSS-20-00044
26. *Bernard R., Hofslundsengen H., Norbury C.F.* Anxiety and depression symptoms in children and adolescents who stutter: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 2. P. 624–644. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00236
27. *Bloodstein O.* Early stuttering as a type of language difficulty // *Journal of Fluency Disorders*. 2002. № 2. Vol. 27. P. 163–166. DOI: 10.1016/S0094-730X(02)00111-0
28. *Bloodstein O.* Incipient and developed stuttering as two distinct disorders: Resolving a dilemma // *Journal of Fluency Disorders*. 2001. Vol. 26. № 1. P. 67–73. DOI: 10.1016/S0094-730X(00)00077-2
29. *Bloodstein O.* Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development // *Journal of Communication Disorders*. 2006. Vol. 39. № 3. P. 185–191. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2005.11.007
30. *Bloodstein O., Ratner N.B.* A handbook on stuttering. 6th ed. Clifton Park, NY: Delmar Learning, 2008. 552 p.
31. *Boley N., Patil S., Garnett E.O. et al.* Association between gray matter volume variations and energy utilization in the brain: implications for developmental stuttering // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 6S. P. 2317–2324. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00325
32. *Brocklehurst P.H.* A review of evidence for the covert repair hypothesis of stuttering // *Contemporary issues in communication science and disorders*. 2008. Vol. 35. P. 25–43. DOI: 10.1044/cicsd\_35\_S\_25
33. *Brocklehurst P.H., Corley M.* Investigating the inner speech of people who stutter: Evidence for (and against) the covert repair hypothesis // *Journal of Communication Disorders*. 2011. Vol. 44. № 2. P. 246–260. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2010.11.004

34. *Brocklehurst P.H., Lickley R.J., Corley M.* Revisiting Bloodstein's anticipatory struggle hypothesis from a psycholinguistic perspective: A variable release threshold hypothesis of stuttering // *Journal of Communication Disorders*. 2013. Vol. 46. № 3. P. 217–237. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2013.04.002
35. *Brocklehurst P.H., Lickley R.J., Corley M.* The influence of anticipation of word misrecognition on the likelihood of stuttering // *Journal of Communication Disorders*. 2012. Vol. 45. № 3. P. 147–160. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2012.03.003
36. *Brown L., Wilson L., Packman A. et al.* Conversational speech of school-age children after syllable-timed speech treatment for stuttering // *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 24. № 1. P. 42–52. DOI: 10.1080/17549507.2021.1946152
37. *Brundage S.B., Ratner N.B., Boyle M.P. et al.* Consensus guidelines for the assessments of individuals who stutter across the lifespan // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 30. № 6. P. 2379–2393. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-21-00107
38. *Chang S., Erickson K., Ambrose N. et al.* Brain anatomy differences in childhood stuttering // *Neuroimage*. 2008. Vol. 39. № 3. P. 1333–1344. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2007.09.067
39. *Chang S., Zhu D., Choo A. et al.* White matter neuroanatomical differences in young children who stutter // *Brain*. 2015. Vol. 138. Part 3. P. 694–711. DOI: 10.1093/brain/awu400
40. *Chon H., Jackson E.S., Kraft S.J. et al.* Deficit or difference? Effects of altered auditory feedback on speech fluency and kinematic variability in adults who stutter // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 7. P. 2539–2556. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00606
41. *Civier O., Bullock D., Max L. et al.* Computational modeling of stuttering caused by impairments in a basal ganglia thalamo-cortical circuit involved in syllable selection and initiation // *Brain and Language*. 2013. Vol. 126. № 3. P. 263–278. DOI: 10.1016/j.bandl.2013.05.016
42. *Coalson G.A., Byrd C.T.* Phonetic complexity of words immediately following utterance-initial productions in children who stutter // *Journal of Fluency Disorders*. 2015. Vol. 47. P. 56–69. DOI: 10.1016/j.jfludis.2015.10.002
43. *Corley M., Brocklehurst P.H., Moat H.S.* Error biases in inner and overt speech: Evidence from tongue twisters // *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 2011. Vol. 37. № 3. P. 162–175. DOI: 10.1037/a0021321
44. *Cykowski M., Fox P., Ingham R. et al.* A study of the reproducibility and etiology of diffusion anisotropy differences in developmental stuttering: a potential role for impaired myelination // *Neuroimage*. 2010. Vol. 52. № 4. P. 1495–1504. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.05.011
45. *De Sonnevile-Koedoot C., Stolk E., Rietveld T. et al.* Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: the RESTART randomized trial // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10. № 7. e0133758. DOI: 10.1371/journal.pone.0133758

46. *Donaghy M., O'Brian S., Onslow M. et al.* Verbal contingencies in the Lidcombe Program: a noninferiority trial // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 10. P. 3419–3431. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-0015547
47. *Douglass J.E., Kennedy C., Smith K.* Speech-language therapy experiences across the life span of an individual who covertly stutters: a thematic analysis // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2020. Vol. 5. № 6. P. 1441–1453. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-20-00009\_
48. *Druker K., Mazzucchelli T., Hennessey N. et al.* An evaluation of an integrated stuttering and parent-administered self-regulation program for early developmental stuttering disorders // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 9. P. 2894–2912. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00310
49. *Eichorn N., Marton K., Schwartz R.G. et al.* Does working memory enhance or interfere with speech fluency in adults who do and do not stutter? Evidence from a dual-task paradigm // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2016. Vol. 59. № 3. P. 415–429. DOI: 10.1044/2015\_JSLHR-S-15-0249
50. *Eichorn N., Pirutinsky S.* Cognitive flexibility and effortful control in school-age children with and without stuttering disorders // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 3. P. 823–838. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00440
51. *Eichorn N., Pirutinsky S.* Dual-task effects on concurrent speech production in school-age children with and without stuttering disorders // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 6. P. 2144–2159. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-21-00426
52. *Etchell A.C., Civier O., Ballard K.J. et al.* A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016 // *Journal of Fluency Disorders*. 2018. Vol. 55. P. 6–45. DOI: 10.1016/j.jfludis.2017.03.007
53. *Forster D.C., Webster W.C.* Concurrent task interference in stutterers: Dissociating hemispheric specialization and activation // *The Canadian Journal of Psychology*. 1991. Vol. 45. № 3. P. 321–335. DOI: 10.1037/h0084300
54. *Forster D.C., Webster W.C.* Speech-motor control and interhemispheric relations in recovered and persistent stuttering // *Developmental Neuropsychology*. 2001. Vol. 19. № 2. P. 125–145. DOI: 10.1207 /S15326942DN1902\_1
55. *Frankford S., Murray E., Masapallo M. et al.* The neural circuitry underlying the "rhythm effect" in stuttering // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 6S. P. 2325–2346. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00328
56. *Gahl S.* Bilingualism as a purported risk factor for stuttering: a close look at a seminal study (Travis et al., 1937) // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 11. P. 3680–3684. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00364
57. *Gerwin K.L., Weber C.* Neural indices mediating rhyme discrimination differ for some young children who stutter regardless of eventual recovery or persistence // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 4. P. 1053–1070. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00260

58. *Gkalitsiou Z., Byrd C., Griffin Z.* Executive control in adults who stutter: the antisaccade task // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 3. P. 1688–1699. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00045
59. *Herring C., Millager R.A., Yaruss J.S.* Outcomes following participation in a support-based summer camp for children who stutter // *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2022. Vol. 53. № 1. P. 17–29. DOI: 10.1044/2021\_LSHSS-21-00034
60. *Hoff S.E., Unger J.P.* Ecological intervention for stuttering in school-age children: A collaborative approach for school-based speech-language pathologists and mental health providers // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2021. Vol. 6. № 3. P. 676–690. DOI: 10.1044/2021\_PERSP-21-00003
61. *Howell P.* Assessment of some contemporary theories of stuttering that apply to spontaneous speech // *Contemporary Issues in Communicative Sciences and Disorders*. 2004. Vol. 31 (S). P. 122–139. DOI: 10.1044/cicsd\_31\_S\_123
62. *Howell P.* Behavioral effects arising from the neural substrates for atypical planning and execution of word production in stuttering // *Experimental Neurology*. 2010. Vol. 225. № 1. P. 55–59. DOI: 10.1016/j.expneurol.2010.06.012
63. *Jones M.L., Menzies R.G., Onslow M. et al.* Measures of psychological impacts of stuttering in young school-age children: a systematic review // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 6. P. 1918–1928. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00455
64. *Kelly E.M.* Modeling stuttering etiology: clarifying levels of description and measurement // *Journal of Fluency Disorders*. 2000. Vol. 25. № 4. P. 359–368. DOI: 10.1016/S0094-730X(00)00085-1
65. *Kim K.S., Daliri A., Flanagan J.R. et al.* Dissociated development of speech and limb sensorimotor learning in stuttering: Speech auditory-motor learning is impaired in both children and adults who stutter // *Neuroscience*. 2020. Vol. 451. P. 1–21. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2020.10.014
66. *Kleinow J., Smith A.* Influences of length and syntactic complexity on the speech motor stability of the fluent speech of adults who stutter // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2000. Vol. 43. № 2. P. 548–559. DOI: 10.1044/jslhr.4302.548
67. *Koenraads S.P.C., Jansen P.W., Baatenburg de Jong R.J.* Bidirectional associations of childhood stuttering with behavior and temperament // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 12. P. 4563–4579. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00252
68. *Kondrashov S.M., Tetnowski J.A.* Anticipatory completions in conversations between people who stutter and people who do not stutter // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2021. Vol. 6. № 6. P. 1470–1492. DOI: 10.1044/2021\_PERSP-21-00058
69. *Kraft S., Yairi E.* Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011 // *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2012. Vol. 64. № 1. P. 34–47. DOI: 10.1159/000331073

70. Law T., Packman A., Onslow M. et al. Rhythmic speech and stuttering reduction in a syllable-timed language // *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2018. Vol. 32. № 10. P. 932–949. DOI: 10.1080/02699206.2018.1480655
71. Lescht E., Dickey M.W., Stockbridge M.D. et al. Adults who stutter show diminished word fluency, regardless of mode // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 3. P. 906–922. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00344
72. Levelt W.J.M. The ability to speak: from intentions to spoken words // *European Review*. 1995. Vol. 3. № 1. P. 13–23. DOI: 10.1017/S1062798700001290
73. Lickley R. J., Hartsuiker R. J., Corley M. et al. Judgment of disfluency in people who stutter and people who do not stutter: Results from a magnitude estimation // *Language and Speech*. 2005. Vol. 48. № 3. P. 299–312. DOI: 10.1177/00238309050480030301
74. Lowe R., Menzies R., Onslow M. et al. Speech and anxiety management with persistent stuttering: current status and essential research // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 1. P. 59–74. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00144
75. Maguire G.A., Nguyen D.L., Simonson K.C. et al. The pharmacologic treatment of stuttering and its neuropharmacologic basis // *Frontiers in Neuroscience*. 2020. Vol. 14. Article 158. DOI: 10.3389/fnins.2020.00158
76. Mancinelli J.M. A framework for a sociological description of the communicative interaction in adults who stutter // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 30. № 4. P. 1660–1672. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-20-00279
77. Metten C., Bosshardt H., Jones M. et al. Dual tasking and stuttering: from the laboratory to the clinic // *Disability and Rehabilitation*. 2011. Vol. 33. № 11. P. 933–1044. DOI: 10.3109/09638288.2010.515701
78. Namasivayam A., Van Lieshout P. Investigating speech motor practice and learning in people who stutter // *Journal of fluency disorders*. 2008. Vol. 33. № 1. P. 32–51. DOI: 10.1016/j.jfludis.2007.11.005
79. Namasivayam A., Van Lieshout P. Speech motor skill and stuttering // *Journal of Motor Behavior*. 2011. Vol. 43. № 6. P. 477–489. DOI: 10.1080/00222895.2011.628347
80. Neilson M., Neilson P. Speech motor control and stuttering: A computational model of adaptive sensory-motor processing // *Speech Communication*. 1987. Vol. 6. № 4. P. 325–333. DOI: 10.1016/0167-6393(87)90007-0
81. Neilson P., Neilson M. An overview of adaptive model theory: Solving the problems of redundancy, resources, and nonlinear interactions in human movement control // *Journal of neural engineering*. 2005. Vol. 2. № 3. P. S279–312. DOI: 10.1088/1741-2560/2/3/S10
82. Neilson P., Neilson M., O'Dwyer N. Adaptive model theory: Application to disorders of motor control // *Advances in Psychology*. 1992. Vol. 84. P. 495–548. DOI: 10.1016/S0166-4115(08)61697-0



83. *Nippold M.* Stuttering and phonology: Is there an interaction? // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2002. Vol. 11. № 2. P. 99–110. DOI: 10.1044/1058-0360(2002/011)
84. *O'Brian S., Heard R., Onslow M. et al.* Clinical trials of adult stuttering treatment: Comparison of percentage syllables stuttered with self-reported stuttering severity as primary outcomes // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 5. P. 1387–1394. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00142
85. *O'Brian S., Jones M., Packman A. et al.* The complexity of stuttering behavior in adults and adolescents: relationship to age, severity, mental health, impact of stuttering, and behavioral treatment outcome // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 7. P. 2446–2458. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-21-00452
86. *O'Brian S., Onslow M., Jones M. et al.* Comparison of stuttering severity and anxiety during standard and challenge phone calls // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 3. P. 982–990. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00365
87. *Onslow M., van Doorn J., Newman D.* Variability of acoustic segment durations after prolonged-speech treatment for stuttering // *Journal of Speech and Hearing Research*. 1992. Vol. 35. № 3. P. 529–536. DOI: 10.1044/jshr.3503.529
88. *Packman A.* Theory and therapy in stuttering: A complex relationship // *Journal of Fluency Disorders*, 2012. Vol. 37. № 4. P. 225–233. DOI: 10.1016/j.jfludis.2012.05.004
89. *Packman A., Kuhn L.* Looking at stuttering through the lens of complexity. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2009. Vol. 11. № 1. P. 77–82. DOI: 10.1080/17549500802630039
90. *Packman A., Onslow M., Menzies R.G.* Novel speech patterns and the treatment of stuttering // *Disability and Rehabilitation*. 2000. Vol. 22. № 1–2. P. 65–79. DOI: 10.1080/096382800297132
91. *Packman A., Onslow M., Richard F. et al.* Syllabic stress and variability: A model of stuttering // *Clinical Linguistics and Phonetics*. 1996. Vol. 10. № 3. P. 235–263. DOI: 10.3109/02699209608985174
92. *Packman A., Onslow M., van Doorn J.* Prolonged-speech and modification of stuttering: Perceptual, acoustic and electroglottographic data // *Journal of Speech and Hearing Research*. 1994. Vol. 37. № 4. P. 724–737. DOI: 10.1044/jshr.3704.724
93. *Park V., Onslow M., Lowe R. et al.* Predictors of Lidcombe Program treatment dropout and outcome for early stuttering // *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2021. Vol. 56. № 1. P. 102–115. DOI: 10.1111/1460-6984.12586
94. *Park V., Onslow M., Lowe R. et al.* Psychological characteristics of early stuttering // *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 23. № 6. P. 622–631. DOI: 10.1080/17549507.2021.1912826
95. *Postma A., Kolk A.* The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies // *Journal of Speech and Hearing Research*. 1993. Vol. 36. № 3. P. 472–487. DOI: 10.1044/jshr.3603.472

96. *Rodgers N.H., Berquez A., Hollister J. et al.* Using solution-focused principles with older children who stutter and their parents to elicit perspectives of therapeutic change // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2020. № 6. Vol. 5. P. 1427–1440. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-20-00124
97. *Rodgers N.H., Gerlach H., Paiva A.L. et al.* Applying the transtheoretical model to stuttering management among adolescents: Part II. Exploratory scale validation // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 30. № 6. P. 2510–2527. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-21-00108
98. *Rodgers N.H., Gerlach-Houck H.* “Knowledge without action means nothing”: Stakeholder insights on the behaviors that constitute positive change for adults who stutter // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2022. Vol. 31. № 4. P. 1637–1652. DOI: 10.1044/2022\_AJSLP-21-00251
99. *Rodgers N.H., Lau J.Y.F., Zebrowski P.M.* Attentional bias among adolescents who stutter: evidence for a vigilance–avoidance effect // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 10. P. 3349–3363. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00090
100. *Ryer J.E., Poll G.H.* The effectiveness of hybrid telepractice and in-person fluency treatment for a school-aged child: a case study // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2020. Vol. 5. № 4. P. 1085–1097. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-19-00133
101. *Salvo H.D., Schmidt A.M.* Acoustic measures of emotion in school-age children who stutter: findings from a single subject // *Perspectives of the ASHA special interest groups*. 2020. Vol. 5. № 4. P. 895–907. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-19-00089
102. *Savage C., Howell P.* Lexical priming of function words and content words with children who do, and do not, stutter // *Journal of Communication Disorders*. 2008. Vol. 41. № 6. P. 459–484. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2008.01.004
103. *Singer C.M., Hessling A., Kelly E.M. et al.* Clinical characteristics associated with stuttering persistence: a meta-analysis // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 9. P. 2995–3018. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00096
104. *Singer C.M., Otiemo S., Chang S.-E. et al.* Predicting persistent developmental stuttering using a cumulative risk approach // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 1. P. 70–95. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00162
105. *Smith A., Kleinow J.* Kinematic correlates of speaking rate changes in stuttering and normally fluent adults // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2000. Vol. 43. № 2. P. 521–536. DOI: 10.1044/jslhr.4302.521
106. *Smith A., Weber C.* How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2017. Vol. 60. № 9. P. 2483–2505. DOI: 10.1044/2017\_JSLHR-S-16-0343
107. *Smits-Bandra S., De Nil L.* Sequence skill learning in persons who stutter: Implications for cortico-striato-thalamocortical dysfunction // *Journal of Fluency Disorders*. 2007. Vol. 32. № 4. P. 251–278. DOI: 10.1016/j.jfludis.2007.06.001

108. *Starkweather C.W.* A simple theory of stuttering // *Journal of Fluency Disorders*. 1995. Vol. 20. P. 91–116. DOI: 10.1016/0094-730X(94)00026-P
109. *Starkweather C.W., Gottwald S.R.* The demands and capacities model II: Clinical applications // *Journal of Fluency Disorders*. 1990. Vol. 15. № 3. P. 143–157. DOI: 10.1016/0094-730X(90)90015-K
110. *Starkweather C.W., Gottwald S.R.* The demands and capacities model: Response to Siegel // *Journal of Fluency Disorders*. 2000. Vol. 25. № 4. P. 369–375. DOI: 10.1016/S0094-730X(00)00086-3
111. *Tichenor S.E., Constantino C., Yaruss J.S.* A point of view about fluency // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 2. P. 645–652. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00342
112. *Tichenor S.E., Walsh B.M., Gerwin K.L. et al.* Emotional regulation and its influence on the experience of stuttering across the life span // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Vol. 65. № 3. P. 1–19. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-21-00467
113. *Tichenor S.E., Yaruss J.S.* Recovery and relapse: perspectives from adults who stutter // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 7. P. 2162–2176. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00010
114. *Tichenor S.E., Yaruss J.S.* Variability of stuttering: behavior and impact // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 30. № 1. P. 75–88. DOI: 10.1044/2020\_AJSLP-20-00112
115. *Tran Y., Blumgart E., Craig A.* Situational embarrassment and its relationship to social anxiety in adults who stutter // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 10. P. 3759–3768. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00158
116. *Treleaven S.B., Coalson G.A.* Verbal response inhibition in adults who stutter // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 9. P. 3382–3397. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00739
117. *Tumanova V., Woods C., Razza R.* The role of behavioral inhibition for conversational speech and language characteristics of preschool-age children who stutter // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2020. Vol. 29. № 2. P. 638–651. DOI: 10.1044/2019\_AJSLP-19-00026
118. *Tumanova V., Woods C., Wang Q.* Effects of physiological arousal on speech motor control and speech motor practice in preschool-age children who do and do not stutter // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 10. P. 3364–3379. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00092
119. *Unicomb R., Kefalianos E., Reilly S. et al.* Prevalence and features of comorbid stuttering and speech sound disorder at age 4 years // *Journal of Communication Disorders*. 2020. Vol. 84. Article 105976. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2020.105976
120. *Usher E.* Communicative fluency and the experience of stuttering: a viewpoint // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2022. Preprint. P. 1–8. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-22-00073

121. *Van Lieshout P., Ben-David B., Lipski M. et al.* The impact of threat and cognitive stress on speech motor control in people who stutter // *Journal of Fluency Disorders*. 2014. Vol. 40. P. 93–109. DOI: 10.1016/j.jfludis.2014.02.003
122. *Vasic N., Wijnen F.* Stuttering as a monitoring deficit // *Phonologic encoding and monitoring in normal and pathological speech / R. Hartsuiker et al. (eds.). New York: Psychology Press, 2005. P. 226–247. URL: <https://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/12114/1/26.pdf.pdf> (дата обращения: 27.09.2022).*
123. *Venkatagiri H.S.* Recent advances in the treatment of stuttering: A theoretical perspective // *Journal of Communication Disorders*. 2005. Vol. 38. № 5. P. 375–393. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2005.03.001
124. *Venkatagiri H.S.* What do people who stutter want — fluency or freedom? // *Journal of Speech Language and Hearing Research*. 2009. Vol. 52. № 2. P. 500–515. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/07-0019)
125. *Venkatagiri H.S., Nataraja N., Deepthi M.* Motor learning cannot explain stuttering adaptation // *Perceptual and Motor Skills*. 2013. Vol. 117. № 1. P. 1235–1242. DOI: 10.2466/25.23.PMS.117x16z4
126. *Walsh B., Bostian A., Tichenor S.E. et al.* Disfluency characteristics of 4- and 5-year-old children who stutter and their relationship to stuttering persistence and recovery // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020. Vol. 63. № 8. P. 2555–2566. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00395
127. *Walsh B., Christ S., Weber C.* Exploring relationships among risk factors for persistence in early childhood stuttering // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2021. Vol. 64. № 8. P. 2909–2927. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00034
128. *Webster W.G.* Brain models and the clinical management of stuttering // *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. 1998. Vol. 22. № 4. P. 220–231. URL: [https://cjslpa.ca/files/1998\\_JSLPA\\_Vol\\_22/No\\_04\\_206-285/Webster\\_JSLPA\\_1998.pdf](https://cjslpa.ca/files/1998_JSLPA_Vol_22/No_04_206-285/Webster_JSLPA_1998.pdf) (дата обращения: 22.09.2022).
129. *Webster W.G.* Neuropsychological models of stuttering – I. Representation of sequential response mechanisms // *Neuropsychologia*. 1985. Vol. 23. № 2. P. 263–267. DOI: 10.1016/0028-3932(85)90110-1
130. *Webster W.G.* Neuropsychological models of stuttering – II. Interhemispheric interference // *Neuropsychologia*. 1986. Vol. 24. № 5. P. 737–741. DOI: 10.1016/0028-3932(86)90014-X
131. *Webster W.G.* Sequence reproduction deficits in stutterers tested under nonspeed response conditions // *Journal of Fluency Disorders*. 1989. Vol. 14. P. 79–86. DOI: 10.1016/0094-730X(89)90001-6
132. *Webster W.G., Ryan C.* Task complexity and manual reaction times in people who stutter // *Journal of Speech and Hearing Research*. 1991. Vol. 34. № 4. P. 708–714. DOI: 10.1044/jshr.3404.708

133. Weidner K., Lowman J. Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review // Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. 2020. Vol. 5. № 1. P. 326–338. DOI: 10.1044/2019\_PERSP-19-00146

134. Wiltshire C.E.E., Chiew M., Chesters J. et al. Speech movement variability in people who stutter: a vocal tract magnetic resonance imaging study // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2021. Vol. 64. № 7. P. 2438–2452. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00507

135. Wray A.H., Spray G. Neural processes underlying non-word rhyme differentiate eventual stuttering persistence and recovery // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2020. Vol. 63. № 8. P. 2535–2554. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00320

136. Zebrowski P.M., Rodgers N.H., Gerlach H. et al. Applying the transtheoretical model to stuttering management among adolescents: Part I. Scale development // American Journal of Speech-Language Pathology. 2021. Vol. 30. P. 2492–2509. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-20-00186

## References

1. Asatiani N.M., Kalacheva I.O., Baranova M.A. Rol' psihoterapii v protsesse kompleksnogo lechenija detej s zaikanijem [Role of psychotherapy in the complex treatment of children who stutter]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 1981. Vol. 81, no. 10, pp. 1544–1547. (In Russ.; abstr. in Engl.)

2. Belyakova L.I. Teoreticheskiye predstavlenija o mehanizmah narushenija tsentral'noi reguljatsii rechevoi funktsii pri zaikanii [Theoretical views on mechanisms of disorder of central regulation of speech function in stuttering]. *Defektologiya = Defectology*, 2018, no. 5, pp. 16–23. (In Russ.; abstr. in Engl.)

3. Vygotskii L.S. Myshlenie i rech'. Psikhologicheskie issledovaniya. [Thinking and speaking. Psychological research]. Moscow: Natsional'noe obrazovanie, 2019. 368 p. (In Russ.)

4. Glozman J.M., Karpova N.L., Cheburashkin-Antipov D.N. Dinamika izmenenij lichnosti i plavnosti rechi v hode logopsichoterapii zaikanija [Dynamics of personality changes and verbal fluency of persons who stutter after logopsychotherapy]. *Defektologiya = Defectology*, 2018, no. 5, pp. 51–57. (In Russ.; abstr. in Engl.)

5. Kalyagin V.A. Zaikanie: puti k ponimaniju [Stuttering: the ways to understanding]. *Defektologiya = Defectology*, 2018, no. 5, pp. 24–33. (In Russ.; abstr. in Engl.)

6. Kalyagin V.A. Emotsii v structure rechevogo defekta vzroslyh zaikayushikhsya [Emotions in the context of stuttering as a speech impediment in adults]. *Izvestia Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena = Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*, 2018, no. 190, pp. 89–99. URL: [https://lib.herzen.spb.ru/media/magazines/contents/1/190/kalyagin\\_190\\_89\\_99.pdf](https://lib.herzen.spb.ru/media/magazines/contents/1/190/kalyagin_190_89_99.pdf) (Accessed: 22.09.2022). (In Russ.; abstr. in Engl.)

7. Kisel'nikova N.V., Danina M.M. Strategicheskaya psihoterapia zaikanija: struktura problemy, napravleniya i tekhniki raboty s klientami [Strategic psychotherapy of stuttering: a structure of a problem, directions and techniques of treat]. *Konsul'tativnaia psikhologiya i psihoterapiia = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2015, vol. 23, no. 2, pp. 131–141. DOI: 10.17759/cpp.2015230208 (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Levina R.E. O genezise zaikaniya u detej v svyazi s razvitiem kommunikativnoj funktsii rechi [About the genesis of stuttering in children due to development of communicative function of speech]. *Defektologiya = Defectology*, 2018, no. 5, pp. 5–9. (In Russ.; abstr. in Engl.)

9. Lokhov M.I., Fesenko Y.A. Mezhpolusharnoje vzaimodeistviye i rechevyje rasstroistva [Inter-hemispheric interaction and speech disorders]. *Defektologiya = Defectology*, 2018, no. 5, pp. 58–66. (In Russ.; abstr. in Engl.)

10. Serebryakova N.V., Shashkina G.R. Sovremennye tehnologii reabilitatsii doshol'nikov s zaikaniem v usloviyah inkluzivnogo obrasovaniya [Modern technologies of rehabilitation of pre-school children with stuttering in the setting of inclusive education]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya = Problems of Modern Pedagogic Education*, 2020, no. 4, pp. 171–174. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-tehnologii-reabilitatsii-doshkolnikov-s-zaikaniem-v-usloviyah-inklyuzivnogo-obrazovaniya> (Accessed: 22.09.2022). (In Russ.; abstr. in Engl.)

11. Fesenko Y.A., Lokhov M.I. Zaikanie: istoriya i obzor sovremennogo sostoyaniya problemy [Stuttering: history and overview of the present status of the problem]. *Vestnik Sankt-Peterbugskogo universiteta = Vestniks of Saint Petersburg University*, part 11: Medicine, 2015. I. 3, pp. 93–107. URL: <http://vestnik.spbu.ru/html15/s11/s11v3/s11v3.html> (Accessed: 22.09.2022). (In Russ.; abstr. in Engl.)

12. Filatova Y.O. Ontogenez i dizontogenez plavnosti rechi u detej [Ontogenesis and dysontogenesis of speech fluency in children]. *Defektologiya = Defectology*, 2018, no. 5, pp. 33–42. (In Russ.; abstr. in Engl.)

13. Filatova Y.O., Aksenova A.O. Otechestvennyye i zarubezhnyye podhody k izucheniyu plavnosti rechi i eyo narushenij u detej doshkol'nogo vozrasta [Study of speech fluency and fluency disorders in preschool children: domestic and foreign approaches]. *Sovremennoje doshkol'noje obrazovaniye = Preschool Education Today*, 2021, no. 5, pp. 62–69. DOI: 10.24412/1997-9657-2021-5107-62-69 (In Russ.; abstr. in Engl.)

14. Filatova Y.O., Ali L.S. Izuchenie dyhatel'noi funktsii u lits s narusheniyami rechi: obzor zarubezhnyh issledovaniy [Study of respiratory function in people with speech disorders: foreign studies]. *Nauka i Shkola = Science and School*, 2021, no. 5, pp. 66–76. DOI: 10.31862/1819-463X-2021-5-66-76 (In Russ.; abstr. in Engl.)

15. Adams M.R. The demands and capacities model I: Theoretical elaborations. *Journal of Fluency Disorders*, 1990, vol. 15, no. 3, pp. 135–141. DOI: 10.1016/0094-730X(90)90014-J

16. Anderson J. Phonological neighborhood and word frequency effects in the stuttered disfluencies of children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2007, vol. 50, no. 1, pp. 229–247. DOI: 10.1044/1092-4388(2007/018)

17. Anderson J., Wagovich S.A., Ofoe L. Cognitive flexibility for semantic and perceptual information in developmental stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 11, pp. 3659–3679. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00119
18. Andres E.M., Earnest K.K., Smith S.D. et al. Pedigree-based gene mapping supports previous loci and reveals novel suggestive loci in specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 12, pp. 4046–4061. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00102
19. Andrews G., Craig A., Feyer A. et al. Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1983, vol. 48, no. 3, pp. 226–245. DOI: 10.1044 /jshd.4803.226
20. Arnstein D., Lakey B., Compton R. J. et al. Preverbal error-monitoring in stutters and fluent speakers. *Brain and Language*, 2011, vol. 116, no. 3, pp. 105–115. DOI: 10.1016/j.bandl.2010.12.005
21. Arongna, Sakai N., Yasu K. et al. Disfluencies and strategies used by people who stutter during a working memory task. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 3, pp. 688–701. DOI: 10.1044/2019\_JSLHR-19-00393
22. Au-Yeung J., Howell P., Pilgrim L. Phonological words and stuttering on function words. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1998, vol. 41, pp. 1019–1030. DOI: 10.1044/jslhr.4105.1019
23. Bakhtiar M., Abad A.D., Panahi M.S. Nonword repetition ability of children who do and do not stutter and covert repair hypothesis. *Indian Journal of Medical Sciences*, 2007, vol. 61, no. 8, pp. 462–470. DOI: 10.4103/0019-5359.33711
24. Bauerly K.R., Mefferd A. Effects of attentional focus on speech motor control in adults who stutter and its relationship to social stress: a pilot project. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2020, vol. 5, no. 4, pp. 884–894. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-20-00021
25. Beita-Ell C., Boyle M.P. School-based speech-language pathologists' perceived self-efficacy in conducting multidimensional treatment with children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2020, vol. 51, no. 4, pp. 1172–1186. DOI: 10.1044/2020\_LSHSS-20-00044
26. Bernard R., Hofslundsengen H., Norbury C.F. Anxiety and depression symptoms in children and adolescents who stutter: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 2, pp. 624–644. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00236
27. Bloodstein O. Early stuttering as a type of language difficulty. *Journal of Fluency Disorders*, 2002, vol. 27, no. 2, pp. 163–166. DOI: 10.1016/S0094-730X(02)00111-0
28. Bloodstein O. Incipient and developed stuttering as two distinct disorders: Resolving a dilemma. *Journal of Fluency Disorders*, 2001, vol. 26, no. 1, pp. 67–73. DOI: 10.1016/S0094-730X(00)00077-2

29. Bloodstein O. Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development. *Journal of Communication Disorders*, 2006, vol. 39, no. 3, pp. 185–191. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2005.11.007
30. Bloodstein O., Ratner N.B. A handbook on stuttering. 6th ed. Clifton Park, NY: Delmar Learning, 2008. 552 p.
31. Boley N., Patil S., Garnett E.O. et al. Association between gray matter volume variations and energy utilization in the brain: implications for developmental stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 6S, pp. 2317–2324. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00325
32. Brocklehurst P.H. A review of evidence for the covert repair hypothesis of stuttering. *Contemporary issues in communication science and disorders*, 2008, vol. 35, pp. 25–43. DOI: 10.1044/cicsd\_35\_S\_25
33. Brocklehurst P.H., Corley M. Investigating the inner speech of people who stutter: Evidence for (and against) the covert repair hypothesis. *Journal of Communication Disorders*, 2011, vol. 44, no. 2, pp. 246–260. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2010.11.004
34. Brocklehurst P.H., Lickley R.J., Corley M. Revisiting Bloodstein’s anticipatory struggle hypothesis from a psycholinguistic perspective: A variable release threshold hypothesis of stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 2013, vol. 46, no. 3, pp. 217–237. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2013.04.002
35. Brocklehurst P.H., Lickley R.J., Corley M. The influence of anticipation of word misrecognition on the likelihood of stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 2012, vol. 45, no. 3, pp. 147–160. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2012.03.003
36. Brown L., Wilson L., Packman A. et al. Conversational speech of school-age children after syllable-timed speech treatment for stuttering. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 24, № 3, pp. 42–52. DOI: 10.1080/17549507.2021.1946152
37. Brundage S.B., Ratner N.B., Boyle M.P. et al. Consensus guidelines for the assessments of individuals who stutter across the lifespan. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 30, no. 6, pp. 2379–2393. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-21-00107
38. Chang S., Erickson K., Ambrose N. et al. Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*, 2008, vol. 39, no. 3, pp. 1333–1344. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2007.09.067
39. Chang S., Zhu D., Choo A. et al. White matter neuroanatomical differences in young children who stutter. *Brain*, 2015, vol. 138, part 3, pp. 694–711. DOI: 10.1093/brain/awu400
40. Chon H., Jackson E.S., Kraft S.J. et al. Deficit or difference? Effects of altered auditory feedback on speech fluency and kinematic variability in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 7, pp. 2539–2556. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00606



41. Civier O., Bullock D., Max L. et al. Computational modeling of stuttering caused by impairments in a basal ganglia thalamo-cortical circuit involved in syllable selection and initiation. *Brain and Language*, 2013, vol. 126, no.3, pp. 263–278. DOI: 10.1016/j.bandl.2013.05.016
42. Coalson G.A., Byrd C.T. Phonetic complexity of words immediately following utterance-initial productions in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 2015, vol. 47, pp. 56–69. DOI: 10.1016/j.jfludis.2015.10.002
43. Corley M., Brocklehurst P.H., Moat H.S. Error biases in inner and overt speech: Evidence from tongue twisters. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 2011, vol. 37, no.1, pp. 162–175. DOI: 10.1037/a0021321
44. Cykowski M., Fox P., Ingham R., et al. A study of the reproducibility and etiology of diffusion anisotropy differences in developmental stuttering: a potential role for impaired myelination. *Neuroimage*, 2010, vol. 52, no. 4, pp. 1495–1504. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.05.011
45. De Sonneville-Koedoot C., Stolk E., Rietveld T. et al. Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: the RESTART randomized trial. *PLoS ONE*, 2015, vol. 10, no. 7, e0133758. DOI: 10.1371/journal.pone.0133758
46. Donaghy M., O'Brian S., Onslow M. et al. Verbal contingencies in the Lidcombe Program: a noninferiority trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 10, pp. 3419–3431. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00155
47. Douglass J.E., Kennedy C., Smith K. Speech-language therapy experiences across the life span of an individual who covertly stutters: a thematic analysis. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2020, vol. 5, no. 6, pp. 1441–1453. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-20-00009\_
48. Druker K., Mazzucchelli T., Hennessey N, et al. An evaluation of an integrated stuttering and parent-administered self-regulation program for early developmental stuttering disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 9, pp. 2894–2912. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00310
49. Eichorn N., Marton K., Schwartz R.G. et al. Does working memory enhance or interfere with speech fluency in adults who do and do not stutter? Evidence from a dual-task paradigm. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2016, vol. 59, no. 3, pp. 415–429. DOI: 10.1044/2015\_JSLHR-S-15-0249
50. Eichorn N., Pirutinsky S. Cognitive flexibility and effortful control in school-age children with and without stuttering disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 3, pp. 823–838. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00440
51. Eichorn N., Pirutinsky S. Dual-task effects on concurrent speech production in school-age children with and without stuttering disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 6, pp. 2144–2159. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-21-00426
52. Etchell A.C., Civier O., Ballard K.J. et al. A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal of Fluency Disorders*, 2018, vol. 55, pp. 6–45. DOI: 10.1016/j.jfludis.2017.03.007

53. Forster D.C., Webster W.C. Concurrent task interference in stutterers: Dissociating hemispheric specialization and activation. *The Canadian Journal of Psychology*, 1991, vol. 45, no. 3, pp. 321–335. DOI: 10.1037/h0084300
54. Forster D.C., Webster W.C. Speech-motor control and interhemispheric relations in recovered and persistent stuttering. *Developmental Neuropsychology*, 2001, vol. 19, no. 2, pp. 125–145. DOI: 10.1207/S15326942DN1902\_1
55. Frankford S., Murray E., Masapollo M., et al. The neural circuitry underlying the "rhythm effect" in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 6S, pp. 2325–2346. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00328
56. Gahl S. Bilingualism as a purported risk factor for stuttering: a close look at a seminal study (Travis et al., 1937). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020. Vol. 63, no. 11, pp. 3680–3684. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00364
57. Gerwin K.L., Weber C. Neural indices mediating rhyme discrimination differ for some young children who stutter regardless of eventual recovery or persistence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 4, pp. 1053–1070. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00260
58. Gkalitsiou Z., Byrd C., Griffin Z. Executive control in adults who stutter: The antisaccade task. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 6, pp. 1688–1699. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00045
59. Herring C., Millager R.A., Yaruss J.S. Outcomes following participation in a support-based summer camp for children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2022, vol. 53, no. 1, pp. 17–29. DOI: 10.1044/2021\_LSHSS-21-00034
60. Hoff S.E., Unger J.P. Ecological intervention for stuttering in school-age children: A collaborative approach for school-based speech-language pathologists and mental health providers. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2021, vol. 6, no. 3, P. 676–690. DOI: 10.1044/2021\_PERSP-21-00003\_
61. Howell P. Assessment of some contemporary theories of stuttering that apply to spontaneous speech. *Contemporary Issues in Communicative Sciences and Disorders*, 2004, vol. 31 (S), pp. 122–139. DOI: 10.1044/cicsd\_31\_S\_123
62. Howell P. Behavioral effects arising from the neural substrates for atypical planning and execution of word production in stuttering. *Experimental Neurology*, 2010, vol. 225, no. 1, pp. 55–59. DOI: 10.1016/j.expneurol.2010.06.012
63. Jones M.L., Menzies R.G., Onslow M. et al. Measures of psychological impacts of stuttering in young school-age children: a systematic review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 6, pp. 1918–1928. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00455
64. Kelly E.M. Modeling stuttering etiology: clarifying levels of description and measurement. *Journal of Fluency Disorders*, 2000, vol. 25, pp. 359–368. DOI: 10.1016/S0094-730X(00)00085-1
65. Kim K.S., Daliri A., Flanagan J.R. et al. Dissociated development of speech and limb sensorimotor learning in stuttering: Speech auditory-motor learning is impaired in both

children and adults who stutter. *Neuroscience*, 2020, vol. 451, pp. 1–21. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2020.10.014

66. Kleinow J., Smith A. Influences of length and syntactic complexity on the speech motor stability of the fluent speech of adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2000, vol. 43, no. 2, pp. 548–559. DOI: 10.1044/jslhr.4302.548

67. Koenraads S.P.C., Jansen P.W., Baatenburg de Jong R.J. Bidirectional associations of childhood stuttering with behavior and temperament. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 12, pp. 4563–4579. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00252

68. Kondrashov S.M., Tetnowski J.A. Anticipatory completions in conversations between people who stutter and people who do not stutter. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2021, vol. 6, no. 6, pp. 1470–1440. DOI: 10.1044/2021\_PERSP-21-00058

69. Kraft S., Yairi E. Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 2012, vol. 64, pp. 34–47. DOI: 10.1159/000331073

70. Law T., Packman A., Onslow M. et al. Rhythmic speech and stuttering reduction in a syllable-timed language. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2018, vol. 32, no. 10, pp. 932–949. DOI: 10.1080/02699206.2018.1480655

71. Lescht E., Dickey M.W., Stockbridge M.D. et al. Adults who stutter show diminished word fluency, regardless of mode. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 3, pp. 906–922. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00344

72. Levelt W.J.M. The ability to speak: from intentions to spoken words. *European Review*, 1995, vol. 3, no. 1, pp. 13–23. DOI: 10.1017/S1062798700001290

73. Lickley R. J., Hartsuiker R. J., Corley M. et al. Judgment of disfluency in people who stutter and people who do not stutter: Results from a magnitude estimation. *Language and Speech*, 2005, vol. 48, pp. 299–312. DOI: 10.1177/00238309050480030301

74. Lowe R., Menzies R., Onslow M. et al. Speech and anxiety management with persistent stuttering: current status and essential research. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 1, pp. 59–74. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00144

75. Maguire G.A., Nguyen D.L., Simonson K.C. et al. The pharmacologic treatment of stuttering and its neuropharmacologic basis. *Frontiers in Neuroscience*, 2020, vol. 14, article 158. DOI: 10.3389/fnins.2020.00158

76. Mancinelli J.M. A framework for a sociological description of the communicative interaction in adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 30, no. 4, pp. 1660–1672. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-20-00279

77. Metten C., Bosshardt H., Jones M. et al. Dual tasking and stuttering: from the laboratory to the clinic. *Disability and Rehabilitation*, 2011, vol. 33, no. 11, pp. 933–1044. DOI: 10.3109/09638288.2010.515701

78. Namasivayam A., Van Lieshout P. Investigating speech motor practice and learning in people who stutter. *Journal of fluency disorders*, 2008, vol. 33, no. 1, pp. 32–51. DOI: 10.1016/j.jfludis.2007.11.005

79. Namasivayam A., Van Lieshout P. Speech motor skill and stuttering. *Journal of Motor Behavior*, 2011, vol. 43, no. 6, pp. 477–489. DOI: 10.1080/00222895.2011.628347
80. Neilson M., Neilson P. Speech motor control and stuttering: A computational model of adaptive sensory-motor processing. *Speech Communication*, 1987, vol. 6, no. 4, pp. 325–333. DOI: 10.1016/0167-6393(87)90007-0
81. Neilson P., Neilson M. An overview of adaptive model theory: Solving the problems of redundancy, resources, and nonlinear interactions in human movement control. *Journal of neural engineering*, 2005, vol. 2, no. 3, pp. S279–312. DOI: 10.1088/1741-2560/2/3/S10
82. Neilson P., Neilson M., O'Dwyer N. Adaptive model theory: Application to disorders of motor control. *Advances in Psychology*, 1992, vol. 84, pp. 495–548. DOI: 10.1016/S0166-4115(08)61697-0
83. Nippold M. Stuttering and phonology: Is there an interaction? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2002, vol. 11, no. 2, pp. 99–110. DOI: 10.1044/1058-0360(2002/011)
84. O'Brian S., Heard R., Onslow M. et al. Clinical trials of adult stuttering treatment: Comparison of percentage syllables stuttered with self-reported stuttering severity as primary outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 5, pp. 1387–1394. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00142
85. O'Brian S., Jones M., Packman A. et al. The complexity of stuttering behavior in adults and adolescents: relationship to age, severity, mental health, impact of stuttering, and behavioral treatment outcome. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 7, pp. 2446–2458. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-21-00452
86. O'Brian S., Onslow M., Jones M. et al. Comparison of stuttering severity and anxiety during standard and challenge phone calls. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 3, pp. 982–990. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00365
87. Onslow M., van Doorn J., Newman D. Variability of acoustic segment durations after prolonged-speech treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1992, vol. 35, no. 3, pp. 529–536. DOI: 10.1044/jshr.3503.529
88. Packman A. Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 2012, vol. 37, no. 4, pp. 225–233. DOI: 10.1016/j.jfludis.2012.05.004
89. Packman A., Kuhn L. Looking at stuttering through the lens of complexity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2009, vol. 11, no. 1, pp. 77–82. DOI: 10.1080/17549500802630039
90. Packman A., Onslow M., Menzies R.G. Novel speech patterns and the treatment of stuttering. *Disability and Rehabilitation*, 2000, vol. 22, no. 1–2, pp. 65–79. DOI: 10.1080/096382800297132
91. Packman A., Onslow M., Richard F. et al. Syllabic stress and variability: A model of stuttering. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 1996, vol. 10, no. 3, pp. 235–263. DOI: 10.3109/02699209608985174

92. Packman A., Onslow M., van Doorn J. Prolonged-speech and modification of stuttering: Perceptual, acoustic and electroglottographic data. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1994, vol. 37, no. 4, pp. 724–737. DOI: 10.1044/jshr.3704.724
93. Park V., Onslow M., Lowe R. et al. Predictors of Lidcombe Program treatment dropout and outcome for early stuttering. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2021, vol. 56, no. 1, pp. 102–115. DOI: 10.1111/1460-6984.12586
94. Park V., Onslow M., Lowe R. et al. Psychological characteristics of early stuttering. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 23, no. 6, pp. 622–631. DOI: 10.1080/17549507.2021.1912826
95. Postma A., Kolk A. The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1993, vol. 36, no. 3, pp. 472–487. DOI: 10.1044/jshr.3603.472
96. Rodgers N.H., Berquez A., Hollister J., et al. Using solution-focused principles with older children who stutter and their parents to elicit perspectives of therapeutic change. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2020, vol. 5, no. 6, pp. 1427–1440. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-20-00124
97. Rodgers N.H., Gerlach H., Paiva A.L. et al. Applying the transtheoretical model to stuttering management among adolescents: Part II. Exploratory scale validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 30, no. 6, pp. 2510–2527. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-21-00108
98. Rodgers N.H., Gerlach-Houck H. “Knowledge without action means nothing”: Stakeholder insights on the behaviors that constitute positive change for adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2022, vol. 31, no. 4, pp. 1637–1652. DOI: 10.1044/2022\_AJSLP-21-00251
99. Rodgers N.H., Lau J.Y.F., Zebrowski P.M. Attentional bias among adolescents who stutter: evidence for a vigilance–avoidance effect. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 10, pp. 3349–3363. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00090
100. Ryer J.E., Poll G.H. The effectiveness of hybrid telepractice and in-person fluency treatment for a school-aged child: a case study. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2020, vol. 5, no. 4, pp. 1085–1097. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-19-00133
101. Salvo H.D., Schmidt A.M. Acoustic measures of emotion in school-age children who stutter: findings from a single subject. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 2020, vol. 5, no. 4, pp. 895–907. DOI: 10.1044/2020\_PERSP-19-00089
102. Savage C., Howell P. Lexical priming of function words and content words with children who do, and do not, stutter. *Journal of Communication Disorders*, 2008, vol. 41, no. 6, pp. 459–484. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2008.01.004
103. Singer C.M., Hessling A., Kelly E.M. et al. Clinical characteristics associated with stuttering persistence: a meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 9, pp. 2995–3018. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00096

104. Singer C.M., Otieno S., Chang S.-E. et al. Predicting persistent developmental stuttering using a cumulative risk approach. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 1, pp. 70–95. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00162
105. Smith A., Kleinow J. Kinematic correlates of speaking rate changes in stuttering and normally fluent adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2000, vol. 43, no. 2, pp. 521–536. DOI: 10.1044/jslhr.4302.521
106. Smith A., Weber C. How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2017, vol. 60, no. 9, pp. 2483–2505. DOI: 10.1044/2017\_JSLHR-S-16-0343
107. Smits-Bandra S., De Nil L. Sequence skill learning in persons who stutter: Implications for cortico-striato-thalamocortical dysfunction. *Journal of Fluency Disorders*, 2007, vol. 32, no. 4, pp. 251–278. DOI: 10.1016/j.jfludis.2007.06.001
108. Starkweather C.W. A simple theory of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 1995, vol. 20, pp. 91–116. DOI: 10.1016/0094-730X(94)00026-P
109. Starkweather C.W., Gottwald S.R. The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 1990, vol. 15, no. 3, pp. 143–157. DOI: 10.1016/0094-730X(90)90015-K
110. Starkweather C.W., Gottwald S.R. The demands and capacities model: Response to Siegel. *Journal of Fluency Disorders*, 2000, vol. 25, no. 4, pp. 369–375. DOI: 10.1016/S0094-730X(00)00086-3
111. Tichenor S.E., Constantino C., Yaruss J.S. A point of view about fluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, vol. 65, no. 2, pp. 645–652. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00342
112. Tichenor S.E., Walsh B.M., Gerwin K.L. et al. Emotional regulation and its influence on the experience of stuttering across the life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022. Vol. 65, no. 3, pp. 1–19. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-21-00467
113. Tichenor S.E., Yaruss J.S. Recovery and relapse: perspectives from adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 7, pp. 2162–2176. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00010
114. Tichenor S.E., Yaruss J.S. Variability of stuttering: behavior and impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 30, no. 1, pp. 75–88. DOI: 10.1044/2020\_AJSLP-20-00112
115. Tran Y., Blumgart E., Craig A. Situational embarrassment and its relationship to social anxiety in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 10, pp. 3759–3768. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00158
116. Treleaven S.B., Coalson G.A. Verbal response inhibition in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 9, pp. 3382–3397. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00739
117. Tumanova V., Woods C., Razza R. The role of behavioral inhibition for conversational speech and language characteristics of preschool-age children who stutter.

*American Journal of Speech-Language Pathology*, 2020, vol. 29, no. 2, pp. 638–651. DOI: 10.1044/2019\_AJSLP-19-00026

118. Tumanova V., Woods C., Wang Q. Effects of physiological arousal on speech motor control and speech motor practice in preschool-age children who do and do not stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 10, pp. 3364–3379. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-20-00092

119. Unicomb R., Kefalianos E., Reilly S. et al. Prevalence and features of comorbid stuttering and speech sound disorder at age 4 years. *Journal of Communication Disorders*, 2020, vol. 84, article 105976. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2020.105976

120. Usler E. Communicative fluency and the experience of stuttering: a viewpoint. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2022, preprint, pp. 1–8. DOI: 10.1044/2022\_JSLHR-22-00073

121. Van Lieshout P., Ben-David B., Lipski M. et al. The impact of threat and cognitive stress on speech motor control in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 2014, vol. 40, pp. 93–109. DOI: 10.1016/j.jfludis.2014.02.003

122. Vasic N., Wijnen F. Stuttering as a monitoring deficit. In R. Hartsuiker R. et al. (eds.), *Phonologic encoding and monitoring in normal and pathological speech*. New York: Psychology Press, 2005, pp. 226–247. URL: <https://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/12114/1/26.pdf.pdf> (Accessed: 27.09.2022).

123. Venkatagiri H.S. Recent advances in the treatment of stuttering: A theoretical perspective. *Journal of Communication Disorders*, 2005, vol. 38, no. 5, pp. 375–393. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2005.03.001

124. Venkatagiri H.S. What do people who stutter want – fluency or freedom? *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 2009, vol. 52, no. 2, pp. 500–515. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/07-0019)

125. Venkatagiri H.S., Nataraja N., Deepthi M. Motor learning cannot explain stuttering adaptation. *Perceptual and Motor Skills*, 2013, vol. 117, no. 1, pp. 1235–1242. DOI: 10.2466/25.23.PMS.117x16z4

126. Walsh B., Bostian A., Tichenor S.E. et al. Disfluency characteristics of 4- and 5-year-old children who stutter and their relationship to stuttering persistence and recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 8, pp. 2555–2566. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00395

127. Walsh B., Christ S., Weber C. Exploring relationships among risk factors for persistence in early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 8, pp. 2909–2927. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-21-00034

128. Webster W.G. Brain models and the clinical management of stuttering. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 1998, vol. 22, no. 4, pp. 220–231. URL: [https://cjslpa.ca/files/1998\\_JSLPA\\_Vol\\_22/No\\_04\\_206-285/Webster\\_JSLPA\\_1998.pdf](https://cjslpa.ca/files/1998_JSLPA_Vol_22/No_04_206-285/Webster_JSLPA_1998.pdf) (Accessed: 22.09.2022).

129. Webster W.G. Neuropsychological models of stuttering – I. Representation of sequential response mechanisms. *Neuropsychologia*, 1985, vol. 23, no. 2, pp. 263–267. DOI: 10.1016/0028-3932(85)90110-1

130. Webster W.G. Neuropsychological models of stuttering – II. Interhemispheric interference. *Neuropsychologia*, 1986, vol. 24, no. 5, pp. 737–741. DOI: 10.1016/0028-3932(86)90014-X

131. Webster W.G. Sequence reproduction deficits in stutterers tested under nonspeed response conditions. *Journal of Fluency Disorders*, 1989, vol. 14, pp. 79–86. DOI: 10.1016/0094-730X(89)90001-6

132. Webster W.G., Ryan C. Task complexity and manual reaction times in people who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1991, vol. 34, no. 4, pp. 708–714. DOI:10.1044/jshr.3404.708

133. Weidner K., Lowman J. Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2020, vol. 5, no. 1, pp. 326–338. DOI: 10.1044/2019\_PERSP-19-00146

134. Wiltshire C.E.E., Chiew M., Chesters J. et al. Speech movement variability in people who stutter: a vocal tract magnetic resonance imaging study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2021, vol. 64, no. 7, pp. 2438–2452. DOI: 10.1044/2021\_JSLHR-20-00507

135. Wray A.H., Spray G. Neural processes underlying non-word rhyme differentiate eventual stuttering persistence and recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2020, vol. 63, no. 8, pp. 2535–2554. DOI: 10.1044/2020\_JSLHR-19-00320

136. Zebrowski P.M., Rodgers N.H., Gerlach H. et al. Applying the transtheoretical model to stuttering management among adolescents: Part I. Scale development. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2021, vol. 30, pp. 2492–2509. DOI: 10.1044/2021\_AJSLP-20-00186

## Информация об авторах

Новикова Ирина Альбертовна, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психологии, Высшая школа психологии, педагогики и физической культуры, Северный (Арктический) федеральный университет (ФГАОУ ВО САФУ), г. Архангельск; Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ), г. Архангельск, Российская Федерация; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3437-5877>, e-mail: [ianovikova@mail.ru](mailto:ianovikova@mail.ru)

Кривонкин Константин Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра терапии, Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ), г. Архангельск, Российская Федерация; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3442-1749>, e-mail: [konst.krivonkin@mail.ru](mailto:konst.krivonkin@mail.ru)

## Information about the authors

Irina A. Novikova, Doctor of Medical Science, Professor, Department of Psychology, Higher School of Psychology, Pedagogy and Physical Training, Northern (Arctic) Federal University named after M.V.



*Новикова И.А., Кривонкин К.Ю.*  
Современные теории развития заикания  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 1–43.

*Novikova I.A., Krivonkin K.Yu.*  
Contemporary Theories of Stuttering Development  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 1–43.

Lomonosov, Arkhangelsk, Russia; Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0002-3437-5877>, e-mail: [ianovikova@mail.ru](mailto:ianovikova@mail.ru)

*Konstantin Yu. Krivonkin*, PhD (Medicine), Lecturer, Department of Therapeutics, Northern State  
Medical University, Arkhangelsk, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3442-1749>, e-mail:  
[konst.krivonkin@mail.ru](mailto:konst.krivonkin@mail.ru)

*Получена: 27.01.2022*

*Received: 27.01.2022*

*Принята в печать: 21.09.2022*

*Accepted: 21.09.2022*

# Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия»

## **Рощина И.Ф.**

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2905-6791>, e-mail: [ifroshchina@mail.ru](mailto:ifroshchina@mail.ru)*

## **Калантарова М.В.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052> e-mail: [kalantarovamv@mgppu.ru](mailto:kalantarovamv@mgppu.ru)*

## **Шведовская А.А.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3154-4601>, e-mail: [anna.shvedovskaya@mgppu.ru](mailto:anna.shvedovskaya@mgppu.ru)*

## **Хромов А.И.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>, e-mail: [hromovai@mgppu.ru](mailto:hromovai@mgppu.ru)*

---

Проблема профилактики факторов, связанных с рисками снижения когнитивных функций и препятствующих активному долголетию в пожилом и старческом возрасте, приобретает все большую актуальность. По данным Организации Объединенных Наций в 2019 году в мире примерно 10% всего населения находилось в возрасте старше 65 лет, а к 2050 году этот показатель будет составлять уже 20%. В статье рассмотрен синдром мягкого когнитивного снижения как переходного состояния между нормальным физиологическим старением и деменцией. Представлены два современных подхода к вторичной и третичной профилактике нарушений познавательных функций при старении. Методы профилактики когнитивных нарушений предложено рассматривать в соответствии с уровнем организации психической деятельности, к которому они преимущественно апеллируют: с опорой на семантический уровень (тренинги) и на уровень личностных смыслов (программы стимуляции). Описан опыт профилактики когнитивного снижения у пожилых людей в рамках программы психосоциальной терапии и нейрокогнитивной реабилитации в «Клинике памяти» (Россия) и программы «Когнитивная стимулирующая терапия» (Cognitive Stimulation Therapy, Великобритания).

Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

**Ключевые слова:** поздний онтогенез, профилактика, когнитивный дефицит, мягкое когнитивное снижение, деменция, нейрокогнитивная реабилитация, когнитивная стимулирующая терапия.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ), проект «Профилактика когнитивных дефицитов у лиц пожилого и старческого возраста».

**Для цитаты:** Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 44–70. DOI: 10.17759/cpse.2022110302

---

# Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy"

**Irina F. Roshchina**

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2905-6791>, e-mail: [ifroshchina@mail.ru](mailto:ifroshchina@mail.ru)*

**Marina V. Kalantarova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>, e-mail: [kalantarovamv@mgppu.ru](mailto:kalantarovamv@mgppu.ru)*

**Anna A. Shvedovskaya**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3154-4601>, e-mail: [anna.shvedovskaya@mgppu.ru](mailto:anna.shvedovskaya@mgppu.ru)*

**Anton I. Khromov**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>, e-mail: [hromovai@mgppu.ru](mailto:hromovai@mgppu.ru)*

---

The problem of preventing factors associated with the risks of cognitive decline and hindering active longevity in old age is becoming increasingly important. According to the United Nations in 2019, about 10% of the total population in the world is over the age of 65, and by 2050 this figure will already be 20%. The syndrome of mild cognitive decline is considered as a transitional state between normal physiological aging and dementia. The two modern approaches to the prevention of cognitive impairment during aging are

presented. Methods for the prevention of cognitive impairments are proposed to be considered according to the level of organization of mental activity, to which they mainly appeal: based on the semantic level (training) and the level of personal meanings (stimulation programs). The experience of preventing cognitive decline in the elderly within the framework of the program of psychosocial therapy and neurocognitive rehabilitation at the “Memory Clinic” (Russia) and the “Cognitive Stimulation Therapy” (CST) program (Great Britain) is described.

**Keywords:** late ontogenesis, prevention, cognitive deficit, mild cognitive impairment, dementia, neurocognitive rehabilitation, cognitive stimulation therapy.

**Funding.** The reported study was funded by Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), project “Prevention of cognitive deficits in the elderly and old age”.

**For citation:** Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy". *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 44–70. DOI: 10.17759/cpse.2022110302 (In Russ., abstr. in Engl.).

---

## Введение

Современная демографическая ситуация характеризуется возрастанием числа лиц позднего возраста, что ставит перед обществом и наукой множество проблем, связанных с психологическими особенностями людей на позднем этапе жизни. В рамках этих тенденций в последнее время возрастает интерес к проблемам изменений психической деятельности при нормальном (физиологическом) и патологическом старении. По данным Организации Объединенных Наций, в 2019 году в мире насчитывалось 702,9 миллиона человек старше 65 лет (примерно 10% всего населения Земли). А к 2050 году этот показатель достигнет 1,5 миллиардов человек и будет составлять уже 20% мирового населения [51]. За последние пять лет население России в возрасте старше 55 лет увеличилось более чем на два миллиона человек. Четверть из них приходится на тех, кому нет 60 лет; «третий возраст» (60–74 года) составляет 55% (16% от всего населения). Таким образом, в России каждый четвертый житель — пенсионер, а к 2030 году лица старшего поколения будут составлять почти треть населения [17]. В связи с этим все бóльшую актуальность приобретает разработка мер и инструментов для сохранения психического, физического, социального, экономического благополучия в поздних возрастах. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) отмечают важность так называемых активного старения и активного долголетия и определяют шесть ключевых факторов активной старости: экономические, поведенческие, личностные, социальные и медицинские услуги, а также физическая среда [2]. Необходимо отметить, что термины «активное старение» и «активное долголетие» часто используются как взаимозаменяемые [8; 45]. Обобщая формулировки, можно сказать, что активное старение — это развитие и реализация потенциала физического, социального и психического благополучия пожилого

человека для его активного участия в жизни общества [1]. К биологическим и психологическим рискам, препятствующим активному старению, относятся риски снижения когнитивных функций. На сегодняшний день, согласно статистическим данным, во всем мире насчитывается около 50 миллионов людей с деменцией и ежегодно выявляется около 10 миллионов новых случаев заболевания [4]. По оценкам ВОЗ, в 2021 году деменцией в мире страдает более 55 миллионов человек в возрасте 65 лет и старше (8,1% женщин и 5,4% мужчин). Ожидается, что к 2030 году этот показатель вырастет до 78 миллионов, а к 2050 году — до 139 миллионов [5]. В России число больных с деменцией оценивается в 1,85 миллионов человек. По этому показателю Россия находится среди девяти государств с наибольшей численностью таких пациентов (по данным 2019 года) [3]. Таким образом, сохранение когнитивного благополучия в поздних возрастах и помощь пожилым пациентам с деменцией являются актуальными задачами для России и мира в целом.

Комплексный (мультидоменный) подход к профилактике когнитивных нарушений, ассоциированных с заболеваниями позднего возраста, считается наиболее перспективным [45], где обязательным компонентом (доменом) выступает когнитивная стимуляция. Также доказана самостоятельная эффективность программ когнитивной стимуляции и когнитивных тренингов на этапах вторичной и третичной профилактики нарушений познавательных процессов, снижения качества жизни и социальной активности в пожилом возрасте [37; 47].

**Цель данной работы** — представить современные клиничко-психологические подходы ко вторичной и третичной профилактике когнитивного дефицита в позднем возрасте на примере двух программ — программы нейрореабилитации «Клиники памяти» (Россия) и программы когнитивной стимуляции «Когнитивная стимулирующая терапия» (Cognitive Stimulation Therapy, Великобритания).

Выбор программ продиктован тем, что обе относятся к немедикаментозным формам профилактики когнитивного дефицита с доказанной эффективностью. Их применение курируется органами здравоохранения тех стран, где они были разработаны. «Когнитивная стимулирующая терапия» вошла в рекомендации Национального института здравоохранения и качества ухода (NICE) для людей с деменцией легкой и средней степени в Великобритании [40]. Она прошла адаптацию и применяется более чем в 30 странах мира. Программа нейрореабилитации «Клиника памяти», разработанная в России, осуществляется в рамках государственного задания и курируется Департаментом здравоохранения города Москвы. Помимо Москвы, программа реализуется в Нижегородской, Самарской, Вологодской областях и в Хабаровском крае [11].

### **Представления об особенностях когнитивных функций при старении**

Современные представления о старении основаны на понимании сложности, противоречивости и нелинейности изменений, происходящих в системах жизнедеятельности, в том числе и в психике [9] При этом можно говорить об

особенностях когнитивного функционирования и о возрастных симптомах при нормальном физиологическом старении, причиной возникновения которых являются естественные морфофункциональные изменения в центральной нервной системе. Нормальное (физиологическое) старение — этап онтогенеза, который характеризуется, с одной стороны, нарастанием возрастных симптомов снижения адаптации, а с другой — постоянным действием разноуровневых механизмов антистарения (витаукта по В.В. Фролькису), способствующих увеличению продолжительности жизни человека. Важно отметить, что нормальное старение не сопровождается психическими расстройствами [16]. При этом возрастные изменения наблюдаются во всех познавательных процессах: восприятии, внимании, оптико-пространственной деятельности, речи, памяти, мышлении. Поскольку все указанные психические функции имеют сложную структурную организацию, а на позднем этапе онтогенеза продолжают действовать общие законы психического развития (гетерохронности, гетеротопности, гетеродинамичности изменений в психике), возрастные изменения могут быть неравномерными по времени их возникновения, степени выраженности и темпу нарастания дисфункций, приводящих к снижению адаптационных возможностей.

К настоящему времени получен большой массив данных об изменениях когнитивных функций при старении. Они достаточно разрознены, иногда противоречивы и в целом приводят к заключению о диффузности возрастных изменений как в когнитивной сфере, так и в мозговых структурах. В российской нейрогеронтопсихологии решение проблемы интеграции имеющихся данных реализовано на основе нейропсихологического подхода А.Р. Лурии. В этом подходе центральное место занимает взгляд на высшие психические функции (ВПФ) как на процессы, системно связанные между собой и поэтому имеющие общие звенья (компоненты). Каждый компонент обеспечивается активностью, соответствующей ему области мозга. Ее повреждение может приводить к сочетанному расстройству разных ВПФ в едином комплексе, который представляет собой нейропсихологический синдром. Помимо синдромного анализа изменений психических функций при старении, в отечественной нейрогеронтопсихологии используется структурно-функциональная модель головного мозга А.Р. Лурии для оценки особенностей различных психических функций при нормальном физиологическом старении и при различных вариантах мнестико-интеллектуального снижения в позднем возрасте. Указанный системно-динамический, «блочный» подход позволил структурировать и описать изменения в когнитивной сфере при нормальном и патологическом старении.

### **Нейропсихологический синдром нормального (физиологического) старения**

В нейропсихологическом синдроме нормального старения на первый план выступает дефицитарность нейродинамических параметров психической деятельности, проявляющаяся в виде сужения объема психической деятельности, изменений нейродинамических параметров деятельности в сторону преобладания тормозных процессов, недостаточно эффективного запоминания вследствие повышенной тормозимости следов памяти в условиях интерферирующей задачи, общего снижения темпа деятельности и его неравномерности. Вторая составляющая

синдрома нормального старения — недостаточность фактора пространственного анализа и синтеза, проявляющаяся в задачах, требующих актуализации зрительно-пространственных представлений. Таким образом, на фоне диффузности мозговых изменений при нормальном старении наиболее дефицитными оказываются глубинные структуры мозга (I блок) и задние отделы II блока в правом полушарии (ассоциативная зона — ТРО).

Многоаспектность и индивидуальность нормального (физиологического) старения не исключают представление о его типологии. В отечественной нейрогеронтопсихологии в основу выделения вариантов нормального старения положен принцип выявления наиболее слабого и сензитивного к нагрузке в клинко-психологическом эксперименте нейропсихологического фактора, связанного с функциями первого, второго и третьего функциональных блоков мозга [9]. В основе первого варианта старения лежит слабость «энергетического» обеспечения психической активности («энергетический» вариант). Второй вариант старения связан с дефицитом симультанности в переработке различной информации («пространственный» вариант). Третий вариант старения характеризуется снижением произвольной регуляции деятельности («регуляторный» вариант). Можно говорить и о четвертом, сочетанном варианте старения, где наиболее уязвимыми являются два фактора — «энергетическое» обеспечение психической активности и ее произвольная регуляция (недостаточная спонтанность, сужение сферы интересов, эмоциональная монотонность, повышенная забывчивость) [9].

Приведенная классификация вариантов старения может быть использована при построении реабилитационных программ и проведении когнитивных тренингов. В качестве мишеней таких программ и тренингов могут выступать либо непосредственно высшая психическая функция, проявляющаяся как слабое звено, либо нейропсихологический фактор, требующий клинко-психологической поддержки, либо определенная стратегия приема и переработки информации [10].

### **Синдром мягкого когнитивного снижения**

В 1986 году Т. Крук и соавторы ввели термин «возрастные нарушения памяти» (Age-Associated Memory Impairment) для описания ухудшений памяти в пожилом возрасте при естественных изменениях функций головного мозга при отсутствии клинической деменции. В дальнейшем появилась концепция мягкого когнитивного снижения (Mild Cognitive Impairment), предложенная П. Петерсеном, Дж. Голомбом, А. Клюгером и другими применительно к лицам пожилого возраста, у которых фиксируется ухудшение когнитивных способностей, превосходящее нормальное возрастное снижение когнитивной сферы и которое не достигает выраженности таких расстройств при деменции. Синдром мягкого когнитивного снижения может иметь различный нейропсихологический профиль и отличается от деменции сохранностью повседневной активности пожилого человека, наличием критики к своим ошибкам, а также вариабельностью проявлений и течения. Термином «мягкое когнитивное снижение» определяют переходное состояние между нормальным физиологическим старением и деменцией, имеющее повышенный риск перехода в деменцию в ближайшие 3–5 лет.

Распространенность синдрома мягкого когнитивного снижения в популяции у лиц в возрасте 65 лет и старше колеблется по разным данным в диапазоне от 7% до 38%. Установлено, что от 3% до 15% случаев мягкого когнитивного снижения в течение одного года трансформируются в деменцию; за 6 лет до 80% таких лиц получают диагноз болезни Альцгеймера [15]. Показано, что именно когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения должны быть целевой группой для проведения клинико-психологических тренингов когнитивной сферы [15].

### **Подходы к профилактике когнитивного снижения в позднем возрасте**

Первичная профилактика мнестико-интеллектуального снижения в позднем возрасте в первую очередь выражается в профилактике нейродегенеративных и сосудистых заболеваний, обуславливающих прогрессирующий нейрокогнитивный дефицит. Методы профилактики этих заболеваний преимущественно сосредоточены на их ранней диагностике и выявлении предшествующих им нарушений здоровья, например, гипертонии. Это позволяет осуществлять своевременное медицинское вмешательство и минимизировать последствия. Помимо этого, большое значение придается методам профилактики факторов риска развития деменции: коррекции пищевого поведения, нормализации режима сна и бодрствования, оптимизации физических нагрузок, контролю настроения, социальной и интеллектуальной активности человека, повышению осведомленности населения о факторах риска и факторах, препятствующих возникновению деменции. На этапах вторичной и третичной профилактики, когда заболевание уже получило свое развитие и когнитивный дефицит сформировался, необходимо целенаправленное вмешательство для поддержания доступного уровня функционирования и снижения темпов прогрессирования дефекта [38].

Средства воздействия на когнитивный дефицит для профилактики мнестико-интеллектуального снижения в позднем возрасте можно разделить на фармакологические, аппаратные и психологические. Первые два — направлены на оптимизацию процессов нейропластичности (способность клеток нервной системы к функциональному изменению за счет незадействованных ранее связей). Психологические методы могут быть побуждающего (стимулирующего) воздействия или преследовать своей целью формирование компенсаторных стратегий [7]. В современном обзоре 102 исследований [37], опубликованных с начала 2009 года по апрель 2019 года, касающихся фармакологического и нефармакологического типов вмешательства при мягком когнитивном снижении, была показана высокая эффективность таких подходов, как физические упражнения, вовлечение в активную социальную жизнь и когнитивный тренинг [34; 35; 50].

Психологические подходы к профилактике когнитивного снижения (когнитивный тренинг, когнитивная стимуляция) имеют некоторые преимущества в сравнении с фармакологическим лечением: они не имеют негативных побочных эффектов, более того, предлагают участникам варианты неформальных или даже развлекательных видов деятельности, позволяют одиноким людям создавать и поддерживать социальные контакты. Показано, что опыт когнитивной и социальной



активности на протяжении большей части жизни уменьшает риск когнитивного снижения и развития деменции [32; 52]. Во-вторых, высокая познавательная активность позитивно влияет на нейропластичность [28], тем самым способствует расширению компенсаторных возможностей мозга в отношении патологических изменений, связанных со старением [38; 47; 53]. Отмечается положительное влияние когнитивных вмешательств на состояние памяти [22], внимания, психомоторного обучения [24], а также на общий уровень когнитивной активности пожилых людей с мягким когнитивным снижением [43].

Психологические методы профилактики нейрокогнитивного снижения при старении условно можно разделить на две группы в зависимости от того, на какой уровень организации психической деятельности они преимущественно опираются — семантический или личностный. Семантический уровень организации психической деятельности составляет содержание понятийной сферы и сферы образов представлений в разных модальностях. Тогда как к личностному уровню организации относится потребностно-смысловая сфера индивида, что отражается в познавательных и социальных интересах конкретного человека, в уровне его притязаний и самооценки.

К первой группе (с опорой на семантический уровень организации ВПФ) относятся методы, которые воздействуют на когнитивный дефицит целенаправленно, путем поэтапной перестройки функциональных систем или максимального усиления сохранных звеньев системы. Такой подход представлен *когнитивными тренингами* и предполагает критичное отношение пожилого человека к снижению параметров его когнитивной деятельности и сформированную мотивацию на преодоление этого дефицита, а также относительную сохранность мышления и произвольной регуляции познавательных процессов. Когнитивный тренинг может реализоваться как на уровне отдельных приемов и методов, так и в виде готовых комплексных программ. Когнитивный тренинг, как правило, направлен на усиление параметров отдельных психических функций или навыков.

В тренинговых программах существуют модели специфического (направленного на отдельную функцию) и многокомпонентного обучения. Тренинги могут проводиться в индивидуальной и групповой форме. Обычно используются стандартные наборы заданий с возрастающей степенью сложности. Одним из таких вариантов тренинга является когнитивная восстановительная терапия (Cognitive Remediation Therapy, CRT) — повторное выполнение серии стандартных заданий, направленных на тренировку специфических когнитивных функций [25; 37]. Результаты применения CRT указывают на умеренное улучшение таких когнитивных показателей, как эпизодическая, семантическая и рабочая память, речь, внимание, скорость обработки информации, зрительно-пространственные способности. Отмечается также снижение тревожности и депрессии, повышение повседневной активности и качества жизни [50]. В целом, наибольшую выраженность и устойчивость положительного эффекта демонстрируют тренинговые модели многокомпонентного обучения по сравнению с однокомпонентными учебными моделями [21].

В то же время использование тренинговых технологий без опоры на личность пожилого человека, без учета его семейной ситуации, без апелляции к содержанию его мотивов и сферы интересов не демонстрирует достаточно убедительной эффективности [26]. Современные исследователи также отмечают более низкую эффективность данного подхода в сравнении со стимуляцией когнитивной сферы [36].

Методы *стимуляции когнитивной сферы* относятся ко второй группе методов профилактики нейрокогнитивного дефицита в пожилом возрасте, которые предполагают опору на личностный (смысловой) уровень организации психической деятельности. Преодоление дефицита здесь достигается путем спонтанной актуализации ресурсов компенсаторного потенциала через вовлечение пожилых людей в различные формы активности, представляющие интерес для человека. Участие пожилых людей в групповых занятиях и дискуссиях, нацеленных на общее улучшение когнитивного и социального функционирования, чаще используется для лиц с легкой деменцией [48]. Дж.-Х. Лианг с коллегами провели метаанализ 13 контролируемых рандомизированных исследований, оценивающих эффективность различных подходов к профилактике когнитивного снижения в позднем возрасте [36]. Авторы пришли к заключению, что когнитивная стимуляция оказалась наилучшим вариантом вмешательства для таких пациентов.

Нельзя не отметить, что методы профилактики мнестико-интеллектуальных снижений в пожилом возрасте все чаще опираются на цифровые технологии, которые, возможно, позволяют одновременно эффективно воздействовать на когнитивную и мотивационную сферы пожилого человека [30; 31; 43]. Однако к настоящему моменту нет достаточно убедительных данных о более высокой эффективности использования цифровых технологий по сравнению с традиционными в профилактике когнитивных нарушений в позднем возрасте [26].

### **Программа когнитивной стимуляции «Когнитивная стимулирующая терапия»**

Наиболее популярной и широко используемой версией когнитивной стимуляции при деменции является программа «Когнитивная стимулирующая терапия» (КСТ) (Cognitive Stimulation Therapy, CST). Это групповое вмешательство, направленное на стимуляцию и реализацию когнитивных навыков в социальной среде [48]. КСТ, разработанная под руководством профессора Э. Спектор в Университетском колледже Лондона, вошла в рекомендации Национального института здравоохранения и качества ухода (NICE) Великобритании для людей с деменцией легкой и средней степени [40]. Подход прошел адаптацию и применяется в 30 странах мира. В России в 2020–2021 годах программа проходила культурную адаптацию [12; 18]. Программа КСТ оказывает наибольшее влияние на такие аспекты, как память, внимание, речь, вербальное самовыражение, общая осведомленность, а также самооценка и коммуникативные навыки [29; 49]. Программа строится на поощрении новых идей и мнений участников, групповых обсуждениях, использовании приемов сравнения прошлого и настоящего для ориентировки, на тренировке моторных навыков с помощью движений и игр,

поддержке обучения мультисенсорными стимулами, на гибкости и адаптации материала программы к возможностям каждого из участников.

В систематическом обзоре психосоциальных подходов к лечению деменции, опубликованном в рамках всемирного отчета о болезни Альцгеймера, указано, что когнитивная стимуляция обладает наиболее убедительными доказательствами когнитивных улучшений при деменции [53]. Когнитивная стимуляция при деменции определена как вовлечение отдельных лиц (обычно в группе) в ряд мероприятий и дискуссий, направленных на общее улучшение когнитивного и социального функционирования.

Подход КСТ ориентирован на личность человека и учитывает индивидуальные предпочтения и потребности участников терапии. Было установлено положительное влияние КСТ на параметры поведенческих и психологических симптомов при деменции и улучшение качества жизни тех, кто уже проходит лекарственную терапию деменции [19]. Показано, что подход КСТ экономически эффективен [33]. Получены данные о положительном влиянии КСТ на психоневрологические симптомы [41] и переживание одиночества [23], хотя влияние программы на депрессивные симптомы неоднозначно [20]; обнаружено также отсутствие какого-либо влияния на показатели тревожности [39].

Руководящие принципы КСТ в работе с деменцией основываются на понимании важности личностного подхода к пациентам в терапии деменции [44; 46]. Они заключаются в следующем:

- целенаправленное психологическое вмешательство, направленное на преодоление трудностей повседневной жизни;
- практическое обучение, включающее использование всех пяти чувств для стимулирования когнитивных процессов;
- учет эмоциональной сферы людей с деменцией при проведении КСТ, а также приоритет на улучшении их когнитивных навыков;
- использование опосредованного, а не прямого формата «обучения»: наиболее эффективным считается обобщение важной информации о себе и своем внутреннем мире;
- взаимное познание (включающее когнитивные и эмоциональные состояния), в котором люди с деменцией и те, кто о них заботится, узнают больше о способностях и уязвимости друг друга.

Эти принципы реализуются на практике путем: установки на преемственность и последовательность тем занятий; расчета оптимальности затрачиваемых усилий для выполнения заданий; использования обсуждения; поощрения новых идей и мнений; апелляции к прошлому и его сравнения с настоящим; использования заданий для выражения мнения, а не проверки фактов; физических упражнений;

поддержки обучения с помощью мультисенсорных сигналов и информационной доски; стимуляции речи; личностного подхода к каждому участнику (видеть личность и ее уникальность, а не деменцию или связанные с ней нарушения); учета возможностей всех участников (недопустимо позволять человеку чувствовать себя слабым или демонстрировать его трудности группе); поддержки планирования и систематизации приобретенных навыков и бытовых задач в целом; участия, вовлеченности и включенности каждого из участников (группа принадлежит ее участникам, не ведущим); выбора активностей в зависимости от интереса участников; обеспечения дружественной и приятной атмосферы занятий; организации условий для формирования и укрепления дружеских отношений [48].

Программа групповых занятий КСТ состоит из 14 сессий, которые проводятся дважды в неделю. Каждое занятие длится по 45 минут. Длительность программы — 7 недель. Для ведущих групп разработано подробное руководство «Изменение к лучшему» (Making a Difference). Темы занятий и стимульный материал программы основаны на реалиях повседневной жизни. Все занятия имеют единую структуру, каждая встреча начинается с разминки — упражнения, направленного на обеспечение непрерывности и преемственности происходящего на занятиях. Тематические блоки занятий (например, детство или еда) ориентированы на актуализацию прошлого опыта и сопоставления его с настоящим. Набор заданий для каждого занятия позволяет ведущему адаптировать уровень их сложности с учетом когнитивных способностей группы, интересов и гендерного состава. Содержательно задания не предполагают верного ответа, а предлагаются как темы для обсуждения. Ведущим группы не рекомендуется опираться на мотивы достижения и конкуренции пожилых участников. Встреча всегда заканчивается подведением итогов и планированием следующего занятия [48].

Помимо основной программы КСТ, также была разработана 24-сессионная еженедельная поддерживающая программа (Longer-Term Maintenance CST, MCST), которая обеспечивает улучшение качества жизни и закрепляет долгосрочные когнитивные эффекты для людей, также проходящих лекарственную терапию деменции. Несмотря на доступность программы в Великобритании и во всем мире, многие пациенты с деменцией не могут в ней участвовать, если не соответствуют критериям включения в групповую терапию. В. Оргета и коллеги определили ряд условий, когда необходима альтернатива групповой КСТ в форме индивидуального вмешательства. Во-первых, работа в группах может быть недоступна для лиц с ограниченной подвижностью или сенсорными нарушениями. Во-вторых, некоторым может не нравиться формат групповой работы. В-третьих, люди могут не располагать возможностью регулярно посещать занятия, например, из-за отдаленного места проживания или слабого здоровья [42]. Это обусловило разработку программы индивидуальной когнитивной стимулирующей терапии (iCST), предназначенной для семейного использования [27].

Л. Гиббор с соавторами в систематическом обзоре провели анализ результатов качественных исследований различных форматов КСТ (включая MCST и iCST) с точки зрения ведущих групп, участников и их близких. Ключевым вопросом систематического обзора стало определение: а) приемлемости и осуществимости

КСТ, б) ее ключевых характеристик; в) ее эффектов. Показано, что если у участников программы есть необходимость в лицах, осуществляющих уход и сопровождение, то применение iCST и соответствующее обучение сопровождающих лиц стимулируют активность участия и вовлеченность участников в программу. Ограничением применения iCST в сравнении с КСТ или MCST является ресурсоемкость индивидуального формата — высокие временные затраты на проведение, необходимость подготовки к занятиям. Другими ограничениями iCST становятся эмоциональная вовлеченность и отсутствие профессионализма в коммуникации у лиц, осуществляющих уход и сопровождение. При применении КСТ и MCST отмечается повышение настроения после занятий, ощущение безопасности и взаимной поддержки на занятиях среди участников группы. При этом iCST дает возможности для самостоятельной работы дома и способствует улучшению взаимопонимания между помогающим лицом и подопечным [27].

### **Российский опыт нейрокогнитивной реабилитации пациентов с мягким когнитивным снижением по программе «Клиника памяти»**

Принципы нейрореабилитации школы А.Р. Лурии начали разрабатываться со времен Великой Отечественной войны, когда А.Р. Лурия и другие отечественные психологи работали в тыловом нейрохирургическом госпитале в пос. Кисегач с пациентами, имеющими военные травмы головного мозга и нарушения ВПФ. Эти теоретические принципы и практические методы показали свою эффективность в нейропсихологической реабилитации и восстановлении психических функций при работе с пациентами с органическими поражениями головного мозга [33]. Указанные принципы успешно применяются и в работе с пациентами позднего возраста с разными вариантами когнитивного снижения. Перечислим эти принципы:

- первичная психологическая диагностика: прежде чем приступить к тренингу когнитивной сферы, необходимо провести комплексное нейропсихологическое обследование с синдромным анализом изменений (нарушений) психической деятельности пациента;
- опора на сохранные психические функции (сохранные формы вербальной и невербальной деятельности пациента): у пациентов с мягким когнитивным снижением остаются сохранными многие компоненты психической деятельности (гнозис, кинестетический праксис, компоненты речи, письмо, чтение, элементарный счет и др.);
- опора на предметную деятельность: занятия когнитивного тренинга должны включать собственную деятельность пациента — как вербальную, так и невербальную;
- учет личности пациента: когнитивный тренинг должен проводиться с учетом опыта жизни (анамнеза) и деятельности конкретного пациента, особенностей его личности, ценностей и мотивации;
- контроль: обеспечение своевременной коррекции допускаемых ошибок; контроль может быть самостоятельным и внешним (со стороны специалиста);

- опора на разные уровни организации психических функций: когнитивный тренинг должен включать задания на упроченные, автоматизированные и произвольные уровни реализации различных ВПФ;
- дидактический принцип «от простого к сложному» должен учитываться применительно к каждому пожилому человеку;
- комплексная (системная) тренировка когнитивной сферы: когнитивный тренинг должен был направлен на все структурные компоненты психической деятельности;
- регулярность проведения когнитивного тренинга: для достижения существенного и длительного эффекта занятия желательно проводить ежедневно или три-два раза в неделю.

В 2016 году в Москве было создано первое в России специализированное медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти». Это амбулаторный центр дневного пребывания для людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением. Цель работы «Клиники памяти» — сохранение когнитивного здоровья, профилактика деменции в позднем возрасте и улучшение качества жизни пожилых людей и членов их семей. При разработке программы нейрореабилитации в «Клинике памяти» использовались психологические принципы, разработанные в школе А.Р. Лурии. Продолжительность программы — 6 недель, занятия проходят 5 раз в неделю в групповой форме (по 7–9 человек в группе). Предлагаемые задания содержательно апеллируют к семантическому уровню организации психической деятельности, предполагают поиск верного ответа и опору на мотивы достижений и конкуренции. Комплексная программа нейрореабилитации включает когнитивную стимуляцию произвольного внимания, оптико-пространственной деятельности, праксиса, импрессивной и экспрессивной речи, мышления, запоминания новых стимулов в разных модальностях, памяти на прошлое, исполнительных функций. Программу когнитивных тренингов проводят медицинские психологи.

Динамическое нейропсихологическое исследование показало эффективность программы нейрокогнитивной реабилитации для пожилых людей с мягким когнитивным снижением, проводимом в «Клинике памяти» в период пандемии COVID-19 [14]. Программа нейрореабилитации в условиях пандемии COVID-19 (2019–2021) имела особенность — изменение стандартного режима посещения занятий. Участники групп посещали очные тренинги один раз в неделю. При этом сохранялся принцип комплексной стимуляции различных параметров когнитивной сферы участников программы. После каждого занятия участник получал методическое пособие для самостоятельного продолжения тренинга когнитивной сферы. На очных занятиях осуществлялись проверка и обсуждение результатов самостоятельной работы, а затем проводилась программа когнитивной стимуляции различных параметров психической деятельности.

Оценка когнитивной сферы проводилась с помощью методик «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-mental State Examination, MMSE) и «Монреальская

когнитивная шкала» (Montreal Cognitive Assessment, MoCA). Обследование когорты пожилых людей до и после программы нейрокогнитивной реабилитации показало значимое улучшение по общему баллу обеих методик. Результаты нейропсихологической оценки ВПФ до и после программы нейрокогнитивной реабилитации с использованием «Экспресс-методики оценки когнитивных функций» обнаружили значимое улучшение следующих параметров: кинетической организации праксиса (динамический праксис), объема запомненных зрительных стимулов, произвольной регуляции познавательных процессов, в том числе вербального мышления [13]. При этом обнаружено и значимое улучшение когнитивной сферы по общему баллу методики. Важным итогом нейрокогнитивной реабилитации стало значимое улучшение таких регуляторных параметров психической деятельности, как нейродинамика (уменьшение истощаемости и увеличение продуктивности), а также произвольной регуляции деятельности (улучшение речевой регуляции и повышение контроля за протеканием деятельности). Большинство пациентов дали высокую оценку программе когнитивной реабилитации, а многие из них выразили желание продолжать заниматься в «Клинике памяти» [13].

### Заключение

В статье представлены клиничко-психологические подходы к профилактике когнитивного снижения в позднем онтогенезе по сравнению с применением отдельных приемов и методов. Методы профилактики нейрокогнитивного дефицита, апеллирующие к семантическому и смысловому уровням организации психической деятельности, должны сочетаться в одной программе, но могут иметь в ней не одинаковый удельный вес. При вариантах старения, когда на первый план выходит снижение параметров внимания и мнестической деятельности, но остаются сохранными критичность к формирующемуся дефициту и мотив к его преодолению, высокую эффективность показывают программы целенаправленного программированного обучения новым стратегиям запоминания путем внутри- и межсистемных перестроек психических функций. Для лиц со снижением параметров произвольной регуляции познавательной деятельности и поведения предпочтение необходимо отдавать программам, которые преимущественно опираются на стимулирующие методы, способствующие спонтанной актуализации компенсаторного потенциала когнитивной сферы. Программа профилактики нарушений мнестико-интеллектуальной деятельности должна, с одной стороны, руководствоваться строгими принципами организации проведения занятий, что позволяет сохранять эффективность воздействий и обеспечивает повторяемость результата. С другой стороны, должна быть предусмотрена возможность варьировать уровень сложности материала и параметры его привлекательности с учетом выраженности когнитивного дефицита и сферы интересов участников конкретной группы.

Соответствие профилактической программы таким условиям позволяет добиваться не только высокого терапевтического результата, но и ее широкого распространения, что успешно подтверждает опыт применения программы «Клиника памяти» в Москве и программы «Когнитивная стимулирующая терапия» в 30 странах мира.

В 2021–2022 годах на базе ФГБОУ ВО МГППУ проведены перевод на русский язык и культурная адаптация руководства для специалистов, ведущих групповые занятия «Изменение к лучшему» (Making a Difference) [6]. Перспективой проведенного исследования является апробация программы «Когнитивная стимулирующая терапия» в России в различных условиях и проверка ее эффективности в части изменений когнитивных показателей и показателей качества жизни у людей позднего возраста. Результаты апробации позволят завершить пилотажное исследование возможности применения КСТ в России и предложить программу когнитивного тренинга к широкому использованию при работе с когнитивными снижениями в позднем онтогенезе.

Ограничения текущего теоретического исследования связаны с тем, что в статье представлены только два варианта когнитивного вмешательства и не рассматриваются другие подходы к профилактике когнитивного снижения в позднем возрасте.

## Литература

1. Васильева Е.В. Концепция активного долголетия в системе обеспечения экономической безопасности // Экономика, предпринимательство и право. 2021. Том 11. № 9. С. 2101–2120. DOI: 10.18334/erp.11.9.113431
2. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. 301 с. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049\\_rus.pdf?sequence=10](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10) (дата обращения: 27.09.2022).
3. Гаврилова С.И. Болезнь Альцгеймера: инновационные подходы к лечению. Пресс-конференция, ТАСС, Москва, 2019. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Realnoe-chislo-bolnyh-s-demenciej-rezko-rashoditsya-s-dannymi-Minzdrava.html?ysclid=18km697iq5165737520> (дата обращения: 27.09.2022).
4. Деменция: Информационный бюллетень. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (дата обращения: 27.09.2022).
5. Доклад о состоянии мер общественного здравоохранения по борьбе с деменцией в мире: резюме [Global status report on the public health response to dementia: executive summary]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://publichealthupdate.com/global-status-report-on-the-public-health-response-to-dementia/> (дата обращения: 27.09.2022)
6. Изменения к лучшему 1: когнитивная стимулирующая терапия (КСТ). Программа групповых занятий с доказанной эффективностью для пациентов с деменцией. Руководство для ведущих групп / Под. ред. Э. Спектор, Б. Вудс, Ш.Р. Стоунер, М. Оррелл; науч. ред. и пер. на рус. яз. И.Ф. Рощина, А.А. Шведовская, М.В. Калантарова, А.И. Хромов. 2-е изд. М: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. 66 с. (в печати).
7. Калантарова М.В., Завалий Л.Б., Борисоник Е.В. и др. Цифровые технологии в когнитивной реабилитации пациентов с очаговыми поражениями головного мозга



*Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И.* Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

*Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I.* Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

// Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 3. С. 122–141. DOI: 10.17759/cpp.2020280308

8. Концепция политики активного долголетия: научно-методологический доклад к XXI апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2020 г. / Под ред. Л.Н. Овчаровой, М.А. Морозовой, О.В. Синявской. М.: изд-во Высшей школы экономики, 2020. 40 с.

9. *Корсакова Н.К., Рощина И.Ф.* Концепция А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга и нейропсихологический синдром нормального старения // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: Сам Полиграфист, 2018. С. 203–211. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library238.pdf> (дата обращения: 27.09.2022).

10. *Корсакова Н.К., Рощина И.Ф.* Типология нормального старения и стратегии коррекции процессов памяти // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы IX международного конгресса «Нейрореабилитация — 2017», Москва, 1–2 июня 2017 г. / Под ред. Г. Е. Ивановой, Л.В. Стаховской, Ю.П. Зинченко. М., 2017. С. 102–105.

11. Психосоциальная терапия и нейрореабилитация пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти»: коллективная монография / Под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ, 2019. 332 с.

12. *Рощина И.Ф., Дерюганова О.А., Калантарова М.В. и др.* Профилактика когнитивных дефицитов в позднем возрасте: первичная адаптация программы «Cognitive Stimulation Therapy» (CST) в России // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции, Москва, 18–19 ноября 2020 г. / Под ред. А.Б. Холмогоровой, О.Д. Пуговкиной, Н.В. Зверевой и др. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2020. С. 808–810. URL: [https://psyjournals.ru/files/117513/zeigarnikovskie\\_chteniya\\_2020.pdf?ysclid=l8kgbo5pwwg471476134](https://psyjournals.ru/files/117513/zeigarnikovskie_chteniya_2020.pdf?ysclid=l8kgbo5pwwg471476134) (дата обращения: 27.09.2022).

13. *Рощина И.Ф., Осипова Н.Г., Сюняков Т.С. и др.* Оценка высших психических функций пациентов с мягким когнитивным снижением в процессе нейрокогнитивной реабилитации // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2021. С. 349–351. URL: <https://psyjournals.ru/files/124859/medpsydiag2021.pdf> (дата обращения: 27.09.2022).

14. *Рощина И.Ф., Сюняков Т.С., Осипова Н.Г. и др.* Оценка эффективности нейрокогнитивной реабилитации пациентов с мягким когнитивным снижением в условиях ограничений во время пандемии COVID-19 // Журнал Психиатрия. 2022. №4. (в печати)

Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

15. Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. Москва: МЕДпресс-информ, 2020. 440 с.
16. Старение мозга / Под ред. В.В. Фролькиса. Л.: Наука, 1991. 279 с.
17. Старость в регионах России. Оценка благополучия старшего поколения на основе открытых статистических данных, 2019 г. М., 2021. URL: <https://static.tochno.st/files/analytical/b4604fa2f20405af96fd2ee17a99172a.pdf> (дата обращения: 27.09.2022).
18. Шведовская А.А., Калантарова М.В., Хромов А. И. и др. Программа «Когнитивная стимулирующая терапия» при когнитивных дефицитах у лиц пожилого возраста: адаптация в России // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2021. С. 299–301. URL: <https://psyjournals.ru/files/124859/medpsydiag2021.pdf> (дата обращения: 27.09.2022).
19. Aguirre E., Hoare Z., Streater A. et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia — who benefits most? // International Journal of Geriatric Psychiatry. 2013. Vol. 28. № 3. P. 284–290. DOI: 10.1002/gps.3823
20. Apóstolo J.L.A., Cardoso D.F.B., Rosa A.I. et al. The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial // Journal of Nursing Scholarship. 2014. Vol. 46. № 3. P. 157–166. DOI: 10.1111/jnu.12072
21. Basak C., Qin S., O'Connell M.A. Differential effects of cognitive training modules in healthy aging and mild cognitive impairment: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials // Psychology and Aging. 2020. Vol. 35. № 2. P. 220–249. DOI: 10.1037/pag0000442
22. Belleville S., Gilbert B., Fontaine F. et al. Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2006. Vol. 22. № 5–6. P. 486–499. DOI: 10.1159/000096316
23. Capotosto E., Belacchi C., Gardini S. et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia // International Journal of Geriatric Psychiatry. 2017. Vol. 32. № 2. С. 331–340. DOI: 10.1002/gps.4521
24. Cipriani G., Bianchetti A., Trabucchi M. Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment // Archives of Gerontology and Geriatrics. 2006. Vol. 43. № 3. P. 327–335. DOI: 10.1016/j.archger.2005.12.003
25. Clare L., Woods R. T. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review // Neuropsychological Rehabilitation. 2004. Vol. 14. № 4. P. 385–401. DOI: 10.1080/09602010443000074

Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

26. Gates N.J., Vernooij R.W., Di Nisio M. et al. Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment // The Cochrane Database Systematic Reviews. 2019. Vol. 3. № 3. Article CD012279. DOI: 10.1002/14651858.CD012279.pub2
27. Gibbor L., Yates L., Volkmer A. et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research // Aging & Mental Health. 2021. Vol. 25. № 6. P. 980–990. DOI: 10.1080/13607863.2020.1746741
28. Hall C.B., Lipton R.B., Sliwinski M. et al. Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia // Neurology. 2009. Vol. 73. № 5. P. 356–361. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181b04ae3
29. Hall L., Orrell M., Stott J. et al. Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change // International Psychogeriatrics. 2013. Vol. 25. № 3. P. 479–489. DOI: 10.1017/S1041610212001822
30. Han J.W., Son K.L., Byun H.J. et al. Efficacy of the Ubiquitous Spaced Retrieval-based Memory Advancement and Rehabilitation Training (USMART) program among patients with mild cognitive impairment: a randomized controlled crossover trial // Alzheimer's Research & Therapy. 2017. Vol. 9. № 1. Article 39. DOI: 10.1186/s13195-017-0264-8
31. Herrera C., Chambon C., Michel B.F. et al. Positive effects of computer-based cognitive training in adults with mild cognitive impairment // Neuropsychologia. 2012. Vol. 50. № 8. P. 1871–1881. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.04.012
32. Hertzog C., Kramer A.F., Wilson R.S. et al. Enrichment effects on adult cognitive development: can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? // Psychological Science in the Public Interest. 2008. Vol. 9. № 1. P. 1–65. DOI: 10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x
33. Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A. et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis // The British Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 188. № 6. P. 574–580. DOI: 10.1192/bjp.bp.105.010561
34. Law C.K., Lam F.M., Chung R.C. et al. Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review // Journal of Physiotherapy. 2020. Vol. 66. № 1. P. 9–18. DOI: 10.1016/j.jphys.2019.11.014
35. Li H., Li J., Li N. et al. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis // Ageing Research Reviews. 2011. Vol. 10. № 2. P. 285–296. DOI: 10.1016/j.arr.2010.11.003
36. Liang J.H., Shen W.T., Li J.Y. et al. The optimal treatment for improving cognitive function in elder people with mild cognitive impairment incorporating Bayesian network meta-analysis and systematic review // Ageing Research Reviews. 2019. Vol. 51. P. 85–96. DOI: 10.1016/j.arr.2019.01.009

Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

37. *Lissek V., Suchan B.* Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021. Vol. 122. P. 143–164. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.12.022
38. *Livingston G., Huntley J., Sommerlad A. et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission // *Lancet*. 2020. Vol. 396. № 10248. P. 413–446. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
39. *Lobbia A., Carbone E., Faggian S. et al.* The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia // *European Psychologist*. 2018. DOI: 10.1027/1016-9040/a000342
40. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care*. Leicester (UK): British Psychological Society, 2007.
41. *Niu Y.X., Tan J.P., Guan J.Q. et al.* Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial // *Clinical Rehabilitation*. 2010. Vol. 24. № 12. P. 1102–1111. DOI: 10.1177/0269215510376004
42. *Orgeta V., Leung P., Yates L. et al.* Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial // *Health Technology Assessment*. 2015. Vol. 19. № 64. P. 1–108. DOI: 10.3310/hta19640
43. *Rozzini L., Costardi D., Chilovi B.V. et al.* Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007. Vol. 22. № 4. P. 356–360. DOI: 10.1002/gps.1681
44. *Savulich G., Piercy T., Fox C. et al.* Cognitive training using a novel memory game on an iPad in patients with amnesic mild cognitive impairment (aMCI) // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2017. Vol. 20. № 8. P. 624–633. DOI: 10.1093/ijnp/pyx040
45. *Sidorenko A., Zaidi A.* Active ageing in CIS countries: semantics, challenges, and responses // *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2013. Vol. 2013. Article 261819. DOI: 10.1155/2013/261819
46. *Smith G.E., Housen P., Yaffe K. et al.* A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) Study // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009. Vol. 57. № 4. P. 594–603. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02167.x
47. *Spector A., Orrell M., Davies S. et al.* Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2001. Vol. 11. № 3–4. P. 377–397. DOI: 10.1080/09602010143000068

48. Spector A., Thorgrimsen L., Woods B. et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial // *The British Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 183. № 3. P. 248–254. DOI: 10.1192/bjp.183.3.248
49. Stott J., Spector A. A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI) // *International Psychogeriatrics*. 2011. Vol. 23. № 4. P. 526–538. DOI: 10.1017/S1041610210001973
50. Takeuchi H., Kawashima R. Effects of processing speed training on cognitive functions and neural systems // *Reviews in the Neurosciences*. 2012. Vol. 23. № 3. P. 289–301. DOI: 10.1515/revneuro-2012-0035
51. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423)*. URL: [https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019\\_highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf) (дата обращения: 29.09.2022).
52. Verghese J., Lipton R.B., Katz M.J. et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly // *The New England Journal of Medicine*. 2003. Vol. 348. № 25. С. 2508–2516. DOI: 10.1056/NEJMoa022252
53. World Alzheimer report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention. Alzheimer's Disease International, 2011. URL: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2011.pdf> (дата обращения: 29.09.2022).

## References

1. Vasil'eva E.V. Kontseptsiya aktivnogo dolgoletiya v sisteme obespecheniya ekonomicheskoi bezopasnosti [The concept of active longevity in the system of ensuring economic security]. *Ekonomika, predprinimatel'stvo i pravo*, 2021, vol. 11, no. 9, pp. 2101–2120. DOI: 10.18334/epp.11.9.113431 (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Vsemirnyĭ доклад o starenii i zdorov'e [World report on ageing and health]. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [World Health Organization], 2015. 301 p. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049\\_rus.pdf?sequence=10](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10) (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.).
3. Gavrilova S.I. Bolezn' Al'tsgeimera: innovatsionnye podkhody k lecheniyu. Press-konferentsiya [Alzheimer's disease: innovative approaches to treatment. Press Conference], TASS, Moscow, 2019. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Realnoe-chislo-bolnyh-s-demenciej-rezko-rashoditsya-s-dannymi-Minzdrava.html?ysclid=18km697iq5165737520> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.).
4. Dementsiya: Informatsionnyi byulleten' [Dementia: News bulletin]. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [World Health Organization], 2020. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.)

5. Doklad o sostoyanii mer obshchestvennogo zdravookhraneniya po bor'be s dementsiei v mire: rezyume [Global status report on the public health response to dementia: executive summary]. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [World Health Organization], 2021. URL: <https://publichealthupdate.com/global-status-report-on-the-public-health-response-to-dementia> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.).

6. Izmeneniya k luchshemu 1: kognitivnaya stimuliruyushchaya terapiya (KST). Programma gruppykh zanyatii s dokazanoi effektivnost'yu dlya patsientov s dementsiei. Rukovodstvo dlya vedushchikh grupp [Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders] / E. Spektor, B. Vuds, Sh.R. Stouner et al. (eds.); I.F. Roshchina, A.A. Shvedovskaya, M.V. Kalantarova et al. (transl. in Russ.). 2nd ed. Moscow: MSUPE, 2022. 66 p. (in Press). (In Russ.).

7. Kalantarova M.V., Zavalii L.B., Borisonik E.V. et al. Tsifrovye tekhnologii v kognitivnoi reabilitatsii patsientov s ochagovymi porazheniyami golovnoy mozga [Digital technologies in rehabilitation of patients with focal brain injury]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 28, no. 3, pp. 122–141. DOI: 10.17759/cpp.2020280308 (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Kontseptsiya politiki aktivnogo dolgoletiya: nauchno-metodologicheskii doklad k XXI apr. mezhdunar. nauch. konf. po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva, Moskva, 2020. [The concept of active longevity policy: scientific and methodological report. XXI April international scientific conference on the problems of economic and social development, Moscow, 2020] / L.N. Ovcharova, M.A. Morozova, O.V. Sinyavskaya (eds.). Moscow: HSE, 2020. 40 p. (In Russ.).

9. Korsakova N.K., Roshchina I.F. Kontseptsiya A.R. Lurii o trekh funktsional'nykh blokakh mozga i neiropsikhologicheskii sindrom normal'nogo stareniya [The concept of A.R. Luria on the three functional blocks of the brain and the neuropsychological syndrome of normal aging]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.), *Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: kollektivnaya monografiya [Methodological and applied problems of medical (clinical) psychology: monograph]*, Moscow: Sam Poligrafist, 2018, pp. 203–211. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library238.pdf> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.).

10. Korsakova N.K., Roshchina I.F. Tipologiya normal'nogo stareniya i strategii korrektsii protsessov pamyati [Typology of normal aging and strategies for correcting memory processes]. Izbrannye voprosy neiroreabilitatsii: materialy IX mezhdunarodnogo kongressa «Neiroreabilitatsiya — 2017», Moskva, 1–2 iyunya 2017. [Selected issues of neurorehabilitation: Proceedings of the IX International Congress "Neurorehabilitation — 2017", Moscow, June 1–2, 2017] / G.E. Ivanova, L.V. Stakhovskaya, Yu.P. Zinchenko (eds.). Moscow, 2017, pp. 102–105. (In Russ.).

11. Psikhosotsial'naya terapiya i neiroreabilitatsiya patsientov pozhilogo vozrasta s kognitivnymi rasstroistvami [Psychosocial Therapy and Neurorehabilitation of Elderly Patients with Cognitive Disorders]. Strukturno-funktsional'naya model' reabilitatsionnoi programmy «Klinika pamyati»: kollektivnaya monografiya [Structural and functional

Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

model of the rehabilitation program "Clinic of Memory": monograph] / G.P. Kostyuk (ed.). Moscow: KDU, 2019. 332 p. (In Russ.).

12. Roshchina I.F., Deryuganova O.A., Kalantarova M.V. et al. Profilaktika kognitivnykh defitsitov v pozdnem vozraste: pervichnaya adaptatsiya programmy «Cognitive Stimulation Therapy» (CST) v Rossii [Prevention of cognitive deficits in later life: primary adaptation of the Cognitive Stimulation Therapy (CST) program in Russia]. In A.B. Kholmogorova, O.D. Pugovkina, N.V. Zvereva et al. (eds.), *Zeigarnikovskie chteniya. Diagnostika i psikhologicheskaya pomoshch' v sovremennoi klinicheskoi psikhologii: problema nauchnykh i eticheskikh osnovanii: Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, Moskva, 18–19 noyabrya 2020. [Proceedings of International scientific and practical conference "Zeigarnikov readings. Diagnostics and psychological assistance in modern clinical psychology: the problem of scientific and ethical foundations"]*, Moscow: MSUPE, 2020, pp. 808–810. URL: [https://psyjournals.ru/files/117513/zeigarnikovskie\\_chteniya\\_2020.pdf?ysclid=l8kgbo5pwg471476134](https://psyjournals.ru/files/117513/zeigarnikovskie_chteniya_2020.pdf?ysclid=l8kgbo5pwg471476134) (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.).

13. Roshchina I.F., Osipova N.G., Syunyakov T.S. et al. Otsenka vysshikh psikhicheskikh funktsii patsientov s myagkim kognitivnym snizheniem v protsesse neirokognitivnoi reabilitatsii [Evaluation of Higher Mental Functions in Patients with Mild Cognitive Decline in the Process of Neurocognitive Rehabilitation]. *Diagnostika v meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: traditsii i perspektivy (k 110-letiyu S.Ya. Rubinshtein)*. Nauchnoe izdanie. Sbornik materialov Tret'ei Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem 25–26 noyabrya 2021 [Collection of proceedings of the Third All-Russian scientific and practical conference with international participation "Diagnostics in medical (clinical) psychology: traditions and perspectives (to the 110th anniversary of S.Ya. Rubinshtein)", November 25–26, 2021]. / N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.), Moscow: MSURE, 2021, pp. 349–351. URL: <https://psyjournals.ru/files/124859/medpsydiag2021.pdf> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.).

14. Roshchina I.F., Syunyakov T.S., Osipova N.G. et al. Otsenka effektivnosti neirokognitivnoi reabilitatsii patsientov s myagkim kognitivnym snizheniem v usloviyakh ogranichenii vo vremya pandemii COVID-19 [Evaluation of the Effectiveness of Neurocognitive Rehabilitation of Patients with Mild Cognitive Decrease under Restricted Conditions During the COVID-19 Pandemic]. *Zhurnal Psikhatriya = Psychiatry (Moscow)*, 2022, vol. 4 (in Press). (In Russ.).

15. Rukovodstvo po geriatricheskoi psikhiiatrii [Manual of Geriatric Psychiatry] / S.I. Gavrilova (ed.). Moscow: Publ. MEDpress-inform, 2020. 440 p. (In Russ.)

16. Starenie mozga [Brain aging] / V.V. Frol'kis (ed.). Leningrad: Publ. Nauka, 1991. 279 p. (In Russ.)

17. Starost' v regionakh Rossii. Otsenka blagopoluchiya starshego pokoleniya na osnove otkrytykh statisticheskikh dannykh, 2019 g. [Old age in the regions of Russia. Assessment of the well-being of the older generation based on open statistical data, 2019]. Moscow, 2021. URL: <https://static.tochno.st/files/analytical/b4604fa2f20405af96fd2ee17a99172a.pdf> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.)

18. Shvedovskaya A.A., Kalantarova M.V., Khromov A.I. et al. Programma «Kognitivnaya stimuliruyushchaya terapiya» pri kognitivnykh defitsitakh u lits pozhilogo vozrasta:

adaptatsiya v Rossii [The Cognitive Stimulating Therapy Program for Cognitive Deficits in the Elderly: Adaptation in Russia]. *Diagnostika v meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: traditsii i perspektivy* (k 110-letiyu S.Ya. Rubinshtein). Nauchnoe izdanie. Sbornik materialov Tret'ei Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem 25-26 noyabrya 2021. [Collection of proceedings of the Third All-Russian scientific and practical conference with international participation "Diagnostics in medical (clinical) psychology: traditions and perspectives (to the 110th anniversary of S.Ya. Rubinshtein)"] / N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.). Moscow: MSUPE, 2021, pp. 299–301. URL: <https://psyjournals.ru/files/124859/medpsydiag2021.pdf> (Accessed: 27.09.2022). (In Russ.)

19. Aguirre E., Hoare Z., Streater A. et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia — who benefits most? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013, vol. 28, no. 3, pp. 284–290. DOI: 10.1002/gps.3823

20. Apóstolo J.L.A., Cardoso D.F.B., Rosa A.I. et al. The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014, vol. 46, no. 3, pp. 157–166. DOI: 10.1111/jnu.12072

21. Basak C., Qin S., O'Connell M.A. Differential effects of cognitive training modules in healthy aging and mild cognitive impairment: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology and Aging*, 2020, vol. 35, no. 2, pp. 220–249. DOI: 10.1037/pag0000442

22. Belleville S., Gilbert B., Fontaine F. et al. Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2006, vol. 22, no. 5–6. P. 486–499. DOI: 10.1159/000096316

23. Capotosto E., Belacchi C., Gardini S. et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2017, vol. 32, no. 2, pp. 331–340. DOI: 10.1002/gps.4521

24. Cipriani G., Bianchetti A., Trabucchi M. Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2006, vol. 43, no. 3, pp. 327–335. DOI: 10.1016/j.archger.2005.12.003

25. Clare L., Woods R. T. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2004, vol. 14, no. 4, pp. 385–401. DOI: 10.1080/09602010443000074

26. Gates N.J., Vernooij R.W., Di Nisio M. et al. Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2019, vol. 3, no. 3, article CD012279. DOI: 10.1002/14651858.CD012279.pub2



27. Gibbor L., Yates L., Volkmer A. et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research. *Aging & Mental Health*, 2021, vol. 25, no. 6, pp. 980–990. DOI: 10.1080/13607863.2020.1746741
28. Hall C.B., Lipton R.B., Sliwinski M. et al. Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. *Neurology*, 2009, vol. 73, no. 5. P. 356–361. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181b04ae3
29. Hall L., Orrell M., Stott J. et al. Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change. *International Psychogeriatrics*, 2013, vol. 25, no. 3, pp. 479–489. DOI: 10.1017/S1041610212001822
30. Han J.W., Son K.L., Byun H.J. et al. Efficacy of the Ubiquitous Spaced Retrieval-based Memory Advancement and Rehabilitation Training (USMART) program among patients with mild cognitive impairment: a randomized controlled crossover trial. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2017, vol. 9, no. 1, article 39. DOI: 10.1186/s13195-017-0264-8
31. Herrera C., Chambon C., Michel B.F. et al. Positive effects of computer-based cognitive training in adults with mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, 2012, vol. 50, no. 8, pp. 1871–1881. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.04.012
32. Hertzog C., Kramer A.F., Wilson R.S. et al. Enrichment effects on adult cognitive development: can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest*, 2008, vol. 9, no. 1, pp. 1–65. DOI: 10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x
33. Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A. et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2006, vol. 188, no. 6, pp. 574–580. DOI: 10.1192/bjp.bp.105.010561
34. Law C.K., Lam F.M., Chung R.C. et al. Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 2020, vol. 66, no. 1, pp. 9–18. DOI: 10.1016/j.jphys.2019.11.014
35. Li H., Li J., Li N. et al. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 2011, vol. 10, no. 2, pp. 285–296. DOI: 10.1016/j.arr.2010.11.003
36. Liang J.H., Shen W.T., Li J.Y. et al. The optimal treatment for improving cognitive function in elder people with mild cognitive impairment incorporating Bayesian network meta-analysis and systematic review. *Ageing Research Reviews*, 2019, vol. 51, pp. 85–96. DOI: 10.1016/j.arr.2019.01.009
37. Lissek V., Suchan B. Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2021, vol. 122, pp. 143–164. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.12.022
38. Livingston G., Huntley J., Sommerlad A. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 2020, vol. 396, no. 10248, pp. 413–446. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6

39. Lobbia A., Carbone E., Faggian S. et al. The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia. *European Psychologist*. 2018. DOI: 10.1027/1016-9040/a000342
40. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Leicester (UK): British Psychological Society, 2007.
41. Niu Y.X., Tan J.P., Guan J.Q. et al. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 2010, vol. 24, no. 12/, pp. 1102–1111. DOI: 10.1177/0269215510376004
42. Orgeta V., Leung P., Yates L. et al. Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 2015, vol. 19, no. 64, pp. 1–108. DOI: 10.3310/hta19640
43. Rozzini L., Costardi D., Chilovi B.V. et al. Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, vol. 22, no. 4, pp. 356–360. DOI: 10.1002/gps.1681
44. Savulich G., Piercy T., Fox C. et al. Cognitive training using a novel memory game on an iPad in patients with amnesic mild cognitive impairment (aMCI). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2017, vol. 20, no. 8, pp. 624–633. DOI: 10.1093/ijnp/pyx040
45. Sidorenko A., Zaidi A. Active ageing in CIS countries: semantics, challenges, and responses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, vol. 2013, article 261819. DOI: 10.1155/2013/261819
46. Smith G.E., Housen P., Yaffe K. et al. A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009, vol. 57, no. 4, pp. 594–603. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02167.x
47. Spector A., Orrell M., Davies S. et al. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2001, vol. 11, no. 3–4, pp. 377–397. DOI: 10.1080/09602010143000068
48. Spector A., Thorgrimsen L., Woods B. et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 183, no. 3, pp. 248–254. DOI: 10.1192/bjp.183.3.248
49. Stott J., Spector A. A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI). *International Psychogeriatrics*, 2011, vol. 23, no. 4, pp. 526–538. DOI: 10.1017/S1041610210001973

Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I. Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

50. Takeuchi H., Kawashima R. Effects of processing speed training on cognitive functions and neural systems. *Reviews in the Neurosciences*, 2012, vol. 23, no. 3, pp. 289–301. DOI: 10.1515/revneuro-2012-0035

51. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). URL: [https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019\\_highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf) (Accessed: 29.09.2022).

52. Verghese J., Lipton R.B., Katz M.J. et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 2003, vol. 348, no. 25. pp. 2508–2516. DOI: 10.1056/NEJMoa022252

53. World Alzheimer report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention. Alzheimer's Disease International, 2011. URL: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2011.pdf> (Accessed: 29.09.2022).

## Информация об авторах

Рощина Ирина Федоровна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ); профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2905-6791>, e-mail: ifroshchina@mail.ru

Калантарова Марина Витальевна, старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии развития, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>, e-mail: kalantarovamv@mgppu.ru

Шведовская Анна Александровна, кандидат психологических наук, начальник управления информационными и издательскими проектами, доцент, кафедра возрастной психологии имени Л.Ф. Обухова, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3154-4601>, e-mail: anna.shvedovskaya@mgppu.ru

Хромов Антон Игоревич, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии развития, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>, e-mail: hromovai@mgppu.ru

## Information about the authors

Irina F. Roshchina, PhD (Psychology), Leading Researcher, Mental Health Research Center; Professor of the Department of Neuro- and Pathopsychology of Development, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2905-6791>, e-mail: ifroshchina@mail.ru

Marina V. Kalantarova, Senior Lecturer, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>, e-mail: kalantarovamv@mgppu.ru

*Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И.* Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 44–70.

*Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I.* Prevention of Cognitive Decline in Elderly: Programs "Memory Clinic" and "Cognitive Stimulation Therapy"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 44–70.

*Anna A. Shvedovskaya*, PhD (Psychology), Head of Department of Information & Publishing Projects, Associate Professor, Department of Age Psychology named after L.F. Obukhova, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3154-4601>, e-mail: [anna.shvedovskaya@mgppu.ru](mailto:anna.shvedovskaya@mgppu.ru)

*Anton I. Khromov*, PhD (Psychology), Head of Department of Neuro- and Pathopsychology of Development, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2825-1413>, e-mail: [hromovai@mgppu.ru](mailto:hromovai@mgppu.ru)

*Получена: 13.12.2021*

*Received: 13.12.2021*

*Принята в печать: 28.09.2022*

*Accepted: 28.09.2022*

# Психологические последствия переживания стресса в детском возрасте — феномены «оставленности» и «вовлеченности»

**Харламенкова Н.Е.**

*Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)*

**Никитина Д.А.**

*Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)*

**Шаталова Н.Е.**

*Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1413-7529>, e-mail: [shatalovane@ipran.ru](mailto:shatalovane@ipran.ru)*

**Дымова Е.Н.**

*Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9638-5595>, e-mail: [grebennikovakaty@mail.ru](mailto:grebennikovakaty@mail.ru)*

---

В настоящей статье рассматривается фундаментальная проблема психологии, посвященная теоретическому анализу специфики переживания ребенком стрессовых ситуаций разного уровня травматичности. Наряду с дефицитом исследований в области понимания особенностей детского стресса наименее изученными остаются и сами принципы дифференциации повседневного и травматического стресса. В теории посттравматического стресса доказано, что одним из критериев опасности/безопасности жизненной ситуации является субъективная оценка человеком степени угрозы его жизни. В основе такой оценки лежат представления личности о психологической безопасности и ее составляющих, таких как внутренний комфорт, опытность/информированность и позитивное окружение. Теоретический анализ проблемы детского стресса показал, что ощущение ребенком внутреннего комфорта и стабильности зависит от степени активности окружения, его способности не только защитить ребенка, но и предоставить ему дополнительные возможности. В соответствии с целью работы преимущественный акцент сделан не на ресурсности социального окружения ребенка, а на ее ограничении — феноменах «оставленности» и «вовлеченности», которые проанализированы с учетом определенного контекста — влияния на ребенка повседневных стрессоров и стрессоров высокой интенсивности. Методологической основой исследования стали системный (Б.Ф. Ломов) и субъектно-деятельностный подходы (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский), динамический подход к исследованию личности (Л.И. Анцыферова), благодаря которым переживание стресса ребенком рассмотрено в соответствии с целой

системой факторов (характером стрессора, поддерживающим/не поддерживающим социальным окружением). В качестве теоретических процедур использованы методы абстрагирования, формализации и интерпретации. На основе экспертной оценки выделены особенности реакций на повседневный стресс (ситуации взаимодействия ребенка с родителями и сверстниками), которые в отличие от травматического стресса (ситуации экстремального характера) не определяются воздействием конкретного стрессора, а возникают как ответ на латентную причину диффузного характера, связанную с нарушениями социальной и информационной безопасности ребенка. Проявления повседневного стресса выступают как реакции ребенка на чувство «оставленности», которое оказывается сопряженным с эмоциональной, социальной и информационной депривацией, с нивелированием или искажением взрослым социальных ролей ребенка (ролевой структуры взаимодействия). Ощущение вовлеченности в контекст психотравмирующего события сопровождается физической депривацией и более интенсивным переживанием эмоциональной депривации (эмоциональным неприятием), включением ребенка в ненормативные социальные отношения и возложением на него обязательств, не соответствующих уровню его физической, социальной и психической зрелости. Феномены оставленности и вовлеченности проанализированы на примерах различных ситуаций повседневного и психотравмирующего характера.

**Ключевые слова:** психологическая безопасность, повседневный стресс, ребенок, родители, посттравматический стресс, травматический стресс, оставленность, вовлеченность.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22-28-00972.

**Для цитаты:** Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е., Дымова Е.Н. Психологические последствия переживания стресса в детском возрасте — феномены «оставленности» и «вовлеченности» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 71–96. DOI: 10.17759/cpse.2022110303

---

## Psychological Consequences of Experienced Stress in Childhood — Phenomena of "Abandonment" and "Involvement"

Natalia E. Kharlamenkova

*Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)*

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

**Daria A. Nikitina**

*Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)*

**Nadezhda E. Shatalova**

*Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1413-7529>, e-mail: [shatalovane@ipran.ru](mailto:shatalovane@ipran.ru)*

**Ekaterina N. Dymova**

*Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9638-5595>, e-mail: [grebennikovakaty@mail.ru](mailto:grebennikovakaty@mail.ru)*

---

The article deals with the fundamental problem of psychology, devoted to the theoretical analysis of the specifics of the child's experience of stressful situations with different levels of traumatization. Along with the lack of childhood stress understanding and research, the very principles of differentiation between every day and traumatic stress remain the least studied. In the theory of post-traumatic stress, it has been proven that one of the criteria for the danger/safety of a life situation is a person's subjective evaluation of the life threat degree. Such an assessment is based on the individual's representations of psychological safety and its components, such as "internal comfort", "experience/awareness" and "positive environment". In the course of a theoretical analysis of the problem of child's stress, we have shown in the article that a child's feeling of internal comfort and stability depends on the degree of the environment activity, its ability not only to protect the child, but also to provide additional opportunities. In accordance with the purpose of the work, the primary emphasis is not on the resourcefulness of the child's social environment, but on its limitation — the phenomena of "abandonment" and "involvement", which are analyzed taking into account a specific context — the impact on the child of everyday stressors and stressors of high intensity. The methodological basis of the study was the system (B.F. Lomov) and subject-activity approaches (S.L. Rubinshtein, A.V. Brushlinsky and others), the dynamic approach to the study of personality (L.I. Antsyferova). Focusing on these approaches has allowed us to consider the child stress in accordance with a whole system of factors (the nature of the stressor, supporting/non-supporting social environment, etc.). The methods of abstraction, formalization and interpretation are used as theoretical procedures. On the basis of an expert assessment, the features of reactions to everyday stress (situations of interaction of a child with parents and peers) are highlighted, which, unlike traumatic stress (situations of an extreme nature), are not determined by the impact of a specific stressor, but arise as a response to a latent cause of a diffuse nature associated with violation of social and information safety of the child. Manifestations of everyday stress act as a child's reaction to the feeling of "abandonment", which turns out to be associated with emotional, social and informational deprivation, with the leveling or distortion by adults of the child's social roles (the role structure of interaction). The feeling of being "involved" in the context of a traumatic event is accompanied by physical deprivation and a more intense experience of emotional deprivation (emotional rejection), including the child in non-normative social relations and imposing obligations on him that do not correspond to the level of the child's physical, social and mental maturity. The phenomena of abandonment and involvement are analyzed using examples of various situations of everyday and psycho-traumatic nature.

**Keywords:** psychological safety, everyday stress, child, parents, post-traumatic stress, traumatic stress, abandonment, involvement.

**Funding.** The study was funded by Russian Science Foundation (RSF) according to the research project № 22-28-00972.

**For citation:** Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E., Dymova E.N. Psychological Consequences of Experienced Stress in Childhood — Phenomena of "Abandonment" and "Involvement". *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 71–96. DOI: 10.17759/cpse.2022110303 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

### Введение в проблему: стресс и психологическая безопасность

История систематического исследования проблемы стресса в науке насчитывает немногим более 85 лет. Кардинальные изменения в ее изучении произошли в тот момент, когда состояние стресса и его причина — стрессор — были дифференцированы, введено понятие эмоционального стресса, под которым стали понимать «широкий круг изменений психических проявлений, сопровождающихся выраженными неспецифическими изменениями биохимических, электрофизиологических и других коррелятов стресса...» [18, с. 22].

Следует заметить, что современные тенденции в исследовании стресса ориентированы на анализ специфики стрессовых условий (ситуаций), в которых имплицитно заложен вероятный характер и степень возможного ущерба (т.е. эмоционального стресса), причиняемого человеку, а также на учет сопряженных с ним факторов. Известно, что стресс возникает при нарушении состояния психического равновесия, которое вызвано той или иной угрозой, усиливая потребность в безопасности. Однако потребность в безопасности — это не только желание сохранить ощущение комфорта, равновесия и стабильности, чувствовать себя защищенным, т.е. избавиться от стресса, но и доступность различных ресурсов — личных и социальных. Это значит, что рассмотрение стресса вне определенного контекста — анализа стрессора и сопутствующих переживанию стресса (т.е. дискомфорта) ресурсов и антиресурсов совладания с ним — оказывается для современного исследователя малоинформативным.

Для более адекватного понимания стресса серьезное внимание было обращено на исследование проблемы *психологической безопасности*, в частности, на анализ имплицитных представлений о ней. Задача разработки эксплицитной теории также представляет для исследователей большой интерес. Согласно Р. Стернбергу, имплицитные концепции интеллекта согласуются с эксплицитными теориями и в значительной степени совпадают [54]. Это утверждение было проверено при исследовании разных психологических конструктов, в том числе и психологической безопасности [28]. В связи с этим в данной статье мы будем ориентироваться на имплицитную модель психологической безопасности, которая позволяет рассматривать стресс более системно и функционально, включая в анализ такие феномены, как *оставленность* и *вовлеченность*.



Не обращаясь к истории конструирования имплицитной модели психологической безопасности, отметим, что в процессе факторизации переменных, ассоциирующихся людьми разного возраста с психологической безопасностью, выделяются такие три составляющие безопасности как позитивное окружение, опытность/информированность, внутренний комфорт [28]. Позитивное окружение — это социальный круг близких людей (родители, друзья, спутник/спутница жизни), к которым можно обращаться за эмоциональной, информационной и социальной поддержкой. Опытность/информированность — собственные ресурсы человека, используемые им для удовлетворения потребности в безопасности (получение различных сведений, способность обдумывать, размышлять, использовать полученные знания и др.). Внутренний комфорт — это состояние спокойствия, равновесия, удовлетворенности, противоположное стрессу.

Потребность в безопасности особо остро ощущается в трудных жизненных ситуациях. Следовало бы предположить, что в подобных обстоятельствах доминирующей составляющей психологической безопасности будет желание достигнуть равновесия, стабильности, а именно сохранить внутренний комфорт. Однако это не совсем так. Как показало исследование Д.А. Никитиной, даже при переживании ситуации угрожающего жизни заболевания как стрессора высокой интенсивности в представлении о безопасности ведущими остаются опытность/информированность, остроактуальной становится потребность в достижении свободы и самореализации [19]. Позитивное окружение и внутренний комфорт воспринимаются как менее значимые. «Важным оказывается не только уверенность в окружении, но и уверенность в себе, ориентация на собственный опыт, связанный в том числе с памятью на пережитые жизненные события... и с ощущением устойчивости личностной идентичности (уверенность в себе, открытость миру и новому опыту, суверенность личностных границ)» [19, с. 15].

Анализ возрастных различий представлений о психологической безопасности позволил обнаружить, что в возрасте 18–26 лет в факторной структуре психологической безопасности первое место занимает «позитивное окружение», а в более старшем возрасте, т.е. в 27–40 лет, оно смещается на третью позицию; для человека этого возраста ведущими становятся опыт, осведомленность и контроль (опытность/информированность). В 45–55 лет позитивное окружение снова перемещается на первое место [26]. Данная информация, а также результаты многочисленных исследований подтверждают важность наличия позитивного окружения для человека любого возраста, однако для ребенка позитивное окружение оказывается основным.

### **Особенности переживания стресса детьми и роль позитивного окружения в совладании с ним: постановка проблемы**

Физическая и психологическая безопасность ребенка — одно из условий его нормального развития [48], обеспечивающее доступ к удовлетворению актуальных потребностей и открывающее возможности для благополучного функционирования в подростковом и юношеском возрасте, а также на разных этапах взрослости. Ощущение ребенком внутреннего комфорта и стабильности зависит от развития

собственных личностных ресурсов, а также от степени *активности окружения*, его способности не только защитить ребенка, но и предоставить дополнительные возможности. В данной статье речь пойдет об ограничении таких возможностей.

Переживания тревоги и стресса детьми имеют свои особенности. Прежде всего, это повышенный уровень эмоциональности, сензитивности к неблагоприятным обстоятельствам жизни [5; 12] и одновременно незрелость оценок своего состояния, трудности с осознанием чувств и эмоций. На протяжении всего периода детства происходит развитие контроля поведения: интеграция его компонентов осуществляется в младшем школьном возрасте, а интенсивное развитие эмоционального контроля — лишь в подростковом возрасте [4]. Именно поэтому регуляция ребенком своего состояния без помощи близких людей не всегда бывает успешной, при этом неспособность управлять и, более того, осознавать *вовлеченность* в ненормативные отношения со сверстниками и взрослыми часто становится причиной развития психопатологической симптоматики и посттравматического стресса [1].

Наряду с высоким уровнем эмоциональности и незрелостью контроля эмоций у детей ограничены возможности *совладания* с негативными переживаниями [36]. Соответственно, сохранение психологического благополучия ребенка, как мы отмечали выше, определяется и наличием своих собственных ресурсов, и его включенностью в позитивные социальные отношения, обеспечивающие актуальную защиту от угроз и обучающие самостоятельным навыкам преодоления тревоги и стресса. Ведущую роль в этом процессе играет мать: ребенок может испытывать гипертрофированное чувство вины при взаимодействии с депрессивной матерью [46] и, наоборот, преодолевать состояние стресса при наличии тяжелого заболевания в контакте с эмоционально зрелой матерью [10; 47]. Важным ресурсом считается не само по себе осознание чувств, но обсуждение переживаний ребенка и их совместная регуляция [45], т.е. его эмоциональная, социальная, информационная безопасность.

Отношение в диаде мать–ребенок, стиль отношения с обоими родителями — тема исследования, которая до сих пор не потеряла своей актуальности. Современная наука подходит к решению этой проблемы более дифференцированно, рассматривая различные обстоятельства нарушения отношений ребенка в семье, разнообразные факторы, компенсирующие или усугубляющие его состояние. Так, в исследовании Т.В. Дробышевой и М.А. Романовской, посвященном изучению социально-психологических свойств личности в группах детей, воспитывающихся в семьях с наемным работником (няней) и в семьях без няни, выявлены низкий уровень социально-психологической зрелости (показатели эмпатии, взаимодействия со сверстниками), а также завышенная самооценка и заниженный уровень притязаний, высокая ситуативная тревожность у детей, которых воспитывает няня. Авторы объясняют эти результаты тем, что «большинство матерей, которые приглашают в семью няню по уходу за ребенком (с рождения и до трех лет), отличаются психологической дистанцированностью в отношениях с ним, готовностью к переносу на няню не только функций по уходу, но и «материнских чувств»» [11, с. 84]. Показано, что несмотря на предоставленные няне полномочия,

она, будучи неродным ребенку человеком, существенно ограничена в своих действиях и чувствах по отношению к нему. По существу, ребенок лишается возможности полноценного эмоционального общения с матерью, остается вне адекватной социальной поддержки близких людей. Похожие данные приводят зарубежные коллеги, отмечая, что для «оставленных детей» (в данном исследовании — детей, постоянно проживающих с бабушками и дедушками) характерны низкая самооценка, высокий уровень тревожности и депрессии, склонность к агрессии и суицидам [30]. Феномен «оставленности» наиболее ярко проявляет себя при анализе проблемы хронической и эпизодической семейной депривации [21], исследовании психологии детей-сирот [20].

Рассматривая стресс ребенка (нарушение внутреннего комфорта) в комплексе с двумя другими составляющими психологической безопасности — факторами позитивного окружения и опытности/информированности, — мы хотели бы более подробно остановиться на переживании стресса ребенком в связи с оценкой активности его социальной среды. **Проблема исследования** состоит в том, что наличие позитивного окружения или возможность оказания ребенку социальной поддержки часто рассматриваются как необходимое и достаточное условие преодоления ребенком негативных психологических последствий влияния повседневных стрессоров и стрессоров высокой интенсивности (психотравмирующих стрессоров). Решение этой проблемы, с нашей точки зрения, заключается не только в констатации факта *ресурсности* наличия позитивного окружения ребенка, но и в объяснении того, в чем эта ресурсность состоит. Вследствие того, что в нашем исследовании специфическим контекстом анализа стресса и нарушения психологической безопасности ребенка выступают особые условия его жизнедеятельности — влияние повседневных и травматических стрессоров, — значительный акцент в работе сделан на проблеме *антиресурсности* социального окружения ребенка и его проявлениях — феноменах «оставленности» и «вовлеченности».

Рассмотрение феноменов «оставленности» и «вовлеченности» ребенка в разных по степени трудности ситуациях (повседневных, травматических) и выделение особенностей актуальной тревоги и стресса (в том числе отдаленных психологических последствий) в зависимости от типа ситуации (повседневные трудности и/или психотравмирующие ситуации) стало **целью** настоящего исследования, проведенного на основе обзора современной отечественной и зарубежной литературы и с использованием таких теоретических процедур как «абстрагирование», «формализация» и «интерпретация посредством модели» [9].

**Методологической основой** исследования стали системный (Б.Ф. Ломов) и субъектно-деятельностный подходы (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский и др.), динамический подход к исследованию личности (Л.И. Анцыферова), благодаря которым переживание стресса ребенком рассматривается в соответствии с целой системой факторов (характер стрессора, поддерживающее/не поддерживающее социальное окружение и др.) и его субъектной активностью и социальными ролями.

В качестве **теоретической гипотезы**, в дальнейшем требующей операционализации и верификации, было выдвинуто предположение об

опосредующей роли феноменов «оставленности» и «вовлеченности» в развитии у ребенка разных по степени тяжести симптомов дистресса, вызванных влиянием повседневных и психотравмирующих стрессоров.

### **Повседневный стресс и феномен «оставленности»**

Когда речь идет о ребенке, точно разделить стрессоры на повседневные и психотравмирующие не всегда удается. Для их дифференциации мы ориентировались на один из критериев психотравмирующих ситуаций, таких как насилие, войны, опасные для жизни заболевания, техногенные и биогенные катастрофы, который состоит в их *угрожающем здоровью и жизни* ребенка влиянии. Последовательный анализ сначала повседневного, а затем травматического стресса был необходим для того, чтобы понимать, с какими рисками может столкнуться ребенок и какие ресурсы необходимы ему для сохранения или восстановления состояния психологического благополучия в разном по экстремальности контексте.

*Повседневный стресс* возникает как реакция на нарушение *социальной и информационной безопасности* ребенка и в зависимости от его степени, хронификации, недостаточности собственных ресурсов ребенка и ограничений доступа к внешним ресурсам может развиваться в травматический стресс. Не останавливаясь на этом вопросе подробно, выделим некоторые ситуации, которые с большой долей вероятности способны вызвать у ребенка эмоциональный стресс; определим характер переживаний ребенка и их отдаленные психологические последствия.

Анализ литературы показал, что детский стресс в основном возникает в ситуациях взаимодействия ребенка с родителями и сверстниками. Это такие обстоятельства жизни, как воспитание ребенка в неполной и замещающей семье [33], постоянное или временное проживание в интернате [15], бедность, экономическая несостоятельность семьи [32], болезнь одного или обоих родителей, переживание ими актуального или посттравматического стресса умеренной интенсивности [23; 46; 47], проблемы обучения (школьная тревожность) и воспитания [37; 49; 57], изменение социальной ситуации (переезд, поступление в школу, переход в другое образовательное учреждение), статус нежеланного ребенка.

Перечисленные ситуации, безусловно, отличаются друг от друга характером влияния, социальной ролью, которую выполняет ребенок, типом социального окружения, но в целом их объединяет феноменология «оставленности». Заметим, что в некоторых исследованиях «оставленность» (abandonment) понимается буквально — как, например, разлука ребенка с родителями и проживание с опекуном [53], желание оставить супругу/супруга вследствие ее/его неверности [55] и др. Оставленность часто идентифицируется с отвержением и покинутостью [51], хотя, с нашей точки зрения, это не одно и то же.

По нашему мнению, *оставленность* — это переживание разной степени эмоциональной отстраненности, ненужности; невключенность ребенка в привычные нормативные (социальные) отношения, которая связана с нивелированием или искажением взрослым социальных ролей ребенка (ролевой структуры

взаимодействия) и ослаблением эмоциональных и коммуникативных связей в рамках этого взаимодействия. Высокий уровень переживания оставленности без надежды на воссоединение и возобновление отношений рассматривается нами как покинутость. Данное определение может быть использовано и для оценки состояния оставленности взрослого человека.

Высокий уровень напряжения и тревоги, стресс может испытывать ребенок, воспитывающийся в *неполной семье*, в семье прародителей и в других условиях семейной культуры, ограничивающих общение с родителями. Замечено, что даже при полноценном физическом уходе за ребенком со стороны родителей, находящихся в разводе, уровень детского стресса не снижается [33]. Теплые, дружеские отношения ребенка, постоянно живущего с бабушкой и дедушкой, не всегда способны компенсировать отсутствие в его жизни мамы и папы. Существенную роль в формировании комплекса оставленного ребенка играет нарушение привычной ролевой структуры семьи и появление лиц, заменяющих биологических родителей. Ребенок выполняет роль воспитанника (семья с няней), внука/внучки (семья прародителей) и, кроме фрустрации потребности в проживании своей роли дочери или сына, дополнительно к этому испытывает дефицит эмоционального общения с родителями, которое так необходимо для редукции уровня детского стресса [47]. В этих обстоятельствах ощущение оставленности, ненужности сопровождается такими чувствами, как чувство одиночества, неполноценности, вины; ребенок не перенимает опыт рода, не выстраивает его иерархически, не владеет полной информацией о рисках, уязвим при установлении правильных социальных ориентиров, не защищен, испытывает сомнение в прочности и постоянстве поддержки от самых близких и других людей. Психологические последствия переживания тревоги и стресса в подобных ситуациях сопряжены с искажением семейной ролевой структуры и структуры личностной идентичности; с поиском социальной поддержки и опоры и неразвитыми внутренними ресурсами саморегуляции; с переживанием чувства тревоги в процессе общения и неуверенностью в построении долгосрочных близких отношений. Ресурсом преодоления оставленности может быть разумное объяснение родителями необходимости такой разлуки, сохранение теплых и тесных эмоциональных связей с ребенком, регулярность общения, восполнение недостающей информации о совладании с разными проблемами, поддержание собственной активности ребенка, его инициативы и ответственности.

В некоторых случаях повседневный стресс переживается ребенком, чья семья испытывает *экономические трудности*, находится за чертой бедности. По мнению Шервина Ассари, уровень образования родителей и уровень дохода следует отнести к числу факторов, защищающих ребенка от психотравматизации [32]. Рассматривая их в качестве отдельных предикторов развития психической травматизации, отметим, что образование влияет на способность взрослого человека структурировать жизненные проблемы и задачи и тем самым решать их последовательно, брать ответственность на себя, а уровень экономического дохода способствует расширению системы потребностей и удовлетворению не только базовых (дефицитарных), но и высших потребностей. Ощущение «оставленности» в этом случае проявляет себя в поиске ребенком возможности (часто путем

фантазирования) взрослеть быстрее и самому обеспечивать свое существование, в неполноценном проживании периода детства, отрицании его как важного этапа жизни. Психологические последствия проявляют себя в неразвитости чувственной сферы, спонтанности, неспособности обращаться за помощью, в фиксации на дефицитарных потребностях. В качестве ресурса может выступать активность родителей, направленная на повышение собственного уровня образования и дохода, контроль за сохранением за каждым членом семьи своей социальной позиции и роли.

Детский стресс традиционно соотносят с переживанием *школьной тревоги*, которая может существенно возрастать при интенсивной умственной нагрузке [17; 57] и зависеть от личностных особенностей ребенка [16]. Тревогу вызывает деструктивный стиль семейного воспитания [56]. Стресс и тревога мешают проявлению спонтанной активности ребенка, эмоционально отчуждают его от участия в разных видах деятельности (например, в учебной деятельности, а также в межличностном общении).

Повседневный стресс имеет тенденцию трансформироваться в травматический стресс у *нежеланного и нелюбимого* ребенка, который может испытывать чувство потери себя, т.е. переживать не столько состояние ненужности, сколько сомневаться в своем существовании, отрицать свое Я. Нежеланный ребенок, т.е. ребенок, которым пренебрегают или, наоборот, оказывают на него эмоциональное давление, вероятнее всего, находится перед угрозой переживания не повседневного, а травматического стресса и его негативных последствий, о специфике которого мы будем говорить далее. Подчеркнем лишь одну особенность. Замечено, что отношения между родителями и детьми существенно различаются в семье, где ребенком пренебрегают, и в семье, склонной к жестокому обращению с ним [35].

Обобщая результаты проведенного нами анализа повседневного стресса ребенка, сделаем следующие выводы. Описанные выше жизненные обстоятельства, вызывающие подобный стресс, касаются отношений «родитель–ребенок», в которых произошло искажение ролевой структуры семьи, возникло ограничение эмоционального контакта ребенка с отцом и матерью. Очевидными становятся признаки социальной и информационной депривации, которые взрослыми часто воспринимаются как соответствующие социальной норме. Стресс ребенка проявляется в виде реакции на чувство «оставленности», что в совокупности влияет на формирование индивидуального опыта и своего места в личной и семейной истории, на построение межличностных отношений и чувство уверенности в себе. Кажущаяся нормативность семейных отношений (т.е. так называемое позитивное окружение) психологически воспринимается ребенком как антиресурсная ситуация, усугубляющая переживание им повседневных стрессоров.

### **Травматический стресс и его психологические последствия. Феномен «вовлеченности»**

*Травматический стресс* — результат влияния на ребенка и взрослого интенсивных стрессоров. Вопрос, на который мы бы хотели ответить, состоит в том,

сохраняется ли в этих обстоятельствах та же феноменология, т.е. признаки «оставленности» ребенка, либо картина каким-то образом меняется? Для ответа на него требуется рассмотреть различные психотравмирующие ситуации и различные по давности последствия их переживания ребенком.

По аналогии с повседневными стрессорами можно назвать ряд ситуаций семейного и внесемейного (например, школа) круга, которые с нравственной и правовой точки зрения являются ненормативными, т.е. выходящими за рамки принятых в обществе правил построения отношений. Речь идет о физическом, эмоциональном, сексуальном *насилии*, вследствие которого развиваются фобии, половые инверсии, инсомния и другие проблемы, связанные со сном, выраженные психические расстройства, склонность к суицидам [1; 6; 38; 41].

В современном мире детства широкое распространение получают случаи *буллинга*, которые чаще всего соотносят с эмоциональным насилием, хотя не исключены и другие виды унижения [2; 31; 49]. В многочисленных исследованиях показано, что данный стрессор кардинально нарушает процесс нормального развития и функционирования личности, калечит психику ребенка, вызывая многочисленные психопатологические симптомы — виктимность, агрессию, разные виды зависимости, склонность к преступным действиям, депрессию, гипертревожность, соматические нарушения. Насилие над человеком, особенно над ребенком, трудно прямо и непосредственно соотнести с феноменом оставленности, скорее наоборот, ребенок активно *вовлекается* взрослым или сверстником в деструктивные отношения. Более того, в отличие от повседневного стресса, который, как было сказано выше, связан с дефицитом доступа к эмоциональной, социальной и информационной составляющим взаимодействия со взрослым, травматический стресс сопровождается нарушением телесных границ (суверенности тела и суверенности территории по С.К. Нартовой-Бочавер) и проявлением неспособности эмоционального принятия и поддержки ребенка.

Следует сказать, что в литературе феномен вовлеченности (*involvement*) в основном рассматривается с точки зрения позиции ребенка, подростка в отношениях юридического, правового характера [43].

С нашей точки зрения, *вовлеченность* — принудительное физическое или эмоциональное включение ребенка в ненормативные социальные отношения, предполагающее выполнение им атипичной социальной роли и возложение на него сопутствующих этой роли обязательств, не соответствующих уровню физической, социальной и психической зрелости ребенка.

Не следует абсолютно исключать того факта, что и в этих тяжелых жизненных обстоятельствах мы сталкиваемся с признаками оставленности ребенка, но они проявляются не в ослаблении (по существу, нивелировании) его роли в отношениях со взрослым, а в проекции на него негативных импульсов (например, гнева) и тем самым в его *замещении* другим объектом. Дж. Холлис писал, что, перенося свой гнев на других, можно «травмировать тех, кто молчаливо заменяет нам людей, с которыми мы избегали прямого столкновения в прошлом» [29, с. 125]. Это

значит, что проявления оставленности наблюдаются и в случае влияния психотравмирующих факторов, однако они скорее кардинальны и состоят в существенном *искажении роли ребенка, замещении* его кем-то другим и *активном вовлечении* в психотравмирующие отношения. Уточним, оставленность проявляет себя в игнорировании взрослым нормативных отношений с ребенком.

Еще одна группа событий связана с *физическим или эмоциональным отсутствием родителя* в жизни ребенка, вызванным такими обстоятельствами, как тюремное заключение матери или отца, тяжелая соматическая болезнь или психические нарушения у одного или обоих родителей, переживание утраты [52]. Последствиями переживаний подобных ситуаций являются инфантилизация и вовлечение в отношения зависимости ребенка с замещающим родителей взрослым, выученная беспомощность, ранняя экзистенциальная травма, потеря опоры, поддержки, чувство неполноценности и покинутости, гипертрофированное чувство вины. Показано, что стресс матери, имеющей детей раннего или дошкольного возраста, зависит от целого ряда факторов. Переживание стресса негативно отражается не только на соматическом и психическом здоровье матери, но и на состоянии самого ребенка [23]. Дети способны испытывать гипертрофированное чувство вины перед депрессивной матерью [46], принимать на себя материнскую роль, роль опекающего, заботливого родителя. В этих случаях перевернутая иерархия в отношениях «ребенок–мать» не позволяет девочке или мальчику прожить роль ребенка полноценно, способствует развитию гиперответственности и искажению роли родителя.

Психотравмирующий характер имеют и такие события как нахождение ребенка в зоне ведения *военных действий* [3; 6; 14], *вынужденная миграция* [34], *биогенные и техногенные катастрофы* [44]. Согласно Н.С. Бурлаковой, массовые бедствия затрагивают не только личные, но и социальные, культурные и другие обстоятельства произошедшего события, что требует расширения теоретических и методологических рамок исследования [3]. Дети и подростки, оказавшиеся в регионе военных действий и антитеррористических операций, наиболее уязвимы перед воздействием множественных стрессовых факторов (гибель родных, друзей, артобстрелы, захват заложников, вынужденное переселение в безопасные районы, непосредственная угроза жизни), последствия которых проявляются в разнообразных психоэмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушениях. Кроме агрессии, проблем в учебной деятельности и других нарушений, которые могут явиться следствием воздействия самых разных стрессоров, у «детей войны» выделяют специфические расстройства: депрессию с чувством «вины выжившего» [6; 14]. Биогенные и техногенные катастрофы также характеризуются комплексным характером воздействия и сопряжены с системным ответом организма на подобные стрессоры [24]. Феномен вовлеченности проявляется здесь в фактической включенности ребенка в ситуацию ведения боевых действий, в уравнивании детей, подростков и взрослых по степени ответственности за свои действия, выполнении обязанностей и контроля за ними. Непонимание взрослым этой ситуации выступает для ребенка дополнительным и крайне травмирующим фактором.

Объединяя столь разные психотравмирующие события в одну группу, мы руководствовались тем соображением, что они затрагивают не только состояние



ребенка, но и психологическое благополучие его семьи и даже целых народов. Стрдания и горе может сплачивать людей, а может лишать последней надежды, блокировать имеющиеся в наличии копинг-ресурсы. Ребенок часто чувствует себя одиноким, если его физически разлучают с родителями (например, эвакуируют с другими детьми в безопасное место), если родители не канализируют его тревогу, не информируют ребенка о произошедшем, т.е. если он оказывается в информационной и эмоциональной блокаде. При отсутствии социальной поддержки переживаемые ужас и страх не могут быть адекватно отреагированы и сопровождают человека всю жизнь, транслируясь последующим поколениям [3].

Телесные недуги, травмы, болезни — события не только военного, но и мирного времени. Статистика болезней, угрожающих жизни, показывает, что физически страдают не только взрослые и пожилые люди, но и дети [22; 25; 27]. Больной ребенок часто инвалидизируется взрослыми, переживает чувство оторванности от своих сверстников, стигматизируется и самостигматизируется. Контакты с близкими сужаются до решения проблем, связанных со здоровьем и нездоровьем ребенка. Переживание оставленности, неполноценности, покинутости могут ранить даже больше, чем физический недуг. Феномен вовлеченности проявляет себя в ограничении взрослым активности ребенка активностью, типичной для больного человека (прием лекарств, наблюдения врача и др.). Взрослый как бы забывает, что перед ним не просто больной, а ребенок, страдающий недугом, которому следовало бы продолжать жить своими ограниченными, но все-таки детскими радостями.

В целом отметим, что актуальные и отдаленные последствия переживания стресса детьми описываются современными исследователями в виде системы разного рода нарушений — снижения умственной работоспособности, психофизиологической устойчивости к стрессу, подверженности различным заболеваниям (аллергии, бронхиальной астме, аутоиммунным и сердечно-сосудистым заболеваниям, депрессии, расстройствам личности) [8; 13; 39; 40; 42; 50]. Ограниченные возможности совладания со стрессом в детском возрасте [36] еще более сужаются под влиянием интенсивных стрессоров психотравмирующего характера, влияя на копинг-поведение на последующих этапах жизни [7].

Проведенный анализ современной литературы позволил выделить и дифференцировать особенности, характерные для переживания стресса детьми в разных жизненных ситуациях — повседневных и психотравмирующих (экстремальных); показать, что «позитивное окружение» может выступать как ресурсом совладания со стрессом, так и антиресурсом — дополнительным стрессором (когда родители отрицают или игнорируют данную ситуацию как трудную для ребенка, не помогают ему) или даже самостоятельным негативным фактором (когда родительское поведение травмирует ребенка, например, физическое и другие виды насилия).

Повседневный стресс характеризуется отсутствием явного стрессора с четкими временными и пространственными границами. Нередко он возникает на скрытую причину, не проявляющую себя в форме угрозы. Для событий, которые могут стать

причиной повседневного стресса у детей, характерно отсутствие негативного отношения со стороны социума. Подобные ситуации находятся на границе нормы, но не включаются при этом в перечень ненормативных для развития ребенка событий. Тем не менее чувство безопасности ребенка может быть со временем утрачено и уступить место ощущению одиночества, ненужности, оставленности. Переживая стресс, человек в той или иной мере испытывает состояние депривации. В случае детского стресса наблюдается эмоциональная депривация, теряется чувство психологической близости ребенка со взрослыми, что находит проявление практически во всех сферах его жизнедеятельности. Переживание повседневного стресса сопровождается не только эмоциональной, но и социальной, а также информационной депривацией.

В отличие от повседневного травматический стресс связан с конкретным жизненным событием, угрожающим здоровью и жизни ребенка и/или его близким, при этом чувство безопасности утрачивается ребенком по причине его включенности в ситуацию в качестве агента стрессового события. Подобные события вызывают страх, ужас, жалость, осуждение со стороны социума и являются ненормативными. При травматическом стрессе, наряду с эмоциональной, социальной и информационной депривацией, может возникать угроза здоровья и жизни ребенка, т.е. физическая депривация, которая в некоторой степени вытесняет социальную и информационную. Важно отметить, что интенсивность переживания ребенком повседневного и травматического стресса исключительно индивидуальна. В случае неправильного отреагирования ребенком стресса его последствия могут проявляться во взрослом возрасте, кардинально снижая уровень нормального функционирования личности.

### **Выводы**

1. Тема стресса представлена в исследовании в контексте системного анализа проблемы психологической безопасности и ее факторов, таких как внутренний комфорт, позитивное окружение, опытность/информированность — составляющих имплицитной концепции психологической безопасности.

2. Показано, что феноменология стресса как напряженного состояния адекватно рассматривается в соотношении с другими переменными — социальными и личными ресурсами; социальным ресурсом выступает позитивное окружение, личным — опыт, поиск информации, регуляция и контроль. Основное внимание было уделено ресурсности/антиресурсности социального окружения.

3. Анализ детского стресса и его психологических последствий проанализирован с учетом контекста — влияния повседневных и психотравмирующих стрессоров и степени ресурсности/антиресурсности социального окружения. Повседневный стресс характеризуется отсутствием явного стрессора с четкими временными и пространственными границами. Травматический стресс связан с конкретным жизненным событием, угрожающим здоровью и жизни ребенка и/или его близких.

4. Дифференцированно исследованы феномены оставленности и вовлеченности. Показано, что оставленность проявляет себя в нормативных условиях

взаимодействия ребенка со сверстниками и взрослыми, в условиях повседневного стресса, который сопровождается эмоциональной, социальной и информационной депривацией. Вовлеченность проявляется в основном в условиях травматического стресса и сопровождается физической депривацией. Оба феномена выступают источником дополнительного стресса для ребенка или самостоятельным травмирующим фактором.

## Литература

1. Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Чибисова И.А. и др. Клинические и клинико-психологические аспекты жестокого обращения с детьми // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2017. Том 3. № 1 (16). С. 3–9.
2. Бочавер А.А. Школьный опыт буллинга и актуальное благополучие у студентов // Психологическая наука и образование. 2021. Том 26. № 2. С. 17–27. DOI: 10.17759/pse.2021260202
3. Бурлакова Н.С. Психическое развитие детей, переживших массовые бедствия: от изучения последствий к проектированию развития на основе культурно-исторического анализа // Национальный психологический журнал. 2018. № 1 (29). С. 17–29. DOI: 10.11621/npj.2018.0102
4. Виленская Г.А. Эмоциональная регуляция: факторы ее развития и связанные с ней виды поведения // Психологический журнал. 2020. Том 41. № 5. С. 63–76. DOI: 10.31857/S020595920011083-7
5. Вохмянина М.М., Хабарова Т.Ю. Психологическая реабилитация лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Центральный научный вестник. 2017. № 24 (41). С. 12–13.
6. Герасименко О.А. Исследование виктимности несовершеннолетних при проведении судебно-психологических экспертиз по делам об изнасиловании // Вопросы криминологии, криминалистики и судебной экспертизы. 2018. № 1 (43). С. 56–61.
7. Герсамия А.Г., Меньшикова А.А., Яковлев А.А. Стресс в детском возрасте и психологические особенности личности при аффективных расстройствах // Экспериментальная психология. 2016. Том 9. № 3. С. 103–117. DOI: 10.17759/exppsy.2016090309
8. Григорьев К.И. Адаптация и стресс в детском возрасте. М.: МЕДПресс-Информ, 2014. 304 с.
9. Грязнов Б.С. Логика, рациональность, творчество. 2-е изд. М.: Едиториал УРСС, 2002. 256 с.
10. Дан М.В. Личностная зрелость и ее роль в динамике эмоционального отношения и дистанции матери и совершеннолетнего ребенка с тяжелым

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

заболеванием // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Том 7. № 2. URL:  
<https://mir-nauki.com/PDF/99PSMN219.pdf> (дата обращения: 13.09.2022)

11. Дробышева Т.В., Романовская М.А. Особенности социально-психологических свойств личности в зависимости от условий ранней социализации в семье // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2016. № 3. С. 83–97.

12. Захарова И.Н., Ершова И.Б., Творогова Т.М. и др. Стресс у детей и подростков – проблема сегодняшнего дня // Медицинский совет. 2021. № 1. С. 237–246. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-1-237-246

13. Захарова И.Н., Творогова Т.Н., Пшеничникова И.И. и др. Стресс и стресс-индуцированные расстройства у детей // Медицинский совет. 2018. № 11. С. 110–116. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-11-110-116

14. Захарова Н.М., Цветкова М.Г. Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям // Психология и право. 2020. Том 10. № 4. С. 185–197. DOI: 10.17759/psylaw.2020100413

15. Иванова М.В., Савельев В.В. Факторы социально-психологической адаптации подростков к обучению в Суворовском военном училище // Образование и наука. 2016. № 7. С. 105–116. DOI: 10.17853/1994-5639-2016-7-105-116

16. Ишмуратова Ю.А., Потанина А.М., Цыганов И.Ю. и др. Некогнитивные предикторы академических достижений в различные периоды обучения // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2019. № 3. С. 25–40. DOI: 10.18384/2310-7235-2019-3-25-40

17. Катунцова В.В. Практико-ориентированный подход к типологии школьной дезадаптации // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 3. С. 19–39. DOI: 10.17759/cpse.2019080302

18. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Изд-во «Наука», 1983. 386 с.

19. Никитина Д.А. Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающим жизни заболеванием: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021. 28 с.

20. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2-е изд. СПб.: Питер, 2005. 400 с.

21. Рубченко А.К. Самоотношение и отношение юношей и девушек к родителям при семейной депривации: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007. 22 с.

22. Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А. и др. Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. № 4. С. 76–82. DOI: 10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82

23. Савенышева С.С., Заплетина О.О. Родительский стресс матерей детей раннего и дошкольного возраста: роль социально-демографических факторов // Мир науки.

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е., Дымова Е.Н. Психологические последствия переживания стресса в детском возрасте — феномены «оставленности» и «вовлеченности» Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E., Dymova E.N. Psychological Consequences of Experienced Stress in Childhood — Phenomena of "Abandonment" and "Involvement" Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

Педагогика и психология. 2019. № 6. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/65PSMN619.pdf> (дата обращения: 13.09.2022)

24. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А. и др. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.

25. Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А. Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 131–149. DOI:10.17759/cpse.2018070408

26. Харламенкова Н.Е. Представление о психологической безопасности: возрастной и личностный компоненты // Современная личность: Психологические исследования / Под ред. М.И. Володиковой, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во Институт психологии РАН, 2012. С. 141–160.

27. Харламенкова Н.Е., Дан М.В., Казымова Н.Н. и др. Динамика уровня стресса и изменение представлений о болезни у подростков с опухолями опорно-двигательного аппарата и их матерей // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Т. 7. № 4. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/02PSMN419.pdf> (дата обращения: 13.09.2022)

28. Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В. и др. Психологическая безопасность личности: имплицитная и эксплицитная концепции. М.: Институт психологии РАН, 2017. 263 с.

29. Холлис Дж. Душевные омуты: Возвращение к жизни после тяжелых потрясений. М.: Когито-Центр, 2008. 192 с.

30. Чжу М. Психосоциальная проблема длительной разлуки подростков с родителями в Китае // Мир науки, культуры, образования. 2017. № 6 (67). С. 389–392.

31. Шейнов В.П. Психологическая виктимизация жертв издевательств как источник отрицательных эмоциональных состояний // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. 2019. Том 4. № 3 (13). С. 94–123.

32. Assari S. Family socioeconomic status and exposure to childhood trauma: racial differences // Children. 2020. Vol. 7. № 6. Article. 57. DOI: 10.3390/children7060057

33. Augustijn L. Children's experiences of stress in joint physical custody // Child & Youth Care Forum. 2021. № 51 (1). P. 867–884. DOI: DOI: 10.1007/s10566-021-09659-5

34. Brabeck K.M., Cardoso J.B., Chen T. et al. Discrimination and PTSD among Latinx immigrant youth: The moderating effects of gender // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2022. Vol. 14. № 1. P. 11–19. DOI: 10.1037/tra0001126

35. Buisman R.S.M., Bakermans-Kranenburg M.J., Pittner K. et al. Child maltreatment and parent-offspring interaction: A multigenerational extended family design // Journal of Family Psychology. 2021. Vol. 35 (6). P. 735–744. DOI: 10.1037/fam0000841

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

36. *Campbell C.L., Wamser-Nanney R., Sager J.C.* Children's coping and perceptions of coping efficacy after sexual abuse: Links to trauma symptoms // *Journal of Interpersonal Violence*. 2021. Vol. 36. № 19–20. P. 9077-9099. DOI: 10.1177/0886260519863726

37. *Delvecchio E., Germani A., Raspa V. et al.* Parenting styles and child's well-being: The mediating role of the perceived parental stress // *Europe's Journal of Psychology*. 2020. Vol. 16. № 3. P. 514–531. DOI: 10.5964/ejop.v16i3.2013

38. *Dugal C., Bigras N., Godbout N. et al.* Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae // *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder — from Theory to Practice* / G. El-Baalbaki, C. Fortin (eds.). Rijeka: InTech, 2016. P. 71–107. DOI: 10.5772/64476

39. *Elwenspoek M.C., Kuehn A., Muller C.P. et al.* The effects of early life adversity on the immune system // *Psychoneuroendocrinology*. 2017. Vol. 82. P. 140–154. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.05.012

40. *Gupta A., Mayer E.A., Acosta J.R. et al.* Early adverse life events are associated with altered brain network architecture in a sex-dependent manner // *Neurobiology of Stress*. 2017. Vol 7. P. 16–26. DOI: 10.1016/j.ynstr.2017.02.003

41. *Isobel S., Goodyear M., Foster K.* Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis // *Trauma, Violence and Abuse*. 2017. Vol. 20. № 4. P. 549–559. DOI:10.1177/1524838017726424

42. *Kendall P.C., Swan A.J., Carper M.M. et al.* Anxiety disorders among children and adolescents // *APA handbook of psychopathology: Child and adolescent psychopathology* / J.N. Butcher, P.C. Kendall (eds.). Vol. 2. Washington D.C. American Psychological Association, 2018. P. 213–230. DOI: 10.1037/0000065-011

43. *Kerig P.K.* Linking childhood trauma exposure to adolescent justice involvement: The concept of posttraumatic risk seeking // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2019. Vol. 26. № 3. Article e12280. DOI:10.1111/cpsp.12280

44. *Kilmer R.P., Gil-Rivas V., Roof K.A.* Associations between children's self-system functioning and depressive and posttraumatic stress symptoms following disaster // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2020. Vol. 90. № 6. P. 667–676. DOI: 10.1037/ort0000487

45. *Klemfuss J.Z., Musser E.D.* Talking about emotions: Effects of emotion-focused interviewing on children's physiological regulation of stress and discussion of the subjective elements of a stressful experience // *Journal of Experimental Child Psychology*. 2020. Vol. 198. Article 104920. DOI 10.1016/j.jecp.2020.104920

46. *Kouros C.D., Wee S.E., Carson C.N. et al.* Children's self-blame appraisals about their mothers' depressive symptoms and risk for internalizing symptoms // *Journal of Family Psychology*. 2020. Vol. 34. № 5. P. 534–543. DOI: 10.1037/fam0000639

47. *Majorano M., Guerzoni L., Cuda D. et al.* Mothers' emotional experiences related to their child's diagnosis of deafness and cochlear implant surgery: Parenting stress and

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

child's language development // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2020. Vol. 130. Article 109812. DOI: 10.1016/j.ijporl.2019.109812

48. McIntosh J.E., Tan E.S., Greenwood C. et al. Profiling mother and father reports of safety risks in a postseparation cohort // Psychology of Violence. 2021. Vol. 11. № 1. P. 61–71. DOI: 10.1037/vio0000321

49. Moore H., Benbenishty R., Astor R.A. et al. The positive role of school climate on school victimization, depression, and suicidal ideation among school-attending homeless youth // Journal of School Violence. 2018. Vol. 17. № 3. P. 298–310. DOI: 10.1080/15388220.2017.1322518

50. Mortier P., Alonso J., Auerbach R. et al. Childhood adversities and suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: results from the WMH-ICS initiative // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2021. Vol. 57(8). P. 1591–1601. DOI: 10.1007/s00127-021-02151-4

51. Orbach I. From abandonment to symbiosis: A developmental reversal in suicidal adolescents // Psychoanalytic Psychology. 2007. Vol. 24. № 1. P. 150–166. DOI: 10.1037/0736-9735.24.1.150

52. Reid K., Berle D. Parental trajectories of PTSD and child adjustment: Findings from the building a new life in Australia study // American Journal of Orthopsychiatry. 2020. Vol. 90. № 2. P. 288–295. DOI: 10.1037/ort0000434

53. Rygaard N.P. Improving the mental health of abandoned children: Experiences from a global online intervention // American Psychologist. 2020. Vol. 75. № 9. P. 1376–1388. DOI: 10.1037/amp0000726

54. Sternberg R.J. Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 411 p.

55. Walsh M., Millar M., Westfall R.S. Sex differences in responses to emotional and sexual infidelity in dating relationships // Journal of Individual Differences. 2019. Vol. 40 (2). P. 63–70. DOI: 10.1027/1614-0001/a000277

56. Wamser-Nanney R. Posttraumatic stress disorder and expectations of parenthood and children's development // Journal of Traumatic Stress. 2019. Vol. 32. № 2. P. 277–286. DOI: 10.1002/jts.22398

57. Yeo S.C., Jos A.M., Erwin C. et al. Associations of sleep duration on school nights with self-rated health, overweight, and depression symptoms in adolescents: problems and possible solutions // Sleep Medicine. 2019. Vol. 60. P. 96–108. DOI: 10.1016/j.sleep.2018.10.041

## References

1. Badmaeva V.D., Dozortseva E.G., Chibisova I.A. et al. Klinicheskie i kliniko-psikhologicheskie aspekty zhestokogo obrashcheniya s det'mi [Clinical and clinical-

psychological aspects of child abuse]. *Vestnik Soveta molodykh uchenykh i spetsialistov Chelyabinskoi oblasti=Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk region*, 2017, vol. 3, no. 1 (16), pp. 3–9 (In Russ., abstr. In Engl.).

2. Bochaver A.A. Shkol'nyi opyt bullinga i aktual'noe blagopoluchie u studentov [School Bullying Experience and Current Well-Being Among Students]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2021, vol. 26, no. 2, pp. 17–27. DOI: 10.17759/pse.2021260202 (In Russ., abstr. In Engl.).

3. Burlakova N.S. Psikhicheskoe razvitie detei, perezhivshikh massovye bedstviya: ot izucheniya posledstviy k proektirovaniyu razvitiya na osnove kul'turno-istoricheskogo analiza [Mental development of children who have survived mass disasters: from studying the consequences to designing development based on cultural and historical analysis]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal=National Psychological Journal*, 2018, no. 1 (29), pp. 17–29. DOI: 10.11621/npj.2018.0102 (In Russ., abstr. In Engl.).

4. Vilenskaya G.A. Emotsional'naya regulyatsiya: faktory ee razvitiya i svyazannye s nei vidy povedeniya [Emotional regulation: factors of its development and related behaviors]. *Psikhologicheskii zhurnal=Psychological Journal*, 2020, vol. 41, no. 5, pp. 63–76. DOI: 10.31857/S020595920011083-7 (In Russ., abstr. In Engl.).

5. Vokhmyanina M.M., Khabarova T.Yu. Psikhologicheskaya reabilitatsiya lits s posttravmaticheskimi stressovymi rasstroistvami [Psychological rehabilitation of persons with post-traumatic stress disorders]. *Tsentral'nyi nauchnyi vestnik=Central Scientific Bulletin*, 2017, no. 24 (41), pp. 12–13. (In Russ., abstr. In Engl.).

6. Gerasimenko O.A. Issledovanie viktимности nesovershennoletnikh pri provedenii sudebno-psikhologicheskikh ekspertiz po delam ob iznasilovanii [Investigation of victimization of minors during forensic psychological examinations in cases of rape]. *Voprosy kriminologii, kriminalistiki i sudebnoi ekspertizy=Questions of Criminology, Criminology and Forensic Examination*, 2018, no. 1 (43), pp. 56–61. (In Russ., abstr. In Engl.).

7. Gersamiya A.G., Men'shikova A.A., Yakovlev A.A. Stress v detskom vozraste i psikhologicheskie osobennosti lichnosti pri affektivnykh rasstroistvakh [Stress in childhood and psychological characteristics of personality in affective disorders]. *Ekspериментальная психология=Experimental Psychology*, 2016, vol. 9, no. 3, pp. 103–117. DOI: 10.17759/exppsy.2016090309 (In Russ., abstr. In Engl.).

8. Grigor'ev K.I. Adaptatsiya i stress v detskom vozraste [Adaptation and stress in childhood]. Moscow: MEDPress-Inforn, 2014. 304 p. (In Russ.).

9. Gryaznov B.S. Logika, racional'nost', tvorchestvo [Logic, rationality, creativity]. 2nd ed. Moscow: Editorial URSS, 2002. 256 p. (In Russ.).

10. Dan M.V. Lichnostnaya zrelost' i ee rol' v dinamike emotsional'nogo otnosheniya i distantsii materi i sovershennoletnego rebenka s tyazhelym zabolevaniem [Personal maturity and its role in the dynamics of the emotional relationship and distance between a mother and an adult child with a serious illness]. *Mir nauki. Pedagogika i*



Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

*psikhologiya=The World of Science. Pedagogy and Psychology*], 2019, vol. 7, no. 2. URL:  
<https://mir-nauki.com/PDF/99PSMN219.pdf>. (In Russ., abstr. In Engl.). (Accessed:  
13.09.2022)

11. Drobysheva T.V., Romanovskaya M.A. Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskikh svoystv lichnosti v zavisimosti ot uslovii rannei sotsializatsii v sem'e [Features of socio-psychological personality traits depending on the conditions of early socialization in the family]. *Novoe v psikhologo-pedagogicheskikh issledovaniyakh=New in Psychological and Pedagogical Research*, 2016, no. 3, pp. 83–97. (In Russ., abstr. In Engl.).

12. Zakharova I.N. Ershova I.B., Tvorogova T.M. et al. Stress u detei i podrostkov – problema segodnyashnego dnya [Stress in children and adolescents is a problem of today]. *Meditsinskii sovet=Medical Advice*, 2021, no. 1, pp. 218–227. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-1-237-246 (In Russ., abstr. In Engl.).

13. Zakharova I.N., Tvorogova T.N., Pshenichnikova I.I. et al. Stress i stress-indutsirovannye rasstroistva u detei [Stress and stress-induced disorders in children]. *Meditsinskii sovet=Medical Advice*, 2018, no. 11, pp. 110–116. (In Russ., abstr. In Engl.).

14. Zakharova N.M., Tsvetkova M.G. Psikhicheskie i povedencheskie narusheniya u mirnogo naseleniya regiona, podvergshegosya lokal'nym voennym deistviyam [Mental and behavioral disorders in the civilian population of the region subjected to local military operations]. *Psikhologiya i pravo =Psychology and Right*, 2020, vol. 10, no. 4, pp. 185–197. DOI: 10.17759/psylaw.2020100413 (In Russ., abstr. In Engl.).

15. Ivanova M.V., Savel'ev V.V. Faktory sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii podrostkov k obucheniyu v Suvorovskom voennom uchilishche [Factors of socio-psychological adaptation of adolescents to study at the Suvorov Military College]. *Obrazovanie i nauka=Education and Science*, 2016, no. 7, pp. 105–116. DOI: 10.17853/1994-5639-2016-7-105-116 (In Russ., abstr. In Engl.).

16. Ishmuratova Yu.A., Potanina A.M., Tsyganov I.Yu. et al. Nekognitivnye prediktory akademicheskikh dostizhenii v razlichnye periody obucheniya [Non-cognitive predictors of academic achievement in different periods of study]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki=Bulletin of the Moscow State Regional University. Series: Psychological Sciences*, 2019, no. 3, pp. 25–40. DOI: 10.18384/2310-7235-2019-3-25-40 (In Russ., abstr. In Engl.).

17. Katunova V.V. Praktiko-orientirovannyi podkhod k tipologii shkol'noi dezadaptatsii [A practice-oriented approach to the typology of school maladaptation]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 19–39. DOI: 10.17759/cpse.2019080302 (In Russ., abstr. In Engl.).

18. Kitaev-Smyk L.A. Psihologiya stressa. Moscow: Nauka, 1983. 386 p. (In Russ.).

19. Nikitina D.A. Posttravmaticheskii stress u lyudei raznogo vozrasta s ugrozhayushchim zhizni zabolevaniem [Post-traumatic stress in people of different ages with a life-threatening disease. PhD (Psychology) Thesis]. Moscow, 2021. 28 p. (In Russ.).

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

20. Prikhozhan A.M., Tolstykh N.N. Psikhologiya sirotstva [Psychology of orphanhood]. 2-nd ed. Saint-Petersburg: Piter, 2005. 400 p. (In Russ.).

21. Rubchenko A.K. Samootnoshenie i otnoshenie yunoshei i devushek k roditelyam pri semeinoi deprivatsii [Self-attitude and attitude of boys and girls to parents in family deprivation. PhD. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2007. 22 p. (In Russ.).

22. Ryabova T.V., Nikol'skaya N.S., Stefanenko E.A., et al. Kontsept «emotsional'nyi distress» kak vozmozhnyi pokazatel' narushenii adaptatsii u detei/podrostkov s onkologicheskimi i onkogematologicheskimi zabolevaniyami i ukhazhivayushchikh za nimi vzroslykh [The concept of "emotional distress" as a possible indicator of adaptation disorders in children/adolescents with oncohematological diseases and adults caring for them]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii*=*Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 2019, no. 4, pp. 76–82. DOI: 10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82 (In Russ., abstr in Engl.).

23. Savenysheva S.S., Zapletina O.O. Roditel'skii stress materei detei rannego i doshkol'nogo vozrasta: rol' sotsial'no-demograficheskikh faktorov [Parental stress of mothers of children of early and preschool age: the role of socio-demographic factors]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya*=*The world of science. Pedagogy and psychology*, 2019, no. 6. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/65PSMN619.pdf> (Accessed: 13.09.2022). (In Russ.).

24. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Padun M.A. et al. Intensivnyi stress v kontekste psikhologicheskoi bezopasnosti [Intense stress in the context of psychological security]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2017. 344 p. (In Russ.).

25. Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotsional'noe sostoyanie i strategii sovladaniya podrostkov s onkogematologicheskimi zabolevaniyami [Emotional state and coping strategies of adolescents with oncohematological diseases]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*=*Clinical Psychology and Special Education*, 2018, vol. 7, no. 4, pp. 131–149. DOI: 10.17759/cpse.2018070408 (In Russ., abstr in Engl.).

26. Kharlamenkova N.E. Predstavlenie o psikhologicheskoi bezopasnosti: vozrastnoi i lichnostnyi komponenty [The idea of psychological security: age and personal components]. In M.I. Volovikova, N.E. Kharlamenkova (eds.) *Sovremennaya lichnost': Psikhologicheskie issledovaniya*=*Modern Personality: Psychological Research*. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2012. pp. 141–160.

27. Kharlamenkova N.E., Dan M.V., Kazymova N.N. et al. Dinamika urovnya stressa i izmenenie predstavlenii o bolezni u podrostkov s opukholyami oporno-dvigatel'nogo apparata i ikh materei [Dynamics of stress levels and changing perceptions of the disease in adolescents with tumors of the musculoskeletal system and their mothers]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya*=*The World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2019, vol. 7, no. 4. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/02PSMN419.pdf> (Accessed: 13.09.2022). (In Russ., abstr in Engl.).

28. Kharlamenkova N.E., Tarabrina N.V., Bykhovets Yu.V. et al. Psikhologicheskaya bezopasnost' lichnosti: implitsitnaya i eksplitsitnaya kontseptsii [Psychological security of

the individual: implicit and explicit concepts]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2017. 263 p.

29. Kholis Dzh. Dushevnye omuty: Vozvrashchenie k zhizni posle tyazhelykh potryaseni [Emotional whirlpools: returning to life after severe shocks]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2008. 192 p.

30. Chzhu M. Psikhosotsial'naya problema dlitel'noi razluki podrostkov s roditelyami v Kitae [The psychological problem of prolonged separation of teenagers from their parents in China]. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya=The World of Science, Culture, Education*, 2017, no. 6 (67), pp. 389–392. (In Russ., abstr in Engl.).

31. Sheinov V.P. Psikhologicheskaya viktimizatsiya zhertv izdevatel'stv kak istochnik otritsatel'nykh emotsional'nykh sostoyanii [Psychological victimization of bullying victims as a source of negative emotional states]. *Institut psikhologii Rossiiskoi akademii nauk. Sotsial'naya i ekonomicheskaya psikhologiya=Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Social and Economic Psychology*, 2019, vol. 4. no. 3 (13), pp. 94–123. (In Russ., abstr in Engl.).

32. Assari S. Family socioeconomic status and exposure to childhood trauma: racial differences. *Children*, 2020, vol. 7, no. 6, article 57. DOI: 10.3390/children7060057

33. Augustijn L. Children's experiences of stress in joint physical custody. *Child & Youth Care Forum. Springer US*, 2021, no. 51 (1), pp. 867–884. DOI: 10.1007/s10566-021-09659-5

34. Brabeck K.M., Cardoso J.B., Chen T. et al. Discrimination and PTSD among Latinx immigrant youth: The moderating effects of gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2022, vol. 14, no. 1, pp. 11–19. DOI: 10.1037/tra0001126

35. Buisman R.S.M., Bakermans-Kranenburg M.J., Pittner K. et al. Child maltreatment and parent-offspring interaction: A multigenerational extended family design. *Journal of Family Psychology*, 2021, vol. 35 (6), pp. 735–744. DOI: 10.1037/fam0000841

36. Campbell C.L., Wamser-Nanney R., Sager J.C. Children's coping and perceptions of coping efficacy after sexual abuse: Links to trauma symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 2021, vol. 36. no. 19–20, pp. 9077–9099. DOI: 10.1177/0886260519863726

37. Delvecchio E., Germani A., Raspa V. et al. Parenting styles and child's well-being: The mediating role of the perceived parental stress. *Europe's Journal of Psychology*, 2020, vol. 16, no. 3, pp. 514–531. DOI: 10.5964/ejop.v16i3.2013

38. Dugal C., Bigras N., Godbout N. et al. Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae. In G. El-Baalbaki, C. Fortin (eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder — from Theory to Practice*. Rijeka: INTOCH, 2016. pp. 71–107. DOI: 10.5772/64476

39. Elwenspoek M.C., Kuehn A., Muller C.P. et al. The effects of early life adversity on the immune system. *Psychoneuroendocrinology*, 2017, vol. 82, pp. 140–154. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.05.012

40. Gupta A., Mayer E.A., Acosta J.R. et al. Early adverse life events are associated with altered brain network architecture in a sex-dependent manner. *Neurobiology of Stress*, 2017, vol. 7, pp. 16–26. DOI: 10.1016/j.ynstr.2017.02.003
41. Isobel S., Goodyear M., Foster K. Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis. *Trauma, Violence and Abuse*, 2017, vol. 20, no. 4, pp. 549–559. DOI: 10.1177/1524838017726424
42. Kendall P.C., Swan A.J., Carper M.M., Hoff A.L. Anxiety disorders among children and adolescents. In J.N. Butcher, P.C. Kendall (eds), *APA Handbook of Psychopathology: Child and Adolescent Psychopathology*. Vol. 2. Washington D.C.: American Psychological Association, 2018. pp. 213–230. DOI: 10.1037/0000065-011
43. Kerig P.K. Linking childhood trauma exposure to adolescent justice involvement: The concept of posttraumatic risk seeking. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2019, vol. 26, no. 3. Article e12280. DOI: 10.1037/h0101756
44. Kilmer R.P., Gil-Rivas V., Roof K.A. Associations between children's self-system functioning and depressive and posttraumatic stress symptoms following disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2020, vol. 90, no. 6, pp. 667–676. DOI: 10.1037/ort0000487
45. Klemfuss J.Z., Musser E.D. Talking about emotions: Effects of emotion-focused interviewing on children's physiological regulation of stress and discussion of the subjective elements of a stressful experience. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2020, vol. 198, Article 104920. DOI: 10.1016/j.jecp.2020.104920
46. Kouros C.D., Wee S.E., Carson C.N. et al. Children's self-blame appraisals about their mothers' depressive symptoms and risk for internalizing symptoms. *Journal of Family Psychology*, 2020, vol. 34, no. 5, pp. 534–543. DOI: 10.1037/fam0000639
47. Majorano M., Guerzoni L., Cuda D. et al. Mothers' emotional experiences related to their child's diagnosis of deafness and cochlear implant surgery: Parenting stress and child's language development. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2020, vol. 130, Article 109812. DOI: 10.1016/j.ijporl.2019.109812
48. McIntosh J.E., Tan E.S., Greenwood C. et al. Profiling mother and father reports of safety risks in a postseparation cohort. *Psychology of Violence*, 2021, vol. 11, no. 1, pp. 61–71. DOI: 10.1037/vio0000321 10.1037/vio0000321
49. Moore H., Benbenishty R., Astor R.A. et al. The positive role of school climate on school victimization, depression, and suicidal ideation among school-attending homeless youth. *Journal of School Violence*, 2018, vol. 17, no. 3, pp. 298–310. DOI: 10.1080/15388220.2017.1322518
50. Mortier P., Alonso J., Auerbach R. et al. Childhood adversities and suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: results from the WMH-ICS initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2021. Aug 23. DOI: 10.1007/s00127-021-02151-4

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.

51. Orbach I. From abandonment to symbiosis: A developmental reversal in suicidal adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 2007, vol. 24, no. 1, pp. 150–166. DOI: 10.1037/0736-9735.24.1.150
52. Reid K., Berle D. Parental trajectories of PTSD and child adjustment: Findings from the building a new life in Australia study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2020, vol. 90, no. 2, pp. 288–295. DOI: 10.1037/ort0000434
53. Rygaard N. P. Improving the mental health of abandoned children: Experiences from a global online intervention. *American Psychologist*, 2020, vol. 75, no. 9, pp. 1376–1388. DOI: 10.1037/amp0000726
54. Sternberg R.J. Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 411 p.
55. Walsh M., Millar M., Westfall R.S. Sex differences in responses to emotional and sexual infidelity in dating relationships. *Journal of Individual Differences*, 2019, vol. 40 (2), pp. 63–70. DOI: 10.1027/1614-0001/a000277
56. Wamser-Nanney R. Posttraumatic stress disorder and expectations of parenthood and children's development. *Journal of Traumatic Stress*, 2019, vol. 32, no. 2, pp. 277–286. DOI: 10.1002/jts.22398
57. Yeo S.C., Jos A.M., Erwin C. et al. Associations of sleep duration on school nights with self-rated health, overweight, and depression symptoms in adolescents: problems and possible solutions. *Sleep Medicine*, 2019, vol. 60, pp. 96–108. DOI: 10.1016/j.sleep.2018.10.041

### Информация об авторах

Харламенкова Наталья Евгеньевна, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)

Никитина Дарья Алексеевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)

Шаталова Надежда Евгеньевна, ведущий специалист, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1413-7529>, e-mail: [shatalovane@ipran.ru](mailto:shatalovane@ipran.ru)

Дымова Екатерина Николаевна, младший научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9638-5595>, e-mail: [grebennikovakaty@mail.ru](mailto:grebennikovakaty@mail.ru)

### Information about the authors

Natalia E. Kharlamenkova, Doctor of Psychology, Professor, Deputy Director, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е.,  
Дымова Е.Н. Психологические последствия  
переживания стресса в детском возрасте —  
феномены «оставленности» и «вовлеченности»  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 71–96.

*Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A., Shatalova N.E.,  
Dymova E.N. Psychological Consequences  
of Experienced Stress in Childhood — Phenomena  
of "Abandonment" and "Involvement"  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 71–96.*

*Daria A. Nikitina*, PhD (Psychology), Researcher, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: [d.a.nikitina@yandex.ru](mailto:d.a.nikitina@yandex.ru)

*Nadezhda E. Shatalova*, Leading Specialist, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1413-7529>, e-mail: [shatalovane@ipran.ru](mailto:shatalovane@ipran.ru)

*Ekaterina N. Dymova*, Junior Researcher, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9638-5595>, e-mail: [grebennikovakaty@mail.ru](mailto:grebennikovakaty@mail.ru)

*Получена: 26.02.2022*

*Received: 26.02.2022*

*Принята в печать: 13.09.2022*

*Accepted: 13.09.2022*

Эмпирические исследования | Empirical research

## Ошибки эпизодической вербальной памяти у больных шизофренией и в группе здоровых людей с разными профилями шизотипических черт

**Алфимова М.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0155-8412>, e-mail: [m.alfimova@gmail.com](mailto:m.alfimova@gmail.com)

**Плакунова В.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8690-5422>, e-mail: [jackfrost14.12@gmail.com](mailto:jackfrost14.12@gmail.com)

**Голимбет В.Е.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9960-7114>, e-mail: [golimbet@mail.ru](mailto:golimbet@mail.ru)

---

Целью работы был детальный анализ ошибок, возникающих при заучивании списков слов, у людей с шизофренией и здоровых людей с различными профилями шизотипических черт, поскольку он может пролить свет на когнитивные механизмы нарушений памяти в этих когортах. Тест слухоречевой памяти Рея (A. Rey, 1964) выполнили 511 людей с диагнозом шизофрении (средний возраст —  $33,40 \pm 11,53$  года; 57% женщин) и 307 здоровых испытуемых (средний возраст —  $25,20 \pm 7,64$  лет; 73% женщин). Здоровые испытуемые заполнили Опросник шизотипической личности в адаптации А.Г. Ефремова и С.Н. Ениколопова (2002) и были отнесены к группам с низкой, высокой, позитивной и негативной шизотипией. Симптоматика людей с шизофренией оценивалась с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов в адаптации С.Н. Мосолова (2001). Анализировались количество внесписочных включений, их персевераций, частотность и сила ассоциативной связи со стимулами, а также фонетические включения, включения из интерферирующих проб, ложные узнавания семантических и фонетических ловушек. Результаты показали, что по сравнению с группой условно здоровых испытуемых для людей с шизофренией характерно повышение числа внесписочных включений и их персевераций, проактивной интерференции и узнавания семантических ловушек; при высокой шизотипии наблюдались аналогичные тенденции в отношении внесписочных включений и ложных узнаваний. Данные можно интерпретировать в пользу идеи о нарушении мониторинга реальности и недостаточности кодирования внешних характеристик стимулов как конституционально обусловленных дефицитов обработки информации при шизофрении.

Алфимова М.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е.  
Ошибки эпизодической вербальной памяти  
у больных шизофренией и в группе здоровых людей  
с разными профилями шизотипических черт  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 97–119.

Alfimova M.V., Plakunova V.V., Golimbet V.E.  
Errors of Verbal Episodic Memory in Schizophrenia  
Patients and in Non-Clinical Group with Different  
Profiles of Schizotypal Traits  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 97–119.

**Ключевые слова:** слухоречевая память, ложная память, включения, персеверации, семантические ловушки, проактивная интерференция, шизофрения, шизотипия.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00230.

**Для цитаты:** Алфимова М.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е. Ошибки эпизодической вербальной памяти у больных шизофренией и в группе здоровых людей с разными профилями шизотипических черт [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 97–119. DOI: 10.17759/cpse.2022110304

---

## Errors of Verbal Episodic Memory in Schizophrenia Patients and in Non-Clinical Group with Different Profiles of Schizotypal Traits

**Margarita V. Alfimova**

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0155-8412>, e-mail: [m.alfimova@gmail.com](mailto:m.alfimova@gmail.com)*

**Victoria V. Plakunova**

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8690-5422>, e-mail: [jackfrost14.12@gmail.com](mailto:jackfrost14.12@gmail.com)*

**Vera E. Golimbet**

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9960-7114>, e-mail: [golimbet@mail.ru](mailto:golimbet@mail.ru)*

---

The aim of the study was to provide a fine grain analysis of errors generated on word list learning tasks by schizophrenia patients and healthy controls with different profiles of schizotypal traits, since it can shed light on the cognitive mechanisms of memory impairment in these cohorts. 511 patients (mean age 33.40±11.53 years; 57% women) and 307 healthy controls (mean age 25.20±7.64 years; 73% women) completed the Rey Auditory Verbal Learning Test (A. Rey, 1964). The healthy subjects were assigned to groups with low, high, positive and negative schizotypy based on the Schizotypal Personality Questionnaire adapted by A.G. Efremov and S.N. Enikolopov (2002). In patients, symptomatology was assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale adapted by S.N. Mosolov (2001). We analyzed the number of extra-list intrusions, their perseverations, frequency and strength of the associations with stimuli, as well as phonetic intrusions, intrusions from interference trails,



and false recognition of semantic and phonetic lures. The results showed that patients are characterized by an increase in the number of extra-list intrusions and their perseverations, proactive interference and recognition of semantic lures; similar trends regarding extra-list intrusions and false recognitions were observed in the high schizotypy group. The data can be interpreted in favor of the idea of impairment of reality monitoring and insufficient encoding of stimulus's surface features as inherent deficits of information processing in schizophrenia.

**Keywords:** auditory verbal memory, false memory, intrusions, perseverations, semantic lures, proactive interference, schizophrenia, shizotypy.

**Funding.** The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-013-00230.

**For citation:** Alfimova M.V., Plakunova V.V., Golimbet V.E. Errors of Verbal Episodic Memory in Schizophrenia Patients and in Non-Clinical Group with Different Profiles of Schizotypal Traits. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiii=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 97–119. DOI: 10.17759/cpse.2022110304 (In Russ., abstr. in Engl.).

---

## Введение

Нарушения эпизодической вербальной памяти представляют собой один из наиболее выраженных когнитивных дефицитов при шизофрении. Они проявляются не только в снижении продуктивности воспроизведения и узнавания, но также в росте ошибок памяти — воспроизведении слов, которых не было в стимульном списке (включений), и ложных узнаваний [13; 16]. Предполагают, что ошибки памяти являются выражением тех же когнитивных механизмов, которые определяют позитивные и дезорганизационные симптомы шизофрении, включая бред и галлюцинации, необычное поведение, нарушения мышления и речевых ассоциативных процессов. Таким образом, их анализ важен не только для понимания и коррекции дефицита памяти, но и для раскрытия когнитивной природы шизофренической симптоматики в целом.

К потенциальным механизмам ошибок памяти при шизофрении относят неконтролируемое распространение активации в семантической сети [18], нарушения мониторинга источника информации [28] и неэффективное когнитивное торможение [19]. Первый механизм предположительно лежит в основе нарушений ассоциативных процессов (аллюзивное мышление/нарушение избирательности мышления) [38] и может проявляться семантически связанными со стимулами ошибками памяти [34]. Второй механизм отсылает к нейропсихологической модели шизофрении К. Фрита, которая объясняет позитивные симптомы (открытость мыслей, бред воздействия, слуховые галлюцинации и пр.) неспособностью отслеживать собственные намерения к действию. На уровне памяти это проявляется не только внесписочными включениями, но и их повторением (персеверацией) в ходе заучивания материала [20]. Эти представления опираются на общую концепцию мониторинга источников информации, в которой выделяют мониторинг внешних и внутренних источников

информации, а также мониторинг реальности, т.е. дискриминацию внешних и внутренних источников [28]. Третий механизм — снижение когнитивного торможения — выражается как во внесписочных включениях, так и в проактивной интерференции, т.е. воспроизведении стимулов из предыдущих интерферирующих проб [19; 40]. При этом недостаточность когнитивного торможения трудно отличить от нарушений мониторинга внешних источников, и оба когнитивных механизма тесно связаны с функционированием префронтальной коры [21]. В соответствии с описанными представлениями были проведены исследования связи количества ошибок памяти с различными группами симптомов шизофрении. В некоторых работах ожидаемые корреляции включений с позитивными или дезорганизационными симптомами имели место [14; 22; 40], в других отсутствовали [26] или были неспецифичны для этих проявлений шизофрении [39].

Механизмы ошибок памяти при шизофрении преимущественно изучаются с помощью манипуляций с источниками стимулов, а также парадигмы Диза-Рёдигера-МакДермотт (ДРМ). В ДРМ список составлен из слов, тесно ассоциативно связанных с неким словом-понятием, которое отсутствует в списке. Такое слово называется критической ловушкой и в норме ошибочно воспроизводится и узнается в существенном количестве случаев, что называют ДРМ-иллюзией. Предложено два объяснения ДРМ-иллюзии [17]. Согласно первому, она возникает вследствие сочетания расширения активации семантической сети при кодировании с нарушением мониторинга при извлечении. Согласно второму, это результат конкуренции параллельно сохраняемых следов памяти, отражающих семантическую суть и буквальный образ стимула. При шизофрении ожидается усиление ДРМ-иллюзии в силу расширения активации и нарушения мониторинга реальности; последнее также должно отражаться в «экстернальном сдвиге» — тенденции расценивать порождения собственной психики как внешнюю информацию. Исследования с использованием манипуляции с источниками стимулов подтверждают наличие экстернального сдвига при шизофрении [14; 15]. В то же время данные, полученные с помощью ДРМ, оказались противоречивыми. У больных обнаружено как усиление, так и ослабление ДРМ-иллюзии, а в некоторых работах отличий пациентов от нормы не найдено [13; 30]. Эта несогласованность результатов может быть следствием факторов, связанных с развитием болезненного процесса. В качестве альтернативы изучают здоровых с шизотипическими чертами, поскольку такие выборки свободны от искажающих эффектов лекарств, госпитализации и нейрокогнитивного снижения.

Под шизотипией (ШТ) понимают совокупность личностных черт, напоминающих позитивные, негативные и дезорганизационные симптомы шизофрении. Предполагается, что ШТ находится на «здоровом» конце континуума проявлений шизофренического спектра, отражает генетическую предрасположенность к заболеванию и при определенных обстоятельствах ведет к клиническим последствиям — от расстройств личности до психоза [24]. Результаты исследования ошибок памяти при ШТ с помощью манипуляций источниками, в отличие от шизофрении, в основном отрицательные [11; 23], а с помощью ДРМ, как и для больных шизофренией, неоднозначны: для позитивной ШТ обнаружены нулевые, положительные

и отрицательные корреляции с ДРМ-иллюзией, а для дезорганизационных — в основном нулевые [33].

### Настоящее исследование

Как следует из теоретических представлений и исследований ошибок памяти при различных видах деменции [19; 25; 32], важную информацию о когнитивных и мозговых механизмах нарушений памяти может дать изучение различных типов включений, возникающих при заучивании списков несвязанных слов. В отношении состояний спектра шизофрении такой комплексный анализ различных видов включений, насколько нам известно, не проводился. Исследователи ограничивались оценкой связи между количеством включений и выраженностью различных групп симптомов и ШТ-дименсий и лишь в некоторых случаях отдельно рассматривали внесписочные включения и проактивную интерференцию [14; 22; 26; 35; 39; 40]. Мы решили восполнить этот пробел и проанализировать целый ряд характеристик включений, связанных с описанными выше механизмами ошибок памяти. Кроме того, представлялось важным оценить семантические особенности внесписочных включений. Ранее ДРМ выявила повышение количества семантически не связанных со стимулами включений и узнаваний у людей с шизофренией [13; 22] и здоровых людей, имеющих выраженные позитивные и дезорганизационные ШТ-черты [33; 37], что может быть следствием иной организации лексикона при шизофрении, для которой характерно изменение силы ассоциативных связей [30]. В отечественной клинической психологии снижение стандартности ассоциаций и уравнивание силы ассоциативных связей рассматривается в качестве центрального аспекта нарушения психической деятельности при шизофрении, изучается с помощью целого ряда экспериментальных парадигм и интерпретируется как индикатор нарушения мотивационной сферы [3] и снижения социальной обусловленности психической деятельности [7]. Однако исследования этого аспекта включений при расстройствах шизофренического спектра до сих пор не проведено. Чтобы восполнить этот пробел, мы оценили языковую частотность включений и силу их ассоциаций со стимулами на основе популяционных данных. Использование ассоциативных тезаурусов, в которых фиксируется частота встречаемости в общей популяции слов-ассоциаций на стимульные слова, является альтернативной использованию баз данных, отражающих семантические отношения (WordNet, RusNet [1]), так как позволяет учитывать психологическое — живое — значение слова [8] и соотносить особенности включений при заучивании несвязанных слов с результатами ДРМ-эксперимента.

Увеличение числа включений предположительно отражает генетическую предрасположенность к заболеванию [16]. Это подчеркивает важность анализа включений не только при шизофрении, но и при ШТ. Современные исследования указывают на существование в общей популяции таксоноподобных групп с различными профилями ШТ-черт, среди которых наиболее часто обнаруживаются группы с низкой или высокой выраженностью всех ШТ-черт, а также с преобладанием позитивной или негативной ШТ [31]. Для исследования ошибок памяти при ШТ ранее использовали метод экстремумов (сравнение индивидов с очень высокими и очень низкими показателями ШТ) [35–37], что оставляло вне поля зрения большую часть неклинической популяции. Чтобы преодолеть это ограничение, мы использовали

кластерный анализ большой группы здоровых лиц для отнесения здоровых испытуемых, участвовавших в исследовании ошибок памяти, к таксонам с разными ШТ-профилями.

Таким образом, **целью работы** было сравнительное изучение у людей с шизофренией и здоровых лиц с различными ШТ-профилями широкого спектра характеристик включений, которые по-разному связаны с когнитивными механизмами ошибок памяти. Мы предположили, что:

1) у больных относительно здоровых будут чаще встречаться все типы ошибок памяти, так как у них имеет место нарушение всех когнитивных механизмов этих ошибок;

2) частотность и сила ассоциаций включений со стимулами будет снижена;

3) ошибки памяти будут положительно коррелировать с позитивными и дезорганизационными симптомами;

4) аналогичные тенденции будут иметь место в группах позитивной и высокой смешанной ШТ.

### Материал и методы

**Выборка.** Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ) — №. 662/21.07.2020. Все испытуемые подписали информированное согласие на участие в нем.

Группа больных включала 511 пациентов с расстройствами шизофренического спектра, проходивших лечение в НЦПЗ (средний возраст —  $33,40 \pm 11,53$  года; 57% женщин; 64% получали или имели высшее образование). Согласно МКБ-10, 92% пациентов имели диагноз «шизофрения» (F20), остальные — «шизоаффективный психоз» (F25). У пациентов с шизофренией преобладала параноидная форма (F20.0; 97% всех выборки людей с шизофренией). Средняя длительность заболевания составила  $8,15 \pm 8,45$  лет. Исследование памяти проводили после стабилизации состояния. Острота симптоматики, измеренная с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS), на момент обследования была равна  $76,10 \pm 18,45$  баллов.

В группу здоровых вошли 307 человек (средний возраст —  $25,20 \pm 7,64$  лет; 73% женщин; 91% получали или имели высшее образование), заполнивших Опросник шизотипической личности (SPQ-74) и прошедших когнитивное обследование, включавшее Тест слухоречевой памяти Рея (RAVLT). Испытуемые были выбраны из базы данных лаборатории клинической генетики НЦПЗ, которая формировалась из студентов вузов, сотрудников научных учреждений и знакомых. Критериями включения для всех испытуемых были: 1) возраст от 16 до 66 лет и 2) отсутствие заболеваний (помимо шизофрении), нарушающих когнитивную деятельность. Для группы здоровых людей дополнительным критерием было отсутствие семейной отягощенности психическими расстройствами.

Для отнесения здоровых испытуемых к ШТ-таксонам использовались данные выборки из 1 377 заполнивших SPQ-74 здоровых испытуемых из этой же базы (включая 307 участников исследования ошибок памяти).

### **Методы**

SPQ-74 состоит из 74 вопросов и предполагает ответы испытуемого в формате «да/нет». Вопросы объединены в девять шкал, отражающих критерии шизотипического расстройства личности по DSM-3-R. Шкалы образуют три фактора: когнитивно-перцептивный/позитивный (необычное восприятие, магическое мышление, идеи отношения, подозрительность), межперсональный/негативный (социальная тревожность, ограниченный аффект, отсутствие друзей и подозрительность) и дезорганизационный (странное поведение и речь) [32]. Мы использовали адаптацию А.Г. Ефремова и С.Н. Ениколопова [2]. По нашим данным, шкалы теста имеют удовлетворительную внутреннюю согласованность ( $\alpha$  Кронбаха  $> 0,6$ ), за исключением шкалы Ограниченный аффект ( $\alpha = 0,52$ ) [12].

PANSS оценивает выраженность 30 симптомов по семибалльной шкале и заполняется психиатром. Для сопоставления с SPQ-74 мы использовали пятифакторную модель, в которой симптомы объединены в позитивный, негативный, когнитивно-дезорганизационный, депрессивно-тревожный и враждебный синдромы [29].

Тест RAVLT включает: 1) заучивание 15 не связанных между собой существительных (список А); список А предъявляется пять раз для непосредственного воспроизведения (пробы 1–5); 2) воспроизведение списка Б из 15 других существительных — интерференция; 3) воспроизведение списка А после списка Б (проба 6); 4) отсроченное (через 20 мин.) воспроизведение списка А (проба 7); 5) узнавание слов списка А среди предъявляемых на слух 30 слов.

Анализировали три показателя продуктивности памяти — заучивание, т.е. сумму воспроизведенных слов в пробах 1–5, отсроченное воспроизведение и отсроченное узнавание, а также восемь характеристик ошибок памяти: 1) количество новых внесписочных включений — суммарно по всем воспроизведениям списков А и Б; 2) количество их персевераций; 3) частотность; 4) силу ассоциаций со стимулами; 5) количество новых включений по типу фонетического сходства; 6) проактивную интерференцию; 7) количество ложных узнаваний семантических ловушек; 8) количество ложных узнаваний фонетических ловушек.

Частотность каждого включения определяли по Частотному словарю современного русского языка [6]. Затем для каждого испытуемого определяли среднюю частотность его новых включений. Силу ассоциаций мы определяли с помощью интернет-сервиса <http://thesaurus.ru/dict/> на базе Русского ассоциативного словаря [4], отражающего ассоциативно-вербальную сеть русского языка, построенную на основе массового ассоциативного эксперимента, включавшего более 11 000 студентов. Проводился поиск каждого включения среди реакций на каждый из стимулов. Количество указанных в словаре реакций на каждый стимул

суммировалось, а затем эти оценки усреднялись для всех новых включений испытуемого. Эффект проактивной интерференции вычислялся как сумма слов из списка А при воспроизведении списка Б и слов из списка Б при шестом и седьмом воспроизведениях списка А. Семантические и фонетические ловушки (по пять слов из 15) в списке для узнавания представляли собой, соответственно, слова, с которыми имелись ассоциации стимулов по словарю ассоциаций и фонетическое сходство: совпадающее начало и сходный по звучанию конец, сходное по звучанию начало и идентичный конец, одно из слов — часть другого.

**Статистический анализ.** Для статистического анализа, за исключением кластерного, применялась программа JASP v. 0.15 [27]. Разбиение на кластеры в пространстве девяти шкал SPQ-74 осуществлялось с помощью программы Statistica v. 13 методом интеллектуального анализа данных с использованием алгоритма Expectation-Maximization и валидизацией кластеров путем разбиения выборки на тренировочную (n=689) и тестовую (n=688) подвыборки.

Согласно критерию Шапиро–Вилка, нормальное распределение имел только показатель заучивания. Поэтому далее использовались непараметрические методы. Чтобы оценить взаимосвязи параметров памяти в группах людей с шизофренией и без, были построены сети частных корреляций между показателями памяти с использованием их непараметрической трансформации и метода EBICglasso. Для выявления связи ошибок памяти с синдромами шизофрении и факторами ШТ вычислялись частные корреляции Спирмена — с возрастом как фиксированной переменной. Для сравнения больных и здоровых людей, независимо от выраженности у последних ШТ-черт, проводилась серия анализов методом логистической регрессии.

Предварительно, мы сравнили больных и здоровых по социально-демографическим показателям, так как они представляют собой потенциальные конфаундеры при исследовании когнитивной сферы. Различия между больными и здоровыми по полу ( $\chi^2=21,19$ ;  $p<0,001$ ) и возрасту ( $t=11,08$ ;  $p<0,001$ ) были значимы, и мы включили их в регрессионные модели. Группы также различались по уровню образования ( $\chi^2=70,48$ ;  $p<0,001$ ). Однако мы не контролировали далее этот фактор в связи с однородностью группы здоровых, учитывая, что уровень образования больных отчасти является производным от возраста манифестации заболевания. При построении логистической регрессии использовался иерархический подход: для предсказания принадлежности к группе (больные vs здоровые) нулевую модель, включавшую пол и возраст, сравнивали с моделью с добавлением одного из показателей памяти.

ШТ-кластеры сравнивались между собой с помощью критерия Краскела–Уоллиса. Post hoc анализ проводился с использованием теста Данна с поправкой Бонферрони. В других случаях поправку на множественные сравнения не применяли, так как тестировались конкретные гипотезы.

## Результаты

**Взаимосвязь показателей памяти.** Сети для больных и здоровых испытуемых имели визуальное сходство (рис. 1), сходство по количеству ненулевых связей

(разреженность 0,40 и 0,42 соответственно) и мерам центральности узлов (параметров памяти) — силы, близости и центральности по посредничеству. В обеих группах максимальные значения этих мер наблюдались для новых включений. Структура сети свидетельствовала, что изученные признаки образуют несколько слабо связанных между собой групп. Первая группа была образована показателями продуктивности памяти; вторая — новыми включениями, их персеверациями и фонетическими включениями; с этой группой отрицательно коррелировали тесно связанные между собой показатели силы ассоциаций и частотности. Проактивная интерференция и ложное узнавание были слабо связаны с перечисленными группами.

Таким образом, результаты согласуются с предположением о существовании относительно независимых механизмов, обуславливающих ошибки памяти разных типов как у людей с шизофренией, так и у здоровых испытуемых.



Рис. 1. Сеть частных корреляций между показателями памяти у групп здоровых людей и пациентов с шизофренией

*Примечания.* Показатели памяти (узлы) представлены в виде кругов; соединяющие их зеленые линии — положительные корреляции, красные — отрицательные; толщина линии соответствует силе связи.

**Связь параметров памяти с симптомами.** В обеих группах выявлен ряд номинально значимых корреляций ( $p < 0,05$ ) (табл. 1). У пациентов с шизофренией они свидетельствовали о снижении продуктивности памяти при усилении выраженности когнитивно-дезорганизационного синдрома. В группе здоровых повышению значений когнитивно-перцептивного (позитивного) фактора соответствовало снижение продуктивности воспроизведения и повышение числа новых включений и их персевераций, а усилению черт дезорганизационного фактора — персевераций и проактивной интерференции. Таким образом, вопреки гипотезе, в группе пациентов с шизофренией количество ошибок памяти не было связано с симптомами. В то же время у здоровых людей количество ошибок разного типа было выше при большей выраженности черт позитивной и дезорганизационной шизотипии.

Таблица 1

**Частные корреляции Спирмена между симптоматическими дименсиями  
 и показателями памяти при фиксированном возрасте**

Показатели RAVLT	Испытуемые с шизофренией, PANSS <sup>a</sup>			Здоровые испытуемые, SPQ		
	ПС	НС	КДС	КПФ	МПФ	ДФ
Заучивание	rho=0,02 p=0,780	rho=-0,10 p=0,065	rho=-0,17 p=0,001	rho=-0,12 p=0,036	rho=-0,07 p=0,218	rho=-0,03 p=0,553
Отсроченное воспроизведение	rho=0,04 p=0,502	rho=-0,09 p=0,101	rho=-0,17 p=0,002	rho=-0,10 p=0,080	rho=-0,03 p=0,663	rho=-0,01 p=0,836
Отсроченное узнавание	rho=0,02 p=0,701	rho=-0,12 p=0,022	rho=-0,19 p<0,001	rho=-0,02 p=0,707	rho=-0,02 p=0,670	rho=-0,02 p=0,670
Новые включения	rho=0,02 p=0,667	rho=-0,06 p=0,227	rho=-0,08 p=0,146	rho=0,15 p=0,010	rho=0,07 p=0,207	rho=0,10 p=0,094
Персеверация включений	rho=-0,04 p=0,504	rho=-0,06 p=0,298	rho=-0,09 p=0,092	rho=0,11 p=0,047	rho=0,08 p=0,172	rho=0,13 p=0,028
Проактивная интерференция	rho=-0,09 p=0,087	rho=-0,07 p=0,217	rho=-0,07 p=0,213	rho=0,10 p=0,093	rho=0,04 p=0,462	rho=0,17 p=0,003
Сила ассоциаций <sup>b</sup>	rho=-0,04 p=0,525	rho=-0,05 p=0,460	rho=-0,05 p=0,448	rho=0,02 p=0,848	rho=-0,12 p=0,144	rho=-0,01 p=0,862
Частотность <sup>b</sup>	rho=-0,04 p=0,565	rho=-0,04 p=0,503	rho=-0,07 p=0,286	rho=0,06 p=0,491	rho=-0,03 p=0,737	rho=0,05 p=0,521
Фонетические включения	rho=0,07 p=0,163	rho=-0,06 p=0,251	rho=0,05 p=0,337	rho=0,01 p=0,803	rho=-0,05 p=0,343	rho=-0,03 p=0,595
Семантические ловушки	rho=-0,09 p=0,075	rho=0,05 p=0,383	rho=0,01 p=0,824	rho=0,10 p=0,086	rho=0,08 p=0,157	rho=0,11 p=0,056
Фонетические ловушки	rho=-0,13 p=0,015	rho=0,01 p=0,871	rho=-0,01 p=0,809	rho=0,10 p=0,082	rho=0,04 p=0,503	rho=0,05 p=0,362

*Примечания.* а — данные PANSS (Шкала позитивных и негативных синдромов) были доступны для 360 испытуемых с шизофренией; синдромы оценивались согласно пятифакторной модели, включавшей позитивный (ПС), негативный (НС), когнитивно-дезорганизационный (КДС), депрессивно-тревожный и враждебный синдромы [36]; данные для двух последних не представлены, так как для них нет аналогичных факторов SPQ; b — корреляции с силой ассоциаций и частотностью вычислялись только для тех испытуемых, у которых имелись включения: для 247 людей с шизофренией и 149 здоровых людей. RAVLT — Тест слухоречевой памяти Рея; SPQ — Опросник шизотипической личности: КПФ — когнитивно-перцептивный фактор, МПФ — межперсональный фактор; ДФ — дезорганизационный фактор.

**Сравнение пациентов с шизофренией и здоровых людей по показателям памяти.** Согласно результатам построения регрессионных моделей на основе



каждого параметра памяти (табл. 2), пациенты с шизофренией отличались от здоровых людей снижением продуктивности памяти, увеличением количества новых включений, их персевераций и узнаванием семантических ловушек, а также усилением проактивной интерференции.

Таблица 2

**Значимость показателей памяти для дискриминации пациентов с шизофренией и здоровых людей по данным логистической регрессии**

Показатели RAVLT	M±SD		$\beta \pm SE$	Критерий Вальда	p
	Здоровые испытуемые	Испытуемые с шизофренией			
Заучивание	54,01±9,27	38,48±11,25	-0,12±0,01	136,17	<0,001
Отсроченное воспроизведение	11,57±2,61	6,48±3,43	-0,43±0,03	160,71	<0,001
Отсроченное узнавание	14,56±0,81	12,76±2,43	-0,74±0,09	73,40	<0,001
Новые включения	0,80±1,05	1,55±1,83	0,36±0,07	29,98	<0,001
Персеверация включений	0,53±1,33	0,94±2,01	0,14±0,05	7,07	0,008
Проактивная интерференция	0,12±0,39	0,45±0,87	0,71±0,17	16,88	<0,001
Сила ассоциаций	8,80±14,47	6,90±10,30	-0,01±0,01	2,19	0,139
Частотность	147,93±160,63	168,75±149,32	0,001±0,001	1,27	0,260
Фонетические включения	0,12±0,33	0,16±0,41	0,40±0,22	3,42	0,065
Семантические ловушки	0,16±0,43	0,35±0,73	0,46±0,16	8,33	0,004
Фонетические ловушки	0,17±0,38	0,28±0,60	0,25±0,17	2,12	0,145

*Примечания.* В таблице представлены средние значения (M) и стандартные отклонения (SD) показателей памяти в группах, коэффициенты регрессии и их стандартные ошибки ( $\beta \pm SE$ ) и значимость из уравнений регрессии (p), в которых контролировались пол и возраст.

В качестве следующего шага — для того чтобы оценить является ли вклад этих признаков в дискриминацию больных и здоровых независимым — мы провели пошаговую логистическую регрессию, в которую вводили пол, возраст и все 11 показателей памяти одновременно. Состав предикторов в лучшей модели подтвердил значимый независимый вклад заучивания, отсроченного воспроизведения и новых включений (все на уровне  $p < 0,001$ ). На уровне тенденции в уравнение вошли

отсроченное узнавание ( $p=0,073$ ), персеверации включений ( $p=0,060$ ), проактивная интерференция ( $p=0,112$ ) и узнавание семантических ловушек ( $p=0,080$ ). Таким образом, в соответствии с гипотезой у больных было повышено количество различных типов ошибок памяти. В то же время предположение о снижении у них частотности и силы связи включений со стимулами не подтвердилось.

**Различия между ШТ-кластерами.** Были получены четыре ожидаемых ШТ-кластера. В выборке для исследования ошибок памяти участники с низкой ШТ составили 31%, высокой — 21%, позитивной — 21%, негативной — 27% (рис. 2). Кластеры значимо не различались по полу, возрасту или образованию.

Относительно ошибок памяти между ШТ-кластерами были выявлены достоверные различия по заучиванию, количеству новых включений и узнаванию семантических ловушек, и на уровне тенденции — по количеству персевераций (табл. 3). Во всех случаях худшие показатели имели индивиды с высокой ШТ, которые значимо отличались от группы с низкой ШТ по заучиванию ( $r_{\text{корр}}=0,014$ ), новым включениям ( $r_{\text{корр}}=0,014$ ) и персеверациям ( $r_{\text{корр}}=0,019$ ), а от группы позитивной ШТ — по узнаванию семантических ловушек ( $r_{\text{корр}}=0,018$ ). Группы с низкой, позитивной и негативной ШТ между собой не различались. Таким образом, гипотеза о наличии сходных с больными тенденций по характеристикам памяти подтвердилась для высокой, но не позитивной шизотипии.

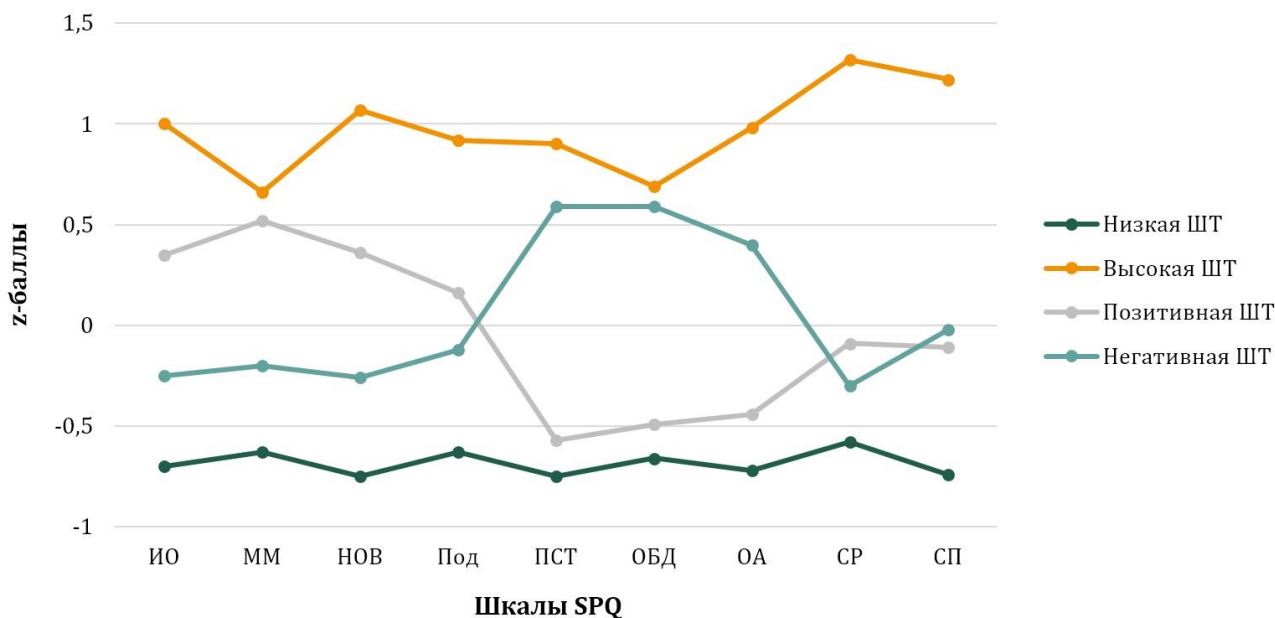


Рис. 2. Профили шизотипических групп

*Примечания.* На оси x показаны шкалы SPQ-74. Когнитивно-перцептивные нарушения: ИО — идеи отношений, ММ — необычные верования и магическое мышление, НОВ — необычные ощущения и восприятия, Под — подозрительность; межперсональные: ПСТ — повышенная социальная тревожность, ОБД — отсутствие близких друзей, ОА — ограниченный аффект; дезорганизационные: СП — странное поведение, СР — странная речь. На оси y даны стандартизованные значения шкал (z-баллы).

Таблица 3

**Различия по параметрам памяти  
 между таксоноподобными шизотипическими группами**

Показатели RAVLT	M±SD				Различия N; p
	Низкая ШТ	Высокая ШТ	Позитивная ШТ	Негативная ШТ	
Заучивание	55,57±9,19	51,03±9,36*	53,47±10,03	54,99±8,16	9,50; 0,023
Отсроченное воспроизведение	11,79±2,50	11,09±2,63	11,27±2,63	11,93±2,67	5,91; 0,116
Отсроченное узнавание	14,61±0,69	14,39±0,95	14,63±0,66	14,59±0,92	4,00; 0,262
Новые включения	0,64±1,02	0,99±0,98*	0,86±1,18	0,77±1,00	8,14; 0,043
Персеверация включений	0,44±1,42	0,85± 1,59*	0,38±0,88	0,51±1,25	7,54; 0,057
Проактивная интерференция	0,05±0,22	0,19±0,46	0,16±0,48	0,12±0,40	4,70; 0,195
Сила ассоциаций	10,82±17,28	9,30±18,93	7,44±8,23	7,30±8,41	2,12; 0,548
Частотность	119,48± 123,70	130,52± 128,06	176,66± 222,27	173,32± 165,71	2,47; 0,480
Фонетические включения	0,12±0,32	0,11±0,31	0,11±0,32	0,13±0,38	0,09; 0,993
Семантические ловушки	0,15±0,39	0,26±0,51* <sup>a</sup>	0,11±0,48	0,12±0,36	8,23; 0,041
Фонетические ловушки	0,18±0,41	0,25±0,43	0,14±0,35	0,12±0,33	4,52; 0,211

*Примечания.* \* — отличия, значимые после поправки Бонферрони критерия Данна, между высоко- и низкошизотипической группами; \*<sup>a</sup> — отличие высокошизотипической группы от позитивной шизотипии. M±SD — средние значения и стандартные отклонения, ШТ — шизотипия.

**Обсуждение**

В данной работе мы впервые провели сравнительный анализ различных видов ошибок при воспроизведении и узнавании списков не связанных по смыслу слов у людей с шизофренией и здоровых лиц с психометрически оцениваемой ШТ, что должно помочь более глубокому пониманию механизмов ложной памяти при расстройствах шизофренического спектра.

Согласно нашим данным, у больных и здоровых структура взаимосвязей изученных мнестических показателей одинакова и согласуется с представлениями о том, что существуют относительно независимые механизмы, определяющие:

1) продуктивность памяти; 2) количество внесписочных включений и их персевераций (предположительно нарушение мониторинга реальности); 3) качественные особенности ассоциативных процессов, выражающиеся в их стандартности (организация семантической памяти); 4) выраженность проактивной интерференции (неэффективное когнитивное торможение или нарушение мониторинга внешних источников); 5) узнавание семантических и фонетических ловушек (сочетание расширения активации в семантической сети с нарушением мониторинга реальности или недостаточность кодирования внешних признаков стимула).

У людей с шизофренией выявлено снижение продуктивности воспроизведения и узнавания, повышение числа новых включений и их персевераций, включений по типу проактивной интерференции и узнаваний семантических ловушек. Причем вклад этих параметров в дифференциацию больных и здоровых людей оказался независимым. Вместе с тем мы не наблюдали изменений частотности слов-включений и силы их ассоциативной связи со стимулами. Такой паттерн можно рассматривать в пользу предположения о нарушении у больных шизофренией всех перечисленных выше механизмов, кроме организации семантической сети памяти. Последнее обстоятельство заслуживает особого внимания.

Ассоциативно-вербальная сеть рассматривается как модель языковой картины мира носителя языка, отражающая весь его предыдущий речевой и неречевой опыт [9]. Сходство вербально-лексических особенностей включений у больных и здоровых людей противоречит данным классических исследований второй половины XX века о снижении стандартности ассоциаций при шизофрении и их интерпретации как последствия недостаточности опоры на социальный опыт [7]. Вместе с тем оно согласуется с результатами серии современных работ, проведенных с помощью тех же патопсихологических методик, что и классические. В современных работах не найдено существенных различий по коэффициенту стандартности ответов между пациентами с расстройствами шизофренического спектра и здоровыми сверстниками [5; 10]. В них, кроме того, выявлены изменения в характере признаков, на которые опирается большинство современных испытуемых при сравнении предметов, что авторы связали с трансформацией культурно-исторической среды, прежде всего, с развитием информационных технологий. Нам также представляется, что сходство пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых по стандартности и частотности включений объясняется влиянием современной информационной среды на построение вербально-ассоциативной картины мира человека. Причем эта среда, возможно, в силу своего агрессивного характера способствует унификации вербально-ассоциативной картины мира у представителей одного и того же сообщества.

В соответствии с гипотезой, мы обнаружили у лиц с высокой ШТ ряд схожих тенденций по продуктивности и ошибкам памяти, выявленных у пациентов с шизофренией. А именно, у них также имело место ухудшение показателей заучивания слов, увеличение количества внесписочных включений, их персевераций и узнаваний семантических ловушек. Вместе с тем при высокой ШТ не наблюдалось повышения числа включений по типу проактивной интерференции, а снижение продуктивности памяти было намного менее выраженным, чем у больных, и не затрагивало забывание и узнавание. На основании этих данных можно предположить,

что механизмы, лежащие в основе внесписочных включений и узнавания семантических ловушек — нарушение мониторинга реальности и недостаточность кодирования внешних признаков стимула, — являются стержневыми для расстройств шизофренического спектра, в то время как эффекты проактивной интерференции, возможно, усиливаются ввиду углубления когнитивной дисфункции при развитии патологического процесса. При этом относительно расширения активации в семантической сети наши данные не могут быть однозначно интерпретированы.

Вопреки ожиданиям, мы не обнаружили повышения количества ошибок памяти при позитивной ШТ, что согласуется с результатами изучения включений [35], но не ложных узнаваний в этой группе лиц [36]. Отсутствие ошибок памяти у индивидов с изолированными позитивными ШТ-чертами можно рассматривать в рамках двух не исключающих друг друга гипотез. Во-первых, оно может объясняться высокой продуктивностью памяти в этой группе. Во-вторых, оно согласуется с представлениями о существовании благополучной ШТ, которая характеризуется высокой выраженностью позитивных ШТ-черт при снижении негативных и дезорганизационных и не связана с возрастанием риска психоза [24]. Нужно также отметить, что анализ корреляций мнестических показателей с симптомами / дименсиями подтвердил предположение о связи ошибок памяти с выраженностью позитивной и дезорганизационной симптоматики при ШТ, но не при шизофрении. Можно предположить, что при развитии психоза эти связи маскируются в силу действия многих факторов, нарушающих интеллектуальную деятельность, что и объясняет противоречивость литературных данных по этому вопросу.

Представленный анализ можно рассматривать как первый шаг в изучении механизмов нарушения вербальной эпизодической памяти при расстройствах и доклинических проявлениях спектра шизофрении на основе анализа включений при заучивании списков несвязанных слов. Исследование имеет ряд ограничений. Так, в выборку больных в нашей работе были включены как пациенты, находящиеся на начальных этапах заболевания, так и хронические больные. Как мы уже упоминали, на поздних стадиях заболевания ряд закономерностей нарушений памяти может быть скрыт под нарастающим психическим дефектом. Мы также не можем исключить эффект длительного лечения на характер ошибок памяти. В этой связи перспективным представляется сравнение здоровых лиц с ШТ-чертами и психотических больных с первым эпизодом. Вторым важным ограничением работы является тот факт, что ее дизайн не включал методики, прямо адресованные различным механизмам нарушений памяти. Это позволило нам проанализировать характер включений в большой репрезентативной группе больных, прошедших рутинное экспериментально-психологическое обследование; однако будущие исследования должны включать применение дополнительных инструментов — вопросников и экспериментально-психологических приемов, мишенями которых являются потенциальные механизмы включений, такие как мониторинг источника и когнитивное торможение. Важно также провести трансфункциональный анализ этих механизмов, т.е. исследование взаимоотношений между разными типами включений и особенностями других видов деятельности: перцептивной, речевой, мыслительной.

## Заключение

Исследование показало, что у больных шизофренией повышено количество разных типов ошибок памяти — внесписочных включений и их персевераций, узнаваний семантических ловушек и включений в виде проактивной интерференции. Кроме того, результаты согласуются с предположением о том, что в основе этих типов ошибок лежат разные когнитивные механизмы. Сходные нарушения, за исключением повышения эффекта проактивной интерференции, обнаружены у здоровых лиц с высокой смешанной ШТ, но не с изолированными позитивными ШТ-чертами. Выявленный паттерн ошибок в группах шизофрении и высокой ШТ можно интерпретировать в пользу идеи о нарушении мониторинга реальности и недостаточности кодирования внешних характеристик стимула как стержневых, конституциональных дефицитов обработки информации у лиц с высоким риском развития психоза. Вместе с тем мы не выявили снижения стандартности ассоциаций, которое могло бы указывать на изменение организации семантической сети при расстройствах спектра шизофрении. Вместе с другими современными данными это указывает на ограниченную ценность использования данных о стандартности ассоциативных связей у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в практической диагностической работе патопсихологов.

## Литература

1. Азарова И.В. RUSSNET как компьютерный тезаурус нового типа // Структурная и прикладная лингвистика. 2007. № 7. С. 175–186.
2. Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Апробация биосоциальной методики Клонинджера — структура характера и темперамента (TCI-125) и методики выраженности шизотипических черт (SPQ-74) // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 2002. № 1. С. 92–93.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986. 287 с.
4. Караулов Ю.Н., Черкасова Г.А., Уфимцева Н.В. и др. Русский ассоциативный словарь: В 2 т. Т. 1. М.: АСТ, Астрель, 2002. 781 с.
5. Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 100–118. DOI: 10.17759/psyclin.2018070306
6. Ляшевская О.Н., Шаров С.А. Частотный словарь современного русского языка (на материалах Национального корпуса русского языка). М.: Азбуковник, 2009. 1087 с.
7. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 86 с.
8. Стернин И.А. Проблемы интерпретации результатов ассоциативных экспериментов // Вопросы психолингвистики. 2020. № 3 (45). С. 110–125. DOI: 10.30982/2077-5911-2020-45-3-110-125

Алфимова М.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е.  
Ошибки эпизодической вербальной памяти  
у больных шизофренией и в группе здоровых людей  
с разными профилями шизотипических черт  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 97–119.

Alfimova M.V., Plakunova V.V., Golimbet V.E.  
Errors of Verbal Episodic Memory in Schizophrenia  
Patients and in Non-Clinical Group with Different  
Profiles of Schizotypal Traits  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 97–119.

9. Уфимцева Н.В. Русский ассоциативный словарь как источник изучения русской языковой картины мира // Проблемы истории, филологии, культуры. 2014. № 3 (45). С. 27–29.
10. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2012. 23 с.
11. Alderson-Day B., Smailes D., Moffatt J. et al. Intentional inhibition but not source memory is related to hallucination-proneness and intrusive thoughts in a university sample // Cortex. 2019. Vol. 113. P. 267–278. DOI: 10.1016/j.cortex.2018.12.020
12. Alfimova M.V., Lezheiko T.V., Plakunova V.V. et al. Relationships between schizotypal features, trait anticipatory and consummatory pleasure, and naturalistic hedonic states // Motivation and Emotion. 2021. Vol. 45. P. 649–660. DOI: 10.1007/s11031-021-09896-0
13. Bhatt R., Laws K.R., McKenna P.J. False memory in schizophrenia patients with and without delusions // Psychiatry Research. 2010. Vol. 178. № 2. P. 260–265. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.02.006
14. Brébion G., Ohlsen R.I., Bressan R.A. et al. Source memory errors in schizophrenia, hallucinations and negative symptoms: a synthesis of research findings // Psychological Medicine. 2012. Vol. 42. № 12. P. 2543–2554. DOI: 10.1017/S003329171200075X
15. Brébion G., Stephan-Otto C., Cuevas-Esteban J. et al. Impaired memory for temporal context in schizophrenia patients with hallucinations and thought disorganisation // Schizophrenia Research. 2020. Vol. 220. P. 225–231. DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.014
16. Cannon T.D., Huttunen M.O., Lonnqvist J. et al. The inheritance of neuropsychological dysfunction in twins discordant for schizophrenia // American Journal of Human Genetics. 2000. Vol. 67. № 2. P. 369–382. DOI: 10.1086/303006
17. Chang M., Brainerd C.J. Semantic and phonological false memory: A review of theory and data // Journal of Memory and Language. 2021. Vol. 119. Article 104210. DOI: 10.1016/j.jml.2020.104210
18. Collins A.M., Loftus E.F. A spreading-activation theory of semantic memory // Psychological Review. 1975. Vol. 82. P. 407–428.
19. Davis K.L., Price C.C., Kaplan E. et al. Error analysis of the nine-word California Verbal Learning Test (CVLT-9) among older adults with and without dementia // Clinical Neuropsychology. 2002. Vol. 16. № 1. P. 81–89. DOI: 10.1076/clin.16.1.81.8330
20. Delis D.C., Kramer J.H., Kaplan E. et al. California Verbal Learning Test–3. 3rd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2017.
21. Dobbins I.G., Simons J.S., Schacter D.L. fMRI evidence for separable and lateralized prefrontal memory monitoring processes // Journal of Cognitive Neuroscience. 2004. Vol. 16. № 6. P. 908–920. DOI: 10.1162/0898929041502751

22. *Fridberg D.J., Brenner A., Lysaker P.H.* Verbal memory intrusions in schizophrenia: associations with self-reflectivity, symptomatology, and neurocognition // *Psychiatry Research*. 2010. Vol. 179. № 1. P. 6–11. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.06.026
23. *Garrison J.R., Moseley P., Alderson-Day B. et al.* Testing continuum models of psychosis: No reduction in source monitoring ability in healthy individuals prone to auditory hallucinations // *Cortex*. 2017. Vol. 91. P. 197–207. DOI: 10.1016/j.cortex.2016.11.011
24. *Grant P., Green M.J., Mason O.J.* Models of Schizotypy: The Importance of Conceptual Clarity // *Schizophrenia Bulletin*. 2018. Vol. 44. Suppl. 2. P. S556–S563. DOI: 10.1093/schbul/sby012
25. *Graves L.V., Holden H.M., Van Etten E.J. et al.* New Intrusion Analyses on the CVLT-3: Utility in Distinguishing the Memory Disorders of Alzheimer’s versus Huntington’s Disease // *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2019. Vol. 25. № 8. P. 878–883. DOI: 10.1017/S1355617719000407
26. *Heinrichs R.W., Vaz S.M.* Verbal memory errors and symptoms in schizophrenia // *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2004. Vol. 17. № 2. P. 98–101. DOI: 10.1097/01.wnn.0000116252.78804.73
27. JASP Team. JASP (Version 0.15) [Computer software]. URL: <https://jasp-stats.org/>. (дата обращения: 22.09.2022).
28. *Johnson M.K., Hashtroudi S., Lindsay D.S.* Source monitoring // *Psychological Bulletin*. 1993. Vol. 114. P. 3–28. DOI: 10.1037/0033-2909.114.1.3
29. *Lim K., Peh O.H., Yang Z. et al.* Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia // *Asian Journal of Psychiatry*. 2021. Vol. 62. E102732. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102732
30. *Paz-Alonso P.M., Ghetti S., Ramsay I. et al.* Semantic processes leading to true and false memory formation in schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2013. Vol. 147. № 2–3. P. 320–325. DOI: 10.1016/j.schres.2013.04.007
31. *Polner B., Hupuczi E., Kéri S. et al.* Adaptive and maladaptive features of schizotypy clusters in a community sample // *Scientific Reports*. 2021. Vol. 11. Article 16653. DOI: 10.1038/s41598-021-95945-0
32. *Raine A.* The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria // *Schizophrenia Bulletin*. 1991. Vol. 17. № 4. P. 555–564. DOI: 10.1093/schbul/17.4.555
33. *Rodríguez-Ferreiro J., Aguilera M., Davies R.* Positive schizotypy increases the acceptance of unrepresented materials in false memory tasks in non-clinical individuals // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. Article 262. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00262
34. *Roediger H.L., Balota D.A., Watson J.M.* Spreading activation and arousal of false memories // *The nature of remembering: Essays in honor of R.G. Crowder, J.S. Roediger et al. (eds.)*. American Psychological Association, 2001. P. 95–115. DOI: 10.1037/10394-006



35. *Sahakyan L., Kwapil T.R.* Positive schizotypy and negative schizotypy are associated with differential patterns of episodic memory impairment // *Schizophrenia Research: Cognition*. 2016. Vol. 5. P. 35–40. DOI: 10.1016/j.scog.2016.07.001
36. *Sahakyan L., Kwapil T.R.* Hits and false alarms in recognition memory show differential impairment in positive and negative schizotypy // *Journal of Abnormal Psychology*. 2019. Vol. 128. P. 633–643. DOI: 10.1037/abn0000441
37. *Saunders J., Randell J., Reed P.* Recall of false memories in individuals scoring high in schizotypy: memory distortions are scale specific // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012. Vol. 43. № 2. P. 711–715. DOI: 10.1016/j.jbtep.2011.10.003
38. *Spitzer M., Braun U., Hermle L. et al.* Associative semantic network dysfunction in thought-disordered schizophrenic patients: direct evidence from indirect semantic priming // *Biological Psychiatry*. 1993. Vol. 34. № 12. P. 864–877. DOI: 10.1016/0006-3223(93)90054-h
39. *Stip E., Corbière M., Boulay L.J. et al.* Intrusion errors in explicit memory: their differential relationship with clinical and social outcome in chronic schizophrenia // *Cognitive Neuropsychiatry*. 2007. Vol. 12. № 2. P. 112–127. DOI: 10.1080/13546800600809401
40. *Torres I.J., O'Leary D.S., Andreasen N.C.* Symptoms and interference from memory in schizophrenia: evaluation of Frith's model of willed action // *Schizophrenia Research*. 2004. Vol. 69. № 1. P. 35–43. DOI: 10.1016/j.schres.2003.08.012

## References

1. Azarova I.V. RUSSNET kak komp'yuternyj tezaurus novogo tipa [RUSSNET as a new kind of computer lexicon]. *Strukturnaya i Prikladnaya Lingvistika=Theoretical and Applied Linguistics*, 2007, no. 7, pp. 175–186. (In Russ.; abstr. in Engl.). Azarova I.V. RUSSNET kak komp'yuternyi tezaurus novogo tipa [RUSSNET as a new kind of computer lexicon]. *Strukturnaya i Prikladnaya Lingvistika = Theoretical and Applied Linguistics*, 2007, no. 7, pp. 175–186. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Efremov A.G., Enikolopov S.N. Aprobatsiya biosotsial'noi metodiki KlonindzherA—struktura kharaktera i temperamenta (TCI-125) i metodiki vyrazhennosti shizotipicheskikh chert (SPQ-74) [The approbation of the Cloninger's biosocial Temperament and Character Inventory (TCI-125) and of the Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ-74)]. *Vestnik MGU. Seriya 14. Psikhologiya = The Moscow University Bulliten. Series 14. Psychology*, 2002, no.1, pp. 92–93. (In Russ.).
3. Zeigarnik B.V. *Patopsikhologiya. [Pathopsychology]*. Moscow: MSU Publ., 1986. 287 p. (In Russ.).
4. Karaulov YU.N., Cherkasova G.A., Ufimtseva N.V. et al. *Russkii assotsiativnyi slovar': V 2 t. T. 1. [Russian Associative Dictionary: in 2 vol. Vol. 1]*. Moscow: AST Astrel' Publ., 2002. 781 p. (In Russ.).

5. Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shchelokova O.A. O nekotorykh osobennostyakh verbal'no-logicheskogo myshleniya v norme i pri shizotipicheskom rasstroistve (na primere metodiki «Chetvertyi lishnil») [On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118. DOI: 10.17759/psycljn.2018070306 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. yashevskaya O.N., Sharov S.A. Chastotnyi slovar' sovremennogo russkogo yazyka (na materialakh Natsional'nogo korpusa russkogo yazyka) [Frequency Dictionary of the Modern Russian Language (based on the materials of the National Corpus of the Russian Language)]. Moscow: Azbukovnik Publ., 2009. 1087 p. (In Russ.).
7. Polyakov YU.F. Patologiya poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii [Pathology of cognitive activity in schizophrenia]. Moscow: Meditsina Publ., 1974, 86 p. (In Russ.).
8. Sternin I.A. Problemy interpretatsii rezul'tatov assotsiativnykh ehksperimentov [Interpretation problems of associative experiments]. *Voprosy psikholingvistiki = Journal of Psycholinguistics*, 2020, no. 3 (45), pp. 110–125. DOI: 10.30982/2077-5911-2020-45-3-110-125 (In Russ. abstr. in Engl.).
9. Ufimtseva N.V. Russkii assotsiativnyi slovar' kak istochnik izucheniya russkoi yazykovoi kartiny mira [Russian associative dictionary as a source of Russian language world picture study]. *Problemy istorii, filologii, kul'tury=Problems of History, Philology and Culture*, 2014, no. 3 (45), pp. 27–29. (In Russ. abstr. in Engl.).
10. Khromov A.I. Dinamika kognitivnogo razvitiya u detei i podrostkov pri ehndogennoi psikhicheskoi patologii: avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. [Dynamics of cognitive development in children and adolescents with endogenous mental pathology. PhD (Psychology) Thesis]. Saint-Petersburg, 2012. 23 p. (In Russ.).
11. Alderson-Day B., Smailes D., Moffatt J. et al. Intentional inhibition but not source memory is related to hallucination-proneness and intrusive thoughts in a university sample. *Cortex*, 2019, vol. 113, pp. 267–278. DOI: 10.1016/j.cortex.2018.12.020
12. Alfimova M.V., Lezheiko T.V., Plakunova V.V. et al. Relationships between schizotypal features, trait anticipatory and consummatory pleasure, and naturalistic hedonic States. *Motivation and Emotion*, 2021, vol. 45, pp. 649–660. DOI: 10.1007/s11031-021-09896-0
13. Bhatt R., Laws K.R., McKenna P.J. False memory in schizophrenia patients with and without delusions. *Psychiatry Research*, 2010, vol. 178, no. 2, pp. 260–265. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.02.006
14. Brébion G., Ohlsen R.I., Bressan R.A. et al. Source memory errors in schizophrenia, hallucinations and negative symptoms: a synthesis of research findings. *Psychological Medicine*, 2012, vol. 42, no. 12, pp. 2543–2554. DOI: 10.1017/S003329171200075X
15. Brébion G., Stephan-Otto C., Cuevas-Esteban J. et al. Impaired memory for temporal context in schizophrenia patients with hallucinations and thought disorganisation. *Schizophrenia Research*, 2020, vol. 220, pp. 225–231. DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.014

16. Cannon T.D., Huttunen M.O., Lonnqvist J. et al. The inheritance of neuropsychological dysfunction in twins discordant for schizophrenia. *American Journal of Human Genetics*, 2000, vol. 67, no.2, pp. 369–382. DOI: 10.1086/303006
17. Chang M., Brainerd C.J. Semantic and phonological false memory: A review of theory and data. *Journal of Memory and Language*, 2021, vol. 119, article 104210. DOI: 10.1016/j.jml.2020.104210
18. Collins A.M., Loftus E.F. A spreading-activation theory of semantic memory. *Psychological Review*, 1975, vol. 82, pp. 407–428.
19. Davis K.L., Price C.C., Kaplan E. et al. Error analysis of the nine-word California Verbal Learning Test (CVLT-9) among older adults with and without dementia. *Clinical Neuropsychology*, 2002, vol. 16, no. 1, pp. 81–89. DOI: 10.1076/clin.16.1.81.8330
20. Delis D.C., Kramer J.H., Kaplan E. et al. California Verbal Learning Test-3. Third Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2017.
21. Dobbins I.G., Simons J.S., Schacter D.L. fMRI evidence for separable and lateralized prefrontal memory monitoring processes. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2004, vol. 16, no. 6, pp. 908–920. DOI: 10.1162/0898929041502751
22. Fridberg D.J., Brenner A., Lysaker P.H. Verbal memory intrusions in schizophrenia: associations with self-reflectivity, symptomatology, and neurocognition. *Psychiatry Research*, 2010, vol. 179, no. 1, pp. 6–11. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.06.026
23. Garrison J.R., Moseley P., Alderson-Day B. et al. Testing continuum models of psychosis: No reduction in source monitoring ability in healthy individuals prone to auditory hallucinations. *Cortex*, 2017, vol. 91, pp. 197–207. DOI: 10.1016/j.cortex.2016.11.011
24. Grant P., Green M.J., Mason O.J. Models of Schizotypy: The Importance of Conceptual Clarity. *Schizophrenia Bulletin*, 2018, vol. 44, suppl. 2, pp. S556–S563. DOI: 10.1093/schbul/sby012
25. Graves L.V., Holden H.M., Van Etten E.J. et al. New Intrusion Analyses on the CVLT-3: Utility in Distinguishing the Memory Disorders of Alzheimer's versus Huntington's Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2019, vol. 25, no. 8, pp. 878–883. DOI: 10.1017/S1355617719000407
26. Heinrichs R.W., Vaz S.M. Verbal memory errors and symptoms in schizophrenia. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 2004, vol. 17, no. 2, pp. 98–101. DOI: 10.1097/01.wnn.0000116252.78804.73
27. JASP Team. JASP (Version 0.15)[Computer software]. URL: <https://jasp-stats.org/> (Accessed: 22.09.2022).
28. Johnson M.K., Hashtroudi S., Lindsay D.S. Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 1993, vol. 114, pp. 3–28. DOI: 10.1037/0033-2909.114.1.3
29. Lim K., Peh O.H., Yang Z. et al. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 2021, vol. 62, e102732. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102732

30. Paz-Alonso P.M., Ghetti S., Ramsay I. et al. Semantic processes leading to true and false memory formation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2013, vol. 147, no. 2–3, pp. 320–325. DOI: 10.1016/j.schres.2013.04.007
31. Polner B., Hupuczi E., Kéri S. et al. Adaptive and maladaptive features of schizotypy clusters in a community sample. *Scientific Reports*, 2021, vol. 11, article 16653. DOI: 10.1038/s41598-021-95945-0
32. Raine A. The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 1991, vol. 17, no. 4, pp. 555–564. DOI: 10.1093/schbul/17.4.555
33. Rodríguez-Ferreiro J., Aguilera M., Davies R. Positive Schizotypy Increases the Acceptance of Unpresented Materials in False Memory Tasks in Non-clinical Individuals. *Frontiers in Psychology*, 2020, vol. 11, article 262. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00262
34. Roediger H.L., Balota D.A., Watson J.M. Spreading activation and arousal of false memories. In Roediger J.S. et al. (eds.), *The nature of remembering: Essays in honor of Robert G. Crowder*. American Psychological Association, 2001, pp. 95–115. DOI: 10.1037/10394-006
35. Sahakyan L., Kwapil T.R. Positive schizotypy and negative schizotypy are associated with differential patterns of episodic memory impairment. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2016, vol. 5, pp. 35–40. DOI: 10.1016/j.scog.2016.07.001
36. Sahakyan L., Kwapil T.R. Hits and false alarms in recognition memory show differential impairment in positive and negative schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 2019, vol. 128, pp. 633–643. DOI: 10.1037/abn0000441
37. Saunders J., Randell J., Reed P. Recall of false memories in individuals scoring high in schizotypy: memory distortions are scale specific. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2012, vol. 43, no. 2, pp. 711–715. DOI: 10.1016/j.jbtep.2011.10.003
38. Spitzer M., Braun U., Hermle L. et al. Associative semantic network dysfunction in thought-disordered schizophrenic patients: direct evidence from indirect semantic priming. *Biological Psychiatry*, 1993, vol. 34, pp. 864–877. DOI: 10.1016/0006-3223(93)90054-h
39. Stip E., Corbière M., Boulay L.J. et al. Intrusion errors in explicit memory: their differential relationship with clinical and social outcome in chronic schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2007, vol. 12, no. 2, pp. 112–127. DOI: 10.1080/13546800600809401
40. Torres I.J., O'Leary D.S., Andreasen N.C. Symptoms and interference from memory in schizophrenia: evaluation of Frith's model of willed action. *Schizophrenia Research*, 2004, vol. 69, no. 1, pp. 35–43. DOI: 10.1016/j.schres.2003.08.012

### Информация об авторах

Алфимова Маргарита Валентиновна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник, лаборатория клинической генетики, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0155-8412>, e-mail: [m.alfimova@gmail.com](mailto:m.alfimova@gmail.com)

*Алфимова М.В., Плакунова В.В., Голимбет В.Е.*  
Ошибки эпизодической вербальной памяти  
у больных шизофренией и в группе здоровых людей  
с разными профилями шизотипических черт  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 97–119.

*Alfimova M.V., Plakunova V.V., Golimbet V.E.*  
Errors of Verbal Episodic Memory in Schizophrenia  
Patients and in Non-Clinical Group with Different  
Profiles of Schizotypal Traits  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 97–119.

*Плакунова Виктория Валерьевна*, младший научный сотрудник, лаборатория клинической генетики, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8690-5422>, e-mail: [jackfrost14.12@gmail.com](mailto:jackfrost14.12@gmail.com)

*Голимбет Вера Евгеньевна*, доктор биологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической генетики, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9960-7114>, e-mail: [golimbet@mail.ru](mailto:golimbet@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Margarita V. Alfimova*, Doctor of Psychology, Principal Investigator, Laboratory of Clinical Genetics, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0155-8412>, e-mail: [m.alfimova@gmail.com](mailto:m.alfimova@gmail.com)

*Victoria V. Plakuniva*, Research Scientist, Laboratory of Clinical Genetics, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8690-5422>, e-mail: [jackfrost14.12@gmail.com](mailto:jackfrost14.12@gmail.com)

*Vera E. Golimbet*, Doctor of Biology, Head of the Laboratory of Clinical Genetics, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9960-7114>, e-mail: [golimbet@mail.ru](mailto:golimbet@mail.ru)

*Получена: 03.05.2022*

*Received: 03.05.2022*

*Принята в печать: 21.09.2022*

*Accepted: 21.09.2022*

# Клинико-нейропсихологические особенности церебральной организации подкорковых структур в развитии психических расстройств аутистического спектра у детей

## **Гуткевич Е.В.**

*Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7416-7784>, e-mail: [gutkevichelena@gmail.com](mailto:gutkevichelena@gmail.com)*

## **Пустовая А.В.**

*Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ),  
г. Томск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5867-859X>, e-mail: [a.pustovaya@list.ru](mailto:a.pustovaya@list.ru)*

## **Шушпанова О.В.**

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3484-3447>, e-mail: [sertraline@list.ru](mailto:sertraline@list.ru)*

## **Челышева Л.В.**

*Частное образовательное учреждение «Кругозор» (ЧОУ «Кругозор»),  
г. Новосибирск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6662-4532>, e-mail: [lora\\_bek@mail.ru](mailto:lora_bek@mail.ru)*

## **Симашкова Н.В.**

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8809-3429>, e-mail: [simashkovanv@mail.ru](mailto:simashkovanv@mail.ru)*

---

В статье рассмотрены особенности церебральной организации подкорковых структур у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследовании приняли участие 48 детей в возрасте от 3 до 8 лет ( $M=5,75$ ;  $SD=2,61$ ), имеющих диагнозы F84.0, F84.1, F84.5 по МКБ-10. Всем детям была проведена регистрация акустических вызванных потенциалов ствола мозга и нейропсихологическое обследование. Установлена взаимосвязь показателей акустических вызванных потенциалов ствола мозга с функционированием различных блоков головного мозга: блоком тонуса коры и энергетический блоком мозга (I блок), блоком приема, переработки и хранения экстероцептивной информации (II блок), блоком программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности (III блок). У детей, имеющих сложности в активационном и энергетическом компонентах деятельности, восприятие слуховой информации подкорковыми структурами головного мозга вызывает определенные затруднения (сложности в работе I блока мозга). Для детей с затруднениями в правополушарной холистической стратегии обработки информации и высоким уровнем ее развития характерен пониженный уровень контроля за ходом

Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В. и др.  
Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур  
в развитии психических расстройств  
аутистического спектра у детей  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 120–141.

Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V. et al.  
Clinical and Neuropsychological Features  
of Subcortical Structures Cerebral Organization  
in the Development of Autism Spectrum  
Mental Disorders in Children  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 120–141.

мыслительной деятельности, при этом возникают трудности с автоматизацией мышления и речи и трудности координации движений (нарушения в работе II блока мозга). Выявленные особенности церебральной организации процессов восприятия слуховой информации и процессов психической деятельности у детей с расстройствами аутистического спектра проявляются в нарушениях протекания мыслительной деятельности, функции периферических рецепторов и проводящих путей к корковым центрам слухового анализатора, в пониженном уровне контроля над слуховым анализатором. В связи с этими процессами возникают трудности с автоматизацией мышления и речи, координации движений у детей.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, дошкольники, дети, развитие, клинические и нейропсихологические особенности, когнитивные нарушения, акустические вызванные потенциалы ствола мозга, нейропсихологические индексы, функциональные блоки головного мозга, подкорковые структуры.

**Для цитаты:** Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В., Чельшева Л.В., Симашкова Н.В. Клинико-нейропсихологические особенности церебральной организации подкорковых структур в развитии психических расстройств аутистического спектра у детей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 120–141. DOI: 10.17759/cpse.2022110305

---

## Clinical and Neuropsychological Features of Subcortical Structures Cerebral Organization in the Development of Autism Spectrum Mental Disorders in Children

**Elena V. Gutkevich**

*Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7416-7784>, e-mail: [gutkevichelena@gmail.com](mailto:gutkevichelena@gmail.com)*

**Alina V. Pustovaya**

*Tomsk State University, Tomsk, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5867-859X>, e-mail: [a.pustovaya@list.ru](mailto:a.pustovaya@list.ru)*

**Olga V. Shushpanova**

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3484-3447>, e-mail: [sertraline@list.ru](mailto:sertraline@list.ru)*

**Larisa V. Chelysheva**

*Private Educational Institution "Horizon", Novosibirsk, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6662-4532>, e-mail: [lora\\_bek@mail.ru](mailto:lora_bek@mail.ru)*

**Natalia V. Simashkova**

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8809-3429>, e-mail: [simashkovanv@mail.ru](mailto:simashkovanv@mail.ru)*

---

The article deals with the peculiarities of the cerebral organization of subcortical structures in children with autism spectrum disorders. The study involved 48 children aged from 3 to 8 years ( $M=5.75$ ;  $SD=2.61$ ) having ICD-10 diagnoses F84.0, F84.1, F84.5. All children underwent registration of acoustic evoked brainstem potentials and neuropsychological examination. The relationship of the indicators of acoustic evoked potentials of the brain stem with the functioning of different blocks of the brain was established: the block of cortical tone and the brain energy block (Block I), the block of reception, processing and storage of exteroceptive information (Block II), the block of programming, regulation and control of the course of mental activity (Block III). For children with difficulties in activation and energy components of activity, perception of auditory information by subcortical structures of the brain causes certain difficulties (difficulties in work of the I block of the brain). Children with difficulties in right hemispheric holistic information processing strategy and a high level of its development are characterized by a reduced level of control over the course of thought activity, with difficulties in automating thinking and speech and difficulties in coordinating movements (difficulties in the work of Block II of the brain). The identified features of the cerebral organization of the processes of perception of auditory information and processes of mental activity in children with autism spectrum disorders are manifested in disorders of the course of thought activity, the function of peripheral receptors and conduction pathways to the cortical centers of the auditory analyzer, in a lowered level of control over the auditory analyzer. In connection with these processes there are difficulties with automatization of thinking and speech, coordination of movements in children.

**Keywords:** autism spectrum disorders, preschoolers, children, development, clinical and neuropsychological features, cognitive disorders, acoustic evoked brainstem potentials, neuropsychological indices, functional blocks of the brain, subcortical structures.

**For citation:** Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V., Chelysheva L.V., Simashkova N.V. Clinical and Neuropsychological Features of Subcortical Structures Cerebral Organization in the Development of Autism Spectrum Mental Disorders in Children. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 120–141. DOI: 10.17759/cpse.2022110305

---

## Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) — нозологический континуум генетически и клинически разнородных психических расстройств, объединенных комплексным нарушением психического развития, социального взаимодействия и поведения. К основным трудностям у детей с РАС относятся уровень колебания внимания, устойчивость внимания и контроль действий [15]. По данным Всемирной



организации здравоохранения, в 2014 году число больных с РАС составляют 62:10000 детского населения (0,6%). По данным скрининговых обследований детей раннего возраста, в Российской Федерации распространенность РАС в 2016 году составила 0,8:1000 [25]. По данным Всемирной организации здравоохранения, региональные оценки распространенности аутистических расстройств имеются только по европейскому региону и региону Северной Америки. Отмечается, что показатели мало различаются: для Европы медианный показатель составляет 61,9 на 10 000 детей (диапазонные значения — 30,0–116,1), а для стран Северной Америки — 65,5 на 10 000 (диапазон составляет 34–90; отношение частоты РАС у мальчиков и девочек находится в пределах от 2,6:1 до 4:1) [3]. По данным пилотного эпидемиологического скрининга риска, возникновения РАС и других нарушений психического развития, проводимого Минздравом России с 2014 по 2019 гг. в крупнейших регионах страны, встречаемость РАС у детей в возрасте до 2 лет составила 5:10 000 [13], в возрасте до 4 лет — 18:10 000 [34].

Заболевание у мальчиков начинается раньше (в среднем по всей группе в 3,6 лет против 6,1 лет у девочек [10; 11]. Наиболее частыми и значимыми с диагностической точки зрения являются такие формы, как ранний детский психоз (ДП, F84.02, 35% РАС в 1984–2015 гг.) и атипичный детский психоз (АДП, F84.12, 12% РАС) [18]. Общее число больных этими формами аутизма на 2017 год составило 25 645 детей [25]. Причины высоких показателей распространенности РАС и их вариабельность в различных странах и регионах мира в последние десятилетия связаны с расширением границ понятия «аутистический спектр» и с зависимостью установления данного диагноза от возраста ребенка и других характеристик [19].

Несмотря на некоторые сходства в клинических проявлениях раннего детского психоза и атипичного детского психоза, заболевания различаются по типу течения, динамике расстройств, исходам. Для ДП характерна положительная динамика болезни, лучший ответ на психофармакотерапию, меньшая продолжительность приступов, отсутствие прогрессивности. Для АДП характерно тяжелое течение, присутствие регресса в приступах, наличие стойких кататонических нарушений, прогрессивное течение с ранним формированием когнитивного дефекта [26]. Кататонический синдром при раннем ДП в острой фазе приступа является основным и на выходе в ремиссию сменяется гипердинамическим синдромом с нарушением внимания. Кататонические нарушения при АДП сохраняются в виде резидуальной симптоматики и симптомов малой кататонии в период ремиссии (двигательные стереотипии, тики, гипомимия, угловатость движений, нарушение мелкой моторики). В случае тяжелого, злокачественного течения АДП с формированием резистентности к психофармакотерапии кататонические расстройства значительно выражены и плохо поддаются коррекции [16]. Помимо ведущей кататонической симптоматики для обеих форм характерны психопатоподобные расстройства и компульсивные влечения (трихотилломания, онихофагия, сосание пальцев, удерживание стула), нарушение пищевого поведения (поедание несъедобного, избирательность в еде по какому-либо принципу — цвету, составу, консистенции), отказ от горшка с нарушением опрятности, расстройства сна [27]. Ведущими элементами в структуре отношения к болезни ребенка родители выделяют: сложности ребенка в двигательной

и моторной сферах, отсутствие осмысленной речи, приводящее к невозможности ведения диалога, чрезмерную активность или пассивность, необычное для своего возраста поведение [23].

Клинико-психологические особенности РАС варьируют внутри нозологического континуума в зависимости от принадлежности к той или иной конкретно выделенной форме расстройства. Для этих сходных по клиническим проявлениям форм РАС с ранним началом болезни характерно нарушение познавательного развития (когнитивный дизонтогенез с дефицитностью разной степени тяжести). По данным патопсихологических исследований, АДП и ранний ДП имеют разные исходы когнитивных нарушений. Для АДП характерна дефицитность и даже регресс познавательных возможностей ребенка и сохранение стабильного грубого снижения в уровне познавательного развития как следствия болезни (когнитивный дефект). При ДП когнитивные нарушения представлены дезинтегративным диссоциированным дизонтогенезом с задержкой развития эмоционально-волевых и мыслительных функций, с разобщением вербальной и невербальной сфер, но с сохранением «пассивного словарного запаса», знаний цвета, формы, названий и функций предмета наряду со сложностью речевого воспроизведения и построения фраз. Для данной формы аутизма характерны сочетание опережения, нормативности и отставания познавательного развития с наличием избирательности, а также сочетание частичной нивелировки когнитивного дизонтогенеза с явлением легкого когнитивного дефицита в ремиссии [9; 10; 12; 24; 26].

Среди общих диагностических критериев для раннего ДП и АДП были выделены следующие группы нарушений [18]:

1) нарушения психоречевого развития, выражающиеся в задержке или отсутствии единичных слов в возрасте 16 месяцев и простых фраз к двум годам либо в отсутствии речевого развития, в преобладании в речи эхололий, оригинального диалекта (так называемый «птичий язык»), вокализмов разных тональностей, крика, визга, цоканья;

2) нарушения социального взаимодействия, которые проявляются в нарушении эмпатии, зрительного и тактильного контакта (отсутствие зрительного контакта либо мимолетный непродолжительный зрительный контакт, взгляд «сквозь»; отсутствие эмоциональной реакции на присутствие и эмоции других людей; отсутствие или избирательная реакция на обращенную речь и иногда на сенсорные раздражители; избегание тактильного контакта, порой даже с родителями; агрессивная реакция на прикосновения);

3) нарушения моторных функций, представленные кататонической симптоматикой: двигательная расторможенность, ходьба или стояние на мысках, стереотипная макро- (движения и бег по кругу и взад-вперед, прыжки, кружение вокруг своей оси, раскачивания) и микромоторика (потряхивания кистями рук, закладывание указательного, среднего и безымянного пальцев рук друг за друга, атетоз, гримасы);

4) нарушение поведения, негативизм, стереотипность, ригидность, монотонность: протесты, немотивированные реакции отказа, агрессия/аутоагрессия (ребенок отворачивается, закрывает уши руками, закрывает глаза, ложится/садится на пол, прячется за мебель, отталкивает от себя родителей). Агрессия чаще всего направлена на родителей либо по отношению к себе, ребенок может наносить удары себе либо родителям, щипаться, кусаться, биться головой о стену. Характерна приверженность к определенному распорядку дня, маршрутам прогулок, привычным вещам и отсутствие сюжетно-ролевой игры со стереотипной монотонной игровой деятельностью (ребенок отдает предпочтение однообразным игрушкам — кубикам, мячам, машинкам; раскладывает их в один ряд; катает взад-вперед).

Для раннего ДП и АДП характерны значительные различия в функциональных характеристиках центральной нервной системы. Тяжесть клинической картины аутистических расстройств прямо пропорционально соответствует степени нарушения картины электроэнцефалографии. В клинической картине электроэнцефалографии нарушения биоэлектрической активности мозга выражаются в уменьшении мощности и нерегулярности альфа-ритма и в увеличении доли медленных ритмов тета- и дельта диапазонов и их мощности. При АДП количественная мера тета-ритма соответствует клиническим проявлением регресса и сохраняется на всем протяжении болезни (совпадает с присутствием кататонической симптоматики), что можно расценить как неблагоприятный прогноз. Для ДП характерен регулярный альфа-ритм в приступе с незначительной долей тета-ритма, что служит предвестником благоприятного прогноза. В качестве дополнительного маркера этого заболевания может выступать выраженный сенсомоторный ритм, который появляется в период ремиссии и при замещении кататонических расстройств гипердинамическим синдромом [7; 8; 10; 26].

Регистрация акустических вызванных потенциалов ствола мозга применяется в клинической практике для функциональной оценки состояния проводящих слуховых путей ствола головного мозга [6]. В литературе представлены единичные исследования диагностики нарушений слухового восприятия при аномалиях развития мозга у детей с тугоухостью и аутистическими синдромами [28]. Актуальность исследования взаимосвязи показателей акустических вызванных потенциалов ствола мозга и нейропсихологических индексов сформированности высших психических функций у детей с РАС обусловлена необходимостью расширения представлений о механизмах процессов восприятия слуховой информации у данной группы детей.

**Цель исследования** — выявить взаимосвязи между показателями состояния проводящих слуховых путей и показателями структурно-функциональных блоков головного мозга у детей с РАС.

**Гипотеза исследования:** нарушения в структуре проводящих слуховых путей ствола головного мозга у детей с РАС связаны с нарушением обработки стимулов окружающей среды (восприятие звуков речи и неречевых шумов) и снижением регуляторных функций.

## Материалы и методы

**Выборка.** В исследовании приняли участие 48 детей от 3 до 8 лет ( $M=5,75$  лет;  $SD=2,61$  лет) с диагнозами F84.0 Детский аутизм (41 ребенок), F84.1 Атипичный аутизм (3 ребенка), F84.5 Синдром Аспергера (4 ребенка) по МКБ-10. Родители выразили добровольное информированное согласие на участие своих детей в исследовании и обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ.

**Методы и процедура исследования.** Регистрация акустических вызванных потенциалов ствола мозга проводилась врачом функциональной диагностики на аппарате для нейрофизиологических исследований «Нейрософт». Метод используется у больных с когнитивными нарушениями, не требует их активного участия и не зависит от степени мотивации, наличия эмоционально-личностных нарушений в отличие от традиционного исследования при помощи шкал и тестов [2]. Показанием для проведения исследования были жалобы родителей на отсутствие у детей адекватной реакции на обращенную речь.

Для определения нарушений функционирования головного мозга была использована концепция А.Р. Лурия о трех функциональных блоках мозга [17]. Согласно данной концепции, мозг может быть разделен на три основных блока, которые имеют собственное строение и роль в психическом функционировании: I блок — «Блок тонуса коры и энергетический блок мозга» — отвечает за регуляцию процессов активации, обеспечивает общий активационный фон, поддерживает общий тонус центральной нервной системы, отвечает за воссоздание различных аспектов внутреннего и внешнего мира; II блок — «Блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации» — отвечает за осуществление сложных надмодальных видов психической деятельности — символической, речевой, интеллектуальной; III блок — «Блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности» — участвует в формировании программ действий, несет ответственность за прочность удержания намерений, сохранение сложных программ действий, торможение не соответствующих программе импульсов и регулирование деятельности, подчиненной программе. Нейропсихологические индексы представляют собой интегральные показатели, отражающие состояние структурно-функциональных компонентов трех блоков головного мозга [16]. Для сопоставления разных параметров между собой в статистическом анализе использовались стандартизированные z-оценки.

Нейропсихологическое обследование детей проводилось на первичном приеме по данным включенного наблюдения за ребенком, выполнения ребенком диагностических проб, а также структурированного интервью с родителями. Для проведения нейропсихологического обследования были использованы методы нейропсихологической оценки детей дошкольного и школьного возрастов, методы оценки данных нейропсихологического обследования [4; 5]. Оценка функций I блока мозга (импульсивность, утомляемость, инертность, темп) проводилась в процессе наблюдения за выполнением ребенком всех проб. Для оценки функций II блока мозга

применялись 6 проб: Праксис позы пальцев, Копирование фигур, Акустический гнозис, Понимание логико-грамматических конструкций, Слухоречевая память, Зрительная память. Для оценки функций III блока мозга было использовано 4 пробы: Динамический праксис, Четвертый лишний, Понимание смысла сюжетной картины и Счет. При оценке выполнения проб минимальный балл (0 баллов) за пробу соответствовал лучшему выполнению, а максимальный балл (3 балла) — худшему.

**Анализ данных.** Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета программ SPSS Statistics v. 23.0. Для выявления взаимосвязей между показателями акустических стволовых потенциалов (АСП) и нейропсихологическими индексами детей был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона (коэффициенты корреляции достоверны при  $p \leq 0,05$  для всех значений). Для сравнения нейропсихологических показателей были использованы W-критерий Уилкоксона ( $\alpha=0,05$ ) и ранжирование испытуемых. Предварительный анализ распределения данных с помощью теста Колмогорова–Смирнова подтвердил их близость к нормальному распределению —  $d=0,10$ ;  $p=0,170$ .

### Результаты исследования

На первом этапе были выделены четыре основных нейропсихологических индекса функционирования различных блоков головного мозга: Индекс активационных и энергетических компонентов деятельности (Индекс I блока) — 4 пробы; Индекс правополушарной холистической стратегии переработки информации (Индекс II-прав) — 4 пробы; Индекс левополушарной аналитической стратегии переработки информации (Индекс II-лев) — 2 пробы; Индекс программирования, регуляции и контроля деятельности (Индекс III блока) — 4 пробы [1]. Индекс II-лев не имел высоких показателей и значимых различий ( $N=5,36$ ,  $p < 0,05$ ).

В дальнейшем на основании проведенного нейропсихологического обследования исследуемые дети были разделены на три группы. Первую группу составили 10 детей, получивших высокие ранги по Индексу I блока ( $W=3,16$ ,  $p < 0,001$ ). Для детей этой группы характерны трудности активационных и энергетических компонентов деятельности.

Во вторую группу вошли 20 детей, получившие высокие показатели по Индексу II-прав ( $W=3,94$ ,  $p < 0,001$ ). Для детей этой группы характерна слабость холистической стратегии переработки зрительно-пространственной, слуховой и зрительной информации.

Третью группу составили 18 детей, получившие высокие показатели по Индексу III блока ( $W=3,58$ ,  $p < 0,001$ ). Для этой группы детей характерны сложности усвоения программ, следования программам и переключения между ними, а также ориентировочной деятельности и принятия решений [22].

В результате корреляционного анализа данных были выявлены взаимосвязи между показателями акустических стволовых потенциалов, индексом активационных

и энергетических компонентов деятельности и индексом правополушарной холистической стратегии переработки информации. Описательная статистика выделенных нейропсихологических индексов и показателей акустических стволовых потенциалов представлена в Приложении.

**Связи между АСП и нейропсихологическими индексами в I группе обследованных детей.** Графически результаты корреляционного анализа представлены на рис. 1. Коэффициенты корреляции (достоверны при  $p \leq 0,05$ ) имели положительные и отрицательные значения и варьировали от  $r = -0,334$  (индекс активационных и энергетических компонентов деятельности и оценка функции медиальных коленчатых тел (подкорковый центр речи) справа) до  $r = 0,875$  (оценка функций ствола мозга слева и справа).

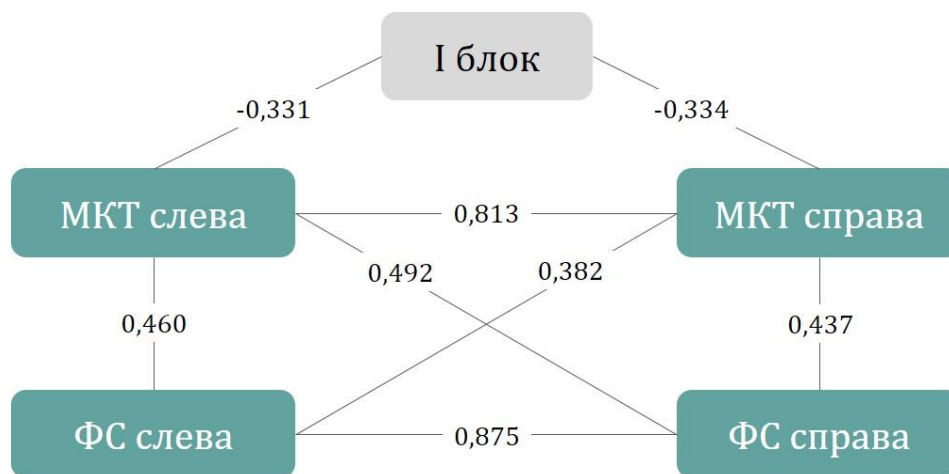


Рис. 1. Корреляционные плеяды I блока ( $p \leq 0,05$ )

*Примечание:* I блок — индекс активационных и энергетических компонентов деятельности; МКТ справа — оценка функции медиальных коленчатых тел (подкорковый центр речи) справа; МКТ слева — оценка функции медиальных коленчатых тел (подкорковый центр речи) слева; ФС справа — оценка функции ствола справа; ФС слева — оценка функции ствола слева.

Для I группы детей, имеющих сложности активационных и энергетических компонентов деятельности, установлены две отрицательные значимые связи между показателями акустических вызванных потенциалов и нейропсихологическими индексами. Функции медиальных коленчатых тел (подкорковый центр речи) справа взаимосвязаны с функциями медиальных коленчатых тел слева ( $r = 0,813$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,032$ ), функциями ствола мозга справа ( $r = 0,437$ ;  $p = 0,002$ ;  $d = 7,054$ ) и слева ( $r = 0,382$ ;  $p = 0,007$ ;  $d = 6,833$ ) и имеют обратную взаимосвязь с индексом активационных и энергетических компонентов деятельности ( $r = -0,334$ ;  $p = 0,020$ ;  $d = 1,441$ ). Функции медиальных коленчатых тел слева взаимосвязаны с функциями ствола мозга слева ( $r = 0,460$ ;  $p = 0,001$ ;  $d = 6,992$ ) и справа ( $r = 0,492$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 7,226$ ) и имеют обратную взаимосвязь с индексом активационных и энергетических компонентов деятельности ( $r = -0,331$ ;  $p = 0,021$ ;  $d = 1,440$ ). Также выявлена взаимосвязь между функциями ствола мозга справа и слева ( $r = 0,875$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,080$ ).

Таким образом, для этой группы детей характерны сложности восприятия слуховой информации подкорковыми структурами мозга. Взаимосвязи между функциями ствола мозга справа и слева и функциями медиальных коленчатых тел (подкорковый центр речи) справа и слева связаны с нарушениями периферических рецепторов и проводящих путей к корковым центрам слухового анализатора. Такие дети не реагируют на громкие речевые звуки и неречевые шумы (не вздрагивают, не оборачиваются, не соотносят звучание предмета с самим предметом), испытывают сложности в понимании обращенной (не откликаются на имя, не выполняют заданных инструкций) и номинативной речи (не соотносят образ предмета с его названием).

**Связи между АСП и нейропсихологическими индексами во II группе обследованных детей.** В ходе проведения корреляционного анализа между показателями акустических стволовых потенциалов и индексом правополушарной холистической стратегии переработки информации для обследованных детей коэффициенты корреляции варьировали от  $r=-0,605$  (индекс программирования, регуляции и контроля деятельности) до  $r=0,922$  (оценка функций мозжечка справа и слева). На рис. 2 графически представлены взаимосвязи между показателями АСП и индексом правополушарной холистической стратегии переработки информации.

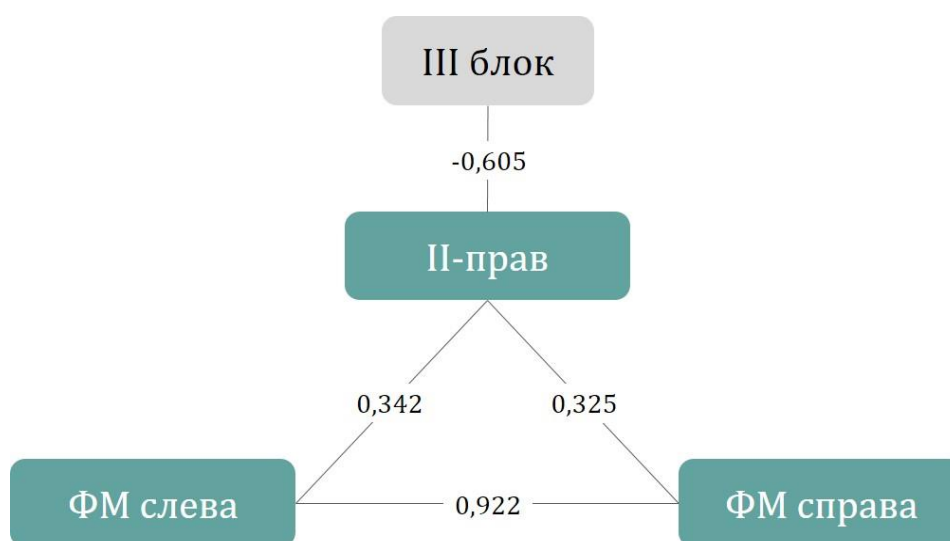


Рис. 2. Корреляционные плеяды II-прав ( $p \leq 0,05$ )

*Примечание:* II-прав — индекс правополушарной холистической стратегии переработки информации; ФМ справа — оценка функции мозжечка (автоматизация мышления и речи, координация движений) справа; ФМ слева — оценка функции мозжечка (автоматизация мышления и речи, координация движений) слева; III блок — индекс программирования, регуляции и контроля деятельности.

У детей с трудностями правополушарной холистической стратегии переработки информации были выявлены четыре статистически значимых взаимосвязи (три положительных и одна отрицательная). Функция мозжечка справа взаимосвязана с индексом правополушарной холистической стратегии переработки информации

( $r=0,325$ ;  $p=0,024$ ;  $d=-4,022$ ) и с функцией мозжечка слева ( $r=0,922$ ;  $p<0,001$ ;  $d=0,133$ ). Индекс правополушарной холистической стратегии переработки информации взаимосвязан с функцией мозжечка слева ( $r=0,342$ ;  $p=0,017$ ;  $d=5,113$ ) и имеет отрицательную взаимосвязь с индексом программирования, регуляции и контроля деятельности ( $r=-0,605$ ;  $p=0,020$ ;  $d=-0,031$ ).

Таким образом, для детей II группы при высоком уровне развития холистической стратегии переработки информации характерен сниженный уровень контроля за протеканием психической деятельности, при этом наблюдаются сложности в автоматизация мышления и речи, координации движений. Дети этой группы испытывают сложности с регуляцией поведения (спонтанные стереотипные движения руками и ногами, вокализации, прыжки на месте, раскачивания); не могут сопряженно и отраженно выполнять лого-ритмичные упражнения; для закрепления и автоматизации какого-либо навыка им необходимо его многократное повторение (нанизывание бусин на шнурок, аппликация, пластилинография, различные виды шнуровок, необходимые для формирования пинцетного захвата).

**Связи между АСП и нейропсихологическими индексами в III группе обследованных детей.** Для детей с трудностями программирования, регуляции и контроля деятельности не было выявлено взаимосвязей между показателями акустических стволовых потенциалов и нейропсихологическим индексом.

### Обсуждение результатов

Для детей с РАС характерны незначительная задержка обработки зрительной и слуховой информации, связанная с мультисенсорной интеграцией, а также общее замедление пространственно-временной ориентировки [35]. Нарушения слуховой обработки часто встречаются при РАС, особенно в средах с несколькими источниками звука [29], и характеризуются непропорционально сильными реакциями на самые громкие (80 дБ) звуки [31]. Восприятие высоты тона в левом полушарии может быть связано с избирательными трудностями при обработке высоты тона в речевых контекстах, с которыми сталкиваются дети [36]. Трудности в семантической обработке наиболее характерны для людей с высоким уровнем аутистических черт [33]. У детей с аутизмом нарушенная способность различать звуки на предсознательных стадиях обработки информации в коре головного мозга может препятствовать развитию более сложных связей. В частности, это может влиять на функциональное развитие физиологической тонометрической организации на уровне слуховой коры. Задержка обработки слуховой информации, связанная с ухудшением языковых навыков, указывает на нейронную корреляцию нарушений поведенческих характеристик при РАС на протяжении всей жизни [32].

Результаты исследования, проведенного Е.А. Немзер и Л.Г. Борожиной, показывают, что для детей с аутизмом характерны преимущественно амбилатеральные профили латерализации, была выявлена связь ведущего левого уха и аутизма в целом, а его тяжелых форм — с ведущим правым ухом. Связь между левым ухом как ведущим и аутизмом позволяет предварительно предположить, что преимущественная



задействованность правой височной области в слуховом восприятии речи («левополушарной» функции) у «левоушных» детей с РАС может быть связана с импрессивными речевыми нарушениями [20]. При этом характерной чертой импрессивной речи у детей с РАС в возрасте 7–11 лет является неравномерность развития, которая ассоциирована с выраженностью аутистических проявлений (в первую очередь — степенью дефицита социального аффекта) и не связана с индексом интеллекта [21]. Однако у детей с РАС отмечается недостаточность словесно-логического и наглядно-действенного мышления, а также аналитико-синтетической деятельности. Кроме того, данная группа детей имеет низкие показатели таких навыков, как определение понятий, анализ, выделение и построение общих понятий, логическое обоснование собственного выбора, выявление сходств и различий в объектах, установление причинно-следственных связей [14]. На ранних стадиях развития детей с РАС могут изменяться память и мотивационное поведение, управляемое эмоциями, что объясняет измененную обработку стимулов окружающей среды и создает основу для неспособности развить правильное сенсорное восприятие [37]. Показано, что нетипичное восприятие социальных и несоциальных изменений в окружающей среде мешает людям с аутизмом правильно адаптировать свои реакции и может привести к сенсорной перегрузке, часто наблюдаемой у людей с РАС [30].

По данным проведенного нами исследования выделены основные клиничко-патопсихологические особенности и нейропсихологические параметры переработки слуховой информации. Определены группы детей с наиболее (одна группа) и с наименее (две группы) сохранными компонентами психической деятельности, участвующими в обработке слуховой информации. У детей с нарушениями активационных и энергетических компонентов деятельности наибольшие сложности вызывает фонематическое восприятие слуховой информации. Процесс восприятия звуков речи является основой усвоения звуковой стороны языка, при этом страдает не только звукопроизношение, но и понимание речи. Нарушение фонематического восприятия у обследованных детей проявлялись в трудностях звукопроизношения по типу смешения и замены звуков, нарушения звуковой и слоговой структур слова. Для детей с трудностями правополушарной холистической стратегии переработки информации характерны сложности в формировании двигательных речевых навыков при сниженном уровне произвольной деятельности и осуществления контроля над ней. Нарушения речевой артикуляции приводят к трудностям произношения гласных звуков изолированно, а согласных звуков — как изолированно, так и в словах.

## Выводы

1. Выявленные особенности мозговой организации процессов восприятия слуховой информации и процессов протекания психической деятельности у детей с РАС проявляются в нарушениях работы периферических рецепторов и проводящих путей к корковым центрам слухового анализатора, в сниженном уровне контроля за протеканием психической деятельности. При этом наблюдаются сложности в автоматизации мышления и речи, координации движений.

2. Обследованные дети с нарушением функций I блока мозга испытывают сложности с восприятием слуховой информации.

3. Для детей с трудностями правополушарной холистической стратегии (II блок мозга) характерны сложности с овладением двигательными речевыми навыками и регуляцией произвольной деятельности.

**Ограничения исследования.** Была обследована небольшая выборка (48 детей), в связи с чем дети не были разделены на группы в соответствии с диагнозами и не был проведен сравнительный анализ состояния проводящих слуховых путей и показателей структурно-функциональных блоков головного мозга у детей с разными вариантами аутистических расстройств.

**Перспективы исследования.** Выявленные особенности мозговой организации подкорковых структур у детей с РАС требуют дополнительных исследований на выборках большего объема, а также сравнение с нормативной выборкой для межгруппового сравнения. Необходимо исследовать эффективность разработанных для детей с РАС программ нейропсихологической коррекции с учетом полученных данных.

## Литература

1. Ахутина Т.В., Матвеева Е.Ю., Романова А.А. Применение Луриевского принципа синдромного анализа в обработке данных нейропсихологического обследования детей с отклонениями в развитии // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2012. № 2. С. 84–95. URL: [http://msupsyj.ru/pdf/vestnik\\_2012\\_2/vestnik\\_2012-2\\_84-95.Pdf](http://msupsyj.ru/pdf/vestnik_2012_2/vestnik_2012-2_84-95.Pdf) (дата обращения: 19.09.2022).

2. Боричева Д.О., Тибеккина Л.М., Александров А.А. Акустические стволовые и когнитивные вызванные потенциалы при хроническом нарушении мозгового кровообращения // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2019. Том 105. № 3. С. 284–294. DOI: 10.1134/S0869813919030026

3. Всемирная организация здравоохранения. Резолюция WHA67.8: Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра // Шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения: резолюции и решения. Женева, 19–24 мая 2014 г. С. 17–21. URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ru.pdf) (дата обращения: 19.09.2022).

4. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 80 с.

5. Глозман Ж.М., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста. М.: Артопринт, 2014. 180 с.

6. Гресс В.В. Обзор применения акустических стволовых вызванных потенциалов в современной клинической практике // Политехнический молодежный журнал. 2019. № 7 (36). С. 1–16. DOI: 10.18698/2541-8009-2019-7-497

*Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В. и др.*  
Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур  
в развитии психических расстройств  
аутистического спектра у детей  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 120–141.

*Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V. et al.*  
Clinical and Neuropsychological Features  
of Subcortical Structures Cerebral Organization  
in the Development of Autism Spectrum  
Mental Disorders in Children  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 120–141.

7. *Зверева Н.В.* Когнитивный дизонтогенез и его диагностика у детей и подростков // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы: коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: Сам Полиграфист, 2016. С. 146–166. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library213.pdf?ysclid=l8af5pwalj663194109> (дата обращения: 19.09.2022).

8. *Зверева Н.В.* Проблемы патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Том 18. № 1. С. 20–26. URL: <https://psychildhealth.ru/2018-01.pdf> (дата обращения: 19.09.2022).

9. *Зверева Н.В., Хромов А.И.* Варианты когнитивного развития при различных формах шизофрении у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 12. С. 42–47. DOI: 10.17116/jnevro201411412142-47

10. *Зверева Н.В., Хромов А.И.* Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России. 2014. Том 6. № 1 (24). URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_1\\_24/nomer05.pdf](http://mprj.ru/archiv_global/2014_1_24/nomer05.pdf) (дата обращения: 19.09.2022).

11. *Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А. и др.* Клинико-психологическая диагностика познавательной сферы у детей и подростков с нарушениями развития // Психологическая диагностика. 2017. Том 14. № 2. С. 6–21.

12. *Зверева Н. В., Хромов А. И., Сергиенко А. А. и др.* Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и внимание): методические рекомендации. М.: Сам полиграфист. 2017. 48 с.

13. *Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и др.* Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16–24 месяцев жизни (данные по России за 2015–2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. Том 118 (5). Выпуск 2. С. 12–19. DOI: 10.17116/jnevro20181185212

14. *Иванова М.М., Бородина Л.Г.* Особенности мышления у детей с аутизмом без умственной отсталости // Аутизм и нарушения развития. 2020. Том 18. № 1. С. 38–50. DOI: 10.17759/autdd.2020180105

15. *Каримулина Е.Г., Хлюстова Н.Г.* Направленность внимания у детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2020. Том 18. № 4. С. 33–42. DOI: 10.17759/autdd.2020180404

16. *Кузева О.В., Романова А.А., Корнеев А.А. и др.* Нейропсихологический анализ особенностей становления графомоторных навыков у младших школьников // Бюллетень ВСНЦ СО РАНМ. 2014. № 5 (99). С. 101–105.

17. *Лурия А.Р.* Мозг человека и психические процессы: В 2 т. Т. 2. М.: АПН РСФСР, 1970. 496 с.

*Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В. и др.*  
Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур  
в развитии психических расстройств  
аутистического спектра у детей  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 120–141.

*Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V. et al.*  
Clinical and Neuropsychological Features  
of Subcortical Structures Cerebral Organization  
in the Development of Autism Spectrum  
Mental Disorders in Children  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 120–141.

18. *Макарова Л.О., Шушпанова О.В.* К вопросу о дифференциации психотических форм расстройств аутистического спектра у детей // Материалы XVI Съезда психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», Казань, 23–26 сентября 2015 г. / под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 125. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27618437&selid=27650614>. (дата обращения: 19.09.2022).

19. *Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э.* Распространенность аутизма: подлинная и мнимая // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. № 2. С. 80–86. DOI: 10.17116/jnevro201911902180

20. *Немзер Е.А., Бородина Л.Г.* Профиль латерализации у детей с РАС и различным уровнем речевого развития // Аутизм и нарушения развития. 2019. Том 17. № 3. С. 29–35. DOI: 10.17759/autdd.2019170303

21. *Переверзева Д.С., Мамохина У.А., Давыдова Е.Ю. и др.* Особенности понимания речи у детей с расстройствами аутистического спектра младшего школьного возраста // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 4. С. 137–161. DOI: 10.17759/cpse.2021100407

22. *Пустовая А.В., Гуткевич Е.В.* Нейропсихологические индексы развития высших психических функций у детей дошкольного и младшего школьного возраста с тяжелыми формами аутизма // Национальное здоровье. 2021. URL: <https://www.national-zdorov.ru/userfiles/file/8gkxuh80jsokrpqncv6wxzsaau1skush.pdf> (дата обращения: 19.09.2022).

23. *Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В.* Особенности психологического отношения матерей и отцов к болезни в семьях, имеющих ребенка с расстройствами аутистического спектра // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2021. № 2 (192). С. 415–421. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2021.2.p415-421

24. *Симашкова Н.В.* Дизонтогенез // Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. М.: Медицинское информационное агентство, 2016. С. 466–467.

25. *Симашкова Н.В., Иванов М.В., Макушкин Е.В. и др.* Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по России 2017–2019 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2020. № 11. С. 79–86. DOI: 10.17116/jnevro202012011179

26. *Симашкова Н.В., Ключник Т.П.* Расстройства аутистического спектра // Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 11–43.

27. *Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В. и др.* Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2021. Том 19. № 1. С. 45–53. DOI: 10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53

Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В. и др.  
Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур  
в развитии психических расстройств  
аутистического спектра у детей  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 120–141.

Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V. et al.  
Clinical and Neuropsychological Features  
of Subcortical Structures Cerebral Organization  
in the Development of Autism Spectrum  
Mental Disorders in Children  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 120–141.

28. Скворцов И.А. Иллюстрированная неврология развития. М.: МЕДПресс-Информ, 2014. 352 с.
29. Bharadwaj H., Mamashli F., Khan S. et al. Cortical signatures of auditory object binding in children with autism spectrum disorder are anomalous in concordance with behavior and diagnosis // PLoS Biology. 2022. Vol. 20. № 2. e3001541. DOI: 10.1371/journal.pbio.3001541
30. Charpentier J., Kovarski K., Houy-Durand E. et al. Emotional prosodic change detection in autism Spectrum disorder: an electrophysiological investigation in children and adults // Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2018. Vol. 10. Article 28. DOI: 10.1186/s11689-018-9246-9
31. Dwyer P., Wang X., De Meo-Monteil R. et al. Defining clusters of young autistic and typically developing children based on loudness-dependent auditory electrophysiological responses // Molecular Autism. 2020. Vol. 11. Article 48. DOI: 10.1186/s13229-020-00352-3
32. Matsuzaki J., Ku M., Dipietro M. et al. Delayed Auditory Evoked Responses in Autism Spectrum Disorder across the Life Span // Developmental Neuroscience. 2019. Vol. 41. № 3–4. P. 223–233. DOI: 10.1159/000504960
33. O'Rourke E., Coderre E.L. Implicit Semantic Processing of Linguistic and Nonlinguistic Stimuli in Adults with Autism Spectrum Disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2021. № 51. P. 2611–2630. DOI: 10.1007/s10803-020-04736-5
34. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G. et al. Total screening of the risk of developing mental illness of young children in primary health care in Russia (data 2017) // European Psychiatry. 2019. Vol. 56. S1. P. S54.
35. Stefanou M.E., Dundon N.M., Bestelmeyer P.E.G. et al. Late attentional processes potentially compensate for early perceptual multisensory integration deficits in children with autism: evidence from evoked potentials // Scientific Reports. 2020. Vol. 10. Article 16157. DOI: 10.1038/s41598-020-73022-2
36. Stroganova T.A., Komarov K.S., Sysoeva O.V. et al. Left hemispheric deficit in the sustained neuromagnetic response to periodic click trains in children with ASD // Molecular Autism, 2020. Vol. 11. Article 100. DOI: 10.1186/s13229-020-00408-4
37. Tecchio F., Benazzi F., Zappasodi F. et al. Auditory sensory processing in autism: A magnetoencephalographic study // Biological Psychiatry. 2003. Vol. 54. № 6. P. 647–654. DOI: 10.1016/S0006-3223(03)00295-6

## References

1. Akhutina T.V., Matveeva E.Yu., Romanova A.A. Primenenie Lurievskogo printsipa sindromnogo analiza v obrabotke dannykh neiropsikhologicheskogo obsledovaniya detei s otkloneniyami v razvitiy [Lurian syndrome analysis approach to analysis of data from neuropsychological assessment of children with developmental disorders]. *Vestnik*

Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В. и др.  
Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур  
в развитии психических расстройств  
аутистического спектра у детей  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 120–141.

Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V. et al.  
Clinical and Neuropsychological Features  
of Subcortical Structures Cerebral Organization  
in the Development of Autism Spectrum  
Mental Disorders in Children  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 120–141.

*Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya=Moscow University Psychology Bulletin. Series 14. Psychology*, 2012, no. 2, pp. 84–95. URL: [http://msupsyj.ru/pdf/vestnik\\_2012\\_2/vestnik\\_2012-2\\_84-95.Pdf](http://msupsyj.ru/pdf/vestnik_2012_2/vestnik_2012-2_84-95.Pdf) (Accessed: 19.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Boricheva D.O., Tibekina L.M., Aleksandrov A.A. Akusticheskie stvolovye i kognitivnye vyzvannye potentsialy pri khronicheskom narushenii mozgovogo krovoobrashcheniya [Acoustic Brainstem and Cognitive Event-Related Potentials in Chronic Cerebrovascular Disease]. *Rossiiskii fiziologicheskii zhurnal im. I.M. Sechenova=Russian Journal of Physiology*, 2019, vol. 105, no. 3, pp. 284–294. DOI: 10.1134/S0869813919030026 (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Rezolyutsiya WHA67.8: Kompleksnye i soglasovannye usiliya po vedeniyu rasstroistv auticheskogo spektra [World Health Organization. Resolution WHA67.8: Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders]. *Shest'desyat sed'maya sessiya Vsemirnoi assamblei zdavookhraneniya: rezolyutsii i resheniya=The Sixty-seventh World Health Assembly: Resolutions and Declarations*. Geneva, May, 19-24, 2014, pp. 17–21. URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-ru.pdf) (Accessed: 19.09.2022). (In Russ.)

4. Glozman Zh.M., Potanina A.Yu., Soboleva A.E. Neiropsikhologicheskaya diagnostika v doshkol'nom vozraste [Neuropsychological diagnostics in preschool age]. 2nd ed. Saint-Petersburg: Piter, 2008. 80 p. (In Russ.).

5. Glozman Zh.M., Soboleva A.E. Neiropsikhologicheskaya diagnostika detei shkol'nogo vozrasta [Neuropsychological diagnostics of school-age children]. Moscow: Artoprint, 2014. 180 p. (In Russ.).

6. Gress V.V. Obzor primeneniya akusticheskikh stvolovykh vyzvannykh potentsialov v sovremennoi klinicheskoi praktike [Overview of the use of acoustic brainstem evoked potentials in modern clinical practice]. *Politekhnikeskii molodezhnyi zhurnal =Politechnical Student Journal*, 2019, № 7 (36). P. 1–16. DOI: 10.18698/2541-8009-2019-7-497. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Zvereva N.V. Kognitivnyi dizontogenez i ego diagnostika u detei i podrostkov [Cognitive dysontogenesis and its diagnosis in children and adolescents]. *Diagnostika v meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy: kollektivnaya monografiya*. Moscow: Sam Poligrafist, 2016, pp. 146–166. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library213.pdf?ysclid=l8af5pwalj663194109> (Accessed: 19.09.2022). (In Russ.).

8. Zvereva N.V. Problemy patopsikhologicheskoi diagnostiki v detskoj psikiatricheskoi klinike [Problems of pathopsychological diagnostics in children's psychiatric clinic]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov=Mental Health of Children and Adolescent*, 2018, vol. 18, no. 1, pp. 20–26. URL: <https://psychildhealth.ru/2018-01.pdf> (Accessed: 19.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Zvereva N.V., Khromov A.I. Varianty kognitivnogo razvitiya pri razlichnykh formakh shizofrenii u detei i podrostkov [Variants of cognitive development in children and

adolescents with different forms of schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova=S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2014, no. 12, pp. 42–47. DOI: 10.17116/jnevro201411412142-47 (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Zvereva N.V., Khromov A.I. Spetsifika kognitivnogo defitsita u detei i podrostkov pri shizofrenii: klinicheskie i vozrastnye faktory [Particularity of Cognitive Deficits in Children and Adolescents with Schizophrenia: Clinical and Age-Related Factors]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*, 2014, vol. 6, no. 1 (24). URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2014\\_1\\_24/nomer05.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2014_1_24/nomer05.php) (Accessed: 19.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Zvereva N.V., Khromov A.I., Sergiyenko A.A. et al. Kliniko-psikhologicheskaya diagnostika poznavatel'noi sfery u detei i podrostkov s narusheniyami razvitiya [Clinical and psychological diagnosis of the cognitive sphere in children and adolescents with developmental disorders]. *Psikhologicheskaya diagnostika=Psychological Diagnostics*, 2017, vol. 14, no. 2, pp. 6–21. (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Zvereva N.V., Khromov A.I., Sergiyenko A.A. et al. Kliniko-psikhologicheskie metodiki otsenki kognitivnogo razvitiya detei i podrostkov pri endogennoi psikhicheskoi patologii (pamyat' i vnimanie): metodicheskie rekomendatsii [Clinical and psychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (memory and attention): methodological guidelines]. Moscow: Sam Poligrafist, 2017. 48 p. (In Russ.).

13. Ivanov M.V. Epidemiologiya riska vozniknoveniya rasstroistv autisticheskogo spektra u detei 16-24 mesyatsev zhizni (dannye po Rossii za 2015–2016 gg.) [The epidemiologic study of the risk of autism spectrum disorders in children of 16–24 months in Russia, 2015–2016]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova=S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry (special issues)*, 2018, vol. 118 (5), no. 2, pp. 12–19. DOI: 10.17116/jnevro20181185212 (In Russ., abstr. in Engl.).

14. Ivanova M.M., Borodina L.G. Osobennosti myshleniya u detei s autizmom bez umstvennoi otstalosti [Cognitive Features in Autistic Children without Intellectual Disability]. *Autizm i narusheniya razvitiya=Autism & Developmental Disorders (Russia)*, 2020, vol. 18, no. 1, pp. 38–50. DOI: 10.17759/autdd.2020180105 (In Russ., abstr. in Engl.).

15. Karimulina E.G., Khlyustova N.G. Osobennosti vnimaniya u detei s RAS [Focus of Attention in Children with ASD]. *Autizm i narusheniya razvitiya=Autism and Developmental Disorders (Russia)*, 2020, vol. 18, no. 4, pp. 33–42. DOI: 10.17759/autdd.2020180404 (In Russ., abstr. in Engl.).

16. Kuzeva O.V., Romanova A.A., Korneev A.A. et al. Neiropsikhologicheskii analiz osobennostei stanovleniya grafomotornykh navykov u mladshikh shkol'nikov [Neuropsychological analysis of peculiarities of formation of graphomotor skills in younger schoolchildren]. *Byulleten' VSNTs SO RANM=Acta Biomedica Scientifica*, 2014, no. 5 (99), pp. 101–105. (In Russ., abstr. in Engl.).

17. Luria A.R. Mozg cheloveka i psikhicheskie protsessy: V 2 t. T. 2. [The human brain and mental processes: in 2 vol. Vol. 2]. Moscow: APN RSFSR Publ., 1970. 496 p. (In Russ.).

18. Makarova L.O., Shushpanova O.V. K voprosu o differentsiatsii psikhoticheskikh form rasstroistv autisticheskogo spektra u detei [On the issue of differentiation of psychotic forms of autism spectrum disorders in children]. In N.G. Neznanov (ed.), *Materialy XVI S"ezda psikhiatrov Rossii. Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem "Psikhiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy"*=*Proceedings of the XVI Congress of Psychiatrists of Russia. All-Russian Scientific and Practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects"*. Kazan, September, 23–26, 2015. P. 215. URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_27618437\\_66583382.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_27618437_66583382.pdf) (Accessed: 19.09.2022). (In Russ.).

19. Makushkin E.V., Makarov I.V., Pashkovskiy V.E. Rasprostranennost' autizma: podlinnaya i mnimaya [The prevalence of autism: genuine and imaginary]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*=*S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2019, no. 2, pp. 80–86. DOI: 10.17116/jnevro201911902180. (In Russ., abstr. in Engl.).

20. Nemzer E.A., Borodina L.G. Profil' lateralizatsii u detei s RAS i razlichnym urovnem rechevogo razvitiya [Lateralization Profile in ASD Children with Different Speech Development Levels]. *Autizm i narusheniya razvitiya*=*Autism & Developmental Disorders (Russia)*, 2019, vol. 17, no. 3, pp. 29–35. DOI: 10.17759/autdd.2019170303 (In Russ., abstr. in Engl.).

21. Pereverzeva D.S., Mamokhina U.A., Davydova E.Yu. et al. Osobennosti ponimaniya rechi u detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra mladshogo shkol'nogo vozrasta [Receptive Language in Primary-School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*=*Clinical Psychology and Special Education*, 2021, vol. 10, no. 4, pp. 137–161. DOI: 10.17759/cpse.2021100407 (In Russ., abstr. in Engl.).

22. Pustovaya A.V., Gutkevich E.V. Neiropsikhologicheskie indeksy razvitiya vysshikh psikhicheskikh funktsii u detei doshkol'nogo i mladshogo shkol'nogo vozrasta s tyazhelymi formami autizma [Neuropsychological indexes of the development of higher mental functions in children with severe forms of autism of preschool and primary school age]. *Natsional'noe zdorov'e*=*National Health*, 2021, URL: <https://www.national-zdorov.ru/userfiles/file/8gkxuh80jsokpqnpcv6wxzsaau1skush.pdf> (Accessed: 19.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

23. Pustovaya A.V., Pustovaya E.N., Gutkevich E.V. Osobennosti psikhologicheskogo otnosheniya materei i ottsov k bolezni v sem'yakh, imeyushchikh rebenka s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Features of the psychological attitude of mothers and fathers to the disease in families with a child with autism spectrum disorders]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*=*Scientific Notes of the P.F. Lesgaft University*, 2021, no. 2 (192), pp. 415–421. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2021.2.p415-421 (In Russ., abstr. in Engl.).

24. Simashkova N.V. Dizontogenez [Dysontogenesis]. In A.S. Tiganov (ed.), *Psikhiatriya: Nauchno-prakticheskii spravochnik*=*Psychiatry: A Scientific and Practical Reference Book*. Moscow: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2016, pp. 466–467. (In Russ.).

25. Simashkova N.V., Ivanov M.V., Makushkin E.V. et al. Skrining riska vzniknoveniya narushenii psikhicheskogo razvitiya u detei rannego vozrasta (dannye po Rossii 2017–2019



gg.) [Screening of the risk of mental and developmental disorders in children of early age in the Russian population (2017—2019)]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova=S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2020, no. 11, pp. 79–86. DOI: 10.17116/jnevro202012011179. (In Russ., abstr. in Engl.).

26. Simashkova N.V., Klyushnik T.P. Rasstroistva autisticheskogo spectra [Autism spectrum disorders]. In N.V. Simashkova, T.P. Klyushnik (eds.), *Kliniko-biologicheskie aspekty rasstroistv autisticheskogo spectra=Clinical and Biological Aspects of Autism Spectrum Disorders*. Moscow: GEOTAR-Media, 2016, pp. 11–43. (In Russ.).

27. Simashkova N.V., Koval-Zaytsev A.A., Ivanov M.V. et al. Diagnosticheskie, kliniko-psikhopatologicheskie, patopsikhologicheskie aspekty obsledovaniya detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Diagnostic, Clinical, Psychopathological, Psychological Aspects of the Examination of Children with Autism Spectrum Disorders]. *Psikhiatriya=Psychiatry*, 2021, vol. 19, no. 1, pp. 45–53. DOI: 10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53 (In Russ., abstr. in Engl.).

28. Skvortsov I.A. Illyustrirovannaya nevrologiya razvitiya [Illustrated Developmental Neurology]. Moscow: MEDpress-inform, 2014, 352 p. (In Russ.).

29. Bharadwaj H., Mamashli F., Khan S. et al. Cortical signatures of auditory object binding in children with autism spectrum disorder are anomalous in concordance with behavior and diagnosis. *PLoS Biology*, 2022, vol. 20, no. 2, e3001541. DOI: 10.1371/journal.pbio.3001541

30. Charpentier J., Kovarski K., Houy-Durand E. et al. Emotional prosodic change detection in autism Spectrum disorder: an electrophysiological investigation in children and adults. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2018, vol. 10, article 28. DOI: 10.1186/s11689-018-9246-9

31. Dwyer P., Wang X., De Meo-Monteil R. et al. Defining clusters of young autistic and typically developing children based on loudness-dependent auditory electrophysiological responses. *Molecular Autism*, 2020, vol. 11, article 48. DOI: 10.1186/s13229-020-00352-3

32. Matsuzaki J., Ku M., Dipietro M. et al. Delayed Auditory Evoked Responses in Autism Spectrum Disorder across the Life Span. *Developmental Neuroscience*, 2019, vol. 41, no. 3–4, pp. 223–233. DOI: 10.1159/000504960

33. O'Rourke E., Coderre E.L. Implicit Semantic Processing of Linguistic and Non linguistic Stimuli in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2021, no. 51, pp. 2611–2630. DOI: 10.1007/s10803-020-04736-5

34. Simashkova N., Ivanov M., Kozlovskaya G. et al. Total screening of the risk of developing mental illness of young children in primary health care in Russia (data 2017). *European Psychiatry*, 2019, vol. 56, Suppl. 1, S54.

35. Stefanou M.E., Dundon N.M., Bestelmeyer P.E.G. et al. Late attentional processes potentially compensate for early perceptual multisensory integration deficits in children with autism: evidence from evoked potentials. *Scientific Reports*, 2020, vol. 10, article 16157. DOI: 10.1038/s41598-020-73022-2

36. Stroganova T.A., Komarov K.S., Sysoeva O.V. et al. Left hemispheric deficit in the sustained neuromagnetic response to periodic click trains in children with ASD. *Molecular Autism*, 2020, vol. 11, article 100. DOI: 10.1186/s13229-020-00408-4

37. Tecchio F., Benazzi F., Zappasodi F. et al. Auditory sensory processing in autism: A magnetoencephalographic study. *Biological Psychiatry*, 2003, vol. 54, no. 6, pp. 647–654. DOI: 10.1016/S0006-3223(03)00295-6

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Описательная статистика выделенных нейропсихологических индексов и показателей акустических стволовых потенциалов (N=48)

	Среднее значение	Стандартное отклонение	Медиана (95% доверительный интервал)		Размах
			нижняя	верхняя	
I Блок	0,51	3,99	-0,64	1,67	16,70
II-прав	-0,36	1,56	-0,49	0,42	7,58
III Блок	-0,17	4,57	-1,49	1,16	19,54
Функция ствола справа	1,62	0,16	1,57	1,67	0,52
Функция ствола слева	1,63	0,19	1,57	1,68	0,52
Функция мозжечка справа	32,95	6,76	30,98	34,91	17,03
Функция мозжечка слева	34,55	5,26	33,02	36,08	16,98
Медиальные коленчатые тела справа	7,16	0,62	6,98	7,34	1,86
Медиальные коленчатые тела слева	7,12	0,60	6,94	7,29	1,86

### Информация об авторах

Гуткевич Елена Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии, Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация; ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ) «Научно-исследовательский институт психического здоровья», г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7416-7784>, e-mail: gutkevichelena@gmail.com

Пустовая Алина Владимировна, аспирант. кафедра генетической и клинической психологии, факультет психологии, Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), Томск, Российская Федерация; психолог, Психолого-дефектологический центр «Мир семьи», Новосибирск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5867-859X>, e-mail: a.pustovaya@list.ru

*Гуткевич Е.В., Пустовая А.В., Шушпанова О.В. и др.*  
Клинико-нейропсихологические особенности  
церебральной организации подкорковых структур  
в развитии психических расстройств  
аутистического спектра у детей  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 120–141.

*Gutkevich E.V., Pustovaya A.V., Shushpanova O.V. et al.*  
Clinical and Neuropsychological Features  
of Subcortical Structures Cerebral Organization  
in the Development of Autism Spectrum  
Mental Disorders in Children  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 120–141.

*Шушпанова Ольга Владимировна*, научный сотрудник отдела детской психиатрии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3484-3447>, e-mail: [sertraline@list.ru](mailto:sertraline@list.ru)

*Челышева Лариса Владимировна*, кандидат медицинских наук, врач функциональной диагностики, Частное образовательное учреждение «Кругозор» (ЧОУ «Кругозор»), г. Новосибирск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6662-4532>, e-mail: [lora\\_bek@mail.ru](mailto:lora_bek@mail.ru)

*Симашкова Наталья Валентиновна*, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом детской психиатрии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8809-3429>, e-mail: [simashkovanv@mail.ru](mailto:simashkovanv@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Elena V. Gutkevich*, Doctor of Medicine, Professor of Genetic and Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology, Tomsk State University, Tomsk, Russia; Leading Researcher, Department of Endogenous Disorders, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orsid.org/0000-0001-7416-7784>, e-mail: [gutkevichelena@gmail.com](mailto:gutkevichelena@gmail.com)

*Alina V. Pustovaya*, Graduate Student, Tomsk State University, Tomsk, Russia; Psychologist, Psychological and Defectological Center “World of Family”, Novosibirsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5867-859X>, e-mail: [a.pustovaya@list.ru](mailto:a.pustovaya@list.ru)

*Olga V. Shushpanova*, Researcher, Child Psychiatry Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3484-3447>, e-mail: [sertraline@list.ru](mailto:sertraline@list.ru)

*Larisa V. Chelysheva*, PhD (Medicine), Doctor of Functional Diagnostics, Private Educational Institution “Horizon”, Novosibirsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6662-4532>, e-mail: [lora\\_bek@mail.ru](mailto:lora_bek@mail.ru)

*Natalia V. Simashkova*, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Child Psychiatry Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8809-3429>, e-mail: [simashkovanv@mail.ru](mailto:simashkovanv@mail.ru)

*Получена: 21.11.2021*

*Received: 21.11.2021*

*Принята в печать: 21.09.2022*

*Accepted: 21.09.2022*

# Негативные события, связанные со школьным функционированием, и их взаимосвязь с риском развития депрессии у подростков

**Карауш И.С.**

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1920-6175>, e-mail: [anir7@yandex.ru](mailto:anir7@yandex.ru)*

**Куприянова И.Е.**

*Томский национальный исследовательский медицинский центр, г. Томск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2495-7811>, e-mail: [irinakupr@rambler.ru](mailto:irinakupr@rambler.ru)*

**Дашиева Б.А.**

*Томский национальный исследовательский медицинский центр, г. Томск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3755-2952>, e-mail: [bairma2009@mail.ru](mailto:bairma2009@mail.ru)*

---

Негативный опыт, переживаемый подростками, может обуславливать риск развития нарушений психического здоровья, социальной дезадаптации и академических проблем. Цель исследования — выявление риска депрессии у подростков в связи с переживаемыми и пережитыми негативными жизненными событиями. В исследовании приняли участие 507 учащихся городских и сельских общеобразовательных школ 12–17 лет (медиана, квантили Q25%; Q75% 14 [14; 15]), из них 47,5% мальчиков, 52,5% девочек. Были использованы Шкала депрессии М. Kovacs (Children`s Depression Inventory, CDI) и Шкала жизненных событий для подростков (Adolescent Mental Life Events Scale, ASLEC). С подростками, показавшими высокий уровень риска депрессии по шкале CDI, дополнительно проводилось клиническое интервью. Показано, что подростки воспринимают как значимые большинство пережитых ими негативных событий. Существенная доля из них приходится на жизненные события, относящиеся к школьному функционированию, при этом значимых различий в группах мальчиков и девочек не обнаружено. Высказывается предположение о том, что переживаемые обучающимися события, относящиеся к школьному функционированию, при отсутствии статистически значимой взаимосвязи с риском депрессии все же могут увеличивать риск депрессии при наличии в жизни подростков событий, связанных с семейным функционированием (семейные конфликты, физическое наказание родителями) и психологическим фактором (критика и наказания). Полученные данные, касающиеся частоты переживания негативных жизненных событий, связанных со школьной сферой и отмеченных респондентами в качестве значимых, обуславливают необходимость

*Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.*  
Негативные события, связанные со школьным  
функционированием, и их взаимосвязь  
с риском развития депрессии у подростков  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 2. С. 142–166.

*Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A.*  
Negative Events Related to School Functioning  
and Their Relationship with  
the Risk of Depression in Adolescents  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 142–166.

работы с педагогами в контексте здоровьесберегающего психолого-педагогического сопровождения.

**Ключевые слова:** подростки, негативные жизненные события, риск депрессии, здоровьесберегающая среда.

**Финансирование.** Исследование осуществлено в соответствии с бюджетным финансированием в рамках комплексной темы НИР «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патофизиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики», регистрационный номер: АААА-А19-119020690013-2 0421-2020-0011.

**Для цитаты:** *Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.* Негативные события, связанные со школьным функционированием, и их взаимосвязь с риском развития депрессии у подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 142–166. DOI: 10.17759/cpse.2022110306

---

## Negative Events Related to School Functioning and Their Relationship with the Risk of Depression in Adolescents

**Irina S. Karaush**

*V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,*  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1920-6175>. e-mail: [anir7@yandex.ru](mailto:anir7@yandex.ru)

**Irina E. Kupriyanova**

*National Research Medical Centre, Tomsk, Russia,*  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2495-7811>, e-mail: [irinakupr@rambler.ru](mailto:irinakupr@rambler.ru)

**Bairma A. Dashieva**

*National Research Medical Centre, Tomsk, Russia,*  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3755-2952>, e-mail: [bairma2009@mail.ru](mailto:bairma2009@mail.ru)

---

Negative experiences experienced by adolescents can cause the risk of developing mental health disorders, social maladaptation and academic problems. The aim of the study is to identify the risk of depression in adolescents in connection with experienced negative life events. The study involved 507 students of urban and rural secondary schools aged 12–17 years (median, quartiles 14 [14; 15]), 47.5% boys, 52.5% girls. The M. Kovacs Depression Scale (Children's Depression Inventory, CDI) and the Adolescent Mental Life Events Scale (ASLEC) were used. With adolescents who showed a high level of risk of depression on the

CDI scale, an additional clinical interview was conducted. It is shown that adolescents perceive most of the negative events they have experienced as significant. A significant proportion of them account for life events related to school functioning, while no significant differences were found in the groups of boys and girls. It is suggested that the events experienced by students related to school functioning, in the absence of a statistically significant relationship with the risk of depression, may still increase the risk of depression in the presence of events in the life of adolescents related to family functioning (family conflicts, physical punishment in the family) and psychological factors (criticism or punishment). The data obtained concerning the frequency of experiencing negative life events related to the school sphere and noted by respondents as significant, make it necessary to work with teachers in the context of health-preserving psychological and pedagogical support.

**Keywords:** adolescents, negative life events, risk of depression, health-saving environment.

**Funding.** The study was carried out in accordance with budget funding within the framework of the comprehensive research topic “Comprehensive study of clinical and psychopathological patterns and pathobiological mechanisms of formation and progression of socially significant mental and behavioral disorders with the development of innovative methods of early diagnosis, personalized strategies for therapy and prevention”, registration number: AAAA- A19-119020690013-2 0421- 2020-0011.

**For citation:** Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A. Negative Events Related to School Functioning and Their Relationship with the Risk of Depression in Adolescents. *Klinicheskaiia i spetsial'naiia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 142–166. DOI: 10.17759/cpse.2022110306

---

## Введение

Переживание стрессовых жизненных событий нередко приводит к проблемам в психологической адаптации, сопровождается стрессовыми расстройствами и серьезными проблемами с психическим здоровьем [43]. Негативные жизненные события определяются как «события детства, различные по тяжести и часто хронические, происходящие в семье или социальной среде ребенка, которые нарушают развитие ребенка, его физическое или психическое здоровье» [25, с. 1491]. Феномен негативного жизненного события не имеет достаточно четких критериев, что отражается в вариативности перечня таких событий в отдельных исследованиях и отсутствии их единой классификации. Рамки негативных жизненных событий включают различные сферы деятельности и области отношений: негативный школьный опыт, экономические трудности, дискриминация, разлука с родителями (госпитализация, приемная семья, институциональное воспитание), переезды), экстремальные события в сообществе, проблемы в отношениях со сверстниками и семьей [7; 23; 38; 50]. В качестве неблагоприятных для детей событий рассматриваются также случаи жестокого обращения (физического, сексуального, эмоционального пренебрежения или насилия), семейные проблемы (злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами, проблемы психического здоровья, лишение родительских прав, развод родителей) [34; 37].

Для измерения стресса среди подростков существуют такие шкалы, как Шкала воспринимаемого стресса (PSS) и Шкала жизненных событий Коддингтона для подростков (CLES-A). Эти шкалы предназначены для скрининга; первая — шкала самоотчета — предназначена для измерения восприятия стресса, вторая — оценивает позитивные и негативные жизненные события, встречающиеся в жизни подростков. Недостатком Шкалы воспринимаемого стресса являются возрастные ограничения (может быть использована только у обучающихся старших классов и взрослых), а недостатком второй — акцент на событиях, преимущественно связанных с семейным функционированием. В настоящее время во всем мире для изучения негативных жизненных событий у подростков широко используется Шкала жизненных событий для подростков (ASLEC), учитывающая специфические для подросткового периода физиологические и психологические характеристики, а также особенности социального функционирования семьи [19].

Многочисленными исследованиями показано влияние негативных жизненных событий, перенесенных в детском и подростковом возрасте, на физическое и психическое здоровье, возникновение проблем поведения, саморегуляцию [3; 24; 37], формирование когнитивных, языковых, социальных навыков [41], а также на снижение социального функционирования и благополучия [45]. Считается, что воздействие трех-пяти или более событий ассоциировано с широким спектром проблем со здоровьем [51]. Еще одной серьезной проблемой в подростковом возрасте является депрессия из-за ее высокой распространенности [46], суицидальных рисков [47], сопутствующих психических расстройств [12] и высокого риска их рецидива [48]. Выявлены корреляционные связи между количеством пережитых негативных событий и возникновением депрессивных и тревожных расстройств, суицидального поведения, посттравматического стрессового расстройства [33]. Несмотря на развитие в последнее десятилетие знаний об этиологии депрессии, ее раннее прогнозирование является затруднительным из-за множества факторов, влияющих на возникновение аффективной симптоматики в подростковом возрасте [31]. В качестве одного из таких факторов рассматриваются негативные жизненные события, перенесенные в детском или подростковом возрасте. Так, при изучении возможных факторов риска развития подпороговой депрессии и большой депрессии R.T. Wesselhöft с соавторами выявили связь между серьезными нарушениями соматического здоровья, наличием более двух стрессовых жизненных событий в предшествующем году и высоким уровнем депрессивных симптомов у матери [49].

Показана положительная корреляция жизненных событий с подростковой депрессией, которая опосредована полом (женский), культурными условиями (восточная культура, в частности, китайская) и типом жизненного события [32]. Показана более выраженная связь подростковой депрессии с «обыденными» жизненными событиями, в отличие от экстремальных. В условиях длительной психотравмирующей ситуации, связанной с влиянием семейных условий воспитания, у части девочек возникающая к началу пубертатного периода аффективная симптоматика может проявляться агрессивным/противоправным поведением, направленным на ближайшее окружение [1].

В настоящее время активно изучаются взаимосвязи между различными типами стрессовых событий и развитием депрессивных симптомов [20; 33]. Изучение связей

пережитого негативного жизненного опыта с депрессией, тревогой и стрессом у студентов старших курсов университетов (КНР) показало, что респонденты, перенесшие негативные события, связанные с адаптацией, имели более высокую вероятность возникновения депрессии и тревоги, в то время как респонденты, перенесшие негативные события, связанные с межличностными отношениями, имели более высокую вероятность возникновения тревожности и стресса [52].

Школа как социальный институт зачастую демонстрирует дефицит конструктивного и партнерского диалога с обучающимися, что в дальнейшем сопровождается накоплением негативного опыта и разрывом связей со школой, ведущим к несформированности у подростка познавательных мотивов, интересов и школьных навыков. У значительной части обучающихся в общеобразовательных учреждениях детей и подростков обнаруживаются различные заболевания и функциональные расстройства, более 70% школьников затрудняются в усвоении базовой школьной программы обучения [9]. В литературе активно обсуждается феномен «образовательной неуспешности», проявлениями которой являются учебная несостоятельность учащихся, низкий уровень либо отсутствие мотивации и потребности в продолжении образования. Среди многочисленных рисков этого все более часто встречающегося явления называют широкий спектр девиантных явлений и процессов: агрессию по отношению к сверстникам и учителям (в том числе в виде террористических акций), буллинг и кибербуллинг, суицидальное поведение, сексуальные аномалии, шоплифтинг, геймерство [5].

При создании психологически безопасной среды в учреждениях образования предлагается учитывать возрастные и психофизиологические особенности обучающихся, соответствие гигиенических требований образовательному процессу, уровень профессиональных компетенций педагогов и вопросы сохранения их психологического здоровья (в контексте профилактики синдрома эмоционального выгорания). При этом вне поля внимания остаются особенности субъективного восприятия обучающимися самого процесса обучения и событий, связанных со школьным функционированием. Результаты опроса школьников свидетельствуют о невысокой степени принятия учителями своих подопечных, имеющих затруднения того или иного рода. Так, по мнению учащихся, 31% педагогов безразличны к ним; 15% школьников считают, что учитель — человек, который «лишь контролирует и наказывает»; 6% школьников считают учителя неприятным человеком. Около 20% учеников считают, что учителя манипулируют отметками в своих интересах, а 30% — оскорблены тем, что «многие учителя кричат на учеников», и только 25% учащихся считают, что учителя понимают школьников [11]. Создание психологически безопасной школьной среды и реализация в этом контексте здоровьесберегающего сопровождения учащихся практически не помещает в фокус внимания субъективное восприятие и оценку самим подростком различных аспектов своей жизни. Анализ литературы показывает, что исследование негативного опыта у подростков организовано чаще как констатирующее, без учета субъективной значимости события для самого подростка.

Анализ литературы показал, что имеющиеся формы и модели помощи подросткам, пережившим негативные события, являются единичными, разрозненными, разработанными для отдельных контингентов (дети с девиантным поведением,



дети-сироты, дети-инвалиды), и поэтому малопригодными для экстраполяции в общеобразовательные школы [10; 35]. Целью этих программ является повышение стрессоустойчивости, оптимизация копинг-стратегий, психологических защит и помощь в отреагировании выраженных негативных эмоций, связанных с пережитым событием. На государственном уровне модели помощи разработаны в основном в развитых странах и реализуются на базе образовательных учреждений. Описан опыт разработки профилактических программ и кризисных планов в общеобразовательных учреждениях США, а также опыт мобильной службы экстренной психологической помощи несовершеннолетним во Франции и Израиле [8]. Этот профилактический подход реализуется в школьных сообществах, что позволяет исследовать последствия в реальных жизненных обстоятельствах. Доказана эффективность программ профилактики депрессии на основе когнитивно-поведенческой терапии, осуществляемых в образовательных учреждениях в Нидерландах для подростков с повышенным риском развития депрессивных симптомов [17; 18]. Разрабатываются онлайн-формы, с помощью которых подростки могут справиться со стрессовыми событиями [28]. Подобные варианты помощи, являясь востребованными, не всегда будут иметь долгосрочную перспективу воздействия. Остаются слабо освещенными вопросы оказания психо-коррекционной и психотерапевтической помощи при депрессии, развившейся у подростков на фоне пережитых или переживаемых в настоящее время негативных жизненных событий. Имеются отдельные работы, показывающие возможное влияние типа негативных событий, их количества, особенностей индивидуального восприятия и возраста воздействия на развитие симптомов аффективного регистра. Так, показана эффективность когнитивно-поведенческой терапии у подростков с депрессивными симптомами, переживших негативные жизненные события и употребляющих психоактивные вещества [22].

На протяжении последних лет (2013–2021 гг.) авторами статьи изучаются различные — клинические, психологические и социокультурные — аспекты формирования аффективной патологии у подростков и молодых людей в контексте разработки алгоритмов ранней помощи.

**Цель** представляемого фрагмента исследования — выявление риска депрессии и изучение его взаимосвязи с переживаемыми/пережитыми негативными жизненными событиями. В этом контексте отдельные виды событий, связанные с различными сферами функционирования (школьная, семейная, психологическая, физическое здоровье, экстремальные события), могут являться одними из факторов, способствующих возникновению депрессивных симптомов. В качестве *гипотез* были выдвинуты следующие предположения:

1. у подростков, обучающихся в средних общеобразовательных школах, отсутствуют различия по полу в показателях высокой субъективной значимости отдельных негативных жизненных событий, связанных со школьным функционированием;

2. имеются значимые взаимосвязи между событиями, связанными со школьным функционированием, и формированием риска депрессии у подростков, обучающихся в средних общеобразовательных школах.

## Материал и методы исследования

**Выборка.** Сплошным методом были обследованы 507 учащихся городских (n=395) и сельских (n=112) общеобразовательных школ г. Томска и Томского района в возрасте от 12 до 17 лет, (медиана (Me) и квантили [Q25%; Q75%] — 14 [14;15]. Из общего числа обследуемых 47,5% (n=241) — мужского пола, 52,5% (n=266) — женского.

Исследование проводилось с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации и разрешением локального этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Исследование проводилось в рамках Договора о научно-технологическом сотрудничестве между НИИ психического здоровья ТНИМЦ (РФ) и Харбинским медицинским университетом (КНР) «Транскультуральные исследования депрессивных расстройств у подростков» 2017–2019 гг., НТИМИ 0056/02/17.

### Методики

*Шкала депрессии М. Kovacs для детей и подростков* (Children's Depression Inventory, CDI) использовалась для выявления риска депрессии [26]. Шкала предназначена для выявления уровня депрессии у детей и подростков 7–17 лет и широко используется во всем мире для выявления групп риска [14; 15; 39]. В России шкала была валидизирована С.В. Воликовой, О.Г. Калина и А.Б. Холмогоровой [4]. Инструмент состоит из 27 пунктов, сгруппированных в пять субшкал, характеризующих различные аспекты всего спектра депрессивных проявлений: Негативное настроение, Межличностные проблемы, Неэффективность, Ангедония и Негативная самооценка. Пункты представляют собой утверждения, относящиеся к следующим аффективным и поведенческим проявлениям: печаль, пессимизм, самоуничижение, ангедония, неадекватное поведение, тревожность, ненависть к себе, ощущение собственной вины, суицидальные мысли, плаксивость, раздражительность, снижение социального интереса, нерешительность, негативное восприятие собственного тела, сложности школьного обучения, нарушения сна, усталость, снижение аппетита, соматические проблемы, одиночество, неприязнь школы, отсутствие друзей, снижение работоспособности, ощущение себя нелюбимым, неповиновение [26]. Шкала, по утверждению автора, является чувствительной к изменениям в психическом статусе при различной психиатрической патологии, а также может отражать динамику депрессивных симптомов. С момента разработки методики исследователями неоднократно изучались ее психометрические свойства, в частности, была показана удовлетворительная внутренняя согласованность вопросов ( $\alpha$  Кронбаха  $\geq 0,8$ ) [15; 27].

*Шкала жизненных событий для подростков* (Adolescent Mental Life Events Scale, ASLEC) использовалась для оценки интенсивности и частоты негативных жизненных событий, переживаемых респондентами. Этот инструмент включает 27 пунктов, оцениваемых по шестибальной шкале Ликерта. Участников просили вспомнить, происходили ли с ними в течение предыдущих трех месяцев указанные

в шкале события. Ответ «нет» подразумевал оценку 0; при ответе «да» требовалось оценить влияние негативного события от 1 (незначительно) до 5 (очень много). Шкала ASLEC широко используется в зарубежных исследованиях, при этом неоднократно было продемонстрирована ее надежность и валидность [27; 50]; коэффициент  $\alpha$  Кронбаха, по данным разных исследований, варьирует от 0,81 до 0,93 [21; 30; 40]. На текущий момент шкала не валидизирована на российской выборке.

Жизненные события, входящие в перечень шкалы ASLEC, были разгруппированы нами в пять групп: психологическая, школьная, семейная сферы функционирования, физическое здоровье и экстремальные события. Деление осуществлялось группой экспертов, из них пять специалистов психиатрического профиля, двое — специалисты психологического профиля, один эксперт — переводчик. Для адаптации опросника к применению на русском языке был использован метод двойного обратного перевода. К событиям, связанным со школьной сферой функционирования, были отнесены Неудовлетворительная успеваемость, Споры с одноклассниками или друзьями, Затруднения в учебе, Отрицательное отношение к школе, Напряженные отношения с учителем, Вынужденная смена школы и Волнение в связи с учебой.

**Анализ данных.** Обработка результатов исследования осуществлялась в программе Statistica v. 10.0. Распределение данных отличалось от нормального, поэтому центральные тенденции и дисперсии количественных признаков были представлены медианой (Me) и квантилями [Q25%; Q75%]. Анализ показателей распространенности осуществлялся с помощью критерия  $\chi^2$  с определением уровня значимости  $p$  и числа степеней свободы (df). Оценка взаимосвязи между количественными переменными осуществлялась с помощью корреляционного анализа с помощью непараметрического критерия Спирмена.

## Результаты

Акцентируя фокус исследования на событиях школьной сферы, мы приводим также данные по всем событиям, входящим в перечень шкалы ASLEC. Во-первых, подобное деление событий на сферы является условным, но тем не менее позволяющим определить вектор приложения коррекционных, психолого-педагогических и организационных усилий. В данном фрагменте исследования мы изучали представленность событий, связанных со школой, для определения точек приложения психолого-педагогического сопровождения подростков, переживших негативные жизненные события. Во-вторых, различные аспекты жизнедеятельности подростка являются взаимодополняющими и взаимовлияющими — как в позитивном, так и в негативном ключе. Например, такое событие как Критика со стороны окружающих формально может быть отнесено и к семейной, и к школьной сферам, но в любом случае ее субъективное переживание связано с особенностями восприятия собственной личности и окружающих и может быть крайне болезненным. Поэтому мы посчитали обоснованным включение этого события в психологическую сферу.

Независимо от пола подростков самыми частыми среди значимых событий для них оказались события, относящиеся к школьной сфере: Волнение в связи с учебой (20,8% мальчиков и 30% девочек), Отрицательное отношение к школе (22,7% мальчиков и 24% девочек). Одно значимое событие связано с семейной сферой — Родительские требования к учебе (51,8% мальчиков и 40,7% девочек); и одно событие связано с психологической сферой — Трудности в выборе профессии (21,9% мальчиков и 31,2% девочек). Статистически значимых различий по значимости событий из сферы школьного функционирования между группами мальчиков и девочек выявлено не было. События, связанные со школой и учебой, имеют более выраженный индивидуальный характер и бóльшую вариативность. Трудности в выборе профессии, отмечаемые 21,9% мальчиками и 31,2% девочками, связаны со школьным функционированием косвенным образом, однако рассматриваются нами как связанные с этой сферой. Такие жизненные события, как Соперничество и Экстремальное стрессовое событие являются более значимыми для мальчиков, тогда как для девочек — Проблемы в отношениях с противоположным полом. В таблице 1 представлены события, имеющие статистически значимые различия.

Таблица 1

**Субъективная значимость негативных жизненных событий по шкале ASLEC у подростков в зависимости от пола**

Событие	Всего (N=507)		Мальчики (n=241)		Девочки (n=266)		Значимость различий, p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Психологическая сфера							
Проблемы в отношениях с противоположным полом	52	10,3	14	5,8	38	14,2	0,004; $\chi^2=8,08$
Соперничество	77	15,2	46	19,0	31	11,5	0,045; $\chi^2=3,98$
Экстремальные события							
Экстремальное стрессовое событие	27	5,3	18	7,4	9	3,3	0,050; $\chi^2=3,76$

При анализе данных Шкалы депрессии М. Ковак риск развития депрессии выше среднего отмечался у 27% подростков, высокий — у 8%. Выявлены значимые различия по группам девочек и мальчиков с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов — 14,5% и 1,7% соответственно ( $p<0,001$ ,  $\chi^2=31,18$ ).

Результаты сравнения групп подростков с разным уровнем риска депрессии, имеющих высокую субъективную значимость пережитых негативных событий,

представлены в таблице 2. Деление на группы осуществлялось в соответствии с показателями Шкалы депрессии М. Ковак, в группу с высоким риском были включены респонденты с общим показателем, равным 70 и более баллов, в группу с низким уровнем риска — до 55 баллов включительно.

Таблица 2

**Сравнение частот субъективно значимых жизненных событий в группах подростков с высоким и низким уровнем риска депрессии**

Событие	Высокий риск депрессии (n=42)		Низкий риск депрессии (n=47)		Значимость различий, p
	Абс.	%	Абс.	%	
Психологическая сфера					
Критика и наказания	19	45,2	7	14,9	0,020; $\chi^2=5,41$
Семейная сфера					
Конфликты в семье	21	50,0	6	12,8	0,005; $\chi^2=7,81$
Физические наказания родителями	8	19,0	1	2,1	0,017; $\chi^2=5,69$

В целом, независимо от уровня риска депрессии подростки с высоким уровнем значимости негативных жизненных событий наиболее часто выделяют Родительские требования к учебе (63,0%), Трудности в выборе профессии (54,0%), Отрицательное отношение к школе (43,8%), Напряженные отношения с учителем (42,7%) и Затруднения в учебе (38,2%). Такие события, как Конфликты в семье, Физическое наказание родителями, а также Критика и наказания имеют значимые различия в группах с высоким и низким уровнем риска депрессии (табл. 2). Стоит отметить, что эти события являются не столько «событиями», сколько реально существующими, ежедневно повторяющимися ситуациями. Отмеченное у 45,2% респондентов в группе с высокими показателями риска депрессии событие Критика и наказания может включать субъективное восприятие как семейной, так и школьной ситуации.

Сравнение групп подростков с разным уровнем риска депрессии, имеющих высокую субъективную значимость пережитых негативных событий, опровергло наше предположение о взаимосвязи между событиями, связанными со школьным функционированием и формированием риска депрессии у подростков, обучающихся в средних общеобразовательных школах. Тем не менее можно предполагать, что события школьного функционирования могут оказать существенное влияние на эмоциональное состояние школьников при условии имеющих конфликтов в семье, физического наказания и критики. Для проверки данного предположения проведен корреляционный анализ, результаты которого представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Взаимосвязь событий школьного функционирования со значимыми событиями, связанными с риском депрессии (корреляции значимы при  $p < 0,05$ )**

Событие	Конфликты в семье	Критика или наказания	Физические наказания родителями
Неудовлетворительная успеваемость	0,28	0,24	0,11
Споры с одноклассниками или друзьями	0,30	0,24	0,08
Отрицательное отношение к школе	0,32	0,27	0,06
Затруднения в учебе	0,33	0,28	0,12
Напряженные отношения с учителем	0,35	0,27	0,15
Волнение в связи с учебой	0,28	0,25	0,05
Вынужденная смена школы	0,10	0,12	0,23
Конфликты в семье	1,00	0,45	0,24
Критика или наказания	0,45	1,00	0,27
Физические наказания родителями	0,24	0,27	1,00

Корреляционная матрица демонстрирует наличие психологически объяснимых взаимосвязей разной степени выраженности между событиями, относящимися к школьному функционированию и событиями, имеющими значимую взаимосвязь с риском депрессии. Выявлены умеренные взаимосвязи между событиями Отрицательное отношение к школе, Затруднения в учебе, Напряженные отношения с учителем с событием из сферы семейного функционирования — Конфликтами в семье; слабые — с Неудовлетворительной успеваемостью, Спорам с друзьями или одноклассниками. Слабые корреляции обнаружены между событием Критика и наказания и всеми событиями, относящимися к школьному функционированию, за исключением Вынужденной смены школы, которое в свою очередь имеет слабую связь с Физическим наказанием. В целом, невысокий уровень полученных корреляций может быть обусловлен нелинейным характером взаимосвязей множества факторов, обуславливающих реализацию риска развития аффективных симптомов у подростков.

**Обсуждение результатов**

Выделенные особенности заслуживают обсуждения в связи с вероятным возникновением психологических проблем у детей (тревожность, агрессивность,

нарушения поведения и адаптации, проблемы формирования учебной мотивации и т.д.) и проблем в профессиональной деятельности самих педагогов (разочарование в ее результатах, отсутствие удовлетворения от работы). Подтверждением нарушенного взаимодействия между участниками образовательного процесса являются данные, полученные при анализе ответов учащихся по перечню негативных событий, непосредственно связанных со школой, среди которых как наиболее часто встречающиеся отмечены волнение в связи с учебой, отрицательное отношение к школе, затруднения в учебе, неудовлетворительная успеваемость, напряженные отношения с учителем. Напрямую не связанные со школой вопросы также могут отражать напряжение во взаимодействии педагога и ученика: так, 12,4% учащихся отмечают, что его не понимают, 10% — испытывают безразличное отношение со стороны окружающих, 9% — подвергались критике или наказаниям, 4,7% — испытывали публичное унижение.

Повышение качества взаимодействия педагогов с учащимися может являться объектом различных направлений психологической коррекции: обучающих циклов тренингов, индивидуального консультирования и оказания при необходимости психологической помощи и поддержки. Система подготовки учителя к работе должна включать выработку психологических навыков здоровьесбережения не только в отношении учащихся, но и в отношении собственного психического здоровья, а также развитие таких качеств, как креативность, творчество, оптимизм, чувство юмора. Для изменения сложившихся социальных стереотипов и формирования психологической готовности педагога к работе с детьми из разных категорий (с разным уровнем здоровья и степенью адаптированности к учебной деятельности, с различными психологическими и поведенческими проблемами) большую роль играют индивидуальное консультирование, психологические тренинги, мастер-классы. Обучающийся, имеющий психологические проблемы, должен восприниматься педагогом не только как объект педагогического воздействия, но и как самостоятельная личность, со всеми позитивными и негативными характеристиками, ресурсами, психологическими конфликтами и проблемами, нуждающаяся в поддержке и принятии.

Выявленные в процессе исследования субъективно значимые для подростков события, связанные со школой, могут отражать несоответствие режима образовательного процесса и психофизиологических возможностей учащихся, что приводит к академическим затруднениям и проблемам физического, психологического и психического здоровья. Если учебные показатели находятся в поле зрения членов педагогического коллектива и администрации школы, а проблемы с физическим здоровьем так или иначе отслеживаются родителями или специалистами при обязательной диспансеризации обучающихся, то нарушения эмоциональной сферы и/или поведения длительное время могут быть не заметными и не восприниматься как требующие специализированной помощи. Нарастание эмоционального неблагополучия у обучающихся в условиях возрастнo-специфичной неустойчивости механизмов саморегуляции может обуславливать развитие проблемных форм поведения, аффективных и аддиктивных расстройств в будущем и провоцировать возникновение образовательной неуспешности [5].

В этом контексте неоднократно отмечались необходимость и доступность раннего клинического вмешательства и обеспечение ресурсами различных служб психического здоровья, ориентированных на подростков [18]. Адекватно организованный скрининг позволяет выявить группу риска по развитию различных психопатологических состояний, требующих внимания специалиста. В первую очередь, это признаки суицидального и аддиктивного поведения, эмоционального неблагополучия, поведенческих отклонений. Большинство существующих подходов фокусируются на смягчении индивидуального психологического вреда и не затрагивают социальные аспекты и отношения, которые могут опосредовать негативные последствия негативных жизненных событий [34]. Ранее нами был разработан алгоритм психотерапевтической помощи подросткам с высоким уровнем риска депрессии и высокой субъективной значимостью негативных жизненных событий [6]. Согласно ему, основной «мишенью» психотерапевтического вмешательства являются ранние дезадаптивные схемы как закрепленные, повторяющиеся стереотипы мышления, эмоционального реагирования и поведения, приводящие к нарушению адаптации и риску возникновения симптомов психических расстройств [33]. Эти неадекватные стереотипы реагирования на уровне эмоций, когниций и поведения у подростков во многом определяются пережитыми негативными жизненными событиями, в том числе связанными со школьным функционированием и отражающимися на социальной и академической успешности формирующегося человека. Обсуждаемое в этой публикации исследование предполагает выявление ранних признаков аффективной симптоматики у подростков в перспективе превенции формирования клинических форм психических расстройств. Актуальность таких исследований неоднократно обсуждалась в литературе [13; 32].

Полученные результаты, касающиеся негативных жизненных событий школьной сферы, отмеченных учащимися, как с высоким, так и со средним уровнем риска депрессии как значимые, обуславливают необходимость работы с педагогами, которые в настоящий момент в большей степени лишь формально включены в процесс здоровьесбережения обучающихся. При декларировании обязательного внедрения здоровьесберегающих технологий можно констатировать, что, как правило, педагоги не имеют достаточных представлений о ранних признаках отклонений в состоянии здоровья и развития учащихся и не всегда являются примером адекватного и грамотно выстроенного взаимодействия с обучающимися.

В нашем исследовании не выявлено статистически достоверных различий значимости событий из сферы школьного функционирования между группами мальчиков и девочек, что может быть обусловлено как объемом выборки, так и в целом недостаточной дифференцированностью таких событий в субъективном восприятии подростков обоих полов. Стоит отметить, что в источниках, касающихся изучения влияния пережитых негативных событий на психическое здоровье подростков, неоднократно сообщалось, что переживания детских невзгод являются относительно общими для детей во всем мире [36; 41]. Как фактор, определяющий увеличение числа переживаемых негативных событий, рассматривается, например, наличие инвалидизирующего заболевания [42; 44], проживание в социальных учреждениях [2] и т.п., при этом не найдено источников, где бы приводились данные о половых различиях.



Такие различия рассматриваются в контексте влияния негативных жизненных событий на формирование депрессивной симптоматики. Так, например, по данным метаанализа 71 независимого исследования показана положительная корреляция жизненных событий с подростковой депрессией, которая опосредована полом (женский), культурными условиями (восточная культура, в частности, китайская) и типом жизненного события [32]. Эти данные сопоставимы с представленными в нашем исследовании.

**Ограничения проведенного исследования** связаны с неконтролируемостью некоторых важных для результата переменных (социальная ситуация развития, отношения с одноклассниками, школьная успеваемость, семейные отношения) и с включением в выборку подростков как младшего, так и старшего возрастов. Еще одним ограничением является использование шкалы ASLEC, которая пока не валидизирована в России, однако исследователи неоднократно указывали на отсутствие значимых различий между стрессорами, выявленными в процессе исследования подростков из разных стран [16; 29].

### **Заключение**

Подростки обоих полов, имеющие разный уровень риска депрессии, воспринимают как значимые большинство пережитых ими негативных жизненных событий. При этом существенная доля приходится на жизненные события, относящиеся к школьному функционированию, — волнение в связи с учебой, отрицательное отношение к школе, затруднения в учебе, неудовлетворительную успеваемость, напряженные отношения с учителем. Таким образом, гипотеза об отсутствии половых различий в восприятии негативных жизненных событий, относящихся к школьному функционированию, получила эмпирическое подтверждение.

Сравнение групп подростков с разным уровнем депрессии, имеющих высокую субъективную значимость негативных событий, не позволяет делать выводы о наличии линейных связей между уровнем депрессии и значимостью событий — лишь только о наличии различий. Однако можно предполагать, что данные события отражаются на эмоциональном состоянии подростков в случае переживания ими негативных событий, связанных с семьей, повышая уровень риска депрессии или способствуя манифестации этого риска в субклинических или клинических вариантах депрессии. Корреляционный анализ событий, относящихся к школьному функционированию, и событий психологической и семейной сфер показал взаимосвязи между большинством анализируемых переменных. При этом наиболее сильные взаимосвязи были обнаружены у события из сферы семейного функционирования «Конфликты в семье» и событиями Отрицательное отношение к школе, Затруднения в учебе, Напряженные отношения с учителем. Слабая степень связи обнаружена между событием Критика и наказания и практически всеми событиями, относящимися к школьному функционированию.

Таким образом, раннее выявление депрессивных симптомов у подростков и своевременно оказанная психологическая и/или психотерапевтическая помощь имеют большое значение в предупреждении формирования клинически выраженных

депрессивных расстройств и других психических нарушений — как в ближайшем будущем, так и в перспективе жизни. В этом контексте внимание к переживаемым подростками в настоящий момент академическим затруднениям, находящим отражение в событиях шкалы ASLEC, связанных со школьным функционированием, имеет выраженную профилактическую направленность. Такая превентивная деятельность может осуществляться силами педагогического коллектива (психологи, социальный педагог) в сотрудничестве с другими специалистами (психиатр, психотерапевт, клинический психолог, педиатр) на базе образовательного учреждения и ведомствами (органы опеки и попечительства, комиссия по делам несовершеннолетних, аппарат детского омбудсмена).

Немаловажное значение приобретает и работа, направленная профилактику синдрома эмоционального выгорания, сохранение психического здоровья и повышения педагогического мастерства учителя. Организация здоровьесберегающего психолого-педагогического сопровождения учащихся в таком ключе может способствовать снижению актуального риска развития депрессии, однако оказаться недостаточной в плане отдаленного будущего. В этой связи мы рассматриваем в качестве перспектив исследования разработку психотерапевтических методов и поиск психотерапевтических мишеней для раннего вмешательства, предотвращающего или снижающего риск развития отсроченных последствий негативного детского опыта.

## Литература

1. Бадмаева В.Д., Чибисова И.А., Русинова С.С. Предикторы криминального поведения у несовершеннолетних подростков с психическими расстройствами (гендерный аспект) // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2017. Том 3. № 1 (16). С. 10–15.
2. Бобров А.Е., Решетников М.М., Уласень Т.В. Зависимость девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений от характера перенесенного ими травматического опыта // Вестник психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 68–82. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36570692> (дата обращения: 13.09.2022).
3. Бодагова Е.А. Оценка психического здоровья детей, оставшихся без попечения родителей и проживающих в Забайкальском крае: данные клинико-эпидемиологического исследования // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 1 (106). С. 43–48. DOI: 10.26617/1810-3111-2020-1(106)-43-48
4. Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121–132.
5. Зборовский Г.Е., Амбарова П.А. Риски образовательной неуспешности учащейся молодёжи // Социологический журнал. 2020. Том 26. № 2. С. 60–81. DOI: 10.19181/socjour.2020.26.2.7265

*Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.*  
Негативные события, связанные со школьным  
функционированием, и их взаимосвязь  
с риском развития депрессии у подростков  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 2. С. 142–166.

*Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A.*  
Negative Events Related to School Functioning  
and Their Relationship with  
the Risk of Depression in Adolescents  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 142–166.

6. *Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е.* Негативные события в жизни подростка и риск депрессии (ранние дезадаптивные схемы, психотерапия) // Томск: Интегральный переплет, 2021. 192 с.

7. *Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дашиева Б.А. и др.* Негативные жизненные события у подростков–учащихся городских и сельских школ Сибири как риск развития депрессии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 2. С. 98–107. DOI: 10.26617/1810-3111-2019-2(103)-98-107

8. *Павлова Т.С., Банников Г.С.* Система оказания кризисной психологической помощи субъектам образовательной среды (опыт США) // Психологическая наука и образование. 2012. Том 17. № 2. С. 76–85. URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2012/n2/51889.shtml> (дата обращения: 13.09.2022).

9. *Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В.* Причины и условия развития школьной дезадаптации и пограничных психических расстройств у детей и подростков // Омский психиатрический журнал. 2016. № 2 (8). С. 27–31.

10. *Тарасова А.Е.* Причины самоповреждающего поведения подростков и молодежи // Коллекция гуманитарных исследований. 2019. № 1. С. 21–33. URL: <http://j-chr.com/ru/site/journal/23/article/201> (дата обращения: 13.09.2022).

11. *Яковлева Е.В.* Толерантность как личностно-профессиональное качество учителя // Вестник Череповецкого государственного университета. 2011. № 3. Том 1. С. 104–108. URL: <https://www.chsu.ru/upload/iblock/3e1/%D0%92%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202011%20%E2%84%963%20%D1%82.%201.pdf> (дата обращения: 13.09.2022)

12. *Avenevoli S., Swendsen J., He J.P. et al.* Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2015. Vol. 54. № 1. P. 37–44. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.10.010

13. *Carli V., Hoven C.W., Wasserman C. et al.* Новая группа подростков с «невидимым» риском психопатологии и суицидального поведения: находки исследования SEYLE / пер. на рус. яз. П. В. Алфимов, ред. А. А. Курсаков. // World Psychiatry. 2014. Vol. 13, № 1. С. 77–85. URL: <https://psychiatr.ru/magazine/wpa/40> (дата обращения: 25.03.2021).

14. *Cho Y., Lee E.-H., Hong S.-H. et al.* Reliability and validity of the Korean Version of Children's Depression Inventory 2 Short Version as a Screening Tool: A comparison with the standard 28-Item Version // Psychiatry Investigation. 2022. Vol. 19. № 1. P. 54–60. DOI: 10.30773/pi.2021.0296

15. *Cumba-Avilés E.* Systematic Review on the Use of the Children's Depression Inventory-2 among Hispanics // Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 2020. Vol. 42. № 2. P. 191–214. DOI: 10.1177/0739986320915170

16. *Dauvermann M.R., Donohoe G.* The role of childhood trauma in cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder – a systematic review // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 16. P. 1–11. DOI 10.1016/j.scog.2018.11.001
17. *De Jonge-Heesen K.W.J., Rasing S.P.A., Vermulst A.A. et al.* Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents // *BMC Medicine*. 2020. Vol. 18. Article 188. DOI: 10.1186/s12916-020-01656-0
18. *De Jonge-Heesen K.W.J., Rasing S.P.A., Vermulst A.A. et al.* Secondary outcomes of implemented depression prevention in adolescents: a randomized controlled trial // *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 12. Article 643632. DOI 10.3389/fpsy.2021.643632
19. *Ji Sh., Wang H.* A Study of the relationship between adverse childhood experiences, life events, and executive function among college students in China // *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2018. Vol. 31. Article 28. DOI: 10.1186/s41155-018-0107-y
20. *Jin Yu., Zeng P., An J. et al.* Negative life events and post-traumatic stress disorder symptoms: a moderated mediation model of only-child status and depressive symptoms // *Public Health*. 2019. Vol. 172. P. 31–39. DOI 10.1016/j.puhe.2019.04.005
21. *Gao F., Yao Y., Yao C. et al.* The mediating role of resilience and self-esteem between negative life events and positive social adjustment among left-behind adolescents in China: a cross-sectional study // *BMC Psychiatry*. 2019. Vol. 19. Article 239. DOI: 10.1186/s12888-019-2219-z
22. *Gau J.M., Stice E., Rohde P. et al.* Negative life events and substance use moderate cognitive behavioral adolescent depression prevention intervention // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2012. Vol. 41. № 3. P. 241–250. DOI: 10.1080/16506073.2011.649781
23. *Hughes M., Tucker W.* Poverty as an adverse childhood experience // *North Carolina Medical Journal*. 2018. Vol. 79. P. 124–126. DOI: 10.18043/ncm.79.2.124
24. *Hunt T.K.A., Slack K.S., Berger L.M.* Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood // *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 67. P. 391–402. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.11.005
25. *Kalmakis K.A., Chandler G.E.* Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning // *Journal of Advanced Nursing*. 2014. Vol. 70. P. 1489–1501. DOI: 10.1111/jan.12329
26. *Kovacs M.* The Children's Depression Inventory (CDI) manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 1992.
27. *Kovacs M., Staff M.H.S.* Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2) Technical Manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems. 2011.
28. *Kraag G., Zeegers M.P., Kok G. et al.* School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis // *Journal of School Psychology*. 2006. Vol. 44. № 6 P. 449–472. DOI: 10.1016/j.jsp.2006.07.001

29. *Lee J.H., Kim S.* Exposure to negative life events and post-traumatic embitterment symptoms in young adults in Korea: cumulative and differential effects // *Psychopathology*. 2019. Vol. 52. No.1. P. 18–25. DOI 10.1159/000496501
30. *Li K., Guang Y., Ren L. et al.* Network analysis of the relationship between negative life events and depressive symptoms in the left-behind children // *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21. Article 429. DOI: 10.1186/s12888-021-03445-2
31. *Li X., Dai J., Wei C. et al.* Research on life events and depression of college students with left-behind experience in Hebei Province // *Wei Sheng Yan Jiu*. 2017. Vol. 46. № 1. P. 57–69. (In Chinese, abstr. in Engl.).
32. *Li Yue, Dajun Z., Yinghao L. et al.* Metaanalysis of the relationship between life events and depression in adolescents // *Journal of Pediatric Care*. 2016. Vol. 2. № 1. Article 3. DOI: 10.21767/2471-805X.100008
33. *Liu R.T., Frazier E.A., Cataldo A.M. et al.* Negative life events and non-suicidal self-injury in an adolescent inpatient sample // *Archives of Suicide Research*. 2014. Vol. 18. № 3. P. 251–258. DOI: 10.1080/13811118.2013.824835.
34. *Lorenc T., Lester S., Sutcliffe K. et al.* Interventions to support people exposed to adverse childhood experiences: systematic review of systematic reviews // *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20. Article 657. DOI: 10.1186/s12889-020-08789-0.
35. *Lynch B.A., Rutten L.J., Wilson P.M. et al.* The impact of positive contextual factors on the association between adverse family experiences and obesity in a National Survey of Children // *Preventive Medicine*. 2018. Vol. 116. P. 81–86. DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.09.002
36. *McLaughlin K.A.* The long shadow of adverse childhood experiences // *Psychological Science Agenda*. APA, 2017. URL: <https://www.apa.org/science/about/psa/2017/04/adverse-childhood> (дата обращения: 15.09.2022).
37. *Olofson M.W.* A new measurement of adverse childhood experiences drawn from the panel study of income dynamics child development supplement // *Child Indicators Research*. 2018. Vol. 11. № 2. P. 629–647. DOI: 10.1007/s12187-017-9455-x
38. *Oral R., Ramirez M., Coohy C. et al.* Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care // *Pediatric Research*. 2016. Vol. 79. № 1–2. P. 227–233. DOI: 10.1038/pr.2015.197
39. *Ozono S., Nagamitsu S., Matsuishi T. et al.* Reliability and validity of the Children's Depression Inventory-Japanese version // *Pediatrics International*. 2019. Vol. 61. № 11. P. 1159–1167. DOI: 10.1111/ped.13984.
40. *Pan Zh., Zhang D.* Relationship between stressful life events and sleep quality: The mediating and moderating role of psychological suzhi // *Sleep Medicine*. 2022. Vol. 96. P. 28–34. DOI: 10.1016/j.sleep.2022.04.026

41. *Perez N.M., Jennings W.G., Baglivio M.T.* A path to serious, violent, chronic delinquency: the harmful aftermath of adverse childhood experiences // *Crime & Delinquency*. 2018. Vol. 64. № 1. P. 3–25. DOI: 10.1177/001128716684806
42. *Reichman N.E., Corman H., Noonan K. et al.* Infant health and future childhood adversity // *Maternal and Child Health Journal*. 2018. Vol. 22. P. 318–326. DOI 10.1007/s10995-017-2418-5
43. *Samios C., Catania J., Newton K. et al.* Stress, savouring, and coping: the role of savouring in psychological adjustment following a stressful life event // *Stress and Health*. 2020. Vol. 36. № 2. P. 119–130. DOI: 10.1002/smi.2914
44. *Seppälä P., Vornanen R., Toikko T.* Are children with a number of disabilities and long-term illnesses at increased risk of mental violence, disciplinary violence, and serious violence? // *Journal of Interpersonal Violence*. 2020. Vol. 36. Iss. 23-24. P. 11409–11434. <https://doi.org/10.1177/0886260519898440> DOI 10.1177/0886260519898440
45. *Stempel H., Cox-Martin M., Bronsert M. et al.* Chronic school absenteeism and the role of adverse childhood experiences // *Academic Pediatrics*. 2017. Vol. 17. P. 837–843. DOI: 10.1016/j.acap.2017.09.013
46. *Tang X., Tang S., Ren Zh. et al.* Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 245. P. 498–507. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.043.
47. *Thapar A., Collishaw S., Pine D.S. et al.* Depression in adolescence // *Lancet*. 2012. Vol. 379 (9820). P. 1056–1067. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
48. *Weersing V.R., Jeffreys M., Do M.T. et al.* Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2017. Vol. 46. № 1. P. 11–43. DOI: 10.1080/15374416.2016.1220310.
49. *Wesselhöft R.T.* Childhood depressive disorders // *Danish Medical Journal*. 2016. Vol. 63. № 10. P. B5290.
50. *Woodman A.C., Mailick M.R., Anderson K.A. et al.* Residential transitions among adults with intellectual disability across 20 years // *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2014. Vol. 119. P. 496–515. DOI: 10.1352/1944-7558-119.6.496
51. *Ziv Y., Sofri I., Capps Umphlet K.L. et al.* Children and caregivers' exposure to adverse childhood experiences (ACES): Association with children's and caregivers' psychological outcomes in a therapeutic preschool program // *International Journal Environmental Research and Public Health*. 2018. Vol. 15. P. 646. DOI: 10.3390/ijerph15040646
52. *Zou P., Sun L., Yang W. et al.* Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: A cross-sectional study among Chinese male senior college students // *Psychiatry Research*. 2018. Vol. 270. P. 26–33. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.09.019.

## References

1. Badmaeva V.D., Chibisova I.A., Rusinova S.S. Prediktory-kriminalnogo povedeniya u nesovershennoletnih-podrostkov s psicheskimi rasstroystvami (gendernyy aspekt) [Predictors of criminal behavior in juvenile adolescents with mental disorders (gender aspect)]. *Vestnik Soveta molodykh uchonykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti=Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*, 2017, vol. 3, no. 1 (16), pp. 10–15. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Bobrov A.E., Reshetnikov M. M., Ulasen T.V. Zavisimost' deviantnykh form povedeniya u vospitannikov sotsiozashchitnykh uchrezhdeniy ot kharaktera perenesennogo imi travmaticheskogo opyta [Dependence of deviant forms of behavior in pupils of social protective institutions from the character of the injury carefully expected by their traumatic experience]. *Vestnik psikhoterapii= Bulletin of Psychotherapy*, 2018, no. 68 (73), pp. 68–82. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36570692> (Accessed: 13.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Bodagova E.A. Otsenka psikhicheskogo zdorov'ya detey, ostavshikhsya bez popecheniya roditel'ey i prozhivayushchikh v Zabaykal'skom kraye: dannyye kliniko-epidemiologicheskogo issledovaniya [Mental health assessment of children without parental care and living in the TransBaikal Territory: information from clinical-epidemiological study]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii=Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 2020, no.1 (106), pp. 43–48. DOI: 10.26617/1810-3111-2020-1(106)-43-48 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Volikova S.V., Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Validizatsiya oprosnika detskoj depressii M. Kovak [Validation of the Childhood Depression Questionnaire M. Kovak]. *Voprosy psikhologii=Issues of Psychology*, 2011, no. 5, pp. 121–132. (In Russ.).
5. Zborovsky G.E., Ambarova P.A. Riski obrazovatel'noy neuspeshnosti uchashcheysya molodozhi [Risks of educational failure of student youth]. *Sotsiologicheskij zhurnal=Sociological Journal*, 2020, vol. 26, no. 2, pp. 60–81. DOI: 10.19181/socjour.2020.26.2.7265 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Karaush I.S., Dashieva B.A., Kupriyanova I.E. Negativnyye sobytiya v zhizni podrostka i risk depressii (ranniye dezadaptivnyye skhemy, psikhoterapiya) [Negative events in the life of a teenager and the risk of depression (early maladaptive schemes, psychotherapy)]. Tomsk: Integral'nyy pereplet, 2021. 192 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Kupriyanova I.E., Karaush I.S., Dashieva B.A. et al. Negativnyye zhiznennyye sobytiya u podrostkov-uchashchikhsya gorodskikh i sel'skikh shkol Sibiri kak risk razvitiya depressii [Negative life events in adolescent students of urban and rural schools in Siberia as a risk of developing depression]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii=Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 2019, no.2, pp. 98–107. DOI: 10.26617/1810-3111-2019-2(103)-98-107 (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Pavlova T.S., Bannikov G.S. Sistema okazaniya krizisnoy psikhologicheskoy pomoshchi sub'yektam obrazovatel'noy sredy (opyt SSHA) [A system of critical psychological help to the subjects of educational environment (the USA experience)].

Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.  
Негативные события, связанные со школьным  
функционированием, и их взаимосвязь  
с риском развития депрессии у подростков  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 2. С. 142–166.

Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A.  
Negative Events Related to School Functioning  
and Their Relationship with  
the Risk of Depression in Adolescents  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 142–166.

*Psikhologicheskaya nauka i obrazovaniye= Psychological Science and Education*, 2012, vol. 17, no. 2, pp. 76–85. URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2012/n2/51889.shtml> (Accessed: 13.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Pletneva T.G., Drozdovsky Y.V. Prichiny i usloviya razvitiya shkol'noy dezadaptatsii i pogranichnykh psikhicheskikh rasstroystv u detey i podrostkov [Causes and conditions of school dysadaptation development and borderline mental disorders of children and adolescents]. *Omskiy psikhiatricheskoy zhurnal=Omsk Psychiatric Journal*, 2016, no. 2 (8), pp. 27–31. (In Russ., abstr. in Engl.)

10. Tarasova A.E. Prichiny samopovrezhdayushchego povedeniya podrostkov i molodezhi [Causes of self-damaging behavior of adolescents and youth]. *Kollektsiya gumanitarnykh issledovaniy=Collection of humanitarian research*, 2019, no. 1, pp. 21–33. URL: <http://j-chr.com/ru/site/journal/23/article/201> (Accessed: 13.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Yakovleva E.V. Tolerantnost' kak lichnostno-professional'noye kachestvo uchitelya [Tolerance as a personal and professional quality of a teacher]. *Vestnik Cherepovetskogo gosudarstvennogo universiteta=Bulletin of the Cherepovets State University*, 2011, no. 3, vol. 1, pp. 104–108. URL: <https://www.chsu.ru/upload/iblock/3e1/%D0%92%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202011%20%E2%84%963%20%D1%82.%201.pdf> (Accessed: 13.09.2022) (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Avenevoli S., Swendsen J., He J.P. et al. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 54, no 1, pp. 37–44. e2. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.10.010

13. Carli V., Hoven C.W., Wasserman C. et al. A new group of adolescents with an "invisible" risk of psychopathology and suicidal behavior: research findings SEYLE. *World Psychiatry*, 2014, vol. 13, no. 1, pp. 77–85. DOI 10.1002/wps.20088 (In Russ., translation from Engl.).

14. Cho Y., Lee E.-H., Hong S.-H. et al. Reliability and validity of the Korean Version of Children's Depression Inventory 2 Short Version as a screening tool: A comparison with the Standard 28-Item Version. *Psychiatry Investigation*. 2022, vol. 19, no 1, pp. 54–60. DOI: 10.30773/pi.2021.0296

15. Cumba-Avilés E. Systematic Review on the Use of the Children's Depression Inventory-2 among Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2020, vol. 42, no 2, pp. 191–214. DOI: 10.1177/0739986320915170

16. Dauvermann M.R., Donohoe G. The role of childhood trauma in cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder – a systematic review. *Schizophrenia Research*, 2019, vol. 16, pp. 1–11. DOI 10.1016/j.scog.2018.11.001

17. De Jonge-Heesen K.W.J., Rasing S.P.A., Vermulst A.A. et al. Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. *BMC Medicine*, 2020, vol. 18, article 188. DOI: 10.1186/s12916-020-01656-0



18. De Jonge-Heesen K.W.J., Rasing S.P.A., Vermulst A.A. et al. Secondary outcomes of implemented depression prevention in adolescents: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 2021, vol. 12, article 643632. DOI 10.3389/fpsy.2021.643632
19. Ji Sh., Wang H. A Study of the relationship between adverse childhood experiences, life events, and executive function among college students in China. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2018, vol. 31, article 28. DOI: 10.1186/s41155-018-0107-y
20. Jin Yu., Zeng P., An J. et al. Negative life events and post-traumatic stress disorder symptoms: a moderated mediation model of only-child status and depressive symptoms. *Public Health*, 2019, vol. 172, pp. 31–39. DOI 10.1016/j.puhe.2019.04.005
21. Gao F., Yao Y., Yao C. et al. The mediating role of resilience and self-esteem between negative life events and positive social adjustment among left-behind adolescents in China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 2019, vol. 19, article 239. DOI: 10.1186/s12888-019-2219-z
22. Gau J.M., Stice E., Rohde P. et al. Negative life events and substance use moderate cognitive behavioral adolescent depression prevention intervention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2012, vol. 41, no. 3. pp. 241–250. DOI: 10.1080/16506073.2011.649781
23. Hughes M., Tucker W. Poverty as an adverse childhood experience. *North Carolina Medical Journal*. 2018, vol. 79, pp. 124–126. DOI: 10.18043/ncm.79.2.124
24. Hunt T.K.A., Slack K.S., Berger L.M. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse & Neglect*. 2017, vol. 67, pp. 391–402. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.11.005
25. Kalmakis K.A., Chandler G.E. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 2014, vol. 70, pp. 1489–1501. DOI: 10.1111/jan.12329
26. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI) manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 1992.
27. Kovacs M., Staff M.H.S. Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2) Technical Manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems. 2011.
28. Kraag G., Zeegers M.P., Kok G. et al. School Programs Targeting Stress Management in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of School Psychology*, 2006, vol. 44, no 6, pp. 449–472. DOI: 10.1016/j.jsp.2006.07.001
29. Lee J.H., Kim S. Exposure to negative life events and post-traumatic embitterment symptoms in young adults in Korea: cumulative and differential effects. *Psychopathology*, 2019, vol. 52, no.1, pp. 18–25. DOI 10.1159/000496501
30. Li K., Guang Y., Ren L. et al. Network analysis of the relationship between negative life events and depressive symptoms in the left-behind children. *BMC Psychiatry*, 2021, vol. 21, article 429. DOI: 10.1186/s12888-021-03445-2

31. Li X., Dai J., Wei C. et al. Research on life events and depression of college students with left-behind experience in Hebei Province. *Wei Sheng Yan Jiu*, 2017, vol. 46, no. 1, pp. 57–69. (In Chinese, abstr. in Engl.).
32. Li Yue, Dajun Z., Yinghao L. et al. Metaanalysis of the relationship between life events and depression in adolescents. *Journal of Pediatric Care*. 2016, vol. 2, no.1, article 3. DOI: 10.21767/2471-805X.100008
33. Liu R.T., Frazier E.A., Cataldo A.M. et al. Negative life events and non-suicidal self-injury in an adolescent inpatient sample. *Archives of Suicide Research*. 2014, vol. 18, no. 3, pp. 251–258. DOI: 10.1080/13811118.2013.824835.
34. Lorenc T., Lester S., Sutcliffe K. et al. Interventions to support people exposed to adverse childhood experiences: systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*, 2020, vol. 20, article 657. DOI: 10.1186/s12889-020-08789-0.
35. Lynch B.A., Rutten L.J., Wilson P.M. et al. The impact of positive contextual factors on the association between adverse family experiences and obesity in a National Survey of Children. *Preventive Medicine*, 2018, vol. 116, pp. 81–86. DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.09.002
36. McLaughlin K.A. The long shadow of adverse childhood experiences. *Psychological Science Agenda*. APA, 2017. URL: <https://www.apa.org/science/about/psa/2017/04/adverse-childhood> (дата обращения: 15.09.2022).
37. Olofson M.W. A new measurement of adverse childhood experiences drawn from the panel study of income dynamics child development supplement. *Child Indicators Research*. 2018, vol. 11, no. 2, pp. 629–647. DOI: 10.1007/s12187-017-9455-x
38. Oral R., Ramirez M., Coohy C. et al. Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric Research*, 2016, vol. 79, no. 1–2, pp. 227–233. DOI: 10.1038/pr.2015.197
39. Ozono S., Nagamitsu S., Matsuishi T. et al. Reliability and validity of the Children's Depression Inventory-Japanese version. *Pediatrics International*, 2019, vol. 61, no 11, pp. 1159–1167. DOI: 10.1111/ped.13984.
40. Pan Zh., Zhang D. Relationship between stressful life events and sleep quality: The mediating and moderating role of psychological sushi. *Sleep Medicine*, 2022, vol. 96, pp. 28–34. DOI: 10.1016/j.sleep.2022.04.026
41. Perez N.M., Jennings W.G., Baglivio M.T. A path to serious, violent, chronic delinquency: the harmful aftermath of adverse childhood experiences. *Crime & Delinquency*. 2018, vol. 64. no 1, pp. 3–25. DOI: 10.1177/0011128716684806
42. Reichman N.E., Corman H., Noonan K. et al. Infant health and future childhood adversity. *Maternal and Child Health Journal*. 2018, vol. 22, pp. 318–326. DOI 10.1007/s10995-017-2418-5

43. Samios C., Catania J., Newton K. et al. Stress, savouring, and coping: the role of savouring in psychological adjustment following a stressful life event. *Stress and Health*, 2020, vol. 36, no. 2, pp. 119–130. DOI: 10.1002/smi.2914
44. Seppälä P., Vornanen R., Toikko T. Are children with a number of disabilities and long-term illnesses at increased risk of mental violence, disciplinary violence, and serious violence? *Journal of Interpersonal Violence*, 2020, vol. 36, iss. 23–24, pp. 11409–11434. DOI: 10.1177/0886260519898440
45. Stempel H., Cox-Martin M., Bronsert M. et al. Chronic school absenteeism and the role of adverse childhood experiences. *Academic Pediatrics*, 2017, vol. 17, pp. 837–843. DOI: 10.1016/j.acap.2017.09.013
46. Tang X., Tang S., Ren Zh. et al. Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2019, vol. 245, pp. 498–507. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.043.
47. Thapar A., Collishaw S., Pine D.S. et al. Depression in adolescence. *Lancet*, 2012, vol. 379 (9820), pp. 1056–1067. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
48. Weersing V.R., Jeffreys M., Do M.T. et al. Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2017, vol. 46, no. 1, pp. 11–43. DOI: 10.1080/15374416.2016.1220310.
49. Wesselhöft R.T. Childhood depressive disorders. *Danish Medical Journal*, 2016, vol. 63, no. 10, pp. B5290.
50. Woodman A.C., Mailick M.R., Anderson K.A. et al. Residential transitions among adults with intellectual disability across 20 years. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2014, vol. 119, pp. 496–515. DOI: 10.1352/1944-7558-119.6.496
51. Ziv Y., Sofri I., Capps Umphlet K.L. et al. Children and caregivers' exposure to adverse childhood experiences (ACES): Association with children's and caregivers' psychological outcomes in a therapeutic preschool program. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 2018, vol. 15, pp. 646. DOI: 10.3390/ijerph15040646
52. Zou P., Sun L., Yang W. et al. Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: A cross-sectional study among Chinese male senior college students. *Psychiatry Research*, 2018, vol. 270, pp. 26–33. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.09.019.

### Информация об авторах

Карауш Ирина Сергеевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения социальной психиатрии детей и подростков Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних, доцент Учебно-методического отдела, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,

*Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.*  
Негативные события, связанные со школьным  
функционированием, и их взаимосвязь  
с риском развития депрессии у подростков  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 2. С. 142–166.

*Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A.*  
Negative Events Related to School Functioning  
and Their Relationship with  
the Risk of Depression in Adolescents  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 142–166.

Российская Федерация; профессор кафедры дефектологии Томского государственного педагогического университета, г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1920-6175>, e-mail: [anir7@yandex.ru](mailto:anir7@yandex.ru)

*Куприянова Ирина Евгеньевна*, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний, Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра (Томский НИМЦ), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2495-7811>, e-mail: [irinakupr@rambler.ru](mailto:irinakupr@rambler.ru)

*Дашиева Баирма Антоновна*, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний, Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра (Томский НИМЦ), профессор кафедры психолого-педагогического образования Томского государственного педагогического университета, г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3755-2952>, e-mail: [bairma2009@mail.ru](mailto:bairma2009@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Irina S. Karaush*, Doctor of Medicine, leading researcher of the Department of Social Psychiatry of Children and Adolescents, Department of Social and Forensic Psychiatric Problems of Minors, associate professor of the Training and Methodological Department, V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia; Professor of the Department of Defectology, Tomsk State Pedagogical University, Tomsk, Russia ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1920-6175>. e-mail: [anir7@yandex.ru](mailto:anir7@yandex.ru)

*Irina E. Kupriyanova*, Doctor of Medicine, Professor, Leading Researcher, Border States Department, Mental Health Research Institute, National Research Medical Centre, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2495-7811>, e-mail: [irinakupr@rambler.ru](mailto:irinakupr@rambler.ru)

*Bairma A. Dashieva*, Doctor of Medicine, Leading Researcher, Border States Department, Mental Health Research Institute, National Research Medical Centre, Tomsk, Russia, Tomsk State Pedagogical University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3755-2952>, e-mail: [bairma2009@mail.ru](mailto:bairma2009@mail.ru)

*Получена: 16.11.2021*

*Received: 16.11.2021*

*Принята в печать: 25.02.2022*

*Accepted: 25.02.2022*

# Проблемно-ориентированный личностный тип у пациентов с шумом в ушах: специфика и практическая значимость в диагностике

**Мелёхин А.И.**

*Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина,  
г. Москва, Российская Федерация,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)*

---

В статье представлены результаты эмпирического исследования наличия или отсутствия проблемно-ориентированного (страдающего) личностного типа у 55 пациентов с субъективным идиопатическим тиннитусом (средний возраст —  $49,6 \pm 11,2$  лет; 60% мужчин и 40% женщин) и без такового (средний возраст  $48,5 \pm 12,2$  лет; 55% мужчин и 45% женщин). Использовались методики: Индекс тяжести шума в ушах (TSI, в адаптации А.В. Варвянской, 2020), опросник оценки проблемно-ориентированного личностного типа (DS-14, в адаптации Г.С. Пушкарева, 2016), личностный опросник Айзенка (EPQ, в адаптации А.Д. Ишкова, 2004) и субшкала Эмоциональной стабильности из Пятифакторного личностного опросника (FFPI, в адаптации М.Г. Дмитриева, 2020). В ходе исследования впервые был описан аффективный стиль пациентов с тиннитусом. По сравнению с людьми без тиннитуса пациенты с шумом в ушах имеют значимо более высокие в статистическом и клиническом плане уровни нейротизма, негативной аффективности и социального торможения (изоляции), с одной стороны, и более низкие уровни экстраверсия и эмоциональной стабильности, — с другой. Проблемно-ориентированный личностный тип связан с наличием шума в ушах и способствует повышению его воспринимаемой тяжести. Негативная аффективность как одно из измерений проблемно-ориентированного личностного типа оказывает неблагоприятное влияние на степень выраженности тиннитуса и является одним из психологических факторов риска возникновения тиннитус-дистресса. В связи с этим в статье приведены практические рекомендации по психологическому обследованию пациентов с шумом в ушах и тактике когнитивно-поведенческой терапии.

**Ключевые слова:** тиннитус, шум в ушах, нейротизм, экстраверсия, проблемно-ориентированный личностный тип, негативная аффективность, изоляция, соматизация.

**Для цитаты:** Мелёхин А.И. Проблемно-ориентированный личностный тип у пациентов с шумом в ушах: специфика и практическая значимость в диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 167–180. DOI: 10.17759/cpse.2022110307

# Problem-Oriented Personality Type in Patients with Tinnitus: Specificity and Practical Relevance in Diagnostics

**Aleksey I. Melehin**

*Stolypin's Humanitarian Institute, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)*

---

The article presents the results of an empirical study of personality characteristics of the presence or absence of a problem-oriented personality type in 55 patients with (average age 49.6±11.2 years, 60% of men and 40% of women) and without (average age 48.5±12.2 years; 55% of men and 45% of women) subjective idiopathic tinnitus. The use of the Tinnitus Severity Index (TSI), the type-D Scale (DS-14), the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) and the Emotional stability subscale from the Five-Factor Personality Inventory (FFPI) made it possible for the first time to describe the affective style of patients with tinnitus. Compared to people without tinnitus, patients with tinnitus have statistically and clinically significant higher levels of neuroticism, negative affectivity and social inhibition (isolation), on the one hand, and lower levels of extraversion and emotional stability, on the other hand. Patients with tinnitus and severe tinnitus distress are more likely to have a problem-oriented personality type, a problem-oriented personality type is associated with the presence of tinnitus and contributes to its perceived severity. Negative affectivity, as one of the dimensions of a problem-oriented personality type, has an adverse effect on the severity of tinnitus, and is a risk factor for tinnitus distress. In this regard, the article provides practical recommendations for the psychological examination of patients with tinnitus and the tactics of cognitive behavioral therapy.

**Keywords:** tinnitus, neuroticism, extraversion, problem-oriented personality type, negative affectivity, isolation, somatization.

**For citation:** Melehin A.I. Problem-Oriented Personality Type in Patients with Tinnitus: Specificity and Practical Relevance in Diagnostics. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*=*Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 167–180. DOI: 10.17759/cpse.2022110307 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

## Введение

Тиннитус, или субъективный идиопатический шум в ушах (Subjective Idiopathic Tinnitus), — это слуховое фантомное восприятие звука при отсутствии акустического стимула, которое в среднем распространено у 5–42% населения мира. Сами пациенты описывают звуки как «гул», «жужжание», «писк», «тиканье часов», «бульканье», «скрежет», «шипение», «рев», «мотор», «электричество в ушах» [17].

Несмотря на множество моделей тиннитуса (модель привыкания Р. Халлама; нейрофизиологическая модель П. Ястрибоффа; когнитивно-поведенческая модель Л. Макенна [1; 2]), до сих пор остаются открытыми вопросы патогенеза данного состояния и тактики его лечения. На сегодняшний день чаще говорится про управление симптомами, нежели про его полноценную терапию [17].

Чаще всего тиннитус протекает в структуре соматоформного расстройства или соматизированной психической реакции на стрессовое событие или период длительной мобилизации (до 45–56% случаев), в результате депрессии и переживания утраты (до 35%), как следствие ипохондрического расстройства или тревоги о здоровье (до 28%), а также обсессивно-компульсивного или нарциссического расстройства личности (полученной «нарциссической раны») [18]. Перенесенная коронавирусная инфекция и наличие хронической инсомнии также являются важными факторами, имеющими высокую прогностическую ценность для оценки рисков развития тиннитуса [2,8]. Это означает, что проблемы со сном могут быть вызваны шумом в ушах и что сам шум в ушах может быть фактором, приводящим к его развитию. Шум в ушах негативно влияет на качество жизни пациентов, включая физическое, эмоциональное и социальное функционирование, и вызывает психологический дистресс, или *тиннитус-дистресс* (рис. 1) [8], сопровождающийся увеличением тревожных проявлений, изоляции, беспомощности и самодеструктивных действий (самоповреждения, чрезмерного употребления лекарственных препаратов, чтобы заглушить звон и не проснуться).



Рис. 1. Проявления тиннитус-дистресса у пациентов с шумом в ушах

Стресс, связанный с шумом в ушах, может вызывать изменения в лимбико-кортикальных путях мозга, которые приводят к более депрессивному состоянию, подобному хронической боли [8]. Однако не все пациенты с шумом в ушах

испытывают одинаковые уровни дистресса и нарушения качества жизни. Было показано [11], что тяжесть протекания тиннитуса, ответ пациента на фармакологическое лечение и влияние тиннитуса на качество жизни зависят от ряда *психологических факторов*. Этот факт подтверждается тем, что большинству пациентов транскраниальная магнитная стимуляция и психотерапевтические вмешательства (например, специальные протоколы когнитивно-поведенческой терапии «второй» и «третьей» волны, терапия переобучения звукового восприятия) приносят существенную пользу [1; 2].

Следует упомянуть нейрофизиологическую модель тиннитуса (Neurophysiological Approach to Tinnitus [15]), предложенную П. Джастрибоффом, согласно которой шум в ушах становится хроническим и декомпенсированным вследствие наличия у пациента нарушения функционирования цепи сложной нейронной сети, включающей сенсорные, лимбические и вегетативные компоненты. Наблюдается связь субъективного восприятия звона в ушах с чрезмерной спонтанной электрической, метаболической активностью в слуховом центре, лимбической системе, а также с изменениями в вегетативной нервной системе. Таким образом, чаще всего в основе тиннитуса лежит дисрегуляция в нервной системе, которая может быть вызвана в том числе различными психологическими причинами.

За последние пять лет в некоторых зарубежных исследованиях была показана связь между возникновением шума в ушах как формы телесного дистресса и личностными особенностями пациента [6; 7; 11–14; 16; 18]. Например, известно, что наличие высокого уровня нейротизма и низкой экстраверсии за счет пребывания в дисфункциональном поведенческом режиме «что-то нужно делать» (делай, а не думай), «не достаточно делаешь», сопровождающимся искаженным восприятием усталости из-за чрезмерной соматической и когнитивной гипермобилизации, увеличивают риски развития тиннитус-дистресса [11]. Люди с высоким показателем нейротизма испытывают больше беспокойства, зависти, гнева, вины и депрессии в дополнение к неадаптивным механизмам совладания с повседневными проблемными ситуациями. Экстраверсия, как правило, встречается у общительных, разговорчивых, напористых, энергичных и общительных людей, в то время как интроверсия чаще встречается у более замкнутых и одиноких людей. Люди с высокими показателями нейротизма и интроверсии склонны испытывать негативные эмоции, такие как гнев, раздражение, печаль, безысходность, одиночество, которые связаны с шумом в ушах [14]. Степень выраженности тиннитуса сопряжена с наличием в личностном профиле пациента (по обследованию с помощью опросника MMPI [3; 4]) истерии (Hu), склонности к ипохондрическим фиксациям (Hs), замкнутости (Sc), эмоциональной изоляции (Si) и психастении (Pt) [16]. Последнее проявляется у пациента в виде неуверенности в себе, ощущения беспокойства, повышенной чувствительности, капризности, неспособности противостоять повседневному стрессу и склонности к неадаптивным формам избегающего поведения и соматизации. Использование пациентом определенных когнитивных стратегий совладания со стрессом, таких как катастрофизация, наклеивание на себя негативных ярлыков, категоричность мышления, негативные прогнозы относительно будущего, повышает общую гипермобилизацию и сензитивность, что приводит к усилению соматизации аффекта в форме тиннитуса [18].



Личностные особенности пациента являются важным посредником в совладании с хроническим или повседневным стрессом. В последнее время активно проводятся исследования *проблемно-ориентированного* (страдающего, достигающего) личностного типа и наличия у пациентов поведения типа «Д» (*Distressed Type D Personality*) — дистресс-ориентированного, или изматывающего [5]. Таксономия данного типа определяется сочетанием двух устойчивых личностных черт [9]:

- *негативной аффективности (возбудимости)* — склонности испытывать негативные эмоции (раздражение, гнев) в различных ситуациях. Пациенты с высоким уровнем негативной аффективности чаще испытывают чувство дисфории, тревогу и раздражительность. Они негативно относятся к себе, находятся в постоянном ожидании надвигающейся беды и пребывают в режиме гипермобилизации с чрезмерным планированием, негативным чтением будущего, тревожной настороженностью;

- *социальной изоляции (торможение; Social Inhibition)* — тенденции подавлять, не выражать эмоции или поведение в социальных взаимодействиях, чтобы избежать неодобрения со стороны других. Пациенты с высоким уровнем изоляции склонны чувствовать себя подавленными, напряженными и неуверенными в общении с другими.

Нашими зарубежными коллегами отмечено, что люди с проблемно-ориентированным личностным типом, как правило, чаще испытывают негативные эмоции, чувствуют подавленность и имеют пессимистичный (настороженный) взгляд на жизнь [18]. Это сочетается со склонностью не делиться этими эмоциями с другими из-за опасений критической реакции со стороны окружающих. Как правило, у людей такого типа меньше социальных связей, они чаще оказываются лишены социальной поддержки, в связи с чем они более уязвимы к психологическому стрессу и подвержены повышенному риску неблагоприятных последствий стресса для здоровья, включая депрессию, тревогу, раздражительность, самообесценивания и неблагополучия. Кроме того, трудности, с которыми сталкиваются пациенты с проблемно-ориентированным личностным типом, связаны не только с психологическим неблагополучием, но и с рисками развития различных болевых проявлений, изоляцией, избегающим и перестраховочным поведением [14].

Существует некоторое заблуждение, что проблемно-ориентированный личностный тип — это не что иное, как депрессия. Однако данный тип является нормальным, устойчивым и неклиническим комплексом личностных качеств, охватывающим не только саму негативную аффективность, но и то, как пациенты справляются с этими негативными эмоциями, в то время как депрессия является эпизодическим психопатологическим маркером.

Проблемно-ориентированный личностный тип исследовался у пациентов с ишемической болезнью сердца, раком предстательной железы и синдромом раздраженного кишечника. У 40–51% таких пациентов наблюдался данный личностный тип, и он был связан с тяжестью симптомов, снижением качества жизни и эффективности предложенного врачами лечения [11; 14]. Появляется все больше

доказательств, что пациенты с этой личностной особенностью являются группой риска по развитию соматизаций (не только со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной системы), рецидивов и рефрактерного течения заболевания [11]. По сравнению с пациентами, имеющими иной личностный тип, данная когорта пациентов имеет увеличенный в три раза риск неблагоприятного прогноза течения болезни независимо от показателей тяжести заболевания и традиционных биомедицинских факторов риска [14].

**Цель исследования** — анализ личностных характеристик (нейротизма, экстраверсии, эмоциональной стабильности), ассоциированных с личностным типом «Д», которые отличают людей, страдающих шумом в ушах, от людей без данного расстройства. Мы предположили, что проблемно-ориентированный личностный тип (негативная аффективность, социальная изоляция) с поправкой на нейротизм, экстраверсию и эмоциональную стабильность может быть одним из психологических факторов, дифференцирующих пациентов с шумом в ушах (тиннитусом) и здоровых людей.

### Материалы и методы

**Выборка.** Участники исследования были разделены на две группы:

- в основную группу вошли 55 пациентов, страдающих от шума в ушах более 3 месяцев (средний возраст —  $49,6 \pm 11,2$  лет; 60% мужчин и 40% женщин; работали — 44%, находились в отпусках — 80%) и направленных врачом-отоларингологом (сурдологом) и неврологом с диагнозом Н 93.1 (субъективный шум в ушах) по МКБ-10 к клиническому психологу для прохождения психологического обследования и когнитивно-поведенческой терапии;

- контрольную группу составили 55 пациентов (средний возраст —  $48,5 \pm 12,2$  лет; 55% мужчин и 45% женщин, работали — 77%, находились в отпусках — 74%), посещавшие врача-отоларинголога по поводу всех видов симптомов, кроме шума в ушах, и не имевших серьезных заболеваний, влияющих на физическое и эмоциональное функционирование.

Применялись следующие **методики**:

- Индекс тяжести шума в ушах оценивался с помощью Tinnitus severity index (TSI, в адаптации А.В. Варвянской, 2020);

- Проблемно-ориентированный личностный тип оценивался с помощью опросника 14-Item Type D Scale (DS-14, в адаптации Г.С. Пушкарева, 2016);

- Оценка нейротизма, экстраверсии проводилась с помощью личностного опросника Айзенка (EPQ в адаптации А.Д. Ишкова, 2004);

- Эмоциональная стабильность оценивалась с помощью подшкалы ES из Пятифакторного личностного опросника (FFPI в адаптации М.Г. Дмитриева, 2020.).

**Статистическая обработка** проводилась с помощью программы SPSS v. 23 для OSX. Дискретные переменные сравнивались с помощью критерия хи-квадрат

и критерия Фишера. В связи с тем, что переменные были нормально распределены (по критерию Шапиро–Уилка,  $p < 0,05$ ), применялся t-критерий Стьюдента. Использовался множественный регрессионный анализа с применением теста Хосмера–Лемешоу.

### Результаты исследования

По сравнению с контрольной группой пациенты с шумом в ушах имели более высокие уровни нейротизма, негативной аффективности и социального торможения, а также более низкие уровни экстраверсии и эмоциональной стабильности (табл. 1). Негативная аффективность у пациентов с тиннитусом выражалась в форме придирчивости (со слов пациентов: «не доделываю», «нужно еще лучше», «больше успеть», «по максимуму»), беспокойства по разным поводам («а вдруг», «а если»), ощущения неполноценности («со мной что-то не так»), неудовлетворенности, раздражительности, мрачного восприятия действительности и подавленности.

Таблица 1

#### Специфика личностных особенностей пациентов с и без шума в ушах (M±SD, и размер эффекта)

Личностные особенности	Пациенты с тиннитусом (n=55)	Пациенты без тиннитуса (n=55)	p	ES	95% ДИ для оценки ES
Нейротизм	16,9±4,7	10,1±4,4	0,001 <sup>a</sup>	0,73	0,43–0,96
Экстраверсия	9,7±3,2	14,1±2,3	0,001 <sup>a</sup>	0,74	0,51–0,88
Психотизм	4,1±2,0	3,5±1,1	0,089 <sup>a</sup>	0,09	0,11–0,09
Эмоциональная стабильность	51,9±13,2	40,61±11,1	0,001 <sup>a</sup>	0,70	0,48–0,86
Негативная аффективность	14,1±7,4	6,1±4,8	0,001 <sup>a</sup>	1,12	0,95–1,33
Социальная изоляция (торможение)	11,3±6,3	6,5±5,1	0,001 <sup>a</sup>	1,01	0,46–0,81
Проблемно-ориентированный личностный тип <sup>c</sup>	93,0%	12,0%	0,001 <sup>b</sup>	0,08	17,8–31,7%

*Примечания.* ES — размер эффекта, а — значимость различий основе t-критерия Стьюдента; b — критерия Фишера; c — пациент относится к проблемно-ориентированному личностному типу, если показатель негативной аффективности равен или более 10 баллов, а показатель социального торможения равен или более 10 баллов.

Социальная изоляция у обследованных нами пациентов выражалась в тревожной настороженности при общении с людьми, чувстве скованности,

трудностях начать разговор, изоляции и наличии дистанции с людьми. На рисунке 2 представлена обобщенная специфика проблемно-ориентированного типа у пациентов с тиннитусом.



Рис. 2. Общая специфика проблемно-ориентированного личностного типа у пациентов с тиннитусом

Анализ личностных черт не показал существенной разницы между двумя группами в отношении психотизма ( $p=0,89$ ). Однако пациенты с шумом в ушах с большей вероятностью имели черты проблемно-ориентированного личностного типа, чем контрольная группа.

Также было обнаружено, что 78,1% женщин имели сильный шум в ушах (7–10 баллов по шкале TSI), тогда как наиболее распространенная категория (у 46,7% пациентов) интенсивности шума в ушах у мужчин была средней (4–6 баллов по шкале TSI). Эта разница не была статистически значимой ( $p=0,069$ )

Применение пошаговой множественной регрессии, в которую мы включили четыре личностные черты, позволило обнаружить, что нейротизм как склонность испытывать негативные, тягостные эмоции (грусть, страх, тревогу, гнев, разочарование, неуверенность) и эмоциональная нестабильность связаны с шумом в ушах и потенциально могут увеличивать риски его развития, что требует дальнейшего исследования (табл. 2). Анализ показал, что пациенты с шумом в ушах, как правило, имели более высокие баллы по нейротизму и эмоциональной стабильности, но более низкие баллы по экстраверсии и с большей вероятностью имели проблемно-ориентированный личностный тип по сравнению с контрольной группой.

Такие личностные особенности, как нейротизм, экстраверсия и эмоциональная стабильность были связаны с шумом в ушах, но, как указывает функция

логарифмического правдоподобия, уровень прогностической способности модели улучшается с добавлением индекса наличия и степени выраженности проблемно-ориентированного личностного типа ( $\chi^2=5,049$ ;  $df=1$ ;  $p=0,02$ ). Сопоставление числа пациентов, фактически классифицированных в каждой группе (шум в ушах по сравнению с отсутствием шума в ушах), с числом, предсказанным в каждой группе, проводилось с помощью теста Хосмера–Лемешоу. Соответствие модели было приемлемым ( $p=0,18$ ), что указывает на то, что в отношении статистически значимых социально-демографических и личностных характеристик большинство пациентов с шумом в ушах находились в более высоких децилях риска соматизации по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

**Предикторы наличия и степени выраженности шума в ушах  
(по индексу TSI)**

Переменные	B	SE	Тест Вальда	p	OR	95% ДИ	
						Нижний	Верхний
Нейротизм	0,075	0,19	8,08	0,01	1,46	1,00	1,17
Экстраверсия	-0,12	0,04	10,71	0,001	0,89	0,83	0,96
Эмоциональная стабильность	0,70	0,01	8,81	0,01	1,88	1,00	1,12
Проблемно- ориентированный личностный тип (общий индекс)	0,69	0,31	5,94	0,01	2,00	1,10	3,55

Примечание: B — коэффициент регрессии, SE — стандартная ошибка, OR — отношение шансов.

**Обсуждение**

Более высокая распространенность мужчин среди пациентов с шумом в ушах, выявленная в текущем исследовании, соответствует результатам исследований наших зарубежных коллег [16]. Хотя ранее сообщалось, что шум в ушах увеличивается с хронологическим возрастом (риски его возникновения увеличиваются у гериатрических пациентов) [11], в нашем исследовании последний не был значимым предиктором шума в ушах.

Распространенность проблемно-ориентированного личностного типа значимо выше среди пациентов с шумом в ушах, обратившихся за помощью, по сравнению с контрольной группой. Эти результаты согласуются с результатами наших зарубежных коллег [9], которые обнаружили, что проблемно-ориентированный личностный тип был более распространен у пациентов с заболеваниями периферических артерий по сравнению со здоровыми людьми. Поскольку пациенты с данным личностным типом склонны к переживанию широкого спектра негативных эмоций, включая тревогу и депрессию, когда сталкиваются с проблемами со здоровьем, они могут испытывать более сильный шум в ушах. Это

обуславливает возможную эффективность использования психотерапевтических практик в коррекции тяжести их состояния. Кроме того, наши результаты показали, что *негативная аффективность* как одно из измерений проблемно-ориентированного личностного типа может оказывать неблагоприятное влияние на степень выраженности тиннитуса, что согласуется с данными других исследований [5]. Пациенты с тиннитусом имеют более выраженную тенденцию к высоким показателям нейротизма, эмоциональной нестабильности и интроверсии, чем условно здоровые люди. Нейротизм связан с более высокими уровнями физиологических биомаркеров воспаления и даже смертностью [11]. При высоком нейротизме пациенты с большей вероятностью воспринимают шум в ушах как «опасность», «надоедливый», «преследующий», «ограничивающий», что запускает проблемно-ориентированное поведение. Они более склонны к дистрессу и, следовательно, к более выраженным проявлениям тиннитуса. Если говорить про показатели эмоциональной нестабильности, то 35–67% пациентов с шумом в ушах сообщают об эмоциональных проблемах, таких как отчаяние, фрустрация, депрессивность, неуверенность, страх и беспокойство. Другие клинические исследования также показали более высокие показатели тревоги и депрессии среди пациентов с шумом в ушах по сравнению с людьми без тиннитуса [11; 16].

Насколько нам известно, это первое исследование, посвященное изучению роли эмоциональной стабильности в субъективной оценке силы шума в ушах, тогда как в предыдущих исследованиях эмоциональная стабильность преимущественно анализировалась как часть личностного профиля, например, такого, как «психотическая» триада в ММРІ [3; 4]. Эти психотические характеристики включают повышенный уровень социальной интроверсии, тревожности, внутреннего конфликта, замкнутости, эмоциональной изоляции и несоответствия внутренним стандартам. В предыдущих исследованиях были обнаружены значительно более высокие баллы по этой личностной предрасположенности у пациентов с тиннитусом, что согласуется с нашими данными. Полученные результаты позволяют предположить, что личностные черты и некоторые социально-демографические характеристики могут быть использованы в клинической практике для дифференциации пациентов с идиопатическим шумом в ушах и пациентов без тиннитуса. Проблемно-ориентированный личностный тип потенциально может использоваться в качестве дифференцирующего фактора у пациентов с или без тиннитус-дистресса. Данный личностный тип связан с шумом в ушах и может помочь в выделении различных групп риска пациентов, склонных к развитию тяжелого течения тиннитуса, негативно влияющего на повседневную деятельность и качество жизни.

### Выводы

- По сравнению с людьми без тиннитуса, пациенты с шумом в ушах имеют значимо более высокие уровни нейротизма, негативной аффективности и социальной изоляции, с одной стороны, и более низкие уровни экстраверсии и эмоциональной стабильности, — с другой.
- Пациенты с тиннитусом с большей вероятностью имеют проблемно-ориентированный личностный тип.

- Негативная аффективность как одно из измерений проблемно-ориентированного личностного типа оказывает неблагоприятное влияние на степень выраженности тиннитуса и может выступать одним из факторов риска возникновения тиннитус-дистресса.

### Практические рекомендации

- Психологическое обследование, помимо оценки степени симптомов тревоги, депрессии (PHQ-SADS), выраженности тиннитус-дистресса (Tinnitus Handicap Inventory, THI), должно также делать акцент на диагностике у пациентов проблемно-ориентированного личностного типа (DS-14), нейротизма, экстраверсии (EPQ), эмоциональной стабильности (FFPI) и качества жизни (Tinnitus Functional Index, TFI) [1].

- По нашему мнению, вмешательства, направленные на работу с проблемно-ориентированным личностным типом, должны быть нацелены не на изменение самой личности, а скорее на коррекцию когнитивно-поведенческих основ, которые провоцируют у людей данного типа ухудшения состояния здоровья.

- Наряду с протоколами когнитивно-поведенческой терапии «второй» волны при лечении тиннитуса, мы рекомендуем применять *метакогнитивную терапию* (Metacognitive Therapy [2; 10]), которая ориентирована на работу с негативной аффективностью пациента, его дисфункциональными убеждениями, травматическим опытом, копинг-стратегиями и аффективными стилями. Наличие дисфункциональных стратегий совладания со стрессом приводит к тревожным руминациям и деструктивным формам мышления и соматизации. Данная терапия начинается с обучения тактике «отделения» (Attention Training Technique), которая подразумевает когнитивную остановку на любой ответ в отношении мыслей и поведения, связанного с шумом в ушах. Далее тренируются навыки осознанности (Detached Mindfulness), ориентированные на умение различать негативные мысли от последующего дезадаптивного ответа на эту мысль, что позволяет сформировать психологическую гибкость.

- Рекомендовано применять *интерперсональную терапию* (Interpersonal Therapy), которая может быть эффективна у пациентов с тиннитусом с проблемно-ориентированным личностным типом, так как они нуждаются в поддерживающих и стимулирующих межличностных контактах из-за трудностей с установлением доверительных отношений с окружающими. Они чувствуют потребность делиться своими негативными эмоциями и мыслями с другими, но воздерживаются от этого, потому что опасаются неодобрения или отвержения; согласно данным, особенно это актуально для мужчин [1; 9].

### Литература

1. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая терапия при лечении шума в ушах и болезни Меньера // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2021. Том 7. № 2. С. 31–43. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-2-31-43

2. Мелёхин А.И. Тактика лечения звона в ушах (тиннитуса) с точки зрения клинического психолога // Экспериментальная и клиническая оториноларингология. 2021. Том 5. № 2. С. 66–80.
3. Bayar N., Oğuztürk O., Koç C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile of patients with subjective tinnitus // The Journal of Otolaryngology. 2002. Vol. 31. № 2. P. 317–322. DOI: 10.2310/7070.2002.29945
4. Collet L., Moussu M.F., Disant F. et al. Minnesota Multiphasic Personality Inventory in tinnitus disorders // Audiology. 1999. Vol. 29. № 2. P. 101–106. DOI: 10.3109/00206099009081651
5. Denollet J. DS-14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality // Psychosomatic Medicine. 2005. Vol. 67. № 1. P. 89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
6. Holgers K.M., Erlandsson S.I., Barrenäs M.L. Predictive factors for the severity of tinnitus // Audiology. 2000. Vol. 39. № 5. P. 284–291. DOI: 10.3109/00206090009073093
7. Milerová J., Anders M., Dvořák T. et al. The influence of psychological factors on tinnitus severity // General Hospital Psychiatry. 2013. Vol. 35. № 4. P. 412–416. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2013.02.008
8. Neff P., Simões J., Psatha S. et al. The impact of tinnitus distress on cognition // Scientific Reports. 2021. Vol. 11. Article 2243. DOI: 10.1038/s41598-021-81728-0
9. Pedersen S.S., Schiffer A.A. The distressed (Type D) personality. A risk marker for poor health outcomes in ICD patients // Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie. 2011. Vol. 22. № 3. P. 181–188. DOI: 10.1007/s00399-011-0139-9
10. Rademaker M.M., Stegeman I., Liefstink A. et al. MinT-trial: Mindfulness versus cognitive behavioural therapy in Tinnitus patients: Protocol for a randomised controlled, non-inferiority trial // BMJ Open. 2020. Vol. 10. № 2. e033210. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033210
11. Reich G.E., Johnson R.M. Personality characteristics of tinnitus patients // The Journal of Laryngology & Otology. 1983. Vol. 98. Suppl. S9. P. 228–232. DOI: 10.1017/S1755146300090508
12. Rizzardo R., Savastano M., Maron M.B. et al. Psychological distress in patients with tinnitus // The Journal of Otolaryngology. 1998. Vol. 27. № 1. P. 21–25.
13. Rutter D.R., Stein M.J. Psychological aspects of tinnitus: a comparison with hearing loss and ear, nose, and throat disorders // Psychology and Health. 1999. Vol. 14. № 4. P. 711–718. DOI: 10.1080/08870449908410759
14. Sararoudi R.B., Afshar H., Adibi P. et al. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome // Journal of Research in Medical Sciences. 2011. Vol. 16. № 8. P. 985–992.
15. Sedley W., Friston K.J., Gander P.E. An integrative tinnitus model based on sensory precision // Trends in Neurosciences. 2016. Vol. 39. № 12. P. 799–812. DOI: 10.1016/j.tins.2016.10.004



16. Simões J., Schlee W., Schecklmann M. et al. Big Five personality traits are associated with tinnitus improvement over time // *Scientific Reports*. 2019. № 9. Article 18234. DOI: 10.1038/s41598-019-53845-4

17. Stegeman I., Eikelboom R.H., Smit A.L. et al. Tinnitus and its associations with general health, mental health and hearing loss // *Progress in Brain Research*. 2021. Vol. 262. P. 431–450. DOI: 10.1016/bs.pbr.2021.01.023

18. Xin F., Li Q., Guan F. et al. The study on psychological resilience of tinnitus and associated influencing factors // *Journal of Otology*. 2022. Vol. 17. № 1. P. 13–17. DOI: 10.1016/j.joto.2021.08.001

## References

1. Melekhin A.I. Distantionnaya kognitivno-povedencheskaya terapiya pri lechenii shuma v ushakh i bolezni Men'era [Remote cognitive behavioral therapy for tinnitus and Meniere's disease]. *Rossiiskii zhurnal telemeditsiny i ehlektronnogo zdravookhraneniya = Russian Journal of Telemedicine and E-Health*, 2021, vol. 7, no. 2, pp. 31–43. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-2-31-43 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Melyokhin A.I. Treatment of tinnitus from the point of view of a clinical psychologist. *Ehksperimental'naya i klinicheskaya otorinolaringologiya = Experimental and Clinical Otorhinolaryngology*, 2021, vol. 5, no. 2, pp. 81–93. (In Engl.).

3. Bayar N., Oğuztürk O., Koç C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile of patients with subjective tinnitus. *The Journal of Otolaryngology*, 2002, vol. 31, no. 2, pp. 317–322. DOI: 10.2310/7070.2002.29945

4. Collet L., Moussu M.F., Disant F. et al. Minnesota Multiphasic Personality Inventory in tinnitus disorders. *Audiology*, 1999, vol. 29, no. 2, pp. 101–106. DOI: 10.3109/00206099009081651

5. Denollet J. DS-14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 2005, vol. 67, no. 1, pp. 89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49

6. Holgers K.M., Erlandsson S.I., Barrenäs M.L. Predictive factors for the severity of tinnitus. *Audiology*, 2000, vol. 39, no. 5, pp. 284–291. DOI: 10.3109/00206090009073093

7. Milerová J., Anders M., Dvořák T. et al. The influence of psychological factors on tinnitus severity. *General Hospital Psychiatry*, 2013, vol. 35, no. 4, pp. 412–416. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2013.02.008

8. Neff P., Simões J., Psatha S. et al. The impact of tinnitus distress on cognition. *Scientific Reports*, 2021, vol. 11, article 2243. DOI: 10.1038/s41598-021-81728-0

9. Pedersen S.S., Schiffer A.A. The distressed (Type D) personality. A risk marker for poor health outcomes in ICD patients. *Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie*, 2011, vol. 22, no. 3, pp. 181–188. DOI: 10.1007/s00399-011-0139-9

10. Rademaker M.M., Stegeman I., Liefink A. et al. MinT-trial: Mindfulness versus cognitive behavioural therapy in Tinnitus patients: Protocol for a randomised controlled,

non-inferiority trial. *BMJ Open*, 2020, vol. 10, no. 2, e033210. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033210

11. Reich G.E., Johnson R.M. Personality characteristics of tinnitus patients. *The Journal of Laryngology & Otology*, 1983, vol. 98, suppl. S9, pp. 228–232. DOI: 10.1017/S1755146300090508

12. Rizzardo R., Savastano M., Maron M.B. et al. Psychological distress in patients with tinnitus. *The Journal of Otolaryngology*, 1998, vol. 27, no. 1, pp. 21–25.

13. Rutter D.R., Stein M.J. Psychological aspects of tinnitus: a comparison with hearing loss and ear, nose, and throat disorders. *Psychology and Health*, 1999, vol. 14, no. 4, pp. 711–718. DOI: 10.1080/08870449908410759

14. Sararoudi R.B., Afshar H., Adibi P. et al. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2011, vol. 16, no. 8, pp. 985–992.

15. Sedley W., Friston K.J., Gander P.E. An integrative tinnitus model based on sensory precision. *Trends in Neurosciences*, 2016, vol. 39, no. 12, pp. 799–812. DOI: 10.1016/j.tins.2016.10.004

16. Simões J., Schlee W., Schecklmann M. et al. Big Five personality traits are associated with tinnitus improvement over time. *Scientific Reports*, 2019, vol. 9, article 18234. DOI: 10.1038/s41598-019-53845-4

17. Stegeman I., Eikelboom R.H., Smit A.L. et al. Tinnitus and its associations with general health, mental health and hearing loss. *Progress in Brain Research*, 2021, vol. 262, pp. 431–450. DOI: 10.1016/bs.pbr.2021.01.023

18. Xin F., Li Q., Guan F. et al. The study on psychological resilience of tinnitus and associated influencing factor. *Journal of Otology*, 2022, vol. 17, no. 1, pp. 13–17. DOI: 10.1016/j.joto.2021.08.001

## Информация об авторе

Мелёхин Алексей Игоревич, кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

## Information about the author

Aleksey I. Melehin, PhD (Psychology), Associate Professor, Clinical Psychologist of the Highest Qualification Category, Somnologist, Cognitive Behavioral Psychotherapist, Stolypin's Humanitarian Institute, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

Получена: 16.02.2022

Received: 16.02.2022

Принята в печать: 20.09.2022

Accepted: 20.09.2022

# Профили жизнестойкости подростков (на примере подростков с врожденной, приобретенной инвалидностью и здоровых сверстников)

**Одинцова М.А.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: [mari505@mail.ru](mailto:mari505@mail.ru)*

**Лубовский Д.В.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: [lubovsky@yandex.ru](mailto:lubovsky@yandex.ru)*

**Гусарова Е.С.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevaes@fdomgppu.ru](mailto:bondarevaes@fdomgppu.ru)*

**Иванова П.А.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>, e-mail: [ivanova.polina.andreevna@gmail.com](mailto:ivanova.polina.andreevna@gmail.com)*

---

Проблема исследования актуальна в контексте психологической помощи и взаимодействия с подростками с инвалидностью. Целью исследования стал сравнительный анализ профилей жизнестойкости подростков с врожденной (детский церебральный паралич) и приобретенной инвалидностью (онкология, ревматические болезни), а также их здоровых сверстников. Общую выборку составили 249 подростков (128 мальчиков и 121 девочка) от 13 до 18 лет (средний возраст — 14,94±1,48 лет), из них 51 подросток с детским церебральным параличом, 61 — с онкологическими заболеваниями, 51 — с ревматическими заболеваниями и 86 условно здоровых подростков. Были использованы Опросник ролевой виктимности (М.А. Одинцова, Н.П. Радчикова), Тест жизнестойкости (Е.Н. Осин, Е.И. Рассказова) и Опросник CORE (Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин). Выявлены различия в профилях жизнестойкости подростков разных групп: для здоровых в основном характерен неустойчивый и жизнестойкий профили; для подростков с ДЦП — виктимный и неустойчивый, а для подростков с онкологией и ревматическими болезнями — все три профиля. Для женской части выборки в отличие от мужской более типичны неустойчивый и виктимный профили. Наиболее существенные различия в группах с разными профилями жизнестойкости обнаружены в копинг-стратегиях, входящих в дисфункциональный стиль совладания.

Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

Использование таких копинг-стратегий, как поведенческий уход, мысленный уход, концентрация на эмоциях и юмор приводит к снижению жизнестойкости у мальчиков всей выборки. Концентрация на эмоциях, поведенческий уход, мысленный уход и редкое использование активного совладания являются предикторами снижения жизнестойкости у девочек.

**Ключевые слова:** профиль жизнестойкости, ролевая виктимность, копинг-стратегии, подростки, детский церебральный паралич, онкология, ревматические заболевания, здоровые подростки, врожденная инвалидность, приобретенная инвалидность.

**Финансирование.** Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22-28-00820, «Психологические ресурсы социально уязвимых групп в условиях вызовов современности (на примере лиц с инвалидностью и их семей)».

**Для цитаты:** Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С., Иванова П.А. Профили жизнестойкости подростков (на примере подростков с врожденной, приобретенной инвалидностью и здоровых сверстников) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 181–204. DOI: 10.17759/cpse.2022110308

---

## Adolescent Resilience Profiles (on the Example of Adolescents with Congenital, Acquired Disabilities and Healthy Peers)

**Maria A. Odintsova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: [mari505@mail.ru](mailto:mari505@mail.ru)*

**Dmitry V. Lubovsky**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: [lubovsky@yandex.ru](mailto:lubovsky@yandex.ru)*

**Elena S. Gusarova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevae@fdomgppu.ru](mailto:bondarevae@fdomgppu.ru)*

**Polina A. Ivanova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>, e-mail: [ivanova.polina.andreevna@gmail.com](mailto:ivanova.polina.andreevna@gmail.com)*

---

The problem of the research is important in the context of psychological assistance and interaction with adolescents with disabilities. The study aimed to carry out a comparative analysis of the resilience profiles of adolescents with congenital (cerebral palsy), acquired disabilities (oncology, rheumatic diseases) and healthy peers. The study involved 51 adolescents with cerebral palsy, 61 with oncological diseases, 51 with rheumatic diseases and 86 conditionally healthy adolescents aged 13 to 18 years old. In total it embraced 249 teenagers (mean age 14.94+1.48), of which 128 were male and 121 were female. There were used the following methods: the “Victimity” questionnaire (M.A. Odintsova, N.P. Radchikova), “Resilience Test” (E.N. Osin, E.I. Rasskazova) and “COPE” questionnaire (E.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, E.N. Osin). The study revealed significant differences in the resilience profiles of adolescents from different groups: healthy teenagers are mainly characterized by unstable and resilient profiles; adolescents with oncology and rheumatic diseases — by all three profiles; adolescents with cerebral palsy — by victim and unstable ones. The female part of the sample, unlike the male part, are characterized by unstable and victim profiles. The most significant differences in groups with different resilience profiles were found in coping strategies related to the dysfunctional coping style. The use of coping strategies: behavioral disengagement, mental disengagement, concentration on emotions and humor leads to a decrease in resilience in the boys of the entire sample. Concentration on emotions, behavioral disengagement, mental disengagement, and infrequent use of active coping are predictors of reduced resilience in girls.

**Keywords:** resilience profile, victimity, coping strategies, adolescents, child cerebral palsy, oncology, rheumatic diseases, healthy adolescents, congenital disability, acquired disability.

**Funding.** The reported study was funded by Russian Science Foundation (RSCF), project number 22-28-00820 (Psychological resources of socially vulnerable groups in the face of modern challenges (on the example of people with disabilities and their families).

**For citation:** Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S., Ivanova P.A. Adolescent Resilience Profiles (on the Example of Adolescents with Congenital, Acquired Disabilities and Healthy Peers). *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 181–204. DOI: 10.17759/cpse.2022110308 (In Russ., abstr. In Engl.)

---

## Введение

Взросление детей с врожденной (например, детский церебральный паралич, далее — ДЦП) и приобретенной (например, онкология, ревматические заболевания) инвалидностью связано с многочисленными проблемами не только медицинского, но и социально-психологического характера. К их числу относятся внешняя [24; 37] и внутренняя стигматизация, которая пагубно отражается на социальном взаимодействии и негативных переживаниях своего «Я»; проявления агрессии в зависимости от типа заболевания [22]; рост эмоциональных расстройств к подростковому возрасту [13], в том числе депрессии [20] и посттравматических

стрессовых расстройств [42]; распространенность академических [23], когнитивных и эмоциональных трудностей [33]; снижение качества жизни [16], вовлеченности в жизнь общества [45], уровня автономии во всех сферах жизни [35], мотивации к овладению навыками [36]. В подростковом возрасте усиливается виктимизация подростков с инвалидностью [29; 34]. Подчеркивается, что эти проблемы могут иметь долгосрочные последствия: у взрослых людей с инвалидностью детства более низкое качество жизни, присутствует риск эмоциональных и когнитивных расстройств, сохраняются серьезные социальные проблемы [31], а возникающие в детстве «цепочки рисков» замедляют образовательные и профессиональные достижения на протяжении жизни [25].

Все это связано с многочисленными стрессами: материальными трудностями, физическими страданиями, стигматизацией, частой госпитализацией, болезненными медицинскими процедурами. Не случайно большинство исследований сосредоточено на отрицательных сторонах тяжелого заболевания, что свидетельствует о виктимизации подростков при «уходе в болезнь» [9]. Смирение с ситуацией, чрезмерное эмоциональное включение в нее, страх, отчаяние — состояния, препятствующие процессу выздоровления и способствующие виктимизации личности. С одной стороны, ситуация тяжелой болезни блокирует продуктивную самореализацию взрослеющего человека, с другой — это ситуация вызова, которая призывает к стойкости и содержит возможности для конструктивных изменений. Так, в исследованиях все чаще подтверждается возможность подростков с ДЦП проявлять активность, что отражается на их благополучии и качестве повседневной жизни [39]. Показана способность детей с онкологией и ревматическими заболеваниями активно вовлекаться в преодоление болезни, заботиться о своем здоровье и благополучии, осваивать техники самопомощи [14]. Дети и подростки с онкологией демонстрируют ускоренное психологическое созревание [12]; высокий уровень адаптации [21]; хорошие социальные связи, соответствующие нормам здоровых подростков [32]; достаточный уровень устойчивости, не отличающий их от здоровых сверстников [42].

Среди ресурсов, являющихся защитой от стрессоров и препятствием для пагубных последствий болезни, жизнестойкость занимает центральное место [15; 19]. В концепции жизнестойкости утверждается триединство диспозиций, которые в совокупности способствуют превращению стрессовых обстоятельств из бедствий в возможности роста. К ним относятся: вовлеченность в социальные и межличностные отношения в противовес отстраненности и изоляции; контроль как убежденность в том, что человек может повлиять на стрессовые события в противовес пассивности; принятие риска как осознание того, что жизнь по своей сути полна стрессов, которые являются возможностями для развития, в противовес стремлению к безопасности и избеганию [28]. Одновременное сочетание силы всех трех диспозиций составляет жизнестойкость. Жизнестойкие люди, как правило: 1) рассматривают жизнь как постоянно меняющийся процесс, который побуждает их учиться и меняться (принятие риска); 2) могут работать над собой, превращая стресс в полезный опыт (контроль); 3) делятся своим опытом со значимыми другими (вовлеченность) [28]. Противоположностью жизнестойкости является психологическая виктимность как личностная особенность, обусловленная особым сочетанием индивидуально-

типологических, характерологических детерминант, взаимодействующих с внешними неблагоприятными факторами (в данном случае одним из таких факторов становится болезнь), способствующими проявлению виктимной активности. Это особая деформированная активность, выражающаяся в разных формах (зависимость, беспомощность, аутоагрессия, манипулятивность и т.п.) и направленная на действия и поступки, превращает индивида в жертву игрового (склонность к манипуляциям и рентные установки), либо социального (аутсайдерство, стигматизация) характера. Виктимность и виктимная активность обуславливают внутренний мир виктимной личности, которая объективируется во внешнем мире в виде разных поведенческих проявлений (игровая роль жертвы (аутовиктимность); социальная роль жертвы (социальная виктимность)) [5; 10].

При противостоянии стрессовой среде у человека формируются копинг-стратегии. В широком смысле они являются усилиями, направленными на управление стрессом вне зависимости от их результативности и внутренней ценности [37].

Исследования показывают, что люди с высокой жизнестойкостью в основном используют копинг-стратегии, ориентированные на решение проблем, в то время как люди с низкой жизнестойкостью — стратегии, ориентированные на эмоции, и в большей степени подвержены различным заболеваниям [15]. В целом, жизнестойкость является надежным фактором защиты от стресса, способствует здоровому преодолению ситуаций стресса и успешной адаптации, в то время как психологическая ролевая виктимность становится препятствием для развития жизнестойкости.

Между тем копинг-стратегии, жизнестойкость и ролевая виктимность подростков разных клинических групп и их здоровых сверстников остаются недостаточно изученными. Исследования копинг-стратегий детей в условиях заболевания [1; 3] и диспозиционных стилей подростков с онкологией и ревматическими заболеваниями [6] позволяют лишь частично проанализировать профили жизнестойкости подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью. Несмотря на противоречивость данных, полученных на разных выборках [1–3; 6], все исследователи сходятся в одном: дети и подростки с врожденной и приобретенной инвалидностью могут по-разному адаптироваться к жизни в условиях болезни; стрессовое событие, связанное с болезнью, может стать одной из причин их личностных и поведенческих изменений, индикатором проявления тех или иных стилей совладания, которые начинают интенсивно формироваться к этому возрасту. Данное исследование с расширением выборки подростков и применением комплекса диагностических методик позволит углубить предшествующие наработки, выделить подростков группы риска и удовлетворить потребности медицинских и социальных работников и психологов в понимании специфики преодолевающего поведения подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью, а также выстраивать взаимодействие с ними, ориентируясь не на диагноз, а на содержание профилей жизнестойкости. Включение в исследование группы здоровых сверстников, с одной стороны, позволяет обнаружить различия и возможные дефициты в профилях жизнестойкости подростков с разной инвалидностью, с другой — объединить

эти группы и найти общие основания для непредвзятого понимания роли внутренних ресурсов самой личности, вне зависимости от наличия/отсутствия инвалидности.

**Цель исследования** — проанализировать профили жизнестойкости подростков с врожденной (ДЦП), приобретенной инвалидностью (онкология, ревматические заболевания) и их здоровых сверстников.

#### **Задачи исследования:**

1) выделение профилей жизнестойкости и анализ распределения подростков клинических групп и условно здоровых, а также подростков-мальчиков и девочек по данным профилям;

2) сравнительный анализ копинг-стратегий подростков с разными профилями жизнестойкости и выявление копинг-стратегий, являющихся предикторами альтернативных профилей.

Ожидается, что интеграция в исследовательскую модель жизнестойкости / виктимности — совершенно разных, но взаимосвязанных конструкторов — позволит понять специфику копинг-стратегий подростков с различными профилями жизнестойкости. Исследования в основном измеряют эти конструкторы независимо друг от друга, что затрудняет комбинирование эффекта силы и слабости в ответ на стрессы.

#### **Методы исследования**

**Выборка.** В исследовании приняли участие 249 подростков от 13 до 18 лет. Диагнозы для этого исследования были выбраны в качестве случаев врожденной (ДЦП) и приобретенной (онкология, ревматические заболевания) инвалидности, требующих от подростков жизнестойкости и развитых навыков преодоления стрессоров, связанных с тяжелыми последствиями поражения нервной системы при ДЦП, жизнеугрожающим характером болезни при онкологии, необходимостью пожизненного лечения при ревматических болезнях. Подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями находились в стационарах, получали лечение и продолжали обучение в ГКОУ «Школа «Технологии обучения»». Подростки с онкологией сопровождалась членом семьи. Подростки с ревматическими заболеваниями находились в стационаре без родителей. Подростки с ДЦП обучались на базе ресурсной школы в автономных малокомплектных классах по адаптированной образовательной программе с шифром 6.1 с обязательным включением коррекционно-развивающих курсов.

Тип опухоли головного мозга, тип ревматического заболевания, срок постановки диагноза и медикаментозное лечение не учитывались, поскольку мы не фокусировались на диагнозе и его последствиях, характерных для конкретных заболеваний. Условно здоровые подростки были набраны на базе одной из общеобразовательных школ. Все учреждения, в которых были набраны подростки, находились в Москве. Характеристика выборки представлена в таблице 1.



Таблица 1

**Распределение подростков по группам**

Группа	N	Возраст		Пол			
		M	SD	Мальчики		Девочки	
				n	%	n	%
Условно здоровые	86	15,0	1,5	46	53,5	40	46,5
ДЦП	51	15,3	1,2	28	54,9	23	45,1
Онкология	61	15,0	1,4	37	60,7	24	39,3
Ревматические заболевания	51	14,5	1,7	17	33,3	34	66,7
Всего	249	14,9	1,5	128	51,4	121	48,6

**Методики**

1. Опросник ролевой виктимности (М.А. Одинцова, Н.П. Радчикова) [5] для выявления степени выраженности виктимности игрового (манипулятивность) или социального (аутсайдерство) характера как альтернативы жизнестойкости. Включает 32 вопроса с прямыми «ключами» и вариантами ответов «нет» (0 баллов), «скорее нет» (1 балл), «скорее да» (2 балла), «да» (3 балла), представляющих две шкалы — Игровая роль жертвы (сумма всех нечетных пунктов опросника) и Социальная роль жертвы (сумма всех четных пунктов опросника), — а также общий уровень ролевой виктимности.

2. Тест жизнестойкости (Е.Н. Осин, Е.И. Рассказова) [7] для обнаружения таких ресурсов, как вовлеченность, контроль и принятие риска. Включает 24 утверждения с вариантами ответов «нет» (0 баллов), «скорее нет» (1 балл), «скорее да» (2 балла), «да» (3 балла), сгруппированных в три шкалы: Вовлеченность (4 прямых и 6 обратных пунктов), Контроль (2 прямых и 6 обратных пунктов) и Принятие риска (1 прямой и 5 обратных пунктов).

3. Опросник COPE (Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин) [8] для анализа основных копинг-стратегий и копинг-стилей, входящих в профили жизнестойкости. Состоит из 60 утверждений с вариантами ответов «нет» (1 балл), «изредка» (2 балла); «иногда» (3 балла); «часто» (4 балла), отражающих 15 копинг-стратегий (по 4 утверждения на каждую) и три копинг-стиля: когнитивно-ориентированный, эмоционально-ориентированный и дисфункциональный.

**Процедура исследования.** Исследование с подростками с инвалидностью проводилось психологом индивидуально на бланках и только после получения разрешения их лечащего врача. С подростками с онкологией и ревматическими болезнями исследование проводилось на второй-третьей неделе их пребывания в стационарах после предварительного знакомства психолога с ними и взрослыми,

сопровождающими их. С подростками с ДЦП этапа предварительного знакомства не требовалось, т.к. они уже были знакомы с психологом. Со здоровыми подростками исследование проводилось в группах (классах). Процедура занимала от 20 (со здоровыми подростками) до 30–40 минут (с подростками с инвалидностью). Родители всех подростков дали письменное согласие на участие их детей в исследовании.

**Методы обработки данных.** Проверка на нормальность распределения данных осуществлялась с использованием критерия Колмогорова–Смирнова, дополнительно рассчитывались медианы для сравнения полученных средних значений по всем шкалам используемых опросников. Для выделения кластеров применялся метод k-средних при предварительной нормализации данных через z-значения. Для анализа различий между группами по количественным показателям использовался однофакторный дисперсионный анализ ANOVA и t-критерий Стьюдента для попарного сравнения групп, а  $\chi^2$  статистики — для анализа различий по качественным признакам. Выявление предикторов профилей жизнестойкости осуществлялось посредством дискриминантного анализа. Все расчеты производились в программе SPSS v. 21.0.

## Результаты

Для выделения групп подростков с разными профилями жизнестойкости был проведен кластерный анализ по методу k-средних, в котором учитывались результаты двух методик — Опросника ролевой виктимности и Теста жизнестойкости. Кластерный анализ проводился по всей выборке (N=249), данные нормировались через z-значения, т.к. шкалы используемых методик были разными по диапазону значений.

Было предпринято несколько попыток кластеризации данных с выделением двух, трех и четырех кластеров. При выделении двух кластеров содержательный анализ получался неполным, так как показано, что профили жизнестойкости в подростковом возрасте могут иметь динамичную и неустойчивую структуру [6], а при выделении четырех — избыточным, так как два кластера из четырех совпадали по характеристикам ролевой виктимности, но несколько различались по жизнестойкости. Сравнения полученных решений при кластеризации, а также содержательный анализ трех кластеров, подтвержденный ANOVA, позволил нам остановиться на данном делении. Выделение трех групп с отчетливыми многомерными характеристиками профилей жизнестойкости (рис. 1) позволило решить задачи нашего исследования.

В первый кластер (n=94) вошли подростки со средними показателями по всем шкалам жизнестойкости и ролевой виктимности (неустойчивый профиль). Во второй кластер (n=67) попали подростки с высокими баллами по шкалам жизнестойкости и низкими — по ролевой виктимности (жизнестойкий профиль). Третий кластер (n=88) составили подростки с низкими значениями всех характеристик жизнестойкости и высокими — ролевой виктимности (виктимный профиль).

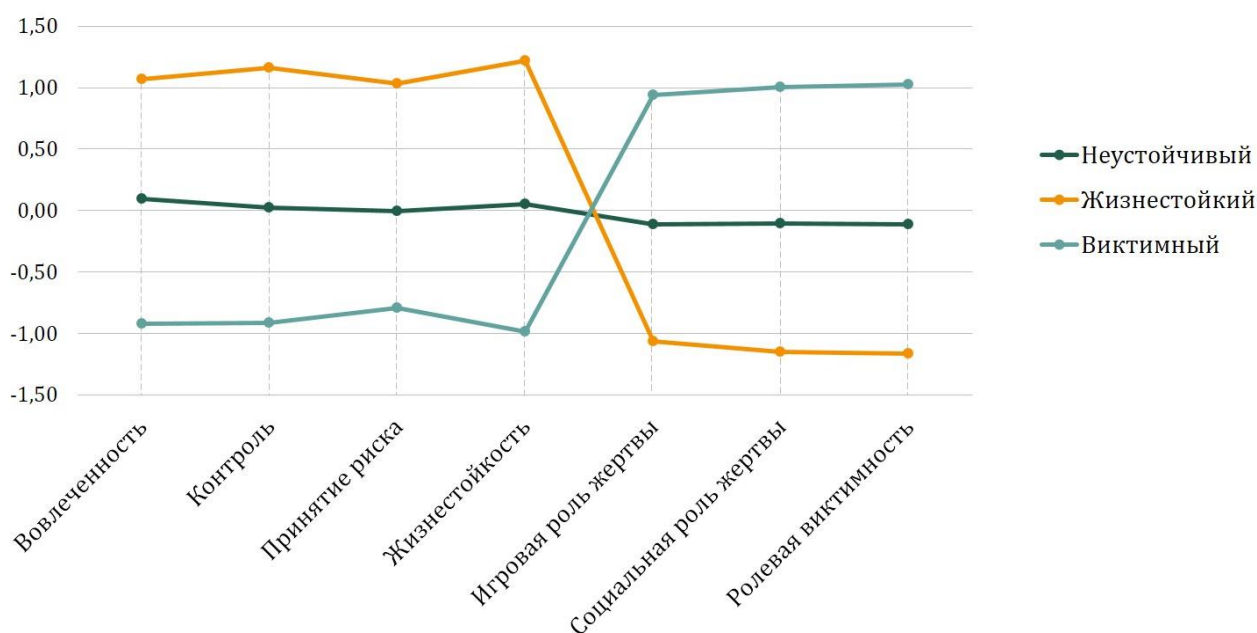


Рис. 1. Результаты кластерного анализа по всей выборке подростков (данные нормированы)

Кластеры различались по составу в зависимости от принадлежности к группе ( $\chi^2=14,451$ ,  $p=0,025$ ). Здоровые подростки в основном дополнили кластеры с неустойчивым и жизнестойким профилями, подростки с онкологией распределились равномерно (примерно треть в каждом профиле), как и подростки с ревматическими заболеваниями. Подростки с ДЦП составили в основном виктимный и неустойчивый профили (рис. 2).

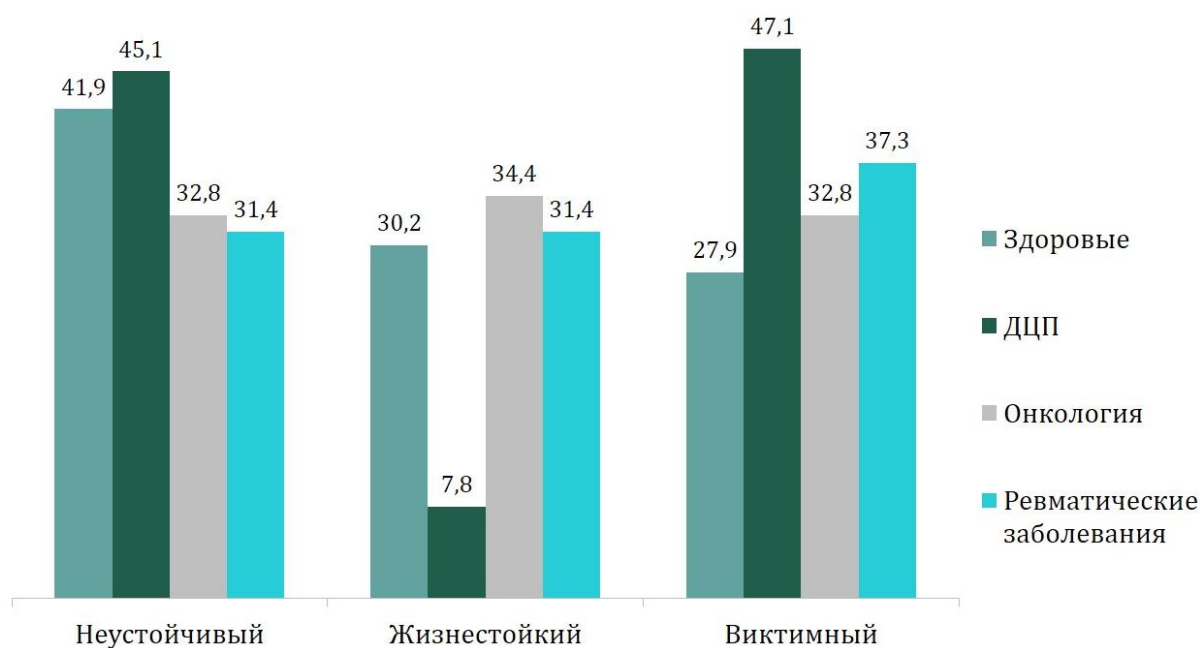


Рис. 2. Распределение подростков разных групп по кластерам, %

Мальчики и девочки также распределились по кластерам неравномерно ( $\chi^2=11,619$ ,  $p=0,003$ ). Для большинства мальчиков всей выборки (61,2%) характерен жизнестойкий профиль, в отличие от девочек, двум третям которых (63,2%) свойственен виктимный профиль.

Представления о профилях жизнестойкости будут неполными без анализа копинг-стратегий и копинг-стилей, отличающих выделенные нами группы. Однофакторный дисперсионный анализ показал, что профили жизнестойкости различают: три копинг-стратегии, входящие в когнитивно-ориентированный стиль (активное совладание, сдерживание, использование инструментальной поддержки); одна копинг-стратегия, входящая в эмоционально-ориентированный стиль (использование эмоциональной поддержки), и все копинги, входящие в дисфункциональный стиль совладания. Такие когнитивно- и эмоционально-ориентированные стили совладания, как планирование, подавление конкурирующей деятельности, позитивное переформулирование, принятие, обращение к религии и юмор не зависят от профилей жизнестойкости (табл. 2).

Таблица 2

**Различия в копинг-стратегиях в зависимости  
 от профиля жизнестойкости подростков**

Копинг-стратегии и стили совладания	Неустойчивый (n=95)		Жизнестойкий (n=67)		Виктимный (n=87)		F (df=2)	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Активное совладание	11,9	2,9	12,8	3,1	11,5	2,8	3,69	0,026
Сдерживание	10,2	2,5	9,6	2,4	10,6	2,5	4,65	0,010
Использование инструментальной поддержки	10,9	2,9	10,2	2,8	11,4	3,1	3,21	0,042
Использование эмоциональной социальной поддержки	10,6	2,7	9,5	2,8	11,1	3,0	6,12	0,003
Мысленный уход	9,8	3,1	7,8	2,7	11,2	2,9	25,06	<0,001
Концентрация на эмоциях	10,2	2,9	8,2	2,7	11,9	2,6	35,58	<0,001
Отрицание	9,3	2,5	7,7	2,7	10,3	2,9	17,64	<0,001
Поведенческий уход	8,0	2,7	6,2	2,0	9,9	3,1	35,28	<0,001
Прием успокоительных	5,8	2,8	4,4	1,2	6,6	3,4	11,81	<0,001
Дисфункциональный стиль	8,6	2,0	6,9	1,2	10,0	2,0	54,53	<0,001

*Примечание:* в таблице представлены только те переменные, по которым получены значимые различия.

Результаты попарного сравнения копинг-стратегий указывают на то, что наиболее существенные различия в группах с разными профилями проявляются в копинг-стратегиях, входящих в дисфункциональный стиль совладания: поведенческий уход, концентрации на эмоциях, мысленный уход и отрицание (табл. 3). Различия по этим профилям статистически значимы между всеми группами, а наиболее высокие показатели наблюдаются в группе с виктимным профилем. Менее существенные, но значимые различия получены в группах с виктимным и жизнестойким профилями по таким копинг-стратегиям, как активное совладание, сдерживание, использование инструментальной и эмоциональной поддержки.

Таблица 3

**Множественные различия в копинг-стратегиях в зависимости от профиля жизнестойкости подростков**

Копинг-стратегии и стили совладания	Сравнение профилей	Разница средних значений	SE	t (df=246)	p Тьюки	d Коэна
Активное совладание	2–3	1,29	0,48	2,70	0,020	0,44
Сдерживание	2–3	-1,23	0,40	-3,05	0,007	-0,50
Использование инструментальной поддержки	2–3	-1,22	0,48	-2,53	0,032	-0,41
Использование эмоциональной социальной поддержки	1–2	1,12	0,45	2,49	0,036	0,40
	2–3	-1,58	0,46	-3,44	0,002	-0,56
Мысленный уход	1–2	1,95	0,47	4,17	<0,001	0,67
	1–3	-1,43	0,44	-3,28	0,003	-0,49
Концентрация на эмоциях	2–3	-3,38	0,48	-7,08	<0,001	-1,15
	1–2	2,05	0,43	4,74	<0,001	0,76
	1–3	-1,67	0,40	-4,14	<0,001	-0,61
Отрицание	2–3	-3,72	0,44	-8,43	<0,001	-1,37
	1–2	1,60	0,43	3,73	<0,001	0,59
	1–3	-0,99	0,40	-2,49	0,036	-0,37
Поведенческий уход	2–3	-2,59	0,44	-5,93	<0,001	-0,96
	1–2	1,80	0,43	4,19	<0,001	0,67
	1–3	-1,87	0,40	-4,66	<0,001	-0,69
Дисфункциональный стиль	2–3	-3,67	0,44	-8,37	<0,001	-1,36
	1–2	1,76	0,29	6,04	<0,001	0,96
	1–3	-1,34	0,27	-4,94	<0,001	-0,73
	2–3	-3,10	0,30	-10,44	<0,001	-1,70

Примечания: профиль 1 — неустойчивый; профиль 2 — жизнестойкий; профиль 3 — виктимный. В таблице представлены только те переменные, по которым получены значимые различия.

Для уточнения того, какие из копинг-стратегий являются предикторами, из которых складывается профиль жизнестойкости у мальчиков и девочек, был использован дискриминантный анализ. В качестве зависимой переменной выступил уровень жизнестойкости/виктимности, представленный контрастными группами подростков. Группа со средними показателями не включалась в анализ, поскольку в нее вошли подростки с менее стабильными характеристиками по всем используемым методикам. В качестве независимых переменных выступили копинг-стратегии. Для выявления наиболее значимых из них использовался прямой пошаговый метод дискриминантного анализа (табл. 4).

Таблица 4

### Результаты дискриминантного анализа

Показатели качества моделей	Мальчики (n=73)	Девочки (n=81)
Процент правильных предсказаний	86,3	81,5
Канонический коэффициент корреляции	0,75	0,69
Лямбда Уилкса	0,44 (p<0,001)	0,53 (p<0,001)
Копинг-стратегии	Структурные коэффициенты канонической функции	
Поведенческий уход	0,75*	0,63*
Мысленный уход	0,51*	0,46*
Концентрация на эмоциях	0,48*	0,69*
Юмор	0,13*	-
Активное совладание	-	-0,29*

Примечания: \* — p<0,001 для статистики F-удаления для каждого предиктора. «-» — переменная не использовалась в анализе модели.

Показатели качества моделей являются достаточно высокими: процент правильных предсказаний в группе мальчиков — 86,3%, в группе девочек — 81,5%. Канонический коэффициент корреляции в группе мальчиков — 0,75, в группе девочек — 0,69, а Лямбда Уилкса для дискриминантной функции статистически значима в обеих группах — 0,44 (p<0,001) и 0,53 (p<0,001) соответственно. Согласно модели, важнейшими предикторами, определяющими альтернативные профили жизнестойкости, у мальчиков являются такие копинг-стратегии, как поведенческий уход, мысленный уход, концентрация на эмоциях и юмор. Использование этих копинг-стратегий приводит к снижению жизнестойкости у мальчиков. В свою очередь для девочек концентрация на эмоциях, поведенческий уход, мысленный уход и слабое фокусирование на активном совладании являются предикторами снижения жизнестойкости.

## Обсуждение результатов

Изучение профилей жизнестойкости, основанное на двух альтернативных поведенческих проявлениях (жизнестойкость/ролевая виктимность), позволило выделить подгруппы подростков, которые характеризуются сходством и различиями по ряду показателей. Здоровых подростков в основном отличают неустойчивый и жизнестойкий профили; подростков с онкологией — все профили, но с небольшим доминированием жизнестойкого; подростков с ревматическими заболеваниями — также все профили, с некоторым доминированием виктимного; подростков с ДЦП — виктимный и неустойчивый. Выявленные отличия, вероятно, связаны с возрастом, особенностями социальной ситуации развития и ресурсами среды. Известно, что социальная ситуация развития относительно стабильна во времени при врожденном заболевании ребенка и критически меняется при приобретенном, разделяя жизнь на два этапа — здоровое функционирование и инвалидность.

Ресурсами среды в условиях инвалидности становится поддержка ближайшего окружения (медицинских работников, родителей, ровесников). Насыщенная ресурсами социальная ситуация развития является источником развития жизнестойкости при инвалидности в детстве. Наоборот, недостаток или неадекватность ресурсов, например, сосредоточенность медицинских работников исключительно на болезни и медикаментозном лечении при обесценивании самой личности молодых людей с хроническими заболеваниями [40], чрезмерная забота и сочувствие родителей, давление на подростка, сосредоточение на болезни, а не на личности [41], ограничение самостоятельности [26], пренебрежение, изоляция, жалость со стороны сверстников в отношении детей и подростков с онкологией [12], травля и виктимизация подростков с ДЦП [44] могут приводить к снижению жизнестойкости. Особенно это касается подростков с ДЦП, у которых наряду с отсутствием опыта здорового функционирования, нет и опыта инклюзивного обучения, т.к. подростки нашей выборки обучались в автономных специализированных классах. Это подтверждается лонгитюдным исследованием взрослых людей с ДЦП, в котором показано, что «защитная» среда, которую обеспечивает специальное образование в детстве и которая соответствует защитному стилю воспитания, формирует более слабую вовлеченность людей с ДЦП в межличностные отношения. Даже уровень функциональной тяжести, тип ДЦП или факторы, влияющие на функции организма, не становятся значимыми предикторами вовлеченности [43]. В исследовании D.G. Whitney и соавторов [44] также было показано, что дети с ДЦП подвергаются социальной стигме и виктимизации со стороны сверстников, что становится причиной повышенной тревожности, нарушений психического здоровья, трудностей в поведении и может негативным образом сказываться на развитии жизнестойкости. Изолированность подростков с ДЦП нашей выборки от здоровых сверстников также накладывает отпечаток на их профили жизнестойкости и копинг-стратегии. Показано, что использование активных стратегий подростками с ДЦП увеличивается с возрастом, но они появляются позже, чем у детей с нормотипичным развитием [18]. Кроме того, в условиях врожденного заболевания копинг-стратегии чаще могут передаваться от родителей к детям, формируя соответствующее поведение [1].

В нашем исследовании выявлено, что большинству девочек в отличие от мальчиков характерен виктимный профиль. Данный вывод согласуется с исследованием V. Malkin и соавторов [30], в котором показано, что у мальчиков все компоненты жизнестойкости значительно выше, чем у девочек. Но мальчики и девочки с ДЦП распределились по кластерам практически одинаково, с явным перевесом в сторону виктимного профиля. Возможно, это связано с половозрастными девиациями, обнаруженными в исследовании Е.Н. Дмитриевой и Т.Е. Левицкой [4].

Центральное место в профиле жизнестойкости занимают копинг-стратегии как стратегии убежденности подростков в активном преодолении трудностей. Считается, что совладание — это процесс, а жизнестойкость — результат [17]. Наше исследование показало, что жизнестойкий профиль характерен подросткам (и мальчикам, и девочкам), которые реже прибегают к копинг-стратегиям, входящим в дисфункциональный стиль. А для девочек активное совладание становится «противоядием» [17] от стрессов. Подростки с жизнестойким профилем реже других используют копинги, направленные на поиск эмоциональной поддержки, что в основном характерно для традиционно женских ролей [38]. Хотя считается, что сочетание копингов поиска поддержки и активного совладания у подростков неклинических групп улучшает их адаптацию [11], в нашем случае этот вывод не подтверждается. Возможно, это связано с «мужественностью» данной группы и ее разнообразием в плане включения в нее как подростков с приобретенной инвалидностью, так и здоровых подростков. Показано, что, с одной стороны, более высокая социальная поддержка детей с онкологией способствует самоэффективности и развитию позитивного стиля совладания с психологическим стрессом. С другой стороны, чрезмерная социальная поддержка побуждает к выбору негативного стиля совладания [26] и приводит к эгоизму [27].

## Выводы

1. Исследование позволило выявить профили жизнестойкости подростков с врожденной (ДЦП), приобретенной инвалидностью (онкология, ревматические заболевания) и их здоровых сверстников в зависимости от выраженности жизнестойкости/виктимности. Для большинства условно здоровых подростков характерны неустойчивый и жизнестойкий профили; для подростков с врожденными заболеваниями — все профили в равной мере; для большинства подростков с ДЦП — виктимный и неустойчивый. Большая часть подростков-мальчиков всей выборки, в отличие от девочек, характеризуется жизнестойким профилем.

2. Виктимный профиль определяют такие копинг-стратегии, как концентрация на эмоциях, поведенческий и мысленный уход, отрицание, что приводит к снижению жизнестойкости подростков. Доминирование активного совладания, редкое использование стратегий, входящих в дисфункциональный стиль, отличают подростков с жизнестойким профилем. Неустойчивый профиль, характеризующийся средним уровнем жизнестойкости/виктимности с более частым использованием дисфункционального стиля совладания, нуждается в дополнительном изучении.

3. Использование таких копинг-стратегий, как поведенческий уход, мысленный уход, концентрация на эмоциях и юмор приводит к снижению жизнестойкости



у мальчиков всей выборки. Концентрация на эмоциях, поведенческий уход, мысленный уход и редкое использование активного совладания являются предикторами снижения жизнестойкости у девочек.

### Заключение

Результаты исследования демонстрируют обоснованность объединения в одну теоретическую модель жизнестойкости/виктимности как альтернативных характеристик, обуславливающих профили жизнестойкости подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью и условно здоровых подростков. Данные о таких профилях имеют большое значение для психолого-педагогической и медицинской практик, а также социальной помощи подросткам с инвалидностью и их здоровым сверстникам.

**Ограничения исследования.** Во-первых, нуждается в дальнейшей проработке теоретическая модель, объединяющая жизнестойкость и виктимность. Во-вторых, для проверки гипотезы о неустойчивости профиля совладающего поведения подростков необходимы более детальные и системные исследования с применением идиографических методов (проективных техник, анкет и т.п.). В-третьих, требуется сравнение профилей жизнестойкости подростков с ДЦП, обучающихся в специальных классах и в условиях инклюзии. Данные ограничения являются одновременно и перспективам дальнейших исследований. В целом, результаты исследования вносят существенный вклад в понимание профилей жизнестойкости подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью и их условно здоровых сверстников. Они позволяют осмыслить роль уникального опыта жизнестойкого преодоления в жизни подростков с разными типами инвалидности и их здоровых сверстников.

### Литература

1. Бакаева И.А., Новохатько Е.Н., Шевырева Е.Г. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 180–196. DOI: 10.17223/17267080/71/10
2. Буслаева А.С. Особенности развития личности детей и подростков с ревматическими заболеваниями // Вопросы современной педиатрии. 2012. Том 11. № 6. С. 92–96.
3. Горьковская И.А., Микляева А.В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 90–102. DOI: 10.17759/psyclin.2019080106
4. Дмитриева Е.Н., Левицкая Т.Е. Особенности восприятия собственного возраста детей и подростков, страдающих ДЦП // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 66–70.
5. Одинцова М.А., Радчикова Н.П. Этапы разработки опросника «Тип ролевой виктимности» // Ярославский педагогический вестник. 2012. Том 2. № 1. С. 309–314.

Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

6. *Одинцова М.А., Радчинова Н.П., Саркисян А.О. и др.* Диспозиционные стили в авторских сказках подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями // *Клиническая и специальная психология*. 2019. Том 8. № 2. С. 80–104. DOI: 10.17759/cpse.2019080205

7. *Осин Е.Н., Рассказова Е.И.* Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. 2013. № 2. С. 147–165.

8. *Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н.* Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2013. Том 10. № 1. С. 82–118.

9. *Шаповал И. А.* Социальная инклюзия лиц с ограниченными возможностями здоровья де-юре и де-факто: «включаемые», «включающиеся», «невключающиеся» // *Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология*. 2019. № 1. С. 84–99.

10. *Яценко Т.Е.* Взаимосвязь виктимной деформации личности и склонности к виктимному поведению в подростковом и юношеском возрастах // *Вестник Шадринского государственного педагогического университета*. 2019. № 3 (43). С. 233–241.

11. *Amai K., Hojo D.* Early adolescent psychological adaptation differences by stress-coping profiles: A latent transition analysis // *Anxiety, Stress and Coping*. 2021. Vol. 35. № 7. P. 1–18. DOI: 10.1080/10615806.2021.1980782

12. *Anthony S. J., Robertson T., Selkirk E. et al.* The social impact of early psychological maturity in adolescents with cancer // *Psycho-Oncology*. 2019. Vol. 28. № 3. P. 586–592. DOI: 10.1002/pon.4982

13. *Asano D., Takeda M., Nobusako S. et al.* Self-rated depressive symptoms in children and youth with and without cerebral palsy: A pilot study // *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*. 2020. Vol. 10. № 11. Article 167. DOI: 10.3390/bs10110167

14. *Bagge-Petersen C.M., Skovdal M., Langstrup H.* The socio-material self-care practices of children living with hemophilia or juvenile idiopathic arthritis in Denmark // *Social Science and Medicine*. 2020. Vol. 255. Article 113022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113022

15. *Bahrami M., Mohamadirizi S.* Hardiness and optimism in women with breast cancer // *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2018. Vol. 23. № 2. P. 105–110. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_200\_16

16. *Boldyreva U., Streiner D.L., Rosenbaum P.L. et al.* Quality of life in adolescents with epilepsy, cerebral palsy, and population norms // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2020. Vol. 62. № 5. P. 609–614. DOI: 10.1111/dmcn.14450

Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

17. *Frydenberg E.* My journey in coping research and practice: The impetus and the relevance // *Educational and Developmental Psychologist*. 2020. Vol. 37. № 1. P. 83–90. DOI: 10.1017/edp.2020.9
18. *Gilmore L., Wotherspoon J.* Perceptions of cerebral palsy in the Australian community // *International Journal of Disability, Development and Education*. 2021. DOI: 10.1080/1034912X.2021.1882664
19. *Haj Hashemi F., Atashzadeh-Shoorideh F., Oujian P. et al.* Relationship between perceived social support and psychological hardiness with family communication patterns and quality of life of oncology patients // *Nursing Open*. 2021. Vol. 8. № 4. P. 1704–1711. DOI: 10.1002/nop.2.808
20. *Hanns L., Cordingley L., Galloway J. et al.* Depressive symptoms, pain and disability for adolescent patients with juvenile idiopathic arthritis: Results from the Childhood Arthritis Prospective Study // *Rheumatology (Oxford)*. 2018. Vol. 57. № 8. P. 1381–1389. DOI: 10.1093/rheumatology/key088
21. *Hoffmann R., Kaiser J., Kersting A.* Psychosocial outcomes in cancer-bereaved children and adolescents: A systematic review // *Psycho-Oncology*. 2018. Vol. 27. P. 2327–2338. DOI: 10.1002/pon.4863
22. *Iannucci J., Nierenberg B.* Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic illness: A systematic review // *Aggression and Violent Behavior*. 2021. DOI: 10.1016/j.avb.2021.101581
23. *Jarl J., Alriksson-Schmidt A.* School outcomes of adolescents with cerebral palsy in Sweden // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2021. Vol. 63. № 4. P. 429–435. DOI: 10.1111/dmcn.14769
24. *Kayama M., Johnstone C., Limaye S.* Adjusting the “self” in social interaction: Disability and stigmatization in India // *Children and Youth Services Review*. 2019. Vol. 96. P. 463–474. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2018.11.047
25. *Latham-Mintus K., Aman K.M.* Childhood disadvantage, psychosocial resiliency, and later life functioning: Linking early-life circumstances to recovery from mobility limitation // *Journal of Aging and Health*. 2019. Vol. 31. № 3. P. 463–483. DOI: 10.1177/0898264317733861
26. *Liu Q., Mo L., Huang X. et al.* Path analysis of the effects of social support, self-efficacy, and coping style on psychological stress in children with malignant tumor during treatment // *Medicine (Baltimore)*. 2020. Vol. 99. № 43. e22888. DOI: 10.1097/MD.00000000000022888
27. *Liu Q., Mo L., Huang X. et al.* The effects of self-efficacy and social support on behavior problems in 8~18 years old children with malignant tumors // *PloS One*. 2020. Vol. 15. № 7. e0236648. DOI: 10.1371/journal.pone.0236648
28. *Maddi S.* Personal Hardiness as the Basis for Resilience // *Hardiness. SpringerBriefs in Psychology*. Springer, Dordrecht, 2013. P. 7–17. DOI: 10.1007/978-94-007-5222-1\_2

Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

*Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.*  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

29. *Malecki C.K., Demaray M.K., Smith T.J. et al.* Disability, poverty, and other risk factors associated with involvement in bullying behaviors // *Journal of School Psychology*. 2020. Vol. 78. № 9. P. 115–132. DOI: 10.1016/j.jsp.2020.01.002
30. *Malkin V., Rogaleva L., Kim A. et al.* Hardiness of adolescents in various social groups // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 2427. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02427
31. *Nicklin E., Velikova G., Hulme C. et al.* Long-term issues and supportive care needs of adolescent and young adult childhood brain tumour survivors and their caregivers: A systematic review // *Psycho-Oncology*. 2019. Vol. 28. № 3. P. 477–487. DOI: 10.1002/pon.4989
32. *Pahl D.A., Wieder M.S., Steinberg D.M.* Social isolation and connection in adolescents with cancer and survivors of childhood cancer: A systematic review // *Journal of Adolescence*. 2021. Vol. 87. P. 15–27. DOI: 10.1016/j.adolescence.2020.12.010
33. *Pascali M., Matera E., Craig F. et al.* Cognitive, emotional, and behavioral profile in children and adolescents with chronic pain associated with rheumatic diseases: A case-control study // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2019. Vol. 24. № 3. P. 433–445. DOI: 10.1177/1359104518805800
34. *Pinquart M.* Systematic Review: Bullying involvement of children with and without chronic physical illness and/or physical/sensory disability — a meta-analytic comparison with healthy/nondisabled peers // *Journal of Pediatric Psychology*. 2017. Vol. 42. № 3. P. 245–259. DOI: 10.1093/jpepsy/jsw081
35. *Rožkalne Z., Mukāns M., Vētra A.* Transition-age young adults with cerebral palsy: Level of participation and the influencing factors // *Medicina (Kaunas)*. 2019. Vol. 55. № 11. Article 737. DOI: 10.3390/medicina55110737
36. *Salavati M., Vameghi R., Hosseini S.A. et al.* Comparing levels of mastery motivation in children with cerebral palsy (CP) and typically developing children // *Medical Archives*. 2018. Vol. 72. № 1. P. 41–45. DOI: 10.5455/medarh.2018.72.41-45
37. *Silván-Ferrero P., Recio P., Molero F. et al.* Psychological quality of life in people with physical disability: The effect of internalized stigma, collective action and resilience // *International Journal Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17. № 5. Article 1802. DOI: 10.3390/ijerph17051802
38. *Shochet I.M., Smith C.L., Furlong M.J. et al.* A prospective study investigating the impact of school belonging factors on negative affect in adolescents // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2011. Vol. 40. № 4. P. 586–595. DOI: 10.1080/15374416.2011.581616
39. *Smits D.W., van Gorp M., van Wely L. et al.* Participation in social roles of adolescents with cerebral palsy: Exploring accomplishment and satisfaction // *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*. 2019. Vol. 1. № 3–4. Article 100021. DOI: 10.1016/j.arrct.2019.100021

40. *Steinberg H.* Distance and acceptance: Identity formation in young adults with chronic health conditions // *Advances in Life Course Research*. 2020. Vol. 44. Article 100325. DOI: 10.1016/j.alcr.2020.100325

41. *Taylor R.M., Gibson F., Franck L.S.* The experience of living with a chronic illness during adolescence: A critical review of the literature // *Journal of Clinical Nursing*. 2008. Vol. 17. P. 3083–3091. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02629.x

42. *Tillery R., Howard Sharp K.M., Okado Y. et al.* Profiles of resilience and growth in youth with cancer and healthy comparisons // *Journal of Pediatric Psychology*. 2016. Vol. 41. № 3. P. 290–297. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv091

43. *Van Wely L., van Gorp M., Tan S.S. et al.* Teenage predictors of participation of adults with cerebral palsy in domestic life and interpersonal relationships: A 13-year follow-up study // *Research in Developmental Disabilities*. 2020. Vol. 96. Article 103510. DOI: 10.1016/j.ridd.2019.103510

44. *Whitney D.G., Peterson M.D., Warschausky S.A.* Mental health disorders, participation, and bullying in children with cerebral palsy // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2019. Vol. 61. № 8. P. 937–942. DOI: 10.1111/dmcn.14175

45. *Wintels S.C., Smits D.W., van Wesel F. et al.* How do adolescents with cerebral palsy participate? Learning from their personal experiences // *Health Expectation*. 2018. Vol. 21. № 6. P. 1024–1034. DOI: 10.1111/hex.12796

## References

1. Bakaeva I.A., Novokhat'ko E.N., Shevyreva E.G. Zashchitnye mekhanizmy i kopingstrategii u detei s detskim tserebral'nym paralichom i ikh roditelei [Defense activities and coping strategies at children with cerebral palsy and their parents]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2019, no. 71, pp. 180–196. DOI: 10.17223/17267080/71/10 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Buslaeva A.S. Osobennosti razvitiya lichnosti detei i podroستkov s revmaticeskimi zabolevaniyami [Special features of personality development of children and adolescents with rheumatic diseases]. *Voprosy sovremennoj pediatrii=Current Pediatrics*, 2012, vol. 11, no. 6, pp. 92–96. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Gor'kovaya I.A., Miklyaeva A.V. Zhiznестоikost' i koping-strategii podroстkov s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Hardiness and coping-strategies of adolescents with motor impairments]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 90–102. DOI: 10.17759/psyclin.2019080106 (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Dmitrieva E.N., Levitskaya T.E. Osobennosti vospriyatiya sobstvennogo vozrasta detei i podroстkov, stradayuschih DTSP [Peculiarities of perception of own age in children and adolescents with cerebral palsy]. *Sibirskii Psikhologicheskii Zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2005, no. 22, pp. 66–70. (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Odintsova M.A., Radchikova N.P. Ehtapy razrabotki oprosnika «Tip rolevoi viktimnosti» [Stages of “The Type of Role Victimization” Questionnaire Development]. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik= Yaroslavl Pedagogical Bulletin*, 2012, vol. 2, no. 1, pp. 309–314. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O. i dr. Dispozitsionnye stili v avtorskikh skazkakh podrostkov s onkologicheskimi i revmaticeskimi zabolevaniyami [Dispositional styles in original tales of adolescents with cancer and rheumatic diseases]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 2, pp. 80–104. DOI: 10.17759/cpse.2019080205 (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaya versiya testa zhiznestoykosti: psikhometricheskie kharakteristiki i primeneniye v organizatsionnom kontekste [A short version of the Hardiness Test: Psychometric properties and organizational application]. *Vestnik Moskovskogo universiteta=Moscow University Psychology Bulletin. Series 14. Psychology*, 2013, no. 2, pp. 147–165. (In Russ., abstr. in Engl.)
8. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Koping strategii v structure deyatelnosti I samoregulyatsii: psikhometricheskie kharakteristiki i vozmozhnosti primeneniya metodiki COPE [Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of using the COPE measure]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyshey Shkoly Ekonomiki=Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 2013, vol. 10, no. 1, pp. 82–118. (In Russ., abstr. in Engl.)
9. Shapoval I.A. Sotsial'naya inklyuziya lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya de-yure i defakto: «vklyuchaemye», «vklyuchayushchiesya», «nevklyuchayushchiesya» [Social inclusion of people with disabilities de jure and de facto: the included, the self-inclusive and the non-self-inclusive]. *Vestnik Baltiyskogo federal'nogo universiteta im. I.Kanta. Seriya: Filologiya, pedagogika, psikhologiya=Vestnik IKBFU. Philology, Pedagogy, and Psychology*, 2019, no. 1, pp. 84–99. (In Russ., abstr. in Engl.)
10. Yatsenko T.E. Vzaimosvyaz' viktimnoi deformatsii lichnosti i sklonnosti k viktimnomu povedeniyu v podrostkovom i yunosheskom vozrastakh [The relationship of personality victim deformation and penchant for victim behavior in adolescence]. *Vestnik Shadrinskogo gosudaarstvennogo pedagogicheskogo universiteta=Journal of Shadrinsk State Pedagogical University*, 2019, no. 3 (43), pp. 233–241. (In Russ., abstr. in Engl.)
11. Amai K., Hojo D. Early adolescent psychological adaptation differences by stress-coping profiles: A latent transition analysis. *Anxiety, Stress and Coping*, 2021, vol. 35, no. 7, pp. 1–18. DOI: 10.1080/10615806.2021.1980782
12. Anthony S. J., Robertson T., Selkirk E. et al. The social impact of early psychological maturity in adolescents with cancer. *Psycho-Oncology*, 2019, vol. 28, no. 3, pp. 586–592. DOI: 10.1002/pon.4982
13. Asano D., Takeda M., Nobusako S. et al. Self-rated depressive symptoms in children and youth with and without cerebral palsy: A pilot study. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 2020, vol. 10, no. 11, article 167. DOI: 10.3390/bs10110167

14. Bagge-Petersen C.M., Skovdal M., Langstrup H. The socio-material self-care practices of children living with hemophilia or juvenile idiopathic arthritis in Denmark. *Social Science and Medicine*, 2020, vol. 255, article 113022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113022
15. Bahrami M., Mohamadirizi S. Hardiness and optimism in women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2018, vol. 23, no. 2, pp. 105–110. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_200\_16
16. Boldyreva U., Streiner D.L., Rosenbaum P.L. et al. Quality of life in adolescents with epilepsy, cerebral palsy, and population norms. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2020, vol. 62, no. 5, pp. 609–614. DOI: 10.1111/dmcn.14450
17. Frydenberg E. My journey in coping research and practice: The impetus and the relevance. *Educational and Developmental Psychologist*, 2020, vol. 37, no. 1, pp. 83–90. DOI: 10.1017/edp.2020.9
18. Gilmore L., Wotherspoon J. Perceptions of cerebral palsy in the Australian community. *International Journal of Disability, Development and Education*, 2021. DOI: 10.1080/1034912X.2021.1882664
19. Haj Hashemi F., Atashzadeh-Shoorideh F., Oujian P. et al. Relationship between perceived social support and psychological hardiness with family communication patterns and quality of life of oncology patients. *Nursing Open*, 2021, vol. 8, no. 4, pp. 1704–1711. DOI: 10.1002/nop.2.808
20. Hanns L., Cordingley L., Galloway J. et al. Depressive symptoms, pain and disability for adolescent patients with juvenile idiopathic arthritis: Results from the Childhood Arthritis Prospective Study. *Rheumatology (Oxford)*, vol. 57, no. 8, pp. 1381–1389. DOI: 10.1093/rheumatology/key088
21. Hoffmann R., Kaiser J., Kersting A. Psychosocial outcomes in cancer-bereaved children and adolescents: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 2018, vol. 27, pp. 2327–2338. DOI: 10.1002/pon.4863
22. Iannucci J., Nierenberg B. Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic illness: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 2021. DOI: 10.1016/j.avb.2021.101581
23. Jarl J., Alriksson-Schmidt A. School outcomes of adolescents with cerebral palsy in Sweden. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2021, vol. 63, no. 4, pp. 429–435. DOI: 10.1111/dmcn.14769
24. Kayama M., Johnstone C., Limaye S. Adjusting the “self” in social interaction: Disability and stigmatization in India. *Children and Youth Services Review*, 2019, vol. 96, pp. 463–474. DOI: 10.1016/j.childyouth.2018.11.047
25. Latham-Mintus K., Aman K.M. Childhood disadvantage, psychosocial resiliency, and later life functioning: Linking early-life circumstances to recovery from mobility limitation.

Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

*Journal of Aging and Health*, 2019, vol. 31, no. 3, pp. 463–483. DOI: 10.1177/0898264317733861

26. Liu Q., Mo L., Huang X. et al. Path analysis of the effects of social support, self-efficacy, and coping style on psychological stress in children with malignant tumor during treatment. *Medicine (Baltimore)*, 2020, vol. 99, no. 43, e22888. DOI: 10.1097/MD.00000000000022888

27. Liu Q., Mo L., Huang X. et al. The effects of self-efficacy and social support on behavior problems in 8~18 years old children with malignant tumors. *PLoS One*, 2020, vol. 15, no. 7, e0236648. DOI: 10.1371/journal.pone.0236648

28. Maddi S. Personal Hardiness as the Basis for Resilience. In *Hardiness. SpringerBriefs in Psychology*, Springer, Dordrecht, 2013. Pp. 7–17. DOI: 10.1007/978-94-007-5222-1\_2

29. Malecki C.K., Demaray M.K., Smith T.J. et al. Disability, poverty, and other risk factors associated with involvement in bullying behaviors. *Journal of School Psychology*, 2020, vol. 78, no. 9, pp. 115–132. DOI: 10.1016/j.jsp.2020.01.002

30. Malkin V., Rogaleva L., Kim A. et al. Hardiness of adolescents in various social groups. *Frontiers in Psychology*, 2019, vol. 10, article 2427. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02427

31. Nicklin E., Velikova G., Hulme C. et al. Long-term issues and supportive care needs of adolescent and young adult childhood brain tumour survivors and their caregivers: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 2019, vol. 28, no. 3, pp. 477–487. DOI: 10.1002/pon.4989

32. Pahl D.A., Wieder M.S., Steinberg D.M. Social isolation and connection in adolescents with cancer and survivors of childhood cancer: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 2021, vol. 87, pp. 15–27. DOI: 10.1016/j.adolescence.2020.12.010

33. Pascali M., Matera E., Craig F. et al. Cognitive, emotional, and behavioral profile in children and adolescents with chronic pain associated with rheumatic diseases: A case-control study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2019, vol. 24, no. 3, pp. 433–445. DOI: 10.1177/1359104518805800

34. Pinqart M. Systematic Review: Bullying involvement of children with and without chronic physical illness and/or physical/sensory disability — a meta-analytic comparison with healthy/nondisabled peers. *Journal of Pediatric Psychology*, 2017, vol. 42, no. 3, pp. 245–259. DOI: 10.1093/jpepsy/jsw081

35. Rožkalne Z., Mukāns M., Vētra A. Transition-age young adults with cerebral palsy: Level of participation and the influencing factors. *Medicina (Kaunas)*, 2019, vol. 55, no. 11, article 737. DOI: 10.3390/medicina55110737

36. Salavati M., Vameghi R., Hosseini S.A. et al. Comparing levels of mastery motivation in children with cerebral palsy (CP) and typically developing children. *Medical Archives*, 2018, vol. 72, no. 1, pp. 41–45. DOI: 10.5455/medarh.2018.72.41-45

37. Silván-Ferrero P., Recio P., Molero F. et al. Psychological quality of life in people with physical disability: The effect of internalized stigma, collective action and resilience.



Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

*International Journal Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, no. 5, article 1802. DOI: 10.3390/ijerph17051802

38. Shochet I.M., Smith C.L., Furlong M.J. et al. A prospective study investigating the impact of school belonging factors on negative affect in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2011, vol. 40, no. 4, pp. 586–595. DOI: 10.1080/15374416.2011.581616

39. Smits D.W., van Gorp M., van Wely L. et al. Participation in social roles of adolescents with cerebral palsy: Exploring accomplishment and satisfaction. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 2019, vol. 1, no. 3–4, article 100021. DOI: 10.1016/j.arrct.2019.100021

40. Steinberg H. Distance and acceptance: Identity formation in young adults with chronic health conditions. *Advances in Life Course Research*, 2020, vol. 44, article 100325. DOI: 10.1016/j.alcr.2020.100325

41. Taylor R.M., Gibson F., Franck L.S. The experience of living with a chronic illness during adolescence: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, vol. 17, pp. 3083–3091. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02629.x

42. Tillery R., Howard Sharp K.M., Okado Y. et al. Profiles of resilience and growth in youth with cancer and healthy comparisons. *Journal of Pediatric Psychology*, 2016, vol. 41, no. 3, pp. 290–297. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv091

43. Van Wely L., van Gorp M., Tan S.S. et al. Teenage predictors of participation of adults with cerebral palsy in domestic life and interpersonal relationships: A 13-year follow-up study. *Research in Developmental Disabilities*, 2020, vol. 96, article 103510. DOI: 10.1016/j.ridd.2019.103510

44. Whitney D.G., Peterson M.D., Warschausky S.A. Mental health disorders, participation, and bullying in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2019, vol. 61, no. 8, pp. 937–942. DOI: 10.1111/dmcn.14175

45. Wintels S.C., Smits D.W., van Wesel F. et al. How do adolescents with cerebral palsy participate? Learning from their personal experiences. *Health Expectation*, 2018, vol. 21, no. 6, pp. 1024–1034. DOI: 10.1111/hex.12796

### **Информация об авторах**

Одинцова Мария Антоновна, кандидат психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психологии и педагогики дистанционного обучения, факультет дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Лубовский Дмитрий Владимирович, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры ЮНЕСКО «Культурно-историческая психология детства», Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: lubovsky@yandex.ru

*Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С. и др.*  
Профили жизнестойкости подростков (на примере  
подростков с врожденной, приобретенной  
инвалидностью и здоровых сверстников)  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 181–204.

*Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S. et al.*  
Adolescent Resilience Profiles  
(on the Example of Adolescents with Congenital,  
Acquired Disabilities and Healthy Peers)  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 181–204.

*Гусарова Елена Сергеевна*, магистр психологии, модератор Научно-практического центра по комплексному сопровождению психологических исследований PsyDATA, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevaes@fdomgppu.ru](mailto:bondarevaes@fdomgppu.ru)

*Иванова Полина Андреевна*, магистр психологии, выпускник Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>, e-mail: [ivanova.polina.andreevna@gmail.com](mailto:ivanova.polina.andreevna@gmail.com)

### **Information about the authors**

*Maria A. Odintsova*, PhD (Psychology), Associate Professor, Head of the Department of Psychology and Pedagogy of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: [mari505@mail.ru](mailto:mari505@mail.ru)

*Dmitry V. Lubovsky*, PhD (Psychology), Professor of the UNESCO Department “Cultural and Historical Psychology of Childhood”, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: [lubovsky@yandex.ru](mailto:lubovsky@yandex.ru)

*Elena S. Gusarova*, MA (Psychology), Moderator, Scientific and Practical Center for Comprehensive Support of Psychological Research PsyDATA, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevaes@fdomgppu.ru](mailto:bondarevaes@fdomgppu.ru)

*Polina A. Ivanova*, MA (Psychology), Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>, e-mail: [ivanova.polina.andreevna@gmail.com](mailto:ivanova.polina.andreevna@gmail.com)

*Получена: 04.05.2022*

*Received: 04.05.2022*

*Принята в печать: 01.10.2022*

*Accepted: 01.10.2022*

# Представления о последствиях плохого характера и неправильного поведения у подростков с интеллектуальной недостаточностью

**Стебляк Е.А.**

*Омский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО ОмГПУ),  
г. Омск, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-9695>, e-mail: [steblyak@list.ru](mailto:steblyak@list.ru)*

---

Представлены материалы эмпирического исследования представлений о последствиях проявления плохого характера и неправильного поведения человека во отношениях с людьми, полученные на выборке 77 респондентов с интеллектуальной недостаточностью: из них 52 (34 юноши, 18 девушек) умственно отсталых респондента 13–16 лет, обучающихся в 6–8 классах адаптивной школы, и 25 респондентов (18 юношей, 7 девушек) с задержкой психического развития 13–16 лет, обучающихся в 8–9 классах общеобразовательной школы. Использовалась модифицированная методика М.А. Холодной «Формулировка проблем». Респондентам предлагалось перечислить ряд проблем, возникающих в жизни человека в связи с его плохим характером и неправильным поведением во взаимоотношениях с людьми. В анализе данных интервью использовалась техника индуктивного выделения категорий. Работа направлена на прояснение идей ядерной и периферийной частей структуры коллективного представления подростков с умственной отсталостью и задержкой психического развития о последствиях проявлений плохого характера и неправильного поведения. Была определена направленность прогноза на оценку влияния плохого характера и неправильного поведения на субъективные переживания человека, систему его межличностных и деятельностных отношений. Уточнены продуктивные аспекты коллективного представления, служащие ориентиром конструирования педагогического дискурса коррекционно-развивающей направленности.

**Ключевые слова:** умственная отсталость, задержка психического развития, подростки, коллективное представление, представления о последствиях, плохой характер, неправильное поведение.

**Для цитаты:** *Стебляк Е.А.* Представления о последствиях плохого характера и неправильного поведения у подростков с интеллектуальной недостаточностью [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 205–241. DOI: 10.17759/cpse.2022110309

---

# Ideas about the Consequences of Bad Character and Improper Behavior in Adolescents with Intellectual Disabilities

**Elena A. Steblyak**

*Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-9695>, e-mail: [steblyak@list.ru](mailto:steblyak@list.ru)*

---

The materials of an empirical study of ideas about the consequences of the manifestation of bad character and improper behavior of a person in relationships with people, obtained from a sample of 77 respondents with intellectual disability: 52 of them are mentally retarded respondents aged 13-16 years, studying in grades 6-8 of adaptive school (34 of them male, 18 – female) and 25 respondents with a delay of mental development of 13-16 years old, studying in grades 8-9 of secondary school (of which 18 are male and 7 are female). A modified technique by M.A. Kholodnaya "Formulation of problems" was used. Respondents were asked to list a number of problems that arise in a person's life due to his bad character and improper behavior in relationships with people. The technique of inductive categorization was used in the analysis of interview data. The work is aimed at clarifying the ideas of the nuclear and peripheral parts of the structure of the collective representation of adolescents with mental retardation and mental retardation about the consequences of manifestations of bad character and improper behavior. The direction of the forecast is revealed to identify the consequences for the subjective experiences of a person with a bad character, the system of his interpersonal and activity relations. The productive aspects of collective representation, which serve as a guideline for the construction of pedagogical discourse of correctional and developmental orientation, are clarified.

**Keywords:** mental retardation, mental development delay, adolescence, collective perception, perceptions of consequences, bad character, improper behavior.

**For citation:** Steblyak E.A. Ideas about the Consequences of Bad Character and Improper Behavior in Adolescents with Intellectual Disabilities. *Klinicheskaja i spetsial'naja psichologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 205–241. DOI: 10.17759/cpse.2022110309 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

## Введение

Несмотря на интерес олигофренопсихологов к различным областям социальных представлений лиц с умственной отсталостью (УО), их наивные психологические представления изучены весьма фрагментарно [16; 28]. Вместе с тем процесс развития представлений о психологических особенностях человека осложняется у лиц с УО влиянием затруднений или невозможностью отвлеченно мыслить, нарушающих процессы самосознания и познания внутреннего мира человека и его

межличностных отношений. Такие недостатки мышления, как низкий уровень обобщенности и осознанности, ситуативность, логическая противоречивость и стереотипность, приводят лиц с УО к неспособности выводить личностные характеристики и мотивы из непосредственно наблюдаемого поведения, а также интерпретировать внутренние и скрытые от непосредственного восприятия личностные качества (в известной мере это касается и лиц с задержкой психического развития) [2; 3; 22; 31]. Несмотря на остроту проблемы, модель понимания внутреннего мира человека подростками с УО не выстроена, в описании средств языковой категоризации и семантики концептов внутреннего мира и межличностных отношений, присущих лицам с УО, имеются существенные пробелы.

Причины этого кроются в редкости обращения к изучению индивидуального сознания лиц с УО, в сложности изучения сознания лиц указанной категории [6; 12; 13–15], а также в абсолютизации типа дизайна эмпирического исследования, рассчитанного на выявление различий в психическом развитии путем проведения цепи сравнений групп респондентов с различными нарушениями развития [26]. Вместе с тем распространение в специальной педагогике постулатов научной парадигмы конструктивизма смещает фокус исследовательского внимания к рассмотрению процесса конструирования человеком с ограниченными возможностями здоровья собственной картины мира, к изучению его смысловых процессов и содержания «формируемых и постоянно уточняемых конструктов» [19, с. 10; 32]. В контексте освоения парадигмы конструктивизма получает признание самоценность исследований смысловой реальности индивидуального сознания ребенка и подростка с УО. В этой переходной ситуации олигофренопсихология все же располагает определенным массивом эмпирических данных, опирающихся на качественный анализ и обзоры собранных речевых суждений лиц с УО как вербальных воплощений их сознания. Рассмотрим имеющиеся сведения, характеризующие наивные психологические представления лиц с УО и задержкой психического развития (ЗПР), выделяя в них не только и не столько закономерные специфические черты, сколько само содержание того или иного концепта.

Анализ опыта изучения субъективной реальности лиц с ЗПР и УО обнаруживает существенные затруднения в понимании социальных ситуаций и вербальной репрезентации представлений, возрастающие по мере усиления познавательного дефицита и речевой недостаточности испытуемых [6; 11; 13; 14; 18; 21; 31]. Характерные ввиду конкретности и ригидности мышления лиц с интеллектуальной недостаточностью трудности понимания семантики обсуждаемого концепта усугубляются неумением выразить свои мысли и эмоции, лексически, грамматически и синтаксически оформив высказывание [3; 13; 14; 21]. В отличие от ЗПР при легкой УО указанные затруднения более выражены ввиду негативного влияния системного недоразвития речи и интеллектуального нарушения на рефлексивный уровень сознания, образованный значениями и смыслами, что обуславливает преобладание при УО дорефлексивного уровня понимания социальных явлений [13; 26].

На фоне отмеченных трудностей в исследовательской практике применяется нестандартизированный диагностический инструментальный идиографического подхода. С целью изучения самопонимания и понимания социальной жизни

применяют качественно-феноменологические и проективные методы, предполагающие диалог с исследователем, — полуструктурированное интервью; беседу, в т.ч. с включением элементов персонального экзистенциального анализа; окончание незавершенных предложений [2; 3; 4; 6; 9; 10; 11; 13; 15; 16; 18; 29; 32]. Диалог с исследователем направляет осмысление и вербальное выражение тех или иных аспектов социальных представлений, стимулируя вербальный отчет респондента о достигнутом понимании. Е.Л. Инденбаум подчеркивает преимущество вышеописанного подхода ввиду недоказанной валидности многих диагностических методик по отношению к подросткам с легкими формами интеллектуальной недостаточности [5].

Полученные таким образом речевые суждения исследователи характеризуют как однообразные, поверхностные и упрощенные по содержанию; выражающие конкретно-ситуативные представления с недостаточной дифференциацией существенного от несущественного. Собранный массив речевых высказываний лиц с УО демонстрирует «избыточную наивность, трудности формулировки своих мыслей, интроецированные социальные штампы» (последнее проявляется в декларации правильных, заученных ответов, «взрослых» оборотов речи при фактическом отчуждении от высказываемого мнения) [6, с. 173; 3; 13; 14; 22; 31]. Качественное своеобразие достигнутого понимания объясняется тем, что подросток с УО «выхватывает» в социальном мире доступные ему аспекты — «не те обобщенные функционально-прагматические аспекты бытия, о которых говорят сверстники с нормальным интеллектом, а индивидуально-значимые частности, связанные с актуальными переживаниями» [6, с. 173].

Олигофренопсихологи не ограничиваются выделением специфических особенностей социальных представлений лиц с ЗПР и УО — их интерес простирается далее констатации различий с нормально развивающимися сверстниками в степени полноты, обобщенности и когнитивной сложности (дифференцированности) результатов социального познания. С конца XX века все чаще реконструируется содержание базовых концептов наивных психологических представлений лиц с ЗПР и УО, отражающих представления о социально-нравственных и эмоциональных отношениях человека, например: *страх* (Шаповалова О.Е., 1998); *ложь* (Масленникова С.А., 2000); *хорошая жизнь* (Москоленко Н.В., 2001); *добро, зло* (Кякинен Э.И., 2003); *друг, дружба* (Защиринская О.В., Лаптева А.В. и др., 2018); *будущее* (Борисова Ю.В., 2005); *смерть* (Завражин С.А., Жукова Н.В., 2006); *одиночество* (Селиванова Е.А., 2009); *долг, совесть, верность, вежливость, скромность, уважение* (Китаева М.С., 2009; Ларионова С.О., 2010); *событие, самостоятельность; человек, умеющий хорошо ладить с людьми; богатый человек; образованный человек* [6; 13]; *взрослость, ответственность* (Феоктистова Ю.С., 2019) [4].

Мы руководствовались определением концепта как «ментальной структуры “внутри” индивидуального ментального опыта, референтной определенным знакам (прежде всего знакам естественного языка) и выступающей в качестве психического носителя понятия», сформулированном М.А. Холодной [30, с. 60]. В этой связи индивидуальный концепт допускает усвоение любой части национального лингвокультурного концепта и на любом уровне когнитивной сложности, в силу

чего лингвокультурные концепты могут пониматься по-разному, не сводясь к выявлению основных существенных признаков, но допуская сочетание противоположных или несовместимых признаков [7; 23; 30].

Поскольку понимание поведенческих явлений предполагает ориентацию в последствиях поведения, рассмотрим результаты изучения представлений лиц с ЗПР и УО о вариантах развития ситуаций социального взаимодействия с учетом возможных последствий в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Исследования понимания лицами с УО проблемных ситуаций выявили низкую способность к психологическому прогнозированию проблемной ситуации взаимодействия, что находит выражение в значительном влиянии эгоцентрических эмоций на оценочные суждения школьников с УО, в феноменах «внешней ориентации» и «параллельности» эмоций [2]. Антиципационная несостоятельность лиц с УО проявляется в трудности занятия ими позиции «разбирающегося в ситуации», усугубляемой дефицитом стратегий целесообразного фантазирования, предвосхищения событий и принятия решений, требующих упреждения по времени. Предвосхищающие образы спонтанно возникают далеко не у всех воспитанников, многие из которых нуждаются в обучающей помощи, направленной на стимуляцию антиципации в представлениях воображения. Адекватное прогнозирование последствий поведения и выбор адекватной стратегии действия в трудной жизненной ситуации при УО ограничиваются неумением правильно оценить ситуацию, неполнотой и неточностью представлений о допустимом и недопустимом социальном поведении, недостаточной дифференцированностью и противоречивостью представлений о личностном и деловом взаимодействии [6; 13; 14; 15; 18].

Наряду со свойством противоречивости исследование социальных ожиданий подростков с УО выявило присущий им фактологический реализм, способность учитывать имеющийся опыт социальных взаимодействий: «Даже единожды получив негативный опыт социального взаимодействия, подростки с нарушением интеллекта легкой степени могут экстраполировать его на ожидаемое отношение от социального окружения, формируя собственные негативные программы социальных отношений» [13, с. 151]. Развитие социально ориентированных ожиданий лиц указанной категории «по своей сути повторяет тенденции социально ориентированных ожиданий их нормативно развивающихся сверстников» [13, с. 151]. Данное обстоятельство ближе к завершению школы и получению профессионального образования проявляется у юношей указанной категории в том, что их позитивно окрашенные ожидания отношения социума «соотносятся с получением профессии и трудоустройством, созданием семьи и воспитанием детей, возможностью реализовать свои интересы и приобретением социально значимого статуса, материальным достатком, разнообразием жизненных возможностей» [13, с. 151].

Ввиду отсутствия в специальной психологии данных об идейном наполнении концептов *характер*, *поведение* и *последствия поведения* в понимании УО подростков представляют интерес сведения, характеризующие способность детей и подростков с УО оценивать *поступок* и *характер* человека.

В отношении способности школьников с УО давать *оценку поступка и характера* человека известен тот факт, что в их в речевой продукции характеристики действий и поступков преобладают над характеристиками качеств характера и внутренних состояний человека. Указанные затруднения объясняются тем, что вследствие ригидности мышления и «закрытости» психологической реальности другого человека УО школьники застревают на внешне наблюдаемых и конкретно-действенных явлениях [3]. Свойственные им нравственные оценки поведения человека отличают ситуативность, конкретность, поверхностность, слабая дифференцированность, недостаток понимания моральной нормы. Так, рассматривая структуру сочинений о друге, Н.С. Щанкина отметила ведущее место конкретно-поведенческих суждений (54%) на фоне более редких обобщенно-поведенческих суждений (15%), формальных характеристик (11%), понятийных суждений (10%) и характеристик внешности (10%) [31, с. 79]. При этом основной смысл конкретно-поведенческих характеристик у обучающихся с УО «сводится к проявлению заботы и щедрости по отношению к ним: *угостила меня вчера вареньем, дала мне надеть свою кофту*. Можно сказать, что они несут сугубо прагматичный характер» [31, с. 85]. Понятийные суждения школьников с УО отмечаются однообразной семантикой и примитивностью: *добрый, не жадный, веселый, умный, хороший, плохой*. Однако по мере взросления УО школьников число конкретных характеристик в их вербальной продукции сокращается, а доля обобщенных — медленно растет [3; 22; 31]. При этом наиболее часто упоминаются физические и коммуникативные действия, в то время как перцептивные (*слышит, видит, смотрит*), интеллектуально-волевые или ментальные (*думает, мечтает, решает, представляет, вспоминает, воображает, понимает*), а также эмоциональные действия (*улыбается, волнуется, угрожает*) практически не встречаются в ответах [9].

Остановим внимание на характеристиках представлений о *характере*. Выявлено, что при определении черт характера человека воспитанники с УО испытывают затруднения, сходные с характерными для словесного выражения отношения к человеку. Атрибуция черт характера поверхностна, неустойчива, противоречива; воспитанники с УО плохо дифференцируют известные им обозначения [3; 31].

Содержательный анализ самоописаний подростков с УО обнаружил следующие характеристики: 1) глобально-нерасчлененное позитивное самописание, например, *я хорошая, я нормальный пацан, считаю себя веселой девчонкой*; 2) функциональные характеристики с частым упоминанием коммуникативных качеств, например: *я общительный, люблю общаться с друзьями, у меня много друзей* [6, с. 192]. Анализ высказываний младших школьников с УО к социометрическому опросу выявил следующий перечень наиболее ценимых качеств характера сверстника: *умный, сильный, здоровый, аккуратный, хорошо учится, веселый, красивый* [10, с. 131]. В подростковом возрасте в самоописаниях наиболее часто упоминаются следующие положительные характеристики: *отзывчивость, готовность помочь; общительность, трудолюбие, доброта, веселый характер, ум, успехи в обучении, спортивность, аккуратность, красота, ответственность, послушность, воспитанность*. У старшекласников с УО «на первый план выступают хорошее поведение, умение оказать помощь, качества личности, проявляющиеся в



практической деятельности, умственные способности, а также внешность одноклассника» [31, с. 65].

Ввиду неточного понимания воспитанниками с УО черт характера интерес вызывает изучение содержания соответствующих концептов. Однако информация о понимании сути того или иного качества характера крайне скудна, и можно только предполагать, что имеет в виду воспитанник при использовании того или иного термина.

Итак, в связи с недостаточной изученностью средств языковой категоризации и содержания представлений о внутреннем мире человека подростков с интеллектуальной недостаточностью коррекционная практика нуждается в уточнении структуры и содержания представлений подростков указанной категории о таких базовых концептах наивной психологии, как *характер, поведение человека и последствия поведения*.

Особый интерес вызывает выявление субъективных представлений о последствиях нарушения требований общества к адаптивным проявлениям характера и конструктивному поведению человека в социальных взаимоотношениях. Качественный анализ результатов исследования представлений подростков с УО о последствиях неправильного поведения и проявлений плохого характера позволит сконструировать диагностические инструменты мониторинга личностного результата освоения Примерной адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), состоящего в осмыслении социального мира, своего места в нем, соответствующих возрасту ценностей и социальных ролей [16; 24; 27]. Сведения о качественных характеристиках представлений о последствиях проявления плохого характера и неправильного поведения, об освоенных идеях, противоречиях и заблуждениях, присущих подросткам с УО, позволят сконструировать соответствующее дискурсивное воздействие, в т.ч. транслируемые обучающимся познавательные обобщения и базовые учебные действия и задания, направленные на развитие у них представлений о внутреннем мире человека, его межличностных отношениях и жизненном пути [28; 29]. В свою очередь, расширение и уточнение содержания соответствующих представлений у обучающихся с УО подросткового возраста, повышение их дифференцированности, обобщенности и осознанности в процессе целенаправленного дискурсивного воздействия, вероятно, повлечет за собой развитие рефлексивного понимания социальных явлений, увеличение осознанности и произвольности их социального поведения. Подчеркнем, что осмысление последствий неправильного поведения и проявления плохого характера особенно актуально для обучающихся с УО, достигающих подросткового возраста, поскольку овладение смыслами и задачами человеческой деятельности и взаимоотношений является ведущим предметом освоения в данном возрасте [13; 14; 24].

В настоящем исследовании акцент был сделан на рассмотрении идейного многообразия соответствующего коллективного представления, образуемого совокупностью речевых суждений респондентов, выражающих содержание их индивидуальных концептов [7].

**Целью** исследования стало выявление и сравнительный анализ структуры и содержания представлений подростков с интеллектуальной недостаточностью (с ЗПР и УО) о проблемах, обусловленных плохим характером и неправильным поведением человека во взаимоотношениях с людьми.

Рабочие гипотезы основывались на положении Л.А. Ретуш о влиянии познавательной деятельности на уровень речемыслительного прогнозирования причин и последствий, выдвижение и анализ гипотез [25]. Учитывая негативное влияние нарушений интеллекта и речи при интеллектуальной недостаточности на социальные представления в целом и на способность формулировать в речи следствия в частности, а также меньшую выраженность речемыслительных нарушений при пограничных нарушениях интеллекта (ЗПР) в сравнении с легкой УО, мы выдвинули следующие предположения:

- в исследуемых представлениях у подростков групп сравнения сформировано ядро, включающее идеи, выраженные в речевых суждениях каждого опрошенного или их подавляющего большинства (факт наличия ядерных идей в коллективном представлении характеризует общность индивидуальных представлений всех или большинства респондентов, свидетельствуя о совпадении идейной направленности наиболее влиятельных дискурсивных воздействий в их социокультурном окружении);
- у подростков с легкой УО коллективное представление о проблемах, обусловленных неправильным поведением и плохим характером человека, образованное совокупностью речевых суждений всех опрошенных на эту тему, является менее дифференцированным по количеству проблем, чем в группе подростков с ЗПР;
- в идейном содержании собранного дискурса в обеих группах будет выявлено совпадение основных проблем.

### Программа исследования

**Выборка и ее обоснование.** В исследовании приняло участие 77 респондентов с интеллектуальной недостаточностью: из них 52 респондента 13–16 лет ( $M_{\text{возр.}}=14,10$ ,  $SD_{\text{возр.}}=0,85$ ; 34 юноши и 18 девушек) с легкой УО, обучающихся в 6–8 классах КОУ Омской области «Адаптивная школа-интернат № 17» и КОУ Омской области «Адаптивная школа № 6». Группа сравнения состояла из 25 респондентов с ЗПР церебрально-органического генеза 13–16 лет ( $M_{\text{возр.}}=14,63$ ,  $SD_{\text{возр.}}=0,71$ ; 18 юношей и 7 девушек), обучающихся в 8–9 классах БОУ г. Омска «Средняя общеобразовательная школа № 21». В структуре дефекта респондентов с ЗПР наряду с нарушением эмоционально-волевой сферы имелся познавательный дефект, пограничный с УО.

Среди респондентов с УО были обучающиеся с разным состоянием здоровья, учебной успеваемости, социальной ситуации развития (воспитываемые родными родителями и опекунами, пережившие семейное насилие, смерть объекта привязанности (суицид), болезни членов семьи; воспитываемые в семьях с разным

уровнем образования родителей (опекунов) и финансовой обеспеченности); посещавшие и не посещавшие группу продленного дня; получавшие образовательные услуги в условиях обучения на дому и в условиях образовательной организации. Респонденты привлекались с их согласия и согласия этической комиссии в лице администрации образовательной организации и педагогов, работающих с респондентами.

Подчеркнем, что социальная ситуация развития личности репрезентируется в субъективном образе социального мира, а качественно-феноменологическое изучение содержания сознания позволяет реконструировать репрезентацию всевозможных социальных обстоятельств развития обучающихся с УО в их картине мира путем выявления свойственной им семантики социальных и ментальных концептов. Безусловно, ввиду необозримости возможных обстоятельств, прямо или опосредованно влияющих на развитие социальных представлений, никакая конкретная выборка респондентов не может охватить все потенциальное разнообразие обстоятельств социальной ситуации развития, влияющих на психологические и социально-демографические характеристики респондентов и их образ мира. В этой связи неклассическое исследование сознания всегда остается принципиально незавершенным [1; 8] и открытым для рассмотрения все новых следов влияния социума, представленных в «снятом виде» в сознании конкретного индивидуума.

Заметим также, что поиск закономерных влияний того или иного конкретного обстоятельства (например, семейного насилия) на содержание социальных представлений путем подбора группы респондентов с тождественными биографическими характеристиками не являлась целью исследования по ряду причин. Ввиду прагматической направленности исследований в олигофренопсихологии (включая предлагаемое вниманию в данной статье), подчеркнем, что объективным условиям реализации педагогического дискурсивного воздействия, направленного на развитие представлений о последствиях неправильного поведения и проявления плохого характера и других представлений о жизненном пути человека у обучающихся с УО подросткового возраста, отвечает подход, осуществимый в любых естественных группах обучающихся указанной категории. Это обусловлено тем, что в условиях образовательной организации нет организационной и кадровой возможности подбирать группу обучающихся под то или иное содержание и характер дискурсивного воздействия, например, выстроенное с учетом типа биографии обучающихся.

Данные о структуре и содержании коллективного представления подростков с УО в той или иной предметной области социальных представлений сопоставляются с соответствующими данными подростков с ЗПР ввиду того, что респонденты этой группы сравнения представляют наиболее близкий респондентам с УО тип дизонтогенеза и социокультурный тип, что подтверждает распространение в специальной психологии типа экспериментального дизайна, включающего в схему «параллельного контроля» группы испытуемых обоих видов дизонтогенеза, относящихся к типу ретардации, — испытуемых с ЗПР и с легкой УО [6; 11; 31]. Содержание картины социального мира подростков с ЗПР в той или иной исследуемой предметной области представлений может быть рассмотрено

в качестве ориентира развития, возможного при актуализации зоны потенциального развития подростков с УО.

Педагогический дискурс социального познания конструируется в соответствии с ценностно-культурными доминантами современного образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, представленными в его ведущих документах, и в соответствии с содержанием концептов национальной лингвокультуры, описанными в словарях русской культуры [24]. Этнокультурная и социокультурная специфика содержания концептов русской культуры изучается в социальной психологии, когнитивной лингвистике и лингвокультурологии [17]. Это сделало избыточным включение в цепь сравнений выборки нормально развивающихся подростков. Вместе с тем сравнительный анализ результатов эмпирического исследования картины социального мира подростков с легкой УО и с ЗПР необходим для целенаправленной разработки когнитивных оснований, лингвосемиотической системы и презентационных стратегий дискурсивного воздействия, направленного на развитие картины социального мира подростков с легкой УО, так как обнаружение сходств и различий в социальных представлениях респондентов групп сравнения делает более явными содержательные и методические ориентиры конструирования дискурсивного воздействия.

**Метод и процедура исследования.** В соответствии с традицией реализовывать в исследованиях индивидуального сознания лиц с УО феноменологические методы, диагностическое задание, примененное в настоящем исследовании, было основано на диалоге с респондентами и представляло собой полуструктурированное интервью. Предпочтение диалогической формы исследования объясняется стремлением помочь респондентам развернуть более пространные и содержательные суждения. Кроме того, варьирование вопросов дает ценные наблюдения за их понятностью, позволяя предлагать респонденту такие формулировки, стимулирующие мыслительные операции, которые будут доступны его пониманию (ведь именно такие вопросы заслуживают включения в соответствующий дискурс). В случае если респондент затруднялся в понимании инструкции, в формулировку вносились синонимические (лексические и синтаксические) замены, после чего инструкция предъявлялась снова. Респондентам помогало предъявление примера ответа. Ответы записывались в протокол. Запись на диктофон вызвала возражения и настороженность со стороны респондентов, поэтому она не велась. Впоследствии мы убедились в том, что наблюдения за записями своих ответов в протоколе помогало респондентам осознать свою продуктивность в интервью. Об этом свидетельствовали их рассказы друг другу об интервью с описанием того, сколько за ними записали, хватило ли места в протоколе, были ли сделаны пометки на обороте листа и т.п.

В исследовании была применена модифицированная методика М.А. Холодной «Формулировка проблем» [30]. Респондентам предлагалось перечислить ряд проблем, возникающих в жизни человека в связи с его плохим характером и неправильным поведением во взаимоотношениях с людьми. Проблемы, обусловленные плохим характером и неправильным поведением, выступали в данном задании в качестве объектов исследования, а респондент — в качестве исследователя.

Респондентам предлагались следующие инструкции: а) Представь, что у человека плохой характер. Как ты думаешь, какие проблемы могут быть у человека с плохим характером? б) Представь, что человек неправильно себя ведет во взаимоотношениях с людьми. Как ты думаешь, какие проблемы могут возникнуть из-за этого в его жизни?

В ходе выполнения задания респондентам задавались наводящие и/или уточняющие вопросы. Иногда требовалось уточнить, что такое «проблема». С этой целью сообщалось, что проблема — это трудность, сложность, задача, которая требует решения; проблема может волновать и беспокоить человека. Уточнялось, что описывать надо не сам характер или поведение, а возникающие из-за них проблемы.

Со всеми респондентами интервью проводилось автором исследования лично. Проведение интервью не являлось строго нормированным по времени. Продолжительность интервью зависела от объема речевой продукции респондента и была различной для респондентов, продемонстрировавших разные уровни владения семантикой концептов и прогнозированием проблем жизнедеятельности. В течение учебного дня респондент мог принимать участие в обследовании в течение 1-2 уроков при условии, что был согласен, не чувствовал себя уставшим или нездоровым.

Подчеркнем, что респонденты общались с экспериментатором и за рамками тем интервью, переводя разговор в плоскость личного жизненного опыта, в плоскость консультирования. Это еще одна причина, по которой трудно точно назвать общее время, затраченное на проведение обследования с каждым респондентом. Учитывая, что доверие и взаимное понимание в исследовании социальных представлений позволяют выстроить наиболее глубокий диалог с респондентами и получить наиболее полную информацию, стремление подростков с УО и ЗПР к личностному общению с экспериментатором поощрялось [14].

**Анализ и обработка данных.** В исследовании содержания социальных представлений, соответствующего системе значений в содержании индивидуального сознания, признается оптимальным контент-анализ, для которого в качестве исходного материала выступают описания изучаемого явления, данные респондентами в свободной форме [1; 20]. В анализе данных проведенного интервью была использована техника индуктивного выделения категорий. В тексте выделялись различные категории, в которых речь шла о различных проблемах, вызванных плохим характером и неправильным поведением человека. Далее пробные категории сопоставлялись друг с другом и на основании смыслового сходства объединялись в более крупные категории [1]. В контент-анализе совокупности речевых суждений за единицу анализа принималось речевое высказывание (предложение). Поскольку подростки с легкой УО строят в основном простые предложения, то их речевая продукция могла быть представлена не только распространенными простыми предложениями, но и нераспространенными предикативными парами или однословными назывными предложениями. Единицей счета являлось репрезентативное упоминание последствия-проблемы. Осуществлялся подсчет следующих показателей:

- количество (частота встречаемости) репрезентативных упоминаний проблем, обусловленных неправильным поведением и проявлением плохого характера, отнесенных к одной категории;
- общее количество всех упомянутых проблем разных категорий в общем массиве речевых суждений о данном предмете в каждой группе респондентов;
- процентная доля упоминания проблемы каждой категории от общей совокупности упоминаний всех проблем в общем массиве речевых суждений респондентов каждой группы сравнения.

Экспериментатор взаимодействовал с участниками исследования и проводил экспертизу материалов, эмпирически насыщая категории контент-анализа. Далее материалы с уже сформированными категориями в полном объеме предоставлялись на экспертизу двум экспертам. Квалификация экспертов: высшее дефектологическое образование, ученая степень доктора наук по научной специальности «Коррекционная психология». Сформированные категории обсуждались в ходе научной апробации результатов исследования на кафедре олигофренопедагогики РГПУ им. А.И. Герцена. В ходе обсуждения материалов не было прецедентов оспаривания и дальнейшей коррекции принадлежности речевых суждений той или иной выделенной категории анализа или дробления репрезентативного упоминания о проблеме на несколько упоминаний, однако обсуждались названия некоторых категорий и качественное разнообразие материала их эмпирического насыщения. Экспертная оценка показала высокую согласованность мнений экспертов по вопросам выделения категорий.

Статистическая значимость межгрупповых различий процентных долей речевых суждений одной категории определялась с помощью критерия углового преобразования Фишера (принятый уровень значимости  $p \leq 0,05$ ).

## Результаты

### ***Структура и содержание представлений УО респондентов подросткового возраста о последствиях плохого характера и неправильного поведения***

Рассмотрим проблемы, обусловленные плохим характером, сформулированные УО респондентами ( $n=52$ ). Дважды было заявлено о незнании возможных проблем (0,74%) и один раз — об их отсутствии (0,37%). В своих суждениях респонденты сформулировали 33 проблемы. Перечислим их в порядке убывания долей посвященных им суждений.

1. 10,74% — Собственные переживания человека с плохим характером: одиночество, душевная боль, раскаяние, нервно-психическое напряжение, злость, обида, отчаяние, бездумное отношение к проблемам. Примеры высказываний: *С психикой. Он психует, злится, все раскидывает. / Если он плохой, то он вообще не думает о своих проблемах.*
2. 10% — Нарушение взаимоотношений с окружающими, негативное влияние на них, причинение им неприятных переживаний; месть окружающих. Примеры

высказываний: *Ты будешь каждый раз орать и это ... на других людей. Люди будут чувствовать себя плохо, они также начнут материться, орать на всех. / Он обижает людей, а те кричат на него — цепная реакция. Ты злишься на кого-нибудь или тебе человек этот не нравится. Обидел тебя. Он обижает и обижается на других людей.*

3. 7,78% — Нарушение взаимоотношений со сверстниками (друзьями). Примеры высказываний: *Или может друг проявить свой характер. Он будет обращаться с другом грубо, материть его и избивать. Потом характер евоный перейдет к нему — друг станет такой же. / Никто не будет дружить, будет сидеть один.*
4. 7,41% — Нарушение взаимоотношений с семьей — родителями, бабушками, дедушками, братьями и сестрами. Пример высказывания: *Когда я проявляла плохой характер, мои сестры, друзья, бабушка и папа отворачивались от меня. Говорили — иди, на других ори. Не смей поднимать голос на взрослых.*
5. 7,41% — Нарушение правил поведения, законов; проблемы с органами охраны правопорядка; общая характеристика поведения — создание проблем окружающим. Примеры высказываний: *Может обижать старика. / Если у него денег мало, он будет сердиться и все грабить будет.*
6. 5,19% — Школьная посещаемость, школьная неуспеваемость. Примеры высказываний: *Отставание в учебе от всех. Если он все время дерется, он ленивый — не потянет учебу. / Его постоянно ругают учителя: пиши нормально, пиши крупно.*
7. 5,19% — Проблемы в профессиональной сфере: неуспешность, низкая трудовая квалификация, административные взыскания, увольнение, безработица. Примеры высказываний: *На работе аттестуют, что он ничего не делает. Выгонят. / Начальник может тебя уволить, выговор сделать, штраф.*
8. 4,81% — Проблемы с коммуникативным поведением. Пример высказывания: *Может глупости натворить — кому-то нахамить, что-то сказать не то.*
9. 4,81% — Нарушение взаимоотношений с педагогами. Пример высказывания: *Могут быть проблемы, если гневно ответил учителю, написали в дневник замечание, вызвали к директору.*
10. 4,44% — Характерологические проблемы. Примеры высказываний: *Если человек ленивый, то он не хочет ничего делать. Ему сказали делать, а он ничего не сделал. / Агрессивный становится.*
11. 4,07% — Финансовые проблемы: расточительность, накопление долгов, последствия банкротства. Примеры высказываний: *Деньги все потратил, нечем за дом платить, за газ, за продукты. / Урожай заберут, если не платит за участок.*
12. 4,07% — Нарушение взаимоотношений на работе. Примеры высказываний: *Еще на работе проблемы — с коллегами поспорил. / С работой, что типа*

*увольняют. Его оставили за главного на неделе. А он за эту неделю клиента упустил и его вводили за это.*

13. 2,96% — Нарушение взаимоотношений с одноклассниками: *Поменяется отношение одноклассников к тебе — ни во что не будут, всерьез воспринимать не будут. / С ним не будут дружить.*
14. 2,96% — Нарушение взаимоотношений с супругом (супругой). Примеры высказываний: *Поссорился с женой. / В семье, там, с женой ругаются, ссорятся.*
15. 2,59% — Общая оценка разнообразия и существенности проблем. Примеры высказываний: *Злые проблемы. / Большие проблемы. / Серьезные проблемы могут быть.*
16. 2,22% — Нарушение взаимоотношений с собственными детьми. Примеры высказываний: *Дети не будут помогать по дому делать. / Или на детей [рассердится]. Они с ним не будут больше гулять. / Еще с детьми проблемы могут быть — с дочкой, с сыном.*
17. 2,22% — Проблемы со здоровьем. Пример высказывания: *Недовысыпание.*
18. 1,48% — Декларация правил, норм и ценностей поведения. Примеры высказываний: *Если твоего одноклассника обидели, ты его должен поддержать. / Нельзя играть дома, мячом нельзя играть дома.*
19. 1,48% — Нарушение романтических взаимоотношений. Примеры высказываний: *С девушкой ругается. / В себе ты не можешь разобраться, кто тебе нравится на самом деле. / Отношения с друзьями накаляются, с девушкой, с парнем тоже.*
20. 1,11% — Вредные привычки и зависимости. Примеры высказываний: *Что-то хочет и покупает алкоголь, табак, наркотики. / Постоянно тыркается в компьютере, потом он хуже становится.*
21. 0,74% — Проблемы со временем: опоздания, нехватка времени. Пример высказывания: *Вечером приходишь, не успеваешь что-то сделать (0,74%).*
22. 0,74% — Проблемы с животными. Пример высказывания: *Кидается, кидается, бьет животное, а животному неприятно.*
23. 0,74% — Проблемы в принятии решений. Примеры высказываний: *В себе ты не можешь разобраться, кто тебе нравится на самом деле. / Спорт по контракту предложили, а ты думаешь — ехать, не ехать.*
24. 0,37% — Декларация возможности несчастий. Пример высказывания: *Беда какая-то происходит.*
25. 0,37% — Причины формирования плохого характера. Пример высказывания: *Когда его обижают, когда его обзывают, у него тоже плохой характер появляется.*



26. 0,37% — Неуспешность в деятельности, в жизни. Пример высказывания: *Когда у тебя ничего не получается.*
27. 0,37% — Жилищная проблема. Пример высказывания: *Себе найти квартиру, а вдруг ему попадутся плохие люди. Снимают одну квартиру на двоих. Это невезение.*
28. 0,37% — Потеря места жительства. Пример высказывания: *Его выгоняют, выселяют из дома, и он будет жить на улице.*
29. 0,37% — Проблемы с машиной. Пример высказывания: *С машиной тоже: Ну заводись ты, чертовая.*
30. 0,37% — Имущественные проблемы. Пример высказывания: *С плохим характером дома не построят, сад, огород не построят.*
31. 0,37% — Проблемы с увлечениями. Пример высказывания: *Он занимается боксом.*
32. 0,37% — Неухоженный внешний вид. Пример высказывания: *Если человек ленивый, то плохо одевается, ходит грязный, неаккуратный, не моется.*
33. 0,37% — Проблемы с погодой.

Давая общую оценку разнообразия и существенности проблем, декларируя возможные несчастья, называя правила и нормы поведения (№ 24, 15, 18) УО респонденты, по сути, ответили формально, уклонившись от поставленной перед ними задачи. Описывая характерологические проблемы, УО респонденты конкретизировали свое понимание плохого характера (далее — ПХ), чего делать не требовалось. Но таких ответов в сумме немного (8,88%).

Во множестве названных УО респондентами проблем, обусловленных ПХ человека, выделим основные группы:

- нарушения в системе социальных взаимодействий и межличностных отношений человека с ПХ (43,69%);
- нарушения в системе деятельностных отношений человека с ПХ (31,96%);
- субъективные переживания человека с ПХ (10,74%).

Наиболее часто упомянутая проблема характеризует внутреннюю картину субъективных переживаний человека с ПХ. Однако данное представление не входит в ядро коллективного представления о возможных последствиях ПХ для его обладателя (29 суждений), что справедливо и для остальных проблем, ни одна из которых не была названа большинством.

Значительное место в коллективном представлении УО респондентов о системе отношений, которая неизбежно понесет урон вследствие ПХ, занимает представление о нарушенных взаимоотношениях с другими людьми. Названы

проблемы взаимоотношений с окружающими, друзьями, семьей, начальством, педагогами, коллегами по работе, одноклассниками, супругом, собственными детьми, добрым партнером (118 суждений — 43,69%). Однако на фоне достаточно дифференцированного коллективного представления о системе отношений человека в социуме малочисленность ответов данных категорий свидетельствует об их периферийном характере. На уровне индивидуальных ответов это означает, что из всей системы отношений отдельно взятый респондент произвольно упоминает одно или несколько отношений. По-видимому, эта избирательность коррелирует с личным жизненным опытом респондентов, а также с влиянием доступного им дискурса, посвященного проблемам межличностных отношений человека.

В системе отношений, испытавших влияние плохого характера человека, УО респонденты также упомянули практически все основные деятельностные отношения современного человека, обозначив нарушения в следующих сферах жизнедеятельности: законопослушное поведение, учебная и профессиональная деятельность, коммуникативное поведение, финансы, здоровье, досуг, владение имуществом и жильем (31,96%). Незначительное количество проблем посвящено проблемам организации своей жизни, трудностям в принятии решений (1,48%). Обращает на себя внимание идея влияния ПХ человека на характер партнеров по взаимодействию (№ 25).

Итак, анализ коллективного представления о проблемах, обусловленных влиянием ПХ, выявил отсутствие структурного ядра представления на фоне значительного прогностического потенциала УО респондентов в освещении системы последствий данного влияния. Позитивно может быть оценена тенденция уделять внимание переживаниям, причиненным человеком себе самому, т.е. последствиям ПХ для самого обладателя.

Перейдем к рассмотрению формулировок проблем, обусловленных неправильным поведением (далее — НП) человека.

В данной части интервью обсуждение возникающих проблем было структурировано более строго и направлено на обсуждение проблем, возникающих при НП с начальством и сослуживцами; с учителями; с парнем (девушкой), семьей, супругом и собственными детьми, с друзьями. Заметим, что формулировка «неправильное поведение» в данной части интервью стала эквивалентом формулировки «плохой характер». Вводя данную формулировку вместо прежней, мы руководствовались предположением о том, что концепт *поведение* лучше знаком и более понятен УО респондентам, нежели концепт *характер*. Суждения УО респондентов, последовательно освещающие более конкретную и понятную для них предметную область, потенциально интересны спектром проблем, выявленных в каждой из названных сфер отношений. В предыдущем анализе отмечалось, что освещению негативных последствий плохого характера для отношений человека было посвящено всего 118 суждений. Во второй же части интервью количество суждений возросло более чем в 8 раз — до 959 суждений. Это факт указывает на то, что психотехническими средствами удалось актуализировать и ввести в зону

сознавания значительный пласт дорефлективных неосознанных представлений УО респондентов о проблемах социального взаимодействия.

В каждой области отношений встречались суждения следующих категорий: заявление о незнании проблем, неадекватные ответы, общая атрибуция проблем, декларация норм и правил поведения, описание образа неправильного поведения.

Общее количество проблем распределилось по сферам отношений следующим образом: с собственными детьми — 10 проблем (88 суждений); с учителями, с семьей — по 11 проблем (137 и 126 суждений соответственно); с начальством, с сослуживцами, с друзьями — по 12 проблем (142, 130 и 112 суждений соответственно); с супругом — 13 проблем (90 суждений); с парнем (девушкой) — 17 проблем (134 суждения).

Соответствующие каждой сфере отношений проблемы и характеризующие их речевые суждения респондентов с УО представлены в монографии автора [29, с. 186–216]. В Приложении 2 перечислены проблемы, выделенные респондентами с УО внутри каждой области отношений, испытывающей на себе влияние НП человека (кроме проблем с семьей). Указаны также доли суждений, освещающих данную проблему.

Поскольку проблемы в разных областях отношений частично совпадали, был проведен анализ содержательной специфики актуализированных УО респондентами проблем-последствий НП человека во взаимоотношениях с людьми. При его проведении не учитывались суждения, являющиеся заявлением о незнании проблем, неадекватными ответами, общей атрибуцией проблем, декларацией норм и правил поведения или описанием образа НП (в среднем для семи проблем доля таких ответов составила 20,8%). Были учтены только те суждения, которые содержательно раскрывали именно последствия НП, а не его образ. В результате анализу было подвергнуто множество из 653 суждений. Данный анализ выявил в суждениях респондентов с УО 27 следующих проблем.

1. 11,33% — Ухудшение отношения к субъекту с НП: остывание чувств, ссоры, конфликты, утрата доверия, обида, потеря уважения, страх, подстрекательства, прекращение общения, накопление негативных переживаний и чувств; проявления отчуждения, обиды, страха; непослушание; зависть к детям других отцов.
2. 9,8% — Ссоры, конфликты с супругом, членом семьи; наказание ребенка, члена семьи, супруга.
3. 9,65% — Разрыв отношений, распад семьи, расторжение брака.
4. 8,88% — Прерывание дружеских и романтических отношений.
5. 7,04% — Увольнение с работы; разрыв трудовых отношений по собственной инициативе.
6. 6,43% — Административные взыскания, понижение в должности.

7. 5,67% — Отчуждение коллег, нарушение делового сотрудничества.
8. 4,75% — Обсуждение с ребенком, взрослым человеком его НП.
9. 4,29% — Формирование неправильного поведения и нарушений характера у детей лиц с НП.
10. 3,52% — Причинение негативных эмоций партнеру по дружеским и романтическим отношениям, члену семьи.
11. 3,52% — Низкая успеваемость, проблемы с получением общего и профессионального образования.
12. 3,37% — Понижение зарплаты, лишение премии, задержка зарплаты.
13. 3,37% — Нарушение делового сотрудничества и взаимопонимания, отказ в помощи со стороны друзей и сослуживцев.
14. 3,06% — «Зеркальное» обращение с субъектом НП.
15. 2,3% — Напряженные отношения с начальством.
16. 2,3% — Обращение в органы охраны правопорядка и преследование по закону.
17. 1,99% — Оспаривание и лишение родительских прав.
18. 1,68% — Избиение, убийство за НП.
19. 1,53% — Ревность, измена.
20. 1,38% — Одиночество и потеря жизненных ориентиров.
21. 1,23% — Создание другой семьи, новых отношений.
22. 0,92% — Создание работнику тяжелых условий труда.
23. 0,61% — Собственные переживания субъекта НП.
24. 0,46% — Негативная реакция семьи на проблемы в трудовой деятельности.
25. 0,31% — Примирение с ребенком, с романтическим партнером.
26. 0,31% — Нарушение общения супругов с детьми, невыполнение функций воспитания.
27. 0,31% — Злоупотребление алкоголем как реакция на неправильное поведение одного из членов семьи.

Анализ частоты собранных суждений по категориям свидетельствует о том, что в ядерной зоне коллективного представления УО респондентов о последствиях НП находятся представления о четырех проблемах: возможном ухудшении

отношения к субъекту с НП; ссорах, конфликтах и наказаниях; разрыве отношений; прерывании отношений. Представления об остальных 23 проблемах относятся к периферии коллективного представления.

### ***Структура и содержание представлений подростков с ЗПР о последствиях плохого характера и неправильного поведения***

Рассмотрим проблемы, обусловленные плохим характером и неправильным поведением человека во взаимоотношениях с людьми, сформулированные респондентами с ЗПР (n=24). Прежде всего рассмотрим проблемы, обусловленные плохим характером (ПХ). О незнании возможных проблем не было заявлено ни разу, один раз встретилось неадекватное суждение (0,52%). Общая оценка характера, разнообразия и существенности проблем была дана в семи суждениях (3,63%). В 193 суждениях респонденты сформулировали 25 проблем. Перечислим их в порядке убывания процентной доли соответствующих суждений в общем массиве речевых высказываний по данному предмету.

1. 17,62% — Нарушение взаимоотношений с окружающими, негативное влияние на них, причинение им неприятных переживаний; месть окружающим.
2. 12,95% — Собственные переживания человека с ПХ: одиночество, душевная боль, раскаяние, нервно-психическое напряжение, злость, обида, отчаяние, ненависть, стремление отвлечься от переживаний, лень.
3. 7,25% — Нарушение правил поведения, законов; проблемы с органами охраны правопорядка; общая характеристика поведения — создание проблем окружающим.
4. 6,74% — Нарушение взаимоотношений со сверстниками, одиночество.
5. 6,74% — Школьная посещаемость/неуспеваемость.
6. 5,7% — Нарушение взаимоотношений на работе; утрата доверия.
7. 5,7% — Проблемы в профессиональной сфере: неуспешность, низкая трудовая квалификация, административные взыскания, увольнение, безработица.
8. 4,66% — Нарушение романтических взаимоотношений.
9. 4,66% — Нарушение взаимоотношений с семьей — родителями, бабушками, дедушками, братьями и сестрами.
10. 4,15% — Проблемы в коммуникативном поведении, манере общения.
11. 4,15% — Ограничения в ментальном развитии, в развитии эмпатии, сферы мотивации и представлений.
12. 3,63% — Проблемы со здоровьем.
13. 2,59% — Нарушение взаимоотношений с педагогами, дисциплинарные взыскания.

14. 2,07% — Неуспешность в деятельности, в жизни.
15. 1,55% — Финансовые проблемы: расточительность, накопление долгов, последствия банкротства.
16. 1,04% — Проблемы в получении профессионального образования.
17. 0,52% — Декларация возможности несчастий.
18. 0,52% — Проблемы в детстве.
19. 0,52% — Жилищная проблема.
20. 0,52% — Проблемы со временем (опоздания, нехватка времени).
21. 0,52% — Нарушение взаимоотношений с супругом (супругой).
22. 0,52% — Потеря места жительства.
23. 0,52% — Проблемы в принятии решений, неправильный жизненный выбор.  
Пример высказывания: *Уже вырастает — 10-11 класс, уже огрызается. Проблема — начинает самостоятельно там все, гулять до 23 часов. Ошибка — вместо гулять можно было заниматься уроками. Потом они поймут свою ошибку.*
24. 0,52% — Вредные привычки, зависимости.
25. 0,52% — Отсутствие увлечений.

Респонденты с ЗПР продемонстрировали ту же тенденцию к освещению системы личных и деятельностных отношений человека с ПХ, что и респонденты группы сравнения. При этом значимые различия в долях суждений по одноименным проблемам между группами сравнения не выявлены. Отличие между группами состоит в наличии ядерных представлений о последствиях ПХ у респондентов с ЗПР, что свидетельствует о большей согласованности коллективного представления респондентов этой группы в сопоставлении с УО респондентами. В ядро коллективного представления о последствиях ПХ вошли представления о нарушениях взаимоотношений с окружающими (34 суждения) и о собственных переживаниях человека с ПХ (25 суждений). В сопоставлении с группой сравнения респонденты с ЗПР в целом назвали меньше проблем (25 vs 33), не упомянув нарушение взаимоотношений с одноклассниками и собственными детьми обладателя ПХ. Остальные неназванные проблемы (констатация особенностей характера, декларация нормы и правил поведения, проблемы с животными, рассуждения о причинах ПХ, упоминание проблем с машиной, имуществом, погодой и внешним видом обладателя ПХ) малосущественны. Респонденты с ЗПР продуктивно описали собственно последствия демонстрации ПХ, а не сам ПХ (Приложение 1).

Таким образом, результаты контент-анализа речевых суждений респондентов групп сравнения о последствиях плохого характера лишь частично подтвердили

рабочие гипотезы. Так, ядро коллективного представления обнаружено лишь в представлениях респондентов с ЗПР. Указанный факт свидетельствует о частичном совпадении идейной направленности наиболее влиятельных дискурсивных воздействий в социокультурном окружении подростков с ЗПР — в семьях, круге общения и в образовательной организации, где они получают образование. Также указанный факт свидетельствует о несовпадении идейной направленности наиболее влиятельных дискурсивных воздействий в социокультурном окружении подростков с УО. Подтвердилось предположение о совпадении у респондентов групп сравнения основных обозначенных проблем-последствий ПХ. Но вопреки рабочей гипотезе, коллективное представление респондентов с УО в обсуждаемой предметной области оказалось более дифференцированным по числу сформулированных проблем-последствий ПХ, нежели в группе сравнения. Факт большего числа названных УО респондентами проблем объясняется упоминанием ряда малосущественных проблем, достаточно низким уровнем их обобщения и включением в обзор последствий ПХ тех проблем, которые нашли отражение и рефлексию в негативном жизненном опыте — таковы, в частности, проблемы с одноклассниками человека с ПХ и с его собственными детьми.

Рассмотрим суждения респондентов с ЗПР о последствиях неправильного поведения. В данной части интервью обсуждение возникающих проблем было четко структурировано и сведено к обсуждению проблем, возникающих при НП с начальством, сослуживцами, учителями, парнем (девушкой), супругом, собственными детьми и друзьями. Суждения респондентов с ЗПР, последовательно освещавшие конкретную и более понятную им предметную область, интересны спектром проблем, выявленных в каждой из названных сфер отношений. Ранее отмечалось, что освещению негативных последствий ПХ для отношений человека было посвящено всего 193 суждения респондентов данной группы. Во второй же части интервью количество высказанных ими суждений возросло более чем в 3 раза до 574 суждений. Это факт указывает на то, что психотехническими средствами удалось актуализировать и ввести в зону осознания респондентов с ЗПР значительный пласт дорефлексивных неосознанных представлений о проблемах социального взаимодействия. Однако этот эффект выражен слабее, чем в группе сравнения.

В ответах респондентов с ЗПР достоверно реже встречались суждения, подменяющие рассмотрение возможных проблем описанием образа НП ( $\varphi^*_{\text{эмп}}=3,04$ ,  $p \leq 0,001$ ). Это указывает на сравнительно лучшее развитие у респондентов с ЗПР способности к прогнозированию последствий социального поведения.

Общее количество проблем распределилось по сферам отношений так: с собственными детьми — 6 проблем (79 суждений); с сослуживцами — 7 проблем (67 суждений); с учителями — 10 проблем (103 суждения); с начальством — 11 проблем (82 суждения); с парнем (девушкой) — 11 проблем (79 суждений); с друзьями — 11 проблем (84 суждения); с супругом — 13 проблем (80 суждений).

Соответствующие каждой сфере отношений проблемы и характеризующие их речевые суждения респондентов с ЗПР представлены в монографии автора [29, с. 217–235]. В Приложении 2 указаны проблемы, сформулированные респондентами

с ЗПР относительно каждой области отношений, подверженной влиянию НП человека.

Отметим статистически значимые различия в долях суждений респондентов обеих групп (Приложение 2). Респонденты с ЗПР достоверно чаще, чем в группе сравнения, высказывались на такие темы, как: одиночество (в 5,1 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=2,21$ ;  $p \leq 0,05$ ); месть, встречные оскорбления партнера (в 4,5 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=2,47$ ;  $p \leq 0,01$ ); негативный прогноз формирования характера детей (в 3,5 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=3,52$ ;  $p \leq 0,001$ ); плохое, в т.ч. «зеркальное» обращение с бывшим другом (в 2,9 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=2,40$ ;  $p \leq 0,01$ ); избегание родителя детьми, проявления чувства отчуждения, обиды, страха (в 2,8 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=3,59$ ;  $p \leq 0,001$ ); напряженные отношения с начальством, недовольство начальства, потеря репутации (в 2,3 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=2,28$ ;  $p \leq 0,05$ ); отчуждение коллег, разрыв дружеских отношений в трудовом коллективе, изоляция, плохая репутация, ссоры, обиды (в 1,9 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=2,91$ ;  $p \leq 0,001$ ); нарушение делового сотрудничества и взаимопонимания, отказ в помощи (в 1,8 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=1,82$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Вместе с тем достоверно более редкими были высказывания респондентов с ЗПР на темы: отказ в помощи (в 4,5 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=1,76$ ;  $p \leq 0,05$ ); драки друзей (в 3,4 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=1,86$ ;  $p \leq 0,05$ ); вербальные методы воздействия педагогов (в 2,8 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=1,97$ ;  $p \leq 0,05$ ); супруг прерывает или разрывает отношения с семьей, с другим супругом (в 2,2 раза,  $\varphi^*_{\text{эмп}}=2,38$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Ввиду того, что проблемы в разных областях взаимоотношений частично совпадали, был проведен анализ содержательной специфики актуализированных респондентами с ЗПР последствий НП человека во взаимоотношениях с людьми. При проведении анализа были учтены только суждения, содержательно раскрывающие последствия НП, а не его картину и не являющиеся общей атрибуцией проблем или декларацией норм поведения. В результате было проанализировано 459 суждений и выявлено 27 проблем (таких же, как в группе сравнения, но в иной иерархии).

Анализ частот суждений по категориям свидетельствует о том, что в ядерной зоне коллективного представления респондентов с ЗПР о последствиях НП находятся представления о следующих 8 проблемах: возможное ухудшение отношения к субъекту с НП (13,94%), разрыв отношений, распад семьи, расторжение брака (8,93%); прерывание дружеских и романтических отношений (8,06%); административные взыскания и понижение в должности (8,06%); увольнение с работы, разрыв трудовых отношений по собственной инициативе (7,63%); формирование неправильного поведения и нарушений характера у детей (7,41%); отчуждение коллег, нарушение делового сотрудничества (5,88%); низкая успеваемость, проблемы с получением общего и профессионального образования (5,66%). Представления об остальных 19 проблемах относятся к периферийной зоне рассматриваемого коллективного представления.

Таким образом, результаты контент-анализа речевых суждений респондентов групп сравнения о последствиях неправильного поведения частично подтвердили рабочие гипотезы. Ядро соответствующего коллективного представления сформировано у респондентов обеих групп, однако оно более дифференцировано в



группе респондентов с ЗПР и включает 8 проблем против четырех проблем в ядре коллективного представления УО респондентов. Подтвердилось предположение о совпадении основных обозначенных проблем-последствий НП. Однако вопреки второй гипотезе коллективные представления респондентов с УО и ЗПР в обсуждаемой предметной области оказались дифференцированными в одинаковой мере — в обеих группах выделено одинаковое число проблем.

### Обсуждение результатов

В представленном исследовании впервые осуществлен анализ дискурса последствий неправильного поведения и проявлений плохого характера во взаимоотношениях с людьми у обучающихся с УО и ЗПР 13–16 лет, и дана развернутая характеристика структуры и содержания представлений о проблемах, обусловленных указанными обстоятельствами. Из-за отсутствия в специальной психологии данных об идейном наполнении концептов *плохой характер, неправильное поведение* и *последствия неправильного поведения и плохого характера* в понимании УО подростками и подростками с ЗПР представленные данные являются новыми и не могут быть сопоставлены с им подобными.

Наиболее близкими по содержанию являются сведения о содержании социально ориентированных ожиданий лиц подросткового и юношеского возрастов с легкой умственной отсталостью, полученные Т.И. Кузьминой [13]. Анализ социально ориентированных ожиданий подростков с легкой УО зафиксировал противоречивый, но вместе с тем фактологически реалистичный их характер, учитывающий влияние имеющегося позитивного и негативного жизненного опыта. Реализм социального прогноза последствий неправильного поведения и плохого характера, а также подверженность негативному влиянию жизненного опыта подтвердили и представленные в настоящем исследовании данные.

По данным Т.И. Кузьминой, в юношеском возрасте лица с легкой УО выражают социальные ожидания, связанные «с получением профессии и трудоустройством, с возможностями и желанием самостоятельной жизни, с потенциальной реализацией желаний с участием других людей» [13, с. 159]. Семантический анализ речевых высказываний юных лиц с легкой УО о социально ориентированных ожиданиях выявил следующие наиболее часто репрезентируемые темы: отношения в семье, отношения с партнером, работа и профессия, способность к самостоятельной жизни, получение новых знаний и развитие себя; личностные качества и их оценка окружающими; дружба, любовь, счастье в отношениях с людьми. Реже в вербальном контексте встречались суждения на темы здоровья, заработка, материального достатка; оценки себя и своих действий во взаимоотношениях с людьми; общественного признания, признания; социальной успешности и уважения со стороны других людей; хобби, привычек, творчества, общения по интересам; совместной деятельности с другими людьми. Результаты свидетельствуют, по мнению исследователя, о свойственном юным лицам с УО ощущении наполненности основных областей жизни позитивно окрашенными социальными ожиданиями [13]. Сопоставление представлений подростков с легкой УО о последствиях НП и ПХ с вышеуказанными ожиданиями лиц юношеского возраста обнаруживает, что предположения подростков также затрагивают основные области жизненных

отношений, как и ожидания юношей. Такое содержательное разнообразие социального анализа в этом возрасте закономерным образом подготавливает рефлексию подростков с УО к осмыслению задач и перспектив взаимоотношений с социумом на следующем возрастном этапе.

Представленное выше идейное содержание обсуждаемых представлений является совокупным результатом дискурсивного воздействия, влияющего на осмысление подростками с УО социальной действительности, своего места в нем, социальных ценностей и социальных ролей в том или ином идейном русле. Данное воздействие осуществляется стихийно либо направленно всеми агентами, включенными в социальное конструирование реальности лиц с УО, включая лиц ближайшего социального окружения респондентов и масс-медиа [32; 33].

Обзор собранных суждений позволяет наметить зону потенциального развития коллективного представления при условии целенаправленного дискурсивного воздействия. Для решения коррекционно-развивающих задач представляется перспективным акцентирование внимания УО подростков на проблемах, не вошедших в ядро. Среди них считаем важным выделить те, что освещают внутреннюю — психологическую — картину последствий НП. Это обусловлено тем, что УО респонденты регулируют свое социальное поведение по соображениям специфически понятой ответственности, т.е. в связи с угрозой социального порицания, наказания или угрозы нарушения деятельностных отношений. Внутренние же мотивы, остерегающие от совершения неправильных поступков, представляют значительно меньшую ценность и осознаются слабо — прежде всего это касается предвидения собственных негативных переживаний субъекта НП, его одиночества и утраты жизненных ориентиров.

В сопоставлении с группой сравнения ядерная зона коллективного представления респондентов с ЗПР о последствиях НП в обществе содержательно оформлена не только в аспекте последствий для личной жизни, но и в аспектах последствий для получения образования, развития профессиональной карьеры, влияния на становление личности детей. Данное отличие указывает на направление потенциального развития коллективного представления УО респондентов при условии целенаправленного дискурсивного воздействия. Для решения коррекционно-развивающих задач в отношении респондентов с ЗПР представляется важным акцентирование их внимания на проблемах, не вошедших в ядро, в частности, проблемах, освещающих психологическую картину последствий НП.

## **Выводы**

Таким образом, проведенное нами исследование позволило сделать следующие выводы.

1. Гипотеза нашего исследования частично подтвердилась, поскольку контент-анализ коллективного представления УО подростков о проблемах, обусловленных влиянием плохого характера, выявил отсутствие структурного ядра представлений на фоне значительного прогностического потенциала в освещении системных последствий данного явления. УО респонденты назвали 33 проблемы, осветив

переживания, причиненные человеком себе самому, нарушения в системе его социальных взаимодействий, межличностных и деятельностных отношений с окружающими, друзьями, семьей, начальством, педагогами, коллегами по работе, одноклассниками, супругом, собственными детьми, добрым партнером. Проблема изменений во внутренней картине переживаний упоминается наиболее часто, входя в периферию соответствующего представления. Периферийный характер имеют также представления о последствиях для основных межличностных и деятельностных отношений человека. УО подростки объединенными усилиями обозначили нарушения в таких сферах жизнедеятельности, как законопослушание, учеба, профессиональная деятельность, коммуникация, финансы, охрана здоровья, досуг, владение имуществом и жильем. Однако на индивидуальном уровне система последствий не воспроизводится, упоминаются лишь некоторые проблемы, избранные в силу жизненного опыта. Малочисленны суждения о проблемах организации своей жизни и принятия решений, что нуждается в коррекции.

2. Использование психотехнических приемов с целью введения в зону осознания УО респондентов значительной части неосознанных представлений о последствиях плохого характера позволило в 8 раз увеличить объем их речевой продукции на тему последствий неправильного поведения. Анализ содержательной специфики актуализированных УО респондентами последствий неправильного поведения человека во взаимоотношениях с людьми выявил 27 проблем. В ядерной зоне соответствующего коллективного представления УО респондентов находятся представления о возможном ухудшении отношения к субъекту с неправильным поведением, ссоры, конфликты и наказания; разрыв и прерывание отношений. Часть выделенных проблем освещала психологическую картину последствий неправильного поведения. В этой связи перспективной задачей коррекционного дискурсивного воздействия является фокусировка сознания подростков не только на угрозе социального порицания и наказания инициатора неправильных поступков, но и на психологических последствиях, в т.ч. внутренней картины его переживаний.

3. В сопоставлении с УО респондентами респонденты с ЗПР обнаружили бóльшую согласованность и наличие ядра коллективного представления о последствиях плохого характера и неправильного поведения. Респонденты с ЗПР продемонстрировали ту же тенденцию к освещению системы личных и деятельностных отношений человека с плохим характером, что и респонденты с УО. В сопоставлении с группой сравнения ядро представлений респондентов с ЗПР о последствиях неправильного поведения освещает не только проблемы в личной жизни, но и в получении образования, развитии профессиональной карьеры, влиянии на становление личности детей. Данное отличие указывает на потенциальное развитие коллективного представления УО респондентов при условии целенаправленного дискурсивного воздействия. Для решения коррекционно-развивающих задач в отношении респондентов с ЗПР, на наш взгляд, перспективно акцентирование внимания на проблемах, освещающих психологическую картину последствий неправильного поведения.

4. Полученные в исследовании данные можно квалифицировать только как тенденции, которые в силу небольшого объема выборки и несовершенства

методического инструментария не могут быть экстраполированы на популяционные тенденции развития социальных представлений о последствиях плохого характера и неправильного поведения человека для лиц данной группы. Перспективы развития исследования связаны с разработкой диагностического инструментария для мониторинга соответствующих представлений и взаимосвязанных с ними социальных компетенций подростков с УО и ЗПР, а также с использованием полученных результатов в конструировании педагогического дискурса, направленного на развитие наивных психологических представлений обучающихся с умственной отсталостью подросткового возраста — познавательных обобщений и базовых учебных действий социального познания, осваиваемых обучающимися с УО в процессе образовательно-коррекционной работы с ними.

## Литература

1. Бусыгина Н.П. Методология качественных исследований в психологии: Учебное пособие. М.: ИНФРА-М, 2015. 304 с.
2. Володина И.С. Специфика развития социального интеллекта младших школьников с умственной отсталостью: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 180 с.
3. Гаурилюс А.И. Знаковая поддержка и развитие абстрактных обобщений качеств личности учащихся с умственной отсталостью // Психолого-педагогические проблемы развития речемыслительной деятельности детей с особенностями психофизического развития: сб. материалов Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 75-летию со дня рождения К.Г. Ермиловой, Минск, 8-9 июня 2004 г. / Под ред. Н.Н. Баль. Минск: НИО, 2004. С. 56–58.
4. Заиграева Н.В, Волкова Ю.Л. Взрослость в понимании умственно отсталых подростков // Дефектология. 2015. № 5. С. 50–58.
5. Инденбаум Е.Л. Об информативности опросников в диагностике личности детей и подростков с легкими формами интеллектуальной недостаточности // Дефектология. 2013. № 5. С. 3–13.
6. Инденбаум Е.Л. Психосоциальное развитие подростков с легкими формами интеллектуальной недостаточности: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2011. 353 с.
7. Карасик В.И. Языковые ключи. М.: Гнозис, 2009. 406 с.
8. Касавин И.Т. Дискурс-анализ и его применение в психологии // Вопросы психологии. 2007. № 6. С. 97–119.
9. Кинстлер Н.И. Психолого-педагогическая коррекция отклонений в процессах восприятия и понимания состояний другого человека у детей с нарушениями интеллектуального развития: дис. ... канд. пед. наук. Бийск, 2000. 234 с.
10. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: дис. ... д-ра психол. наук. М., 1997. 323 с.

11. *Косымова А.Н.* Изучение и коррекция представлений об окружающем мире младших школьников с нарушениями интеллектуального развития: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 198 с.
12. *Кузьмина Т.И.* К вопросу о перспективах исследования самосознания в специальной психологии // Российский психологический журнал. 2020. Том 17. № 2. С. 5–16. DOI: 10.21702/rpj.2020.2.1
13. *Кузьмина Т.И.* Нарративные Я-репрезентации социально ориентированных ожиданий лиц с нарушением интеллекта // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 3. С. 148–180. DOI: 10.17759/cpse.2021100309
14. *Кузьмина Т.И.* Психологическая диагностика самосознания лиц разного возраста с интеллектуальной недостаточностью. М.: Национальный книжный центр, 2016. 192 с.
15. *Кузьмина Т.И.* Самосознание и личностный адаптационный потенциал при нормальном и нарушенном развитии: Монография. М.: НИЦ ИФРА-М, 2021. 210 с.
16. *Лиханов Ю.Ю., Мячина Е.К., Стебляк Е.А., Усенко Д.М.* Диагностика и содержание представлений о психических переживаниях человека у обучающихся, имеющих ограниченные возможности здоровья // Мать и дитя в Кузбассе. 2021. № 4 (87). С. 58–63.
17. *Маслова В.А.* Введение в когнитивную лингвистику: учебное пособие. М.: Флинта: Наука, 2006. 296 с.
18. *Медникова Л.С., Матасов Ю.Т., Василевская У.В.* Специфика понимания трудных жизненных ситуаций подростками с умственной отсталостью // Альманах Института коррекционной педагогики. 2021. № 46 (1). С. 82–97.
19. *Назарова Н.М.* Специальная педагогика на этапе смены научных парадигм // Дефектология. 2021. № 1. С. 3–14. DOI: 10.47639/0130-3074\_2021\_1\_3
20. *Павлова Е.В.* Социальные представления как содержание индивидуального сознания: обоснование методологии исследования // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Том 7. № 1 (22). С. 294–296.
21. *Пекишева Е.В., Медникова Л.С.* Особенности вербализации представлений об окружающем у дошкольников с задержкой психического развития (на примере вербального ассоциирования) // Дефектология. 2013. № 1. С. 40–48.
22. *Петрова В.Г., Белякова И.В.* Психология умственно отсталых школьников. М.: Академия, 2002. 160 с.
23. *Попова Л.В.* Соотношение понятий «концепт», «понятие», «значение» в русле коммуникативно-когнитивной парадигмы // Омский научный вестник. 2013. № 4 (121). С. 127–131.
24. Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). URL: <https://fgosreestr.ru> (дата обращения: 09.09.2022).

25. *Резуш Л.А.* Психология прогнозирования: успехи в познании будущего. СПб.: Речь, 2003. 352 с.
26. *Сорокин В.М.* Теоретические основы психологии дизонтогенеза. СПб.: изд-во С.-Петербур. ун-та, 2005. 160 с.
27. *Стебляк Е.А.* Мониторинг способности подростков с легкой умственной отсталостью к осмыслению социального окружения и своего места в нем: оценка прогнозирования последствий проявления плохого характера и неправильного поведения. Сообщение 4 // Дефектология. 2021. № 4. С. 22–31.
28. *Стебляк Е.А.* Подход к развитию картины социального мира в сознании подростков с легкой умственной отсталостью: логика конструирования и результаты экспериментальной апробации // Дефектология. 2021. № 6. С. 3–14.
29. *Стебляк Е.А.* Развитие картины социального мира умственно отсталых лиц подростково-юношеского возраста: монография. Омск: изд-во ОмГПУ, 2020. 215 с.
30. *Холодная М.А.* Психология понятийного мышления: от концептуальных структур к понятийным способностям. М.: Институт психологии РАН, 2012. 288 с.
31. *Щанкина Н.С.* Особенности образа другого человека у учащихся с интеллектуальной недостаточностью: дис. ... канд. психол. наук. Н. Новгород, 2004. 206 с.
32. *Gergen K. J.* Social construction in context. London: Sage, 2001. 240 p.
33. *McLuhan H.M.* Understanding Media: The extensions of Man. MIT Press, 1994. 324 p.

## References

1. Busygina N.P. Metodologiya kachestvennykh issledovaniy v psikhologii [Methodology of qualitative research in psychology]. Moscow: INFRA-M, 2015. 304 p. (In Russ.).
2. Volodina I.S. Spetsifika razvitiya sotsial'nogo intellekta mladshikh shkol'nikov s umstvennoi otstalost'yu: Diss. ... kand. psikh. nauk [The specifics of the development of social intelligence of younger schoolchildren with mental retardation: PhD (Psychology) Dissertation]. Saint-Petersburg, 2004. 180 p. (In Russ.).
3. Gaurilyus A.I. Znakovaya podderzhka i razvitie abstraktnykh obobshchenii kachestv lichnosti uchashchikhsya s umstvennoi otstalost'yu [Symbolic support and development of abstract generalizations of personality traits of students with mental retardation]. In N.N. Bal' (ed.), *Psikhologo-pedagogicheskie problemy razvitiya rechemyslitel'noi deyatel'nosti detei s osobennostyami psikhofizicheskogo razvitiya=Psychological and Pedagogical Problems of the Development of Speech-Thinking Activity of Children with Special Features of Psychophysical Development*. Minsk: NIO, 2004, pp. 56–58 (In Russ.).
4. Zaigraeva N.V, Volkova Yu.L. Vzroslost' v ponimaniy umstvenno otstalykh podrostkov [Adulthood in the understanding of mentally retarded adolescents]. *Defektologiya=Defectology*, 2015, no. 5, pp. 50–58. (In Russ., abstr. in Engl.)

5. Indenbaum E.L. Ob informativnosti oprosnikov v diagnostike lichnosti detei i podrostkov s legkimi formami intellektual'noi nedostatochnosti [On the informativeness of questionnaires in the diagnosis of the personality of children and adolescents with mild forms of intellectual disability]. *Defektologiya=Defectology*, 2013, no. 5, pp. 3–13. (In Russ., abstr. in Engl.)

6. Indenbaum E.L. Psikhosotsial'noe razvitie podrostkov s legkimi formami intellektual'noi nedostatochnosti: Diss. ... d-ra psikholog. nauk [Psychosocial development of adolescents with mild forms of intellectual disability: PhD (Psychology) dissertation]. Moscow, 2011. 353 p. (In Russ.).

7. Karasik V.I. Yazykovye klyuchi [Language keys]. Moscow: Gnosis, 2009. 406 p. (In Russ.).

8. Kasavin I.T. Diskurs-analiz i ego primenenie v psikhologii [Discourse analysis and its application in psychology]. *Voprosy psikhologii=Issues of Psychology*, 2007, no. 6, pp. 97–119. (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Kinstler N.I. Psikhologo-pedagogicheskaya korrektsiya otklonenii v protsessakh vospriyatiya i ponimaniya sostoyanii drugogo cheloveka u detei s narusheniyami intellektual'nogo razvitiya: Diss. ... kand. ped. nauk [Psychological and pedagogical correction of deviations in the processes of perception and understanding of the states of another person in children with intellectual disabilities: PhD (Psychology) Dissertation]. Bijsk, 2000. 234 p. (In Russ.).

10. Korobeinikov I.A. Osobennosti sotsializatsii detei s legkimi formami psikhicheskogo nedorazvitiya: Diss. ... d-ra psihol. nauk [Features of socialization of children with mild forms of mental underdevelopment: PhD (Psychology) Dissertation]. Moscow, 1997. 323 p. (In Russ.).

11. Kosymova A.N. Izuchenie i korrektsiya predstavlenii ob okruzhayushchem mire mladshikh shkol'nikov s narusheniyami intellektual'nogo razvitiya: Diss. ... kand. psihol. nauk [Study and correction of ideas about the surrounding world of younger schoolchildren with intellectual disabilities: PhD (Psychology) Dissertation]. Moscow, 2006. 198 p. (In Russ.).

12. Kuz'mina T.I. K voprosu o perspektivakh issledovaniya samosoznaniya v spetsial'noi psikhologii [On the prospects of research of self-consciousness in special psychology]. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal=Russian Psychological Journal*, 2020, vol. 17, no. 2, pp. 5–16. DOI: 10.21702/rpj.2020.2.1 (In Russ., abstr. in Engl.)

13. Kuz'mina T.I. Narrativnye Ya-reprezentatsii sotsial'no orientirovannykh ozhidanii lits s narusheniem intellekta [Narrative Self-Representations of Socially Oriented Expectations of Persons with Intellectual Disabilities]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021, vol. 10, no. 3, pp. 148–180. DOI: 10.17759/cpse.2021100309 (In Russ., abstr. in Engl.)

14. Kuz'mina T.I. Psikhologicheskaya diagnostika samosoznaniya lits raznogo vozrasta s intellektual'noi nedostatochnost'yu [Psychological diagnostics of self-awareness of persons of different ages with intellectual disabilities]. Moscow: NKTs, 2016. 192 p. (In Russ.)

15. Kuz'mina T.I. Samosoznanie i lichnostnyi adaptatsionnyi potentsial pri normal'nom i narushennom razvitii [Self-awareness and personal adaptive potential in normal and impaired development]. Moscow: NICz INFRA-M, 2021. 210 p. (In Russ., abstr. in Engl.)
16. Likhanov Yu.Yu., Myachina E.K., Steblyak E.A., Usenko D.M. Diagnostika i sodержanie predstavlenii o psikhicheskikh perezhivaniyakh cheloveka u obuchayushchikhsya, imeyushchikh ogranichennye vozmozhnosti zdorov'ya [Diagnostics and content of ideas about mental experiences of a person in students with limited health opportunities]. *Mat' i ditya v Kuzbasse= Mother and child in Kuzbass*. 2021, no. 4 (87), pp. 58–63. (In Russ., abstr. in Engl.)
17. Maslova V.A. Vvedenie v kognitivnuyu lingvistiku [Introduction to Cognitive Linguistics]. Moscow: Flinta: Nauka, 2006. 296 p. (In Russ.)
18. Mednikova L.S., Matasov Yu.T., Vasilevskaya U.V. Spetsifika ponimaniya trudnykh zhiznennykh situatsii podrostkami s umstvennoi otstalost'yu [The specifics of understanding difficult life situations by adolescents with mental retardation]. *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki = The Almanac Institute of Special Education*, 2021, no. 46 (1), pp. 82–97. (In Russ., abstr. in Engl.)
19. Nazarova N.M. Spetsial'naya pedagogika na ehtape smeny nauchnykh paradigm [Special pedagogy at the stage of changing scientific paradigms]. *Defektologiya=Defectology*, 2021, no. 1, pp. 3–14. DOI: 10.47639/0130-3074\_2021\_1\_3 (In Russ., abstr. in Engl.)
20. Pavlova E.V. Sotsial'nye predstavleniya kak sodержanie individual'nogo soznaniya: obosnovanie metodologii issledovaniya [Social representations as the content of individual consciousness: substantiation of research methodology]. *Azimut nauchny'x issledovaniy: pedagogika i psixologiya=Azimut of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 2018, vol. 7, no. 1 (22), pp. 294–296. (In Russ., abstr. in Engl.)
21. Pekisheva E.V., Mednikova L.S. Osobennosti verbalizatsii predstavlenii ob okruzhayushchem u doshkol'nikov s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya (na primere verbal'nogo assotsirovaniya) [Features of verbalization of ideas about the environment in preschoolers with mental retardation (on the example of verbal association)]. *Defektologiya=Defectology*, 2013, no. 1, pp. 40–48. (In Russ., abstr. in Engl.)
22. Petrova V.G., Belyakova I.V. Psikhologiya umstvenno otstalykh shkol'nikov [Psychology of mentally retarded schoolchildren]. Moscow: Academy, 2002. 160 p. (In Russ.)
23. Popova L.V. Sootnoshenie ponyatii «kontsept», «ponyatie», «znachenie» v rusle kommunikativno-kognitivnoi paradigmy [Correlation of the concepts "concept", "notion", "meaning" in line with the communicative-cognitive paradigm]. *Omskij nauchny'j vestnik=Omsk Scientific Bulletin*, 2013, no. 4 (121), pp. 127–131. (In Russ.)
24. Primernaya adaptirovannaya osnovnaya obshcheobrazovatel'naya programma obrazovaniya obuchayushchikhsya s umstvennoi otstalost'yu (intellektual'nymi narusheniyami) [Approximate adapted basic general education program for students with



mental retardation (intellectual disabilities)]. URL: <https://fgosreestr.ru> (Accessed: 09.09.2022). (In Russ.).

25. Regush L.A. *Psikhologiya prognozirovaniya: uspekhi v poznanii budushchego* [Psychology of forecasting: successes in cognition of the future]. Saint-Petersburg: Rech, 2003. 352 p. (In Russ.).

26. Sorokin V.M. *Teoreticheskie osnovy psikhologii dizontogeneza* [Theoretical foundations of the psychology of dysontogenesis]. Saint-Petersburg: Publ. of Saint-Petersburg University, 2005. 160 p. (In Russ.).

27. Steblyak E.A. *Monitoring sposobnosti podrostkov s legkoi umstvennoi otstalost'yu k osmysleniyu sotsial'nogo okruzheniya i svoego mesta v nem: otsenka prognozirovaniya posledstviy proyavleniya plokhogo kharaktera i nepravil'nogo povedeniya. Soobshchenie 4* [Monitoring the ability of adolescents with mild mental retardation to comprehend the social environment and their place in it: assessment of predicting the consequences of bad character and improper behavior. Message 4]. *Defektologiya=Defectology*, 2021, no. 4, pp. 22–31. (In Russ., abstr. in Engl.)

28. Steblyak E.A. *Podkhod k razvitiyu kartiny sotsial'nogo mira v soznanii podrostkov s legkoi umstvennoi otstalost'yu: logika konstruirovaniya i rezul'taty eksperimental'noi aprobatsii* [An approach to the development of a picture of the social world in the minds of adolescents with mild mental retardation: the logic of construction and the results of experimental testing]. *Defektologiya=Defectology*, 2021, no. 6, pp. 3–14. (In Russ., abstr. in Engl.)

29. Steblyak E.A. *Razvitie kartiny sotsial'nogo mira umstvenno otstalykh lits podrostkovo-yunosheskogo vozrasta* [Development of the picture of the social world of mentally retarded persons of adolescent age]. Omsk: Publ. of Omsk State Pedagogical University, 2020. 288 p. (In Russ.).

30. Kholodnaya M.A. *Psikhologiya ponyatiinogo myshleniya: ot kontseptual'nykh struktur k ponyatiinym sposobnostyam* [Psychology of conceptual thinking: From conceptual structures to conceptual abilities]. Moscow: Institute of Psychology RAS, 2012. 288 p. (In Russ.).

31. Shchankina N.S. *Osobennosti obraza drugogo cheloveka u uchashchikhsya s intellektual'noi nedostatochnost'yu: Diss. ... kand. psihol. nauk* [Features of the image of another person in students with intellectual disability: PhD (Psychology) Dissertation]. Nizhniy Novgorod, 2004. 206 p. (In Russ.).

32. Gergen K.J. *Social construction in context*. London: Sage, 2001. 240 p.

33. McLuhan H.M. *Understanding Media: The extensions of Man*. MIT Press, 1994. 324 p.

Приложение 1

**Доли категорий контент-анализа проблем, обусловленных плохим характером, в массиве речевых суждений респондентов с УО и с ЗПР, %**

№	Категория	Доли суждений респондентов	
		УО (n=52)	ЗПР (n=24)
-	Незнание проблем	0,74	-
-	Отсутствие проблем	0,37	-
-	Неадекватные суждения	-	0,52
1	Собственные переживания человека с плохим характером: одиночество, душевная боль, раскаяние, нервно-психическое напряжение, злость, обида, отчаяние, бездумное отношение к проблемам	10,74	12,95
2	Нарушение взаимоотношений с окружающими, негативное влияние на них, причинение им неприятных переживаний; месть окружающим	10	17,62
3	Нарушение взаимоотношений со сверстниками (друзьями)	7,78	6,74
4	Нарушение взаимоотношений с семьей — родителями, бабушками, дедушками, братьями и сестрами	7,41	4,66
5	Нарушение правил поведения, законов, проблемы с органами охраны правопорядка; общая характеристика поведения — создание проблем окружающим	7,41	7,25
6	Школьная посещаемость, школьная неуспеваемость	5,19	6,74
7	Проблемы в профессиональной сфере: неуспешность, низкая трудовая квалификация, административные взыскания, увольнение, безработица	5,19	5,7
8	Проблемы в коммуникативном поведении	4,81	4,15
9	Нарушение взаимоотношений с педагогами	4,81	2,59
10	Характерологические проблемы	4,44	-
11	Финансовые проблемы: расточительность, накопление долгов, последствия банкротства	4,07	1,55
12	Нарушение взаимоотношений на работе	4,07	5,7
13	Нарушение взаимоотношений с одноклассниками	2,96	-
14	Нарушение взаимоотношений с супругом (супругой)	2,96	0,52
-	Общая оценка разнообразия и существенности проблем	2,59	3,63
15	Нарушение взаимоотношений с собственными детьми	2,22	-
16	Проблемы со здоровьем	2,22	3,63
17	Декларация правил, норм и ценностей поведения	1,48	-
18	Нарушение романтических взаимоотношений	1,48	4,66
19	Вредные привычки, зависимости	1,11	0,52
20	Проблемы со временем: опоздания, нехватка времени	0,74	0,52
21	Проблемы с животными	0,74	-
22	Проблемы в принятии решений	0,74	0,52

23	Декларация возможности несчастий	0,37	0,52
24	Причины формирования плохого характера	0,37	-
25	Неуспешность в деятельности, в жизни	0,37	2,07
26	Жилищная проблема	0,37	0,52
27	Потеря места жительства	0,37	0,52
28	Проблемы с машиной	0,37	-
29	Имущественные проблемы	0,37	-
30	Проблемы с увлечениями	0,37	0,52
31	Неухоженный внешний вид	0,37	-
32	Проблемы с погодой	0,37	-
33	Ограничения в ментальном развитии, в развитии эмпатии, мотивационной сферы и сферы представлений; равнодушие.	-	4,15
34	Проблемы в получении профессионального образования	-	1,04
35	Проблемы в детстве	-	0,52

## Приложение 2

### Доли категорий контент-анализа проблем, обусловленных неправильным поведением, в массиве речевых суждений респондентов с УО и с ЗПР, %

Категория	Доли суждений респондентов	
	УО (n=52)	ЗПР (n=24)
Проблемы с начальством		
Незнание проблем	2,11	1,22
Неадекватные ответы	2,82	1,22
Общая атрибуция	3,52	-
Декларация нормы, правила поведения	0,7	-
Описание образа неправильного поведения: невыполнение поручения, неуважение своей карьеры, кража в кабинете начальника, опоздания, агрессивное поведение, выпивка в рабочее время, лень, прогулы, низкое качество работы и др.	23,94	8,54***
Увольнение с работы. Безработное состояние	26,06	31,71
Понижение зарплаты, лишение премии, задержка выплаты зарплаты	12,68	17,07
Напряженные отношения с начальством, недовольство начальства, потеря репутации	8,45	19,51*
Отчуждение коллег, нарушение делового сотрудничества	6,34	-
Создание тяжелых условий труда: работа по неудобному графику, преследование в трудовом коллективе и др.	2,82	1,22
Временное отстранение от работы, замена	2,82	-
Преследование работника по закону, судебно-психиатрическая экспертиза	2,11	3,66
Разрыв трудовых отношений по собственной инициативе	1,41	-
Криминальные последствия	1,41	1,22

Вынесение выговора, жалобы	1,41	2,44
Понижение в должности	0,7	3,66
Негативная реакция семьи на проблемы в трудовой деятельности	0,7	3,66
<b>Проблемы с сослуживцами</b>		
Незнание проблем	1,54	-
Неадекватные ответы, семантически неопределенные ответы	3,08	1,49
Общая атрибуция	3,85	1,49
Декларация нормы, правила поведения	2,31	-
Описание образа неправильного поведения, в т.ч. затевание драки в трудовом коллективе	23,08	7,46***
Отчуждение коллег, разрыв дружеских отношений в трудовом коллективе, изоляция, плохая репутация, ссоры, обиды	21,54	40,3***
Нарушение делового сотрудничества и взаимопонимания, отказ в помощи	11,54	20,9*
Распространение слухов о работнике, месть, угроза физической расправы	8,46	-
Административные взыскания: жалобы, штрафы, порицание	6,92	2,99
Увольнение с работы	5,38	5,97
Понижение зарплаты, лишение премии, задержка выплаты зарплаты	3,08	1,49
Напряженные отношения с начальством	2,31	-
Преследование работника по закону	1,54	-
Создание тяжелых условий труда: неудобный график, трудовая загруженность	1,54	-
Понимание своего маргинального положения в коллективе, осознание неправильного поведения	1,54	-
Негативная реакция семьи на проблемы в трудовой деятельности	1,54	-
Понижение в должности	0,77	1,49
Негативные последствия для имущественного статуса	-	1,49
<b>Проблемы с учителями</b>		
Незнание проблем	0,73	-
Неадекватные ответы, семантически неопределенные ответы	1,46	3,88
Общая атрибуция	2,19	1,94
Декларация нормы, правила поведения	3,65	-
Описание образа неправильного поведения, в т.ч. конфликтное поведение, невыполнение домашних заданий	23,36	20,39
Жалобы педагогов родителям ребенка — звонки, замечания в дневник	15,33	11,65
Вербальные методы воздействия	10,95	3,88*
Разбирательства с директором школы, классным руководителем, социальным педагогом, учителем	9,49	16,5
Разбирательство с родителями: физические наказания, грубое обращение, разговоры	5,84	-
Исключение из школы, перевод на домашнее обучение	5,84	8,74
Получение плохих оценок, низкая успеваемость	5,84	10,68
Ухудшение отношения педагогов к ребенку	5,11	9,71

Наказания, в т.ч. штраф, удаление из класса, физическая расправа	4,38	5,83
Проблемы с милицией, комиссией по делам несовершеннолетних, попадание в колонию	3,65	0,97
Проблемы с аттестацией	1,46	3,88
Проблемы с поступлением в профессиональное училище	0,73	-
Проблемы с парнем, девушкой		
Незнание	2,99	-
Неадекватные ответы	1,49	1,27
Общая атрибуция	0,75	1,27
Декларация правила поведения	2,24	-
Описание образа неправильного поведения:	15,67	10,13
Разрыв отношений по инициативе партнера, «пострадавшего» от НП	17,16	18,99
Прерывание отношений — общения по телефону, свиданий	15,67	11,39
Ссоры, конфликты, осложненное общение	14,93	12,66
Причинение негативных эмоций партнеру, ухудшение настроения	7,46	7,59
Ухудшение отношений между партнёрами, остывание чувств, помеха зарождению чувств	5,22	8,86
Обсуждение отношений с партнером	2,99	-
Подозрение в измене, измена	2,24	2,53
Месть, встречные оскорбления партнера	2,24	10,13**
Ревность	1,49	-
Территориальный разрыв	1,49	1,27
Одиночество	1,49	7,59*
Уголовное наказание	1,49	-
Прекращение помощи друг другу	0,75	-
Примирение партнеров как проблема	0,75	2,53
Нарушение временной перспективы	0,75	-
Поиск другого партнера для романтических отношений	0,75	-
Оспаривание в суде родительских прав	0,75	-
Проблемы с супругом		
Незнание	5,56	5
Неадекватные ответы, семантически неопределенные ответы	1,11	2,5
Общая атрибуция	-	1,25
Декларация нормы, правила поведения	2,22	-
Описание образа неправильного поведения	7,78	20**
Супруг прерывает или разрывает отношения с семьей, с супругом.	22,22	10**
Проблема территориального разрыва		
Ссоры, конфликты, высказывание претензий, упреков	15,56	12,5
Расторжение брака	13,33	21,25
Физическое насилие и последствия побоев	5,56	-
Измена	5,56	2,5

Накопление негативных переживаний и чувств к супругу, который неправильно себя ведет	4,44	1,25
Ухудшение отношений супругов	4,44	7,5
Создание новой семьи, построение новых отношений	3,33	1,25
Обсуждение взаимных чувств и отношений	2,22	-
Нарушение общения супругов с детьми, невыполнение воспитательных функций	2,22	2,5
Злоупотребление алкоголем	2,22	2,5
Проблема проживания детей после развода с матерью	1,11	1,25
Обращение в органы охраны правопорядка	1,11	3,75
<b>Проблемы с детьми</b>		
Незнание	5,68	2,53
Неадекватные ответы	2,27	-
Общая атрибуция	-	-
Декларация нормы, правила поведения	5,68	-
Описание образа неправильного поведения	34,09	16,46***
Избегание родителя детьми. Проявления чувства отчуждения, обиды, страха	11,36	31,65***
Нарушение поведения у детей	9,09	11,39
Негативный прогноз формирования характера детей	6,82	24,05***
Лишение родительских прав	5,68	-
Неуважение к родителю со стороны детей, непослушание	4,55	6,33
Защита детей от действий отца, в т.ч. путем разрушения семьи	4,55	-
Проблемы школьные	4,55	2,53
Побеги детей, уход из дома	3,41	5,06
Проблема примирения родителей с детьми	1,14	-
Зависть детям других отцов	1,14	-
<b>Проблемы с друзьями</b>		
Незнание	0,89	-
Неадекватные ответы, семантически неопределенные ответы	3,57	1,19
Общая атрибуция	4,46	3,57
Декларация нормы, правила поведения	3,57	-
Описание образа неправильного поведения. Ссоры	13,39	10,71
Прекращение или сокращение дружеских отношений, общения. Игнорирование	26,79	33,33
Причинение друзьям неприятных переживаний. Утрата уважения	8,93	4,76
Драки	8,04	2,38*
Отсутствие совместных прогулок, досуга	6,25	-
Осуждение, порицание друга за неправильное поведение	6,25	-
Отказ в помощи	5,36	1,19*
Плохое, в т.ч. «зеркальное», обращение с «бывшим» другом	5,36	15,48**

Стебляк Е.А. Представления о последствиях плохого характера и неправильного поведения у подростков с интеллектуальной недостаточностью  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 205–241.

*Steblyak E.A. Ideas about the Consequences of Bad Character and Improper Behavior in Adolescents with Intellectual Disabilities  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 205–241.*

Негативное влияние на друзей	1,79	2,38
Собственные переживания «виновника» в неправильном поведении по отношению к друзьям	1,79	5,95
Бывшие друзья обзаводятся новыми друзьями	1,79	-
Поиск защиты от неправильного поведения у взрослых	0,89	-
Вмешательство полиции	0,89	2,38

*Примечание:* \* — различия значимы при  $p < 0,05$ ; \*\* — различия значимы при  $p < 0,01$ ; \*\*\* — различия значимы при  $p < 0,001$ .

### **Информация об авторе**

*Стебляк Елена Анатольевна*, кандидат педагогических наук, доцент кафедры дефектологического образования, Омский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО ОмГПУ), г. Омск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-9695>; e-mail: [steblyak@list.ru](mailto:steblyak@list.ru)

### **Information about the author**

*Elena A. Steblyak*, PhD (Pedagogical Sciences), Associate Professor, Department of Defectological Education, Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-9695>; e-mail: [steblyak@list.ru](mailto:steblyak@list.ru)

*Получена: 21.10.2021*

*Received: 21.10.2021*

*Принята в печать: 10.09.2022*

*Accepted: 10.09.2022*

# Самореализация лиц с атипичным развитием: сравнительный анализ нозологических групп

**Шипова Н.С.**

*Костромской государственный университет (ФГБОУ ВО КГУ),*

*г. Кострома, Российская Федерация,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0741-1297>, e-mail: ns.shipova@yandex.ru*

---

Работа направлена на выявление специфики самореализации лиц с атипичным развитием различных нозологий. Представлены материалы эмпирического исследования, полученные на выборках лиц с типичным ( $n=232$ ;  $M=26,34\pm 13,47$  лет) и атипичным ( $n=177$ ;  $M=28,89\pm 18,16$  лет) развитием. Нозологические группы представлены следующими категориями: нарушение зрения (15 человек), нарушение слуха (9 человек), нарушение опорно-двигательного аппарата (27 человек), нарушение интеллекта (81 человек), наличие инвалидизирующих заболеваний (45 человек). Методический инструментарий включал Тест суждений самореализации личности (С.И. Кудинов, 2012); авторское полуструктурированное интервью для изучения характеристик, барьеров, ресурсов самореализации. Путем сравнения с группой нормативно развивающихся респондентов выявлена специфика самореализации лиц с атипичным развитием. Лица с нарушением слуха более экстернальны, но менее активны в самореализации. Лица с нарушенным зрением более пассивны в самореализации, чаще считают ее неэффективной. Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата более пессимистичны относительно самореализации, более ориентированы на социум, признают зависимость самореализации от обстоятельств, но считают ее уникальной. Лица с инвалидизирующими заболеваниями меньше стремятся к самореализации в личностном плане, ощущают меньшие потенциал и оптимизм самореализации и проявляют менее выраженные социально-корпоративные установки и креативность самореализации. Лица с нарушениями интеллекта реже стремятся к личностной и профессиональной/учебной самореализации, демонстрируют меньшую активность и интернальность усилий, оценивают ее как менее эффективную и уникальную, однако применяемые способы самореализации оцениваются ими как нестандартные. У данной группы выявлены различия в оценках субъективной успешности самореализации в профессиональной и учебной сферах. У лиц с нарушенным развитием выявлено доминирование обстоятельств внешней среды как барьера, а социальной поддержки как ресурса самореализации. Значимые различия в субъективных оценках успешности самореализации в различных сферах жизни у разных нозологических групп отмечены только в сфере профессиональной/учебной самореализации.

**Ключевые слова:** самореализация, типичное развитие, атипичное развитие, сферы самореализации, барьеры, ресурсы.



**Финансирование.** Исследование выполнено при поддержке гранта Президента РФ для молодых ученых-кандидатов наук МК-6263.2021.2.

**Для цитаты:** Шупова Н.С. Самореализация лиц с атипичным развитием: сравнительный анализ нозологических групп [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 242–261. DOI: 10.17759/cpse.2022110310

---

## Self-Realization of Persons with Atypical Development: A Comparative Analysis of Nosological Groups

**Natalya S. Shipova**

*Kostroma State University, Kostroma, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0741-1297>, e-mail: [ns.shipova@yandex.ru](mailto:ns.shipova@yandex.ru)*

---

This study aims to define the specifics of self-realization of persons with atypical development of various nosologies. The materials of an empirical study obtained on a sample of individuals with typical ( $n=232$ ;  $M=26.34\pm 13.47$  y.o.) and atypical development ( $n=177$ ;  $M=28.89\pm 18.16$  y.o.) are presented. The sample includes the following nosological groups: visual impairment ( $n=15$ ), hearing impairment ( $n=9$ ), musculoskeletal disorders ( $n=27$ ), intellectual impairment ( $n=81$ ), the presence of disabling diseases ( $n=45$ ). The methodological tools included the Personality Self-Realization Judgment Test (S.I. Kudinov, 2012); semi-structured interview to study the characteristics, barriers, resources of self-realization. The specificity of self-realization of persons with atypical development was revealed by comparing these persons with atypical development and a group of normatively developing respondents. Persons with hearing impairment are more external, but less active in self-realization. Persons with impaired vision are more passive in self-realization, more often they consider it ineffective. Persons with musculoskeletal disorders are more pessimistic about self-realization, more socially oriented, recognize the dependence of self-realization on circumstances, but they consider it unique. Persons with disabling diseases strive less for self-realization in a personal sense, feel less potential for self-realization and optimism in relation to it; we noted less pronounced social-corporate attitudes and creativity of self-realization. Persons with intellectual disabilities are less likely to seek personal and professional/educational self-realization, demonstrate less activity and internality of efforts, evaluate it as less effective and unique, but they evaluate the methods used as non-standard. Differences in the success of self-realization in the professional and educational spheres are revealed. The circumstances of the external environment are the dominant barrier in individuals with atypical development. The main resource of self-realization is social support. Significant differences in subjective assessments of the success of self-realization in various spheres of life in different nosological groups were noted in the field of professional/educational self-realization.

**Keywords:** self-realization, typical development, atypical development, spheres, barriers, resources.

**Funding.** The study was supported by the grant of the President of the Russian Federation for young scientists-candidates of sciences MK-6263.2021.2.

**For citation:** Shipova N.S. Self-Realization of Persons with Atypical Development: A Comparative Analysis of Nosological Groups. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija = Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 242–261. DOI: 10.17759/cpse.2022110310 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

## Введение

Начало XXI века характеризуется изменениями в экономической, политической, социальной и духовной сферах общества. Смена социальных идеалов, эволюция научной картины мира и способов его познания стимулируют интерес к проблематике самореализации человека. Реализация себя в профессиональных, социальных, творческих формах жизни все больше обретает статус личной и общественной ценности [2]. Важность реализации возможностей и потенциалов каждого человека декларируется современными нормами права и поддерживается общественным мнением мирового сообщества. Проблема самореализации в современном мире приобрела общенаучное звучание, поэтому вслед за С.И. Кудиновым [8], Л.А. Коростылевой [6], Е.И. Исаевым, П.А. Галушкиным [4] мы заявляем о многоаспектности заявленной проблематики.

Состояние разработанности проблемы самореализации инвалидов не соответствует масштабам, остроте и глубине данной проблематики [17]. Много внимания начало уделяться активности таких людей в различных сферах жизни и деятельности, что в целом привело к возможности рассмотрения их активной позиции в авторстве собственной жизни [18]. Самореализация является процессом реализации себя, осуществлении себя в повседневной жизнедеятельности, нахождения своего индивидуального жизненного пути, личных смыслов и ценностей [7]. Согласно результатам теоретического анализа, в основе процессов самореализации и самоактуализации лежит внутреннее побуждение человека к росту, развитию личности, реализации своего потенциала. Основные различия заключаются в большей осознанности и планомерности процесса самореализации, а также в ее преимущественно социальной направленности. При этом самоактуализация зачастую связана с борьбой с внешними силами, а стремление к самореализации, скорее, одобряемо и поддерживаемо социумом. В отличие от самоэффективности самореализация представляет собой процесс, а не устойчивое образование и может выражаться как во внешнем, так и во внутреннем плане через связь с ценностно-смысловой и мотивационной сферами личности. Самореализация лиц с атипичным развитием имеет специфику: отчуждение индивида от общества [2]; доминирование агармонических переменных в структурной организации [8]; возрастная закономерность снижения удовлетворенности жизнью у лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата [8]; схожесть самореализации в группах испытуемых, отличающихся по степени выраженности дефекта (срокам

и степени потери зрения) [2]; наиболее высокие оценки собственных трудовых и социально-бытовых умений лицами с интеллектуальными нарушениями [21]; доминирование в структуре самореализации пассивности, пессимистичности, экстернального локуса контроля у лиц с низкой активностью [9].

В.Е. Клочко и Э.В. Галажинский полагают, что самореализация конституирует активно-деятельностный аспект жизни [5]. Для самореализации с позиций деятельностной составляющей характерны необратимость, многовариативность, субъективность, рефлексивность [3]. Наиболее распространенными сферами самореализации лиц с ограниченными возможностями здоровья являются наука, сфера культуры и искусства, общественная деятельность [12], творчество [15; 17], спорт [14; 19], образование [19]. Многие ученые декларируют, что развитие карьеры имеет решающее значение для ценности самореализации [23; 25; 26]. Хотя выделение карьеры как сферы самореализации лиц с атипичным развитием сопряжено с трудностями, обусловленными наличием дефекта и его влиянием на выполнение трудовых обязанностей, профессиональная самореализация выделяется отдельно [12]. Практически отсутствуют в научной литературе данные о самореализации лиц с инвалидностью в семейной сфере [15].

Важными аспектами реализации потенциала нами признаются ресурсы и барьеры самореализации. Вслед за А.А. Маленовым ресурсы мы рассматриваем как связующее звено между внутренними предпосылками субъекта и внешними условиями их эффективной реализации в процессе целенаправленной деятельности [10]. Отмечена дефицитарность исследований ресурсов самореализации, однако зачастую как главное условие раскрытия потенциала субъекта с нарушенным здоровьем рассматриваются развивающая среда и возможность интерактивного взаимодействия с социумом [1].

Барьерами самореализации выступают аспекты внешней и внутренней жизни субъекта с атипичным развитием: архитектурная недоступность зданий [14; 17; 19; 22; 25]; несоответствие запросов и интересов [14]; отсутствие развивающих и адаптирующих форм культурно-досуговой деятельности [14]; отсутствие квалифицированных педагогов [11]; ограниченное социальное пространство [13]; внимание окружающих к проблеме инвалида [22; 25]; тенденция к изоляции, депрессии [22; 25]; отсутствие интеграции в группу [22; 25].

На основании теоретического исследования мы отмечаем наличие актуальной проблемы изучения самореализации лиц с атипичным развитием [20] и необходимость придания данной тематике большей конкретности в плане соотнесения возможностей, барьеров, сфер самореализации лиц различных нозологических категорий.

**Целью исследования** стало выявление специфики самореализации лиц с атипичным развитием различных нозологических групп. Нами проверялась **гипотеза** о наличии специфики характеристик самореализации, ее успешности (опираясь на субъективную оценку респондента, включающую сопоставление с желаемым уровнем) в различных сферах жизни в зависимости от типа дизонтогенеза.

## Методы исследования

**Выборка исследования.** Выборка включала 409 респондентов от 14 до 70 лет, из них 269 женщин (66%) и 140 мужчин (34%), поделенных на две подгруппы.

1) Лица с типичным развитием: 232 человека (средний возраст —  $26,34 \pm 13,47$  лет), из них 175 женщин и 57 мужчин. Распределение по сфере занятости было следующим: 72 учащихся школ, 41 студент вузов, 32 работника сферы образования, 11 — медицины, 2 — сельского хозяйства, 5 — строительной сферы, 4 — спорта, 7 — торговли, 3 — военной, 5 — сферы искусства. 11 опрошенных являлись пенсионерами, 13 — служащими различного рода, 4 — вели домашнее хозяйство, 22 человека трудились на рабочих специальностях. Уровень образования распределился следующим образом: неполное среднее образование имели 72 человека, среднее и средне-профессиональное — 75 человек, неоконченное высшее — 46 человек, высшее — 39 человек. 140 человек из выборки не состояли в браке, 92 — имели семьи.

2) Лица с атипичным развитием: 177 человек (средний возраст —  $28,89 \pm 18,16$  лет), из них 92 женщины и 85 мужчин. В выборке 15 человек имели нарушения зрения, 9 — нарушения слуха, 27 — нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА), 81 — нарушения интеллекта и 45 — соматические заболевания. Распределение по сфере занятости было следующим: 59 учащихся школ, 33 студента, 9 пенсионеров, 7 работников сферы образования, 7 — медицины, 5 — торговли, 5 — социальной защиты, 4 — творчества, 2 — спорта, 2 — строительства, 1 — сельского хозяйства. 21 человек трудились на рабочих специальностях, 6 — являлись служащими различного рода, 3 человека занимались домашним хозяйством, 13 человек — безработные. Уровень образования распределился следующим образом: неполное среднее образование — 63 человека, среднее и средне-специальное — 77 человек, неоконченное высшее — 20, высшее — 17 респондентов. 117 человек из выборки не состояли в браке, 21 — имели семьи. Все опрошенные имели статус лица с ограниченными возможностями здоровья и/или инвалидность. Репрезентативность выборки обеспечивается ее разнородностью: автор не ставил целью исследование определенных социальных, учебных, профессиональных групп, в этом случае можем полагать, что выборка представляет срез общества.

**Методики.** Методический инструментарий включал в себя две методики.

1. Тест суждений самореализации личности (С.И. Кудинов, 2012) [7]. Тест позволяет диагностировать особенности самореализации в различных сферах деятельности и включает 102 вопроса, разгруппированных в 17 шкал: Социально-корпоративные установки самореализации, Субъектно-личностные установки самореализации, Активность, Инертность, Оптимистичность, Пессимистичность, Интернальность, Экстернальность, Социоцентрическая мотивация самореализации, Эгоцентрическая мотивация самореализации, Креативность, Консервативность, Конструктивность, Деструктивность, Социальные барьеры, Личностные барьеры, Искренность. Выбор ответа производится респондентом путем оценки согласия/несогласия с приведенным утверждением по шкале от 1 («нет») до 6 («однозначно»)

да») баллов. Обработка ответов производится в 5 этапов (оценка искренности испытуемого, выраженность характеристик самореализации, ее уровни и виды);

2. Авторское интервью, состоящее из нескольких блоков, последовательно проясняющих специфику самореализации респондентов; трудности, с которыми они встречаются на данном пути, а также способы их преодоления. Интервью включает 25 вопросов, предполагающих развернутый ответ. Один вопрос предполагает оценку субъективно воспринимаемой успешности респондентов в различных сферах самореализации в континууме 0–100%. 12 вопросов направлены на субъективную оценку характеристик реализации личностью собственного потенциала. Среднее время прохождения интервью — 35 минут. Проведение данного вида опроса необходимо в связи с особенностями выборки, поскольку стандартизированные методики не дают требуемого охвата изучаемых параметров, а также требуют проверки полученных данных иными психодиагностическими методами.

**Процедура исследования.** Участие в исследовании было основано на принципе добровольности. В процессе исследования осуществлялся контроль самочувствия и настроения испытуемых для поддержания их мотивации к общению и обеспечения достоверности результатов. Исследование проводилось индивидуально с каждым респондентом, были созданы условия для доверительной беседы и бытового комфорта. Места проведения опроса были различны: место проживания опрошенных, кабинет психолога в учреждениях образования или социальной защиты, отдельный кабинет в библиотеке и т.п. Средняя длительность диагностики составляла 40–60 минут; при необходимости процесс разбивался на два дня (причинами выступала усталость испытуемых и снижение интереса к выполняемой деятельности). Всем испытуемым перед началом исследования были разъяснены их права, даны гарантии конфиденциальности и целевого использования данных.

**Анализ данных.** Статистическая обработка результатов производилась при помощи программы Statistica v. 10.0. Использовались следующие статистические процедуры: дескриптивная статистика, критерий Манна–Уитни, критерий Краскелла–Уоллиса. Результаты интервью обрабатывались методом контент-анализа. За единицу анализа были выбраны слова и словосочетания («барьер», «препятствие», «мне мешает», «мне не дает», «мне помогает», «я пользуюсь», «благодаря», «помощь», «поддержка»). Экспертами выступали специалисты, работающие с лицами, имеющими нарушенное здоровье (руководитель общественной организации инвалидов, психологи и педагоги, ведущие коррекционные занятия). Всего участвовало четыре эксперта, которые выделили пять категорий оценивания (личность, обстоятельства, окружение, страх/лень, творчество) и две обобщенные категории: барьеры и ресурсы самореализации. Для сравнения частотности упоминания категорий ответов респондентами был использован критерий Фишера. Коэффициент вариации для оценки согласованности экспертных мнений составил 0,21.

При ответах на вопросы о субъективной оценке параметров собственной самореализации респонденту было предложено выбрать из пары дихотомических определений то, которое ближе всего к его характеристикам, а затем оценить (от 1 до 5) его выраженность. Так, были проанализированы пары Активность/

Пассивность; Оптимистичность/Пессимистичность; Интернальность/Экстернальность; Самореализация для других/Самореализация для себя; Нестандартность способов самореализации/Стандартность способов самореализации; Эффективность/Неэффективность; Необходимость для социума/Личная мотивированность. Отдельно анализировались вопросы стремления к личностной, профессиональной и/или учебной самореализации, уникальности собственного пути самореализации для субъекта, наличие у него потенциала самореализации и осознания ее ценности. Они также предполагали собственную числовую оценку выраженности данного параметра респондентом. Ответы испытуемых на данные вопросы сопоставлялись с результатами экспертной оценки, данной 8 специалистами помогающих профессий, осуществляющих работу с данной категорией лиц (педагоги-психологи школ, кураторы учебных групп студентов, руководители кружков и клубов, руководители общественных организаций инвалидов). Степень согласованности ответов — 87%. В целом, в соответствии с воззрениями А.М. Улановского [16], рассмотрение респондента в качестве эксперта, а также индуктивный подход, интерес к единичным случаям и отсутствие жесткой стандартизации делает исследование такого плана соответствующим принципам качественного исследования.

### Результаты

Описательная статистика показателей аспектов самореализации, полученных во всех подгруппах выборки, представлена в Приложении 1. Сравнение характеристик самореализации, выявленных при помощи Теста суждений самореализации личности (С.И. Кудинов, 2012) и полученных в результате экспертных оценок данных интервью, осуществлялось посредством критерия Манна-Уитни: группы респондентов каждой нозологии сравнивались с контрольной группой (респондентами с типичным развитием) по отдельности, поэтому поправки на множественность сравнения не использовались. Выявлены значимые различия в группе лиц с нарушением слуха по параметру Активности ( $U=16,5$ ,  $p=0,03$ ) и Экстернальности ( $U=32$ ,  $p=0,05$ ), то есть глухие и слабослышащие больше ориентируются в своей реализации на социум, жизненные обстоятельства, чем на себя, при этом являясь менее активными, чем лица с типичным развитием.

В группе лиц с нарушенным зрением выявлены значимые различия по параметрам Пассивности ( $U=648$ ,  $p=0,05$ ) и Неэффективности ( $U=437$ ,  $p=0,03$ ). Таким образом, лица с нарушением зрения признают процесс своей реализации менее эффективным и в целом прилагают меньше усилий к его осуществлению.

В группе лиц с НОДА выявлены различия по параметрам Пессимистичности ( $U=1595$ ,  $p=0,007$ ), Экстернальности ( $U=1424$ ,  $p=0,001$ ), Ориентированности на социум ( $U=1672,5$ ,  $p=0,02$ ) и Уникальности самореализации ( $U=1789,5$ ,  $p=0,04$ ). Иными словами, по сравнению с контрольной группой лица с НОДА более пессимистично настроены в отношении возможности самореализации и более ориентированы на социум при формулировании целей самореализации, но в то же время признают большую зависимость ее процесса от обстоятельств, а не от собственных усилий. Характерно, что эта подгруппа чаще отмечает уникальность процесса собственной самореализации по сравнению с типично развивающимися людьми.

В группе лиц с инвалидизирующими соматическими заболеваниями выявлены различия по Стремлению к личностной самореализации ( $U=675,5$ ,  $p=0,03$ ), Оптимистичности ( $U=656$ ,  $p=0,02$ ), Наличию потенциала самореализации ( $U=714$ ,  $p=0,04$ ). Характерно, что все обозначенные параметры выше в группе лиц с типичным развитием. То есть лица, имеющие соматические заболевания, в меньшей степени стремятся реализоваться в личностном плане, они менее оптимистично настроены относительно возможностей самореализации и ощущают меньший потенциал для осуществления этого процесса. Также в данной группе обнаружены более слабые социально-корпоративные установки самореализации ( $U=498,5$ ,  $p=0,014$ ), более низкие показатели креативности ( $U=561$ ,  $p=0,022$ ) и выраженности самореализации в личностной и социальной сферах ( $U=498$ ,  $p=0,014$  и  $U=507$ ,  $p=0,017$  соответственно). Группа демонстрирует бóльшую пессимистичность взглядов на собственную реализацию, чем лица с типичным развитием ( $U=490$ ,  $p=0,01$ ).

По сравнению с типично развивающимися респондентами в группе лиц с нарушениями интеллекта выявлены более слабое стремление к личностной ( $U=4736,5$ ,  $p<0,001$ ) и профессиональной/учебной ( $U=6012$ ,  $p=0,02$ ) самореализации; более низкие показатели Активности ( $U=5855$ ,  $p=0,01$ ) и Интернальности ( $U=6013$ ,  $p=0,02$ ) усилий самореализации. Они оценивают свою самореализацию как менее эффективную ( $U=5997$ ,  $p=0,03$ ) и уникальную ( $U=5474$ ,  $p=0,003$ ). Также они проявляют менее выраженную личную мотивацию к самореализации ( $U=5225$ ,  $p=0,002$ ), однако способы, применяемые для реализации собственного потенциала, лица с нарушением интеллекта признают более нестандартными, чем лица, развивающиеся нормативно ( $U=5232$ ,  $p<0,001$ ). Таким образом, нами обнаружена специфика характеристик самореализации каждой нозологической группы при их сравнении с типично развивающимися людьми.

Далее были сопоставлены полученные при помощи интервью характеристики самореализации разных категорий лиц с нарушенным развитием между собой. Различия были обнаружены по параметрам Экстернальность ( $H=12,23$ ,  $p=0,02$ ), Стандартность способов самореализации ( $H=14,73$ ,  $p=0,005$ ), Неэффективность ( $H=13,04$ ,  $p=0,01$ ), Необходимость для социума ( $H=9,57$ ,  $p=0,05$ ), Личная мотивированность ( $H=12,39$ ,  $p=0,01$ ) и Наличие потенциала ( $H=9,61$ ,  $p=0,05$ ).

По сравнению с другими нозологическими группами группа лиц с нарушением слуха оказалась в большей степени личностно замотивирована в самореализации; респонденты этой группы отмечают больший потенциал самореализации (средний ранг (с.р.) — 107,50), при этом признают больший вклад обстоятельств в данный процесс, чем собственных усилий (с.р. — 110,75), и применяет более стандартные способы его осуществления (с.р. — 106,50). Однако именно данная группа чаще оценивает процесс самореализации как неэффективный (с.р. — 112,00).

Наибольшую эффективность собственной реализации признает группа лиц с нарушением зрения (наименьший с.р. — 39,82). Наименьшие потенциальные возможности самореализации отмечают у себя лица, имеющие соматические заболевания (с.р. — 47,08). Стоит отметить, что наименьшую экстернальность продемонстрировала группа лиц с нарушением интеллекта (с.р. — 57,95): они

в меньшей степени ориентированы на обстоятельства при реализации собственного потенциала и больше рассчитывают на свои силы и способности. Полученный результат объясняется нами неадекватной оценкой собственных способностей вследствие характеристик дефекта. Этим же мы склонны обосновывать тенденцию у данной группы лиц оценивать применяемые ими способы самореализации как нестандартные (средний ранг с.р. — 55,7).

При помощи интервью мы изучили субъективно воспринимаемую успешность респондентов в различных сферах самореализации (уравнивание групп по демографическим показателям здесь не предпринималось, поскольку была важна именно субъективная оценка ситуации респондентом). Был проведен анализ сфер самореализации относительно каждой нозологической группы (см. таблицу).

Таблица

**Субъективная оценка успешности самореализации в различных сферах  
(мин. — 0%, макс. — 100%)**

Сферы самореализации	Лица с нарушением слуха	Лица с нарушением зрения	Лица с НОДА	Лица с соматическими заболеваниями	Лица с нарушением интеллекта
	М±SD	М±SD	М±SD	М±SD	М±SD
Профессиональная	71,25±23,72	69,00±26,13	55,00±19,90	70,00±25,11	55,14±23,92
Партнерская	77,50±23,15	73,33±23,45	53,75±16,52	61,67±27,32	76,14±38,39
Семейная	83,33±15,28	76,88±24,92	68,00±16,81	73,39±28,02	76,77±27,36
Личностная	82,50±21,88	78,33±17,36	64,62±22,22	71,05±19,25	73,92±25,63
Социальная	78,75±26,42	72,00±22,90	61,88±18,79	71,79±21,66	67,72±26,29
Творчество	71,25±26,96	74,17±28,43	70,31±20,85	63,46±26,09	61,86±29,66
Досуг	71,25±26,96	64,17±26,78	70,63±21,20	63,82±26,34	58,12±29,58
Средний уровень самореализации по всем сферам	76,55	72,55	63,46	67,88	67,10

При попарном сравнении сфер самореализации с контрольной группой по критерию Манна–Уитни не были выявлены различия в группах лиц с нарушением интеллекта, слуха и зрения. При сравнении нормативно развивающихся людей с группой лиц с НОДА различия были обнаружены в социальной сфере самореализации ( $U=273$ ,  $p=0,002$ ), а при сравнении с группой лиц с соматическими заболеваниями — в сфере профессиональной самореализации ( $U=977$ ,  $p=0,03$ ).

Статистический анализ данных всех нозологических групп выявил значимые различия только в сфере профессиональной самореализации ( $N=10,91$ ,  $p=0,03$ ). В группах лиц с НОДА (с.р. — 49,31) и с нарушением интеллекта (с.р. — 50,74) обнаружены наиболее низкие показатели по данному параметру по сравнению с остальными нозологическими группами (с.р. при сравнении с группами лиц с нарушением слуха, нарушением зрения и соматическими заболеваниями — 69,69,



71,45 и 71,51 соответственно). Далее были изучены факторы, препятствующие и способствующие самореализации личности (рис. 1 и 2 соответственно).

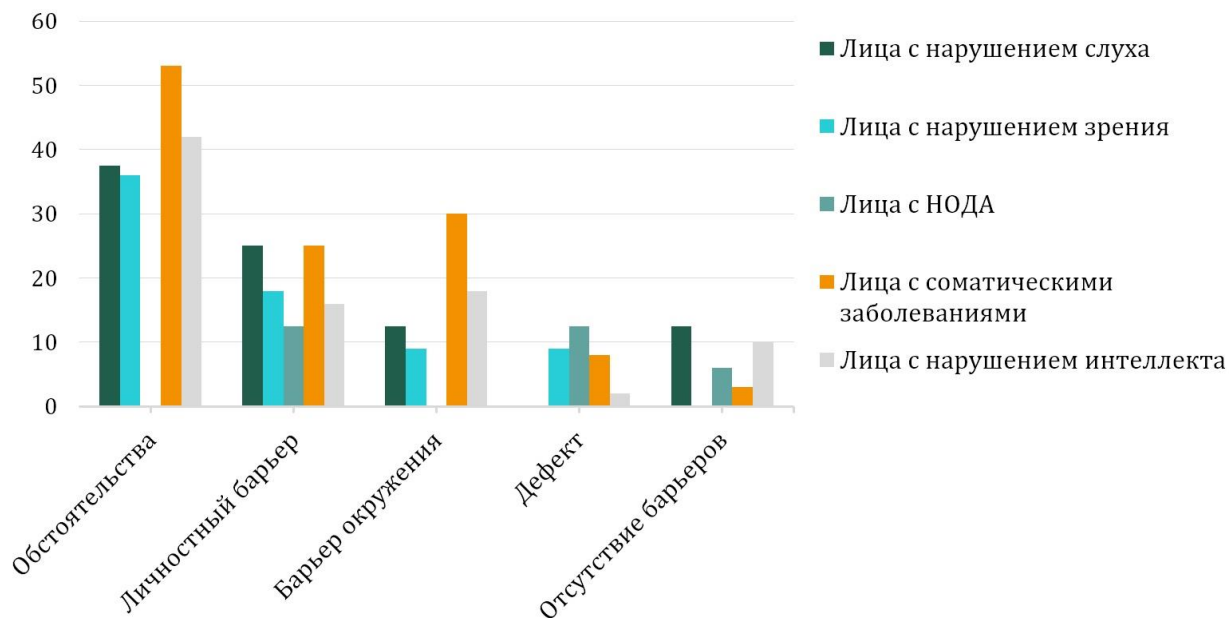


Рис. 1. Барьеры самореализации в представлениях различных групп респондентов

Практически у всех респондентов доминирует внешний барьер, то есть наличие внешних относительно субъекта обстоятельств ( $\varphi=3,33$ ,  $p=0,01$  по сравнению со следующим по популярности ответом — барьером личностных качеств опрошенного); лица с НОДА — единственная группа, для которой обстоятельства не были значимым барьером (0% упоминаний). Отметим, что личностный барьер важен для всех категорий респондентов (рис. 1).

Барьер окружения, рассматриваемый респондентами как наличие негативно настроенных к ним людей, ощущение враждебности окружающих и страха перед их мнением, находится на третьем месте по степени значимости практически для всех нозологических группах, кроме лиц с НОДА, которые не отметили его в своих ответах ни разу.

Наличие дефекта как барьера самореализации отмечают 9% лиц с нарушением зрения, 12,5% лиц с НОДА, 8% лиц с соматическими заболеваниями, 2% лиц с нарушением интеллекта; для группы лиц с нарушенным слухом данный барьер не является субъективно значимым (0% упоминаний). Частота упоминаний данного барьера во всех нозологических группах при сопоставлении с частотой упоминания наиболее значимого для большинства — барьера внешних обстоятельств — статистически не отличается.

Об отсутствии барьеров самореализации говорят 12,5% лиц с нарушением слуха ( $\varphi=2,001$ ,  $p=0,05$  при сравнении со значением барьера внешних обстоятельств как наиболее выраженного), 6% лиц с НОДА ( $\varphi=2,71$ ,  $p=0,01$ ), 3% лиц с соматическими заболеваниями ( $\varphi=1,84$ ,  $p=0,05$ ), 10% лиц с нарушением интеллекта ( $\varphi=4,96$ ,  $p=0,01$ ). Характерно, что лица с типичным развитием и с нарушением зрения не отмечают отсутствия барьеров.

Ресурсы, обозначенные респондентами разных нозологических групп, представлены на рисунке 2.

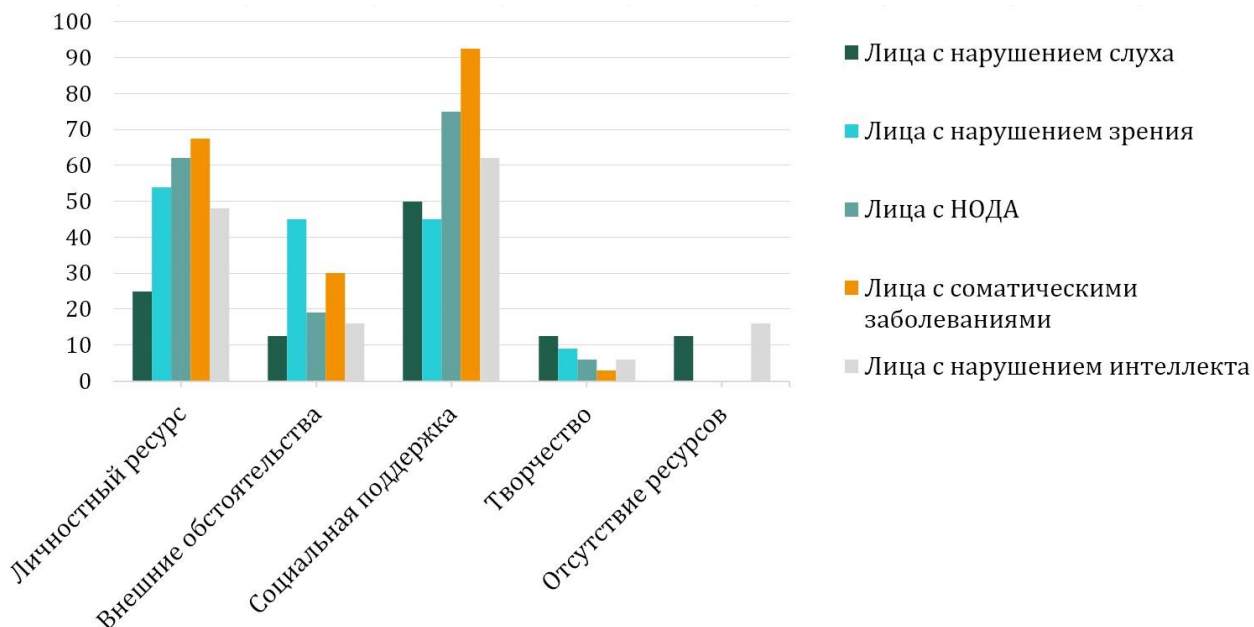


Рис. 2. Ресурсы самореализации в представлениях различных групп респондентов

Наиболее высокое значение для респондентов имеют такие ресурсы самореализации, как поддержка других людей и собственные личностные качества, менее важными ресурсами выступают обстоятельства и способность к творчеству. Статистически значимыми являются ресурсы поддержки окружающих (в сравнении со следующим по популярности ресурсом внешних обстоятельств) для лиц с НОДА ( $\varphi=2,87$ ,  $p=0,01$ ), лиц с соматическими заболеваниями ( $\varphi=2,37$ ,  $p=0,01$ ) и лиц с нарушением интеллекта ( $\varphi=2,63$ ,  $p=0,01$ ), а также качества собственной личности для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата ( $\varphi=2,31$ ,  $p=0,01$ ). Отметим, что респонденты с нарушением слуха и интеллекта заявили об отсутствии у них ресурсов самореализации, тогда как представители других трех нозологических групп отметили наличие ресурсов самореализации.

### Обсуждение

Нами выявлена специфика самореализации лиц с различными нарушениями здоровья при попарном сравнении их показателей с результатами типично развивающихся людей. Лица с нарушением слуха являются менее активными в реализации собственного потенциала, а также они более ориентированы на следование жизненным обстоятельствам. Лица с нарушением зрения более пассивны в процессе своей реализации и оценивают ее как менее эффективную при сравнении с нормативно развивающимися респондентами, при этом в сравнении с другими нозологическими группами данная группа, напротив, субъективно более высоко оценивает эффективность самореализации. Лица с НОДА по сравнению с лицами, развивающимися типично, оценивают свои возможности в самореализации более пессимистично, они ориентированы на социум при определении ее целей

и способов осуществления. Лица, имеющие соматические заболевания, при сопоставлении с типично развивающимися респондентами в меньшей степени стремятся реализовать в личностном плане, они менее оптимистично настроены относительно возможностей самореализации и ощущают меньший потенциал для осуществления этого процесса. Лица с нарушением интеллекта в меньшей степени, чем нормативно развивающиеся респонденты, стремятся к самореализации в важных сферах жизни, они более пассивны и ориентированы на обстоятельства.

В целом, способы, применяемые для реализации собственного потенциала, лица с нарушенным развитием признают более нестандартными, чем лица, развивающиеся нормативно. Различия в характеристиках самореализации у респондентов различных нозологических групп мы склонны обосновывать наличием дефекта, определяющего основные параметры жизнедеятельности субъекта. Можно отметить схожесть полученных нами данных с результатами исследований П.А. Галушкина [2] и С.И. Кудинова [8], в которых авторами отмечается преобладание агармонических переменных самореализации. Согласно данным этих авторов, нормативно развивающиеся субъекты демонстрируют более сбалансированную картину параметров самореализации, без явного преобладания или, напротив, слабой выраженности определенных параметров по сравнению с лицами с ОВЗ.

Нами получены результаты, противоречащие данным К.Д. Филатовой и Е.А. Махова [17], в соответствии с которыми лица с ОВЗ склонны оценивать свою самореализацию на очень низком (16%), низком (52%) и среднем (32%) уровнях. В текущем исследовании не обнаружено значимых различий между уровнями самореализации лиц с различным статусом здоровья. Респонденты с атипичным развитием высоко оценивали собственную реализацию, в 20% случаев они присваивали собственной успешности максимальный балл. Мы склонны полагать, что причина различий в данных двух исследованиях состоит либо в успешной адаптации респондентов и преодолении ими ограничений, накладываемых дефектом, либо в недостаточно критичном отношении к субъективной оценке уровня собственной самореализации. Возможно, наличие дефекта является фактором стремления к максимальной реализации собственного потенциала, в соответствии с исследованиями М. Русу [24], в которых чувство неполноценности рассматривается с точки зрения источника и стимула индивидуального прогресса.

Различия в социальной сфере самореализации лиц с НОДА объясняются нами ограничением мобильности данной категории респондентов, что приводит к сужению круга социальных контактов и ощущению меньшей успешности субъекта в сфере общения и взаимодействия. Обнаружение различий в сфере профессиональной самореализации в группе лиц с соматическими заболеваниями мы можем обосновать ухудшением физического самочувствия, вследствие чего субъекту становится сложно выполнять профессиональные обязанности. Полученные результаты частично соотносятся с выводом С.И. Кудинова об ограничениях возможностей лиц с атипичным развитием в сфере социальной и профессиональной самореализации [8].

Среди лиц с нарушением интеллекта существует тенденция оценивать наиболее успешное действие как наиболее освоенное, а наименее успешное — как наименее освоенное [21]. Это хорошо соотносится с результатами нашего исследования лиц с нарушениями интеллекта в плане консервативности стратегий самореализации. Респонденты также отмечают важность характеристик своей личности как барьера самореализации (для лиц с нарушением слуха личностный барьер актуален в 25% случаев, для лиц с нарушением зрения — в 18%, для лиц с НОДА — в 12,5% случаев, для лиц с соматическими заболеваниями — в 25%, а для лиц с интеллектуальными нарушениями — в 16%), что в полной мере соотносимо с другими результатами [17].

В литературе обосновывается важность позитивного отношения общества к людям с ОВЗ, а как важный аспект заявляется доступность и комфортность городской среды [14]. В нашем исследовании данные ресурсы не были определены ни одним респондентом. Возможно, условия среды не являются важным фактором реализации собственного потенциала вследствие того, что они находят возможность самовыражения в сферах, не связанных с перемещением и требованиями мобильности. Как важный ресурс во многих исследованиях отмечена помощь и поддержка близких людей [19]. При анализе ответов интервью мы выделили социальную поддержку как ресурс в 50% ответов лиц с нарушением слуха, 45% ответов лиц с нарушением зрения, 75% ответов лиц с НОДА, 92,5% лиц, имеющих соматические заболевания, и 62% — лиц с нарушением интеллекта. Можно предполагать, что социальная поддержка выступает ключевым ресурсом самореализации у лиц с нарушенным развитием.

**Ограничениями приведенного исследования** выступают малый объем выборки по конкретным нозологическим группам и несбалансированность выборок по социально-демографическим характеристикам. В данном исследовании преследовалась цель добиться достаточного количества человек для проведения статистических методов обработки данных, вследствие чего сложнее было ограничивать выборку в соответствии с критериями пола и возраста. Также исходя из специфичности выборки проблематично использовать большой объем стандартизированных методик, вследствие чего сделан упор на качественные методы получения данных, в том числе экспертную оценку.

**Перспективы исследования** по данной тематике видятся нам в расширении выборки и увеличении количества методик для анализа более широкого круга параметров самореализации.

## Выводы

Выявлена специфика самореализации лиц с атипичным развитием: в группе лиц с нарушением слуха по показателям экстернальности; в группе лиц с нарушенным зрением по степени пассивности и субъективной оценки меры неэффективности самореализации; в группе лиц с НОДА по выраженности пессимистичности, экстернальности, ориентированности на социум и уникальности самореализации; в группе лиц с инвалидизирующими соматическими заболеваниями по параметрам стремления к личностной самореализации, оптимистичности, наличия

потенциала самореализации; а в группе лиц с нарушениями интеллекта по уровню стремления к личностной и профессиональной/учебной самореализации, выраженности активности, интернальности усилий самореализации, а также эффективности, уникальности, личной мотивированности самореализации.

Межгрупповое сравнение нозологических групп выявило значимые различия только в сфере профессиональной/учебной самореализации (наименьшая выраженность в группах лиц с НОДА и нарушениями интеллекта по сравнению с группами лиц с нарушением слуха, зрения и имеющих соматические заболевания). Наличие дефекта как барьера самореализации отмечает меньшинство лиц с нарушением здоровья. Большая часть респондентов говорит о доминировании барьера внешней среды и обстоятельств. Также отмечена важность внутренних барьеров (личностные качества субъекта, барьер окружения, предполагающий ожидание враждебного отношения со стороны других людей и страх мнения окружающих). Выявлена доминирующая роль социальной поддержки как ресурса самореализации лиц с нарушенным развитием.

## Литература

1. *Амиров А.Ф.* Совместное обучение студентов вуза с разными возможностями здоровья как условие их успешной профессиональной социализации // Педагогический журнал Башкортостана. 2020. № 2 (87). С. 81–92. DOI: 10.21510/1817-3992-2020-87-2-81-92
2. *Галушкин П.А.* Психологическая характеристика самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... канд. психол. наук. М., 2020. 152 с.
3. *Герасимов В.П., Цветкова О.А.* Феноменология и онтология самореализации // Омский научный вестник. 2013. № 1 (115). С. 104–107. URL: [https://www.omgtu.ru/generalinformation/media\\_omgtu/journal\\_of\\_omsk\\_research\\_journal/files/arhiv/2013/1\(115\)/104-130.pdf?ysclid=l8v3ev60i4221286831](https://www.omgtu.ru/generalinformation/media_omgtu/journal_of_omsk_research_journal/files/arhiv/2013/1(115)/104-130.pdf?ysclid=l8v3ev60i4221286831) (дата обращения: 28.09.2022).
4. *Исаев Е.И., Галушкин П.А.* Психологические типы самореализации личности с ограниченными возможностями здоровья // Акмеология. 2015. № 2 (54). С. 84–89.
5. *Клочко В.Е., Галажинский Э.В.* Самореализация личности: системный взгляд / Под ред. Г.В. Залевского. Томск: Издательство Томского университета, 1999. 154 с.
6. *Коростылева Л.А.* Психология самореализации личности: брачно-семейные отношения. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. 289 с.
7. *Кудинов С.И.* Психодиагностика личности: учебн. пособие. Тольятти: Изд-во ТГУ, 2012. 270 с.
8. *Кудинов С.И., Кудинов С.С.* Психологические особенности самореализации личности с ограниченными физическими возможностями // Сибирский педагогический журнал. 2010. № 5. С. 272–279. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-samorealizatsii-lichnosti-s-ogranichennymi-fizicheskimi-vozmozhnostyami/viewer> (дата обращения: 28.09.2022).

9. Кудинов С.С., Кудинов С.И. Самореализация личности с ограниченными возможностями здоровья в сетевом образовательном пространстве // Сборник трудов XVII Международной научно-практической конференции «Новая психология профессионального труда педагога: от нестабильной реальности к устойчивому развитию», Москва, 5–6 июля 2021г. / Под ред. Л.М. Митиной. М.: Издательство ПИ РАО, 2021. С. 49–53. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samorealizatsiya-lichnosti-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-v-setevom-obrazovatelnom-prostranstve> (дата обращения: 28.09.2022).
10. Маленов А.А. Ресурсы личности и их реализация в пространстве психологического образования: дисс. ... канд. психол. наук. Омск, 2021. 220 с.
11. Мухаметзянова Ф.Ш., Шибанкова Л.А. Научно-методическое обеспечение комплексной безопасности образовательной среды // Казанский педагогический журнал. 2017. № 5 (124). С. 8–16.
12. Осьмук Л.А. Самореализация студентов с инвалидностью как базовый механизм социальной инклюзии // Психологическая наука и образование. 2018. Том 23. № 2. С. 59–67. DOI: 10.17759/pse.2018230207
13. Осьмук Л.А., Мельникова М.С. Психосоциальное благополучие студентов с ограниченными возможностями здоровья в системе высшей школы // Психолого-педагогические исследования. 2019. Том 11. № 3. С. 84–94. DOI: 10.17759/psyedu.2019110307
14. Тетерина Е.А., Морова Н.С. Успешная самореализация людей с ограниченными возможностями здоровья // Материалы II студенческой научно-практической конференции «Молодой исследователь: от идеи к проекту», Йошкар-Ола, 25 мая 2018 / Под ред. Д.А. Михеевой. Йошкар-Ола: Марийский государственный университет, 2018. С. 279–281.
15. Ткаченко В.С. О проблемах интеграции людей с инвалидностью в российском обществе // Материалы I Международной научно-практической конференции «Общество и личность: интеграция, партнерство, социальная защита», Ставрополь, 3–4 декабря 2004г. Ставрополь: Изд-во НОУ Северо-Кавказский социальный ин-т, 2004. С. 328–329.
16. Улановский А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. – М.: Смысл, 2012. – 255 с.
17. Филатова К.Д., Махов Е.А. Творчество как способ самореализации людей с ограниченными возможностями здоровья. Томск: ТУСУР, 2011, 4 с.
18. Хазова С.А., Шипова Н.С., Адеева Т.Н. и др. Совладающее поведение лиц с ограниченными возможностями здоровья через призму качества жизни и субъективного благополучия // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Том 26. № 4. С. 101–118. DOI: 10.17759/cpp.2018260407
19. Цой Л.П. Самореализация лиц с ограниченными возможностями в современных социокультурных условиях // Молодой ученый. 2017. № 13.2 (147.2). С. 22–25. URL: <https://moluch.ru/archive/147/42015/> (дата обращения: 28.09.2022).

20. Шипова Н.С. Изучение качества жизни и самореализации лиц с типичным и атипичным развитием // Материалы IX Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего», Москва, 18–19 ноября 2021 г. / Под ред. Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2021. С. 392–396.

21. Щербакова А.М., Забавская А.А. Субъективная оценка качества жизни молодыми инвалидами с ментальной недостаточностью // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Том 4. № 4. URL: [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n4/57145.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57145.shtml) (дата обращения: 28.09.2022).

22. Dornier S. Adolescents with spina bifida. How they see their situation // Archives of Diseases in Childhood. 1976. Vol. 51. № 6. P.439–444. DOI: 10.1136/adc.51.6.439

23. Park I., Gu M., Hai S. How can personality enhance sustainable career management? The mediation effects of future time perspective in career decisions // Sustainability. 2020. Vol. 12. № 3. Article 1167.

24. Rusu M. Psychological optimization for adolescents with physical motor deficiency—a model of intervention // Psychology. 2020. Vol. 11. № 1. P. 30–48. DOI: <https://doi.org/10.4236/psych.2020.111003>

25. Schmitt F., Lahti I., Piha J. Does attachment theory offer new resources to the treatment of schizoaffective patients? // American Journal of Psychotherapy. 2008. Vol. 62. № 1. P. 35–49. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.1.35

26. Van der Heijden B.I.J.M., De Vos A. Sustainable careers: Introductory chapter // Handbook of Research on Sustainable Careers / U.K. Cheltenham, M.A. Northampton (eds.). Edward Elgar Publishing, 2015. P. 1–19.

## References

1. Amirov A.F. Sovmestnoe obuchenie studentov vuza s raznymi vozmozhnostyami zdorov'ya kak uslovie ikh uspeshnoi professional'noi sotsializatsii [Joint training of university students with different health opportunities as a condition for their successful professional socialization]. *Pedagogicheskii zhurnal Bashkortostana = Pedagogical Journal of Bashkortostan*, 2020, no. 2 (87). pp. 81–92. DOI: 10.21510/1817-3992-2020-87-2-81-92 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Galushkin P.A. Psikhologicheskaya kharakteristika samorealizatsii lichnosti s ogranichennymi vozmozhnostyami zdo-rov'ya: diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological characteristics of self-realization of a person with disabilities. PhD (Psychology) Dissertation]. Moscow, 2020. 152 p. (In Russ.).

3. Gerasimov V.P., Tsvetkova O.A. Fenomenologiya i ontologiya samorealizatsii [Phenomenology and ontology of self-realization], *Omskii nauchnyi vestnik = Omsk Scientific Bulletin*, 2013, no. 1 (115), pp. 104–107. URL: [https://www.omgtu.ru/general\\_information/media\\_omgtu/journal\\_of\\_omsk\\_research\\_journal/files/arhiv/2013/1\(115\)/104-130.pdf?ysclid=l8v3ev60i4221286831](https://www.omgtu.ru/general_information/media_omgtu/journal_of_omsk_research_journal/files/arhiv/2013/1(115)/104-130.pdf?ysclid=l8v3ev60i4221286831) (Accessed: 28.09.2022). (In Russ.).

4. Isaev E.I., Galushkin P.A. Psikhologicheskie tipy samorealizatsii lichnosti s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Psychological types of self-realization of a person with disabilities], *Akmeologiya = Acmeology*, 2015, no. 2 (54), pp. 84–89. (In Russ.).

5. Klochko V.E., Galazhinskii E.V. Samorealizatsiya lichnosti: sistemnyi vzglyad [Personal self-realization: A systematic view]. G.V. Zalevskii (ed.). Tomsk: Izdatel'stvo Tomskogo universiteta, 1999, 154 p. (In Russ.).

6. Korostyleva L.A. Psikhologiya samorealizatsii lichnosti: brachno-seimeinye otnosheniya [Psychology of personality self-realization: Marriage and family relations]. Saint-Petersburg: Publ. SPbGU, 2000. 289 p. (In Russ.).

7. Kudinov S.I. Psikhodiagnostika lichnosti: uchebnoe posobie [Psychodiagnosics of personality: A textbook]. Tol'yatti: Izdatel'stvo TGU, 2012. 270 p. (In Russ.).

8. Kudinov S.I., Kudinov S.S. Psikhologicheskie osobennosti samorealizatsii lichnosti s ogranichennymi fizicheskimi vozmozhnostyami [Psychological peculiarities of self-actualization of physically disabled persons], *Sibirskii pedagogicheskii zhurnal = Siberian Pedagogical Journal*, 2010, no. 5, pp. 272–279. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psikhologicheskie-osobennosti-samorealizatsii-lichnosti-s-ogranichennymi-fizicheskimi-vozmozhnostyami/viewer> (Accessed: 28.09.2022). (In Russ.).

9. Kudinov S.S., Kudinov S.I. Samorealizatsiya lichnosti s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v setevom obra-zovatel'nom prostranstve [Self-realization of a person with restricted health possibilities in a network educational space]. In L.M. Mitina (ed.), *Sbornik trudov XVII Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Novaya psikhologiya professional'nogo truda pedagoga: ot nestabil'noi real'nosti k ustoychivomu razvitiyu» = XVII International Scientific and Practical Conference «The New Psychology of the Teacher's Professional Work: From Unstable Reality to Sustainable Development». Collection of Scientific Papers, Moscow, July 5–6, 2021*. Moscow: Publ. Institute of Psychology RAS, 2021, pp. 49–53. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samorealizatsiya-lichnosti-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-v-setevom-obrazovatel'nom-prostranstve> (Accessed: 28.09.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Malenov A.A. Resursy lichnosti i ikh realizatsiya v prostranstve psikhologicheskogo obrazovaniya: diss. kand. psikhol. nauk. [Personal resources and their implementation in the space of psychological education. PhD (Psychology) Dissertation]. Omsk, 2021. 220 p. (In Russ.).

11. Mukhametzhanova F.Sh., Shibankova L.A. Nauchno-metodicheskoe obespechenie kompleksnoi bezopasnosti obra-zovatel'noi sredy [Scientific and methodological support of the integrated safety of the educational environment]. *Kazanskii pedagogicheskii zhurnal = Kazan Pedagogical Journal*, 2017, no. 5 (124), pp. 8–16. (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Os'muk L.A. Samorealizatsiya studentov s invalidnost'yu kak bazovyi mekhanizm sotsial'noi inklyuzii [Self-Realization of students with disabilities as a basic mechanism of social inclusion]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2018, vol. 23, no. 2, pp. 59–67. DOI: 10.17759/pse.2018230207 (In Russ., abstr. in Engl.).



13. Os'muk L.A., Mel'nikova M.S. Psikhosotsial'noe blagopoluchie studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v sisteme vysshei shkoly [Psychosocial wellbeing of the students with limited opportunities of health studying at the university]. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya = Psychological-Educational Studies*, 2019, vol. 11, no. 3, pp. 84–94. DOI: 10.17759/psyedu.2019110307 (In Russ., abstr. in Engl.).

14. Teterina E.A., Morova N.S. Uspeshnaya samorealizatsiya lyudei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Successful self-realization of people with disabilities]. In D.A. Mikheeva (ed.), *Materialy II studencheskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Molodoi issledovatel': ot idei k proektu» = Materials of the II Student Scientific and Practical Conference «Young Researcher: From Idea to Project», Yoshkar-Ola, May 25, 2018*. Yoshkar-Ola: Mariiskii gosudarstvennyi universitet, 2018, pp. 279–281. (In Russ.).

15. Tkachenko V.S. O problemakh integratsii lyudei s invalidnost'yu v rossiiskom obshchestve [On the problems of integration of people with disabilities in Russian society]. *Materialy I Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Obshchestvo i lichnost': integratsiya, partnerstvo, sotsial'naya zashchita» = Materials of the I International Scientific and Practical Conference «Society and Personality: Integration, Partnership, Social Protection», Stavropol', December 3–4, 2004*. Stavropol: Publ. NOU North Caucasus Social Institute, 2004, pp. 328–329. (In Russ.).

16. Ulanovskii A.M. Fenomenologicheskaya psikhologiya: kachestvennye issledovaniya i rabota s perezhivaniem [Phenomenological psychology: Qualitative research and work with experience]. Moscow: Smysl, 2012. 255p. (In Russ.).

17. Filatova K.D., Makhov E.A. Tvorchestvo kak sposob samorealizatsii lyudei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Creativity as a way of self-realization of people with disabilities]. Tomsk: TUSUR, 2011. 4 p. (In Russ.).

18. Khazova S.A., Shipova N.S., Adeeva T.N. et al. Sovladayushchee povedenie lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya cherez prizmu kachestva zhizni i sub"ektivnogo blagopoluchiya [Coping behavior of persons with disabilities as a factor of quality of life and subjective well-being]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2018, vol. 26, no. 4. pp. 101–118. DOI: 10.17759/cpp.2018260407 (In Russ., abstr. in Engl.).

19. Tsoi L.P. Samorealizatsiya lits s ogranichennymi vozmozhnostyami v sovremennykh sotsiokul'turnykh usloviyakh [Self-realization of persons with disabilities in modern socio-cultural conditions]. *Molodoi uchenyi = Young Scientist*, 2017, no. 13.2 (147.2), pp. 22–25, URL: <https://moluch.ru/archive/147/42015/> (Accessed: 28.09.2022). (In Russ.).

20. Shipova N.S. Izuchenie kachestva zhizni i samorealizatsii lits s tipichnym i atipichnym razvitiem [The study of the quality of life and self-realization of persons with typical and atypical development]. In E.A. Sergienko, N.E. Kharlamenkova (eds.), *Materialy IX Mezhdunarodnoi konferentsii molodykh uchenykh «Psikhologiya – nauka budushchego» = Materials of the IX International Conference of Young Scientists «Psychology - the Science of the Future», Moscow, November 18–19, 2021*. Moscow: Publ. Institute of Psychology RAS, 2021, pp. 392–396. (In Russ.).

21. Shcherbakova A.M., Zabavskaya A.A. Sub"ektivnaya otsenka kachestva zhizni molodymi invalidami s mental'noi nedostatochnost'yu [Subjective assessment of the quality of life of young people with mental disabilities]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru = Psychological Science and Education psyedu.ru*, 2014, vol. 4, no. 4. URL: [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n4/57145.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57145.shtml) (Accessed: 28.09.2022). (In Russ.).

22. Dorner S. Adolescents with spina bifida. How they see their situation. *Archives of Diseases in Childhood*, 1976, vol. 51, no. 6, pp. 439–444. DOI: 10.1136/adsc.51.6.439

23. Park I., Gu M., Hai S. How can personality enhance sustainable career management? The mediation effects of future time perspective in career decisions. *Sustainability*, 2020, vol. 12, no. 3, article 1167.

24. Rusu M. Psychological optimization for adolescents with physical motor deficiency—a model of intervention. *Psychology*, 2020, vol. 11, no. 1. pp. 30–48. DOI: 10.4236/psych.2020.111003

25. Schmitt F., Lahti I., Piha J. Does attachment theory offer new resources to the treatment of schizoaffective patients? *American Journal of Psychotherapy*, 2008, vol. 62, no. 1, pp. 35–49. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.1.35

26. Van der Heijden B.I.J.M., De Vos A. Sustainable careers: Introductory chapter. In U.K. Cheltenham, M.A. Northampton (eds.), *Handbook of Research on Sustainable Careers*. Edward Elgar Publishing, 2015, pp. 1–19.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Дескриптивная статистика аспектов самореализации респондентов различных групп

Характеристика самореализации (минимум — 1,00; максимум — 5,00)	Группы лиц					
	Типичное развитие M±SD	Нарушения слуха M±SD	Нарушения зрения M±SD	НОДА M±SD	Соматические заболевания M±SD	Нарушения интеллекта M±SD
Стремление к личностной СР	4,40±1,00	3,70±2,31	3,91±1,64	4,40±0,90	3,90±1,00	3,50±1,60
Стремление к профессиональной/ учебной СР	3,90±1,10	4,00±1,00	3,60±1,50	4,10±1,10	3,70±1,40	3,60±1,20
Активность	3,80±1,20	4,30±0,60	3,50±1,20	3,90±1,20	4,10±0,90	3,40±1,20
Пассивность	2,80±1,30	3,30±0,60	2,00±1,40	2,80±1,40	2,80±1,00	3,10±1,30
Оптимистичность	3,90±1,20	4,70±0,60	3,80±1,40	3,90±1,10	3,20±0,90	3,70±1,30
Пессимистичность	3,10±1,40	3,70±1,10	3,00±1,60	3,80±1,40	3,20±1,20	3,10±1,30
Интернальность	4,30±1,10	3,70±1,50	3,70±1,50	4,10±1,10	4,30±0,60	3,80±1,40
Экстернальность	2,50±1,20	4,70±0,60	3,00±1,50	3,40±1,40	3,00±0,90	2,50±1,30

СР для других	4,00±1,10	4,70±0,60	3,50±1,50	4,30±1,10	3,70±1,30	3,90±1,30
СР для себя	3,70±1,40	4,70±0,60	3,40±1,60	3,50±1,50	3,80±1,10	3,40±1,30
Нестандартность способов СР	3,70±1,30	4,30±1,10	4,20±1,10	3,90±1,20	3,20±1,50	3,50±1,30
Стандартность способов СР	3,90±1,20	4,70±0,60	4,00±1,30	4,00±1,00	4,30±0,80	3,20±1,40
Эффективность	3,70±1,10	3,70±1,10	3,20±1,40	3,60±1,20	3,60±0,90	3,40±1,30
Неэффективность	3,20±1,20	4,00±1,00	1,90±1,40	2,70±1,50	3,60±1,30	2,90±1,20
Необходимость для социума	3,60±1,10	4,00±1,00	3,40±1,70	4,20±1,10	3,70±1,20	3,40±1,10
Личная мотивированность	3,90±1,10	3,70±2,30	4,50±0,80	3,90±1,40	3,70±0,90	3,40±1,40
Уникальность	3,20±1,39	3,70±0,60	3,70±1,60	3,70±1,30	3,10±1,40	3,10±1,30
Наличие потенциала	3,70±1,20	4,70±0,60	4,00±1,30	3,77±1,30	2,80±1,40	3,40±1,20
Ценность СР	4,40±0,90	3,70±2,30	4,40±1,30	4,20±0,90	3,90±1,40	3,80±1,30

## Информация об авторе

Шипова Наталья Сергеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (ФГБОУ ВО КГУ), г. Кострома, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0741-1297>, e-mail: [ns.shipova@yandex.ru](mailto:ns.shipova@yandex.ru)

## Information about the author

Natalya S. Shipova, PhD (Psychology), Associate Professor, Department of Special Pedagogy and Psychology, Kostroma State University (KSU), Kostroma, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0741-1297>, e-mail: [ns.shipova@yandex.ru](mailto:ns.shipova@yandex.ru)

Получена: 25.03.2022

Received: 25.03.2022

Принята в печать: 06.10.2022

Accepted: 06.10.2022

# Проверка психометрических характеристик Наймигенского опросника для диагностики дисфункционального дыхания во время пандемии COVID-19 на российской выборке

## **Первичко Е.И.**

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: [elena\\_pervichko@mail.ru](mailto:elena_pervichko@mail.ru)*

## **Митина О.В.**

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)*

## **Конюховская Ю.Е.**

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: [yekon@icloud.com](mailto:yekon@icloud.com)*

## **Степанова О.Б.**

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: [psy\\_stob@mail.ru](mailto:psy_stob@mail.ru)*

---

Целью исследования стала проверка психометрических свойств Наймигенского опросника (Nijmegen questionnaire, NQ; авторы: Van Dixhoorn, Duivenvoorden, 1985), направленного на диагностику наличия признаков дисфункционального дыхания (ДД) по данным самоотчетов респондентов, в условиях пандемии COVID-19 на российской выборке. Выборку исследования составили 1 362 респондента (1 153 женщины и 209 мужчин) 18–88 лет (средний возраст —  $38,30 \pm 11,40$  лет), которые заполняли онлайн-опросник в период с апреля по декабрь 2020 года в условиях пандемии COVID-19. Для проверки конструктивной валидности русскоязычной версии NQ использовались методики: Шкала воспринимаемого стресса-10 (в адаптации В.А. Абабкова и др., 2016); Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (в адаптации Ю.Л. Ханина, 1976), шкалы которого были модифицированы для измерения уровня тревоги во время пандемии (ситуативная тревожность) и до пандемии (личностная тревожность) (Е.И. Первичко и др., 2020); Опросник «Перечень симптомов-32» (SCL-32; в адаптации О.В. Митиной и др., 2011);

Сокращенный вариант Шестифакторного личностного опросника HEXACO-24 (в адаптации М.С. Егоровой и др., 2019). Участники исследования также заполняли социально-демографический опросник (Е.И. Первичко и др., 2020). Значение коэффициента внутренней согласованности  $\alpha$ -Кронбаха для интегрального показателя составило 0,88. Выделены четыре субшкалы, показатели которых улучшались при сокращении опросника до 10 пунктов. Для сокращенной версии была проверена внутренняя конвергентная и дискриминантная валидность. Доказана внешняя конструктивная валидность опросника. Выявлены высокие показатели корреляции со стрессом, ситуативной и личностной тревожностью, а также с другими симптомами психологического неблагополучия. Кроме того, установлена высокая корреляция с эмоциональностью. Обсуждена проблема «порогового» значения NQ, необходимого для выявления сформированного симптомокомплекса ДД. Проведено сравнение распространенности симптоматики ДД до и во время пандемии. Установлена значимая разница в показателях по шкале у мужчин и женщин. С использованием полученной русскоязычной версии NQ показано, что в условиях пандемии COVID-19 у 27,7% участников исследования, не болевших COVID-19, были выявлены признаки сформированного симптомокомплекса ДД, что более чем в два раза выше популяционных показателей в допандемийный период. Частота встречаемости целостного симптомокомплекса ДД у женщин в три раза выше, чем у мужчин: 31,0% vs 9,1% ( $p < 0,001$ ). Результаты исследования позволяют заключить, что NQ — надежный и валидный инструмент для диагностики выраженности симптоматики ДД, который может быть рекомендован для использования в качестве инструмента экспресс-диагностики наличия психогенно обусловленных расстройств дыхания у лиц, предъявляющих жалобы на «трудность вдоха» при отсутствии объективных оснований.

**Ключевые слова:** гипервентиляционный синдром, дисфункциональное дыхание, Наймигенский опросник, пандемия, COVID-19, тревога, психосоматические симптомы.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 21-18-00624.

**Благодарности.** Авторы благодарят за техническую поддержку исследования научного руководителя Центра «Гуманитарные технологии», доктора психологических наук, заслуженного профессора МГУ им. М.В. Ломоносова А.Г. Шмелева.

**Для цитаты:** Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е., Степанова О.Б. Проверка психометрических характеристик Наймигенского опросника для диагностики дисфункционального дыхания во время пандемии COVID-19 на российской выборке [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 262–302. DOI: 10.17759/cpse.2022110311

# Verification of the Psychometric Characteristics of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis of Dysfunctional Breathing During the COVID-19 Pandemic on a Russian Sample

## **Elena I. Pervichko**

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: [elena\\_pervichko@mail.ru](mailto:elena_pervichko@mail.ru)*

## **Olga V. Mitina**

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)*

## **Julia E. Koniukhovskaia**

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: [yekon@icloud.com](mailto:yekon@icloud.com)*

## **Olga B. Stepanova**

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: [psy\\_stob@mail.ru](mailto:psy_stob@mail.ru)*

---

The purpose of the study was to check the psychometric properties of the Nijmegen questionnaire (NQ) (Van Dixhoorn, Duivenvoorden, 1985), aimed at diagnosing the presence of signs of dysfunctional breathing (DB) according to self-reports of respondents in the conditions of the COVID-19 pandemic in a Russian-speaking sample. The study sample consisted of 1 362 respondents (1 153 women and 209 men) aged 18 to 88 years (mean age  $38.3 \pm 11.4$ ) who filled out an online questionnaire from April to December 2020 during the COVID-19 pandemic. The following methods were used to test the construct validity of the Russian version of the NQ: 1) Perceived Stress Scale-10 (PSS-10; Ababkov et al., 2016); 2) State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Khanin, 1976), the scales of which were modified to measure the level of anxiety during a pandemic (State anxiety) and before the pandemic (Trait anxiety) (Pervichko et al., 2020); 3) The Symptom Check List-32 (SCL-32) (Mitina, Gorbunova, 2011); (4) An abridged version of the Six-Factor Personality Inventory HEXACO-24 (Egorova et al, 2019). The study participants also completed a socio-demographic questionnaire (Pervichko et al., 2020). The results of checking the Russian-language version of the NQ for reliability are presented: the value of the internal consistency coefficient  $\alpha$ -Cronbach for the integral indicator = 0.877. Four subscales were identified, the indicators of which improved when the questionnaire was reduced to 10 points. Internal convergent and discriminant validity has been verified for the abridged version. The external constructive validity of the questionnaire is proved. High rates of correlation with stress, situational and personal anxiety, as well as other symptoms of

psychological distress were revealed. In addition, a high correlation with emotionality has been established. The problem of the "threshold" value of NQ required to identify the formed symptom complex of DB is discussed. The prevalence of DB symptoms before and during the pandemic was compared. A significant difference in the indicators on the scale for men and women was established. Using the obtained Russian-language version of NQ, it was shown that in the conditions of the COVID-19 pandemic, 27.7% of the study participants who were not sick with COVID-19 showed signs of a formed DB symptom complex, which is more than twice higher than the population indicators in the pre-pandemic period. The frequency of occurrence of the holistic symptom complex of DB in women is three times higher than in men: 31.0% vs 9.1% ( $p < 0.001$ ). The results of the study allow us to conclude that NQ is a reliable and valid tool for diagnosing the severity of DB symptoms, which can be recommended for use as an express diagnostic tool for the presence of psychogenically caused respiratory disorders in persons complaining of "difficulty breathing" in the absence of objective grounds.

**Keywords:** hyperventilation syndrome, dysfunctional breathing, Nijmegen questionnaire, COVID-19 pandemic, anxiety, psychosomatic symptoms.

**Funding.** The reported study was funded by Russian Science Foundation (RSF), project number 21-18-00624.

**Acknowledgements.** The authors are grateful for technical support of the research Doctor of Psychology, Honored Professor of Lomonosov Moscow State University, Aleksandr G. Shmelev.

**For citation:** Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E., Stepanova O.B. Verification of the Psychometric Characteristics of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis of Dysfunctional Breathing During the COVID-19 Pandemic on a Russian Sample. *Klinicheskaia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 262–302. DOI: 10.17759/cpse.2022110311 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

## Введение

Новые социокультурные условия пандемии COVID-19, а также связанные с ней риски и изменение образа жизни привели к ухудшению эмоционального состояния многих людей: во время пандемии отмечено увеличение частоты тревожных расстройств [37; 42], наличие которых статистически достоверно связано с восприятием большой угрозы от пандемии [9; 11; 12]. Показано, что высокая тревога о здоровье связана с более сильным беспокойством о возможности заразиться коронавирусом, а также с переживаниями о возможности серьезных последствий заражения [24; 38]; она также может приводить к повышению внимания как к информации о коронавирусе [28], так и к состоянию респираторной системы. Поскольку ситуативная и хроническая типы тревоги традиционно рассматриваются в качестве первичного причинного фактора функциональных нарушений регуляции дыхания [2; 22; 35; 39], то повышение тревожности и внимания к благополучию

респираторной системы могут рассматриваться в качестве значимых «факторов-провокаторов» дисфункционального дыхания (ДД) в условиях пандемии COVID-19.

К категории ДД относят группу паттернов дыхания, при которых тип дыхания не соответствует актуальным физиологическим нуждам организма для поддержания гомеостаза [28; 39; 52]. Наиболее изученным вариантом ДД является гипервентиляционный синдром (ГВС), который определяется как «патологическое состояние, проявляющееся полисистемными психическими, вегетативными (в том числе сосудисто-висцеральными), алгическими и мышечно-тоническими нарушениями, нарушениями сознания, связанными с первичной дисфункцией нервной системы психогенной или органической природы, приводящее к расстройствам нормального и формированию устойчивого патологического паттерна дыхания, который проявляется увеличением легочной вентиляции неадекватного уровню газообмена в организме» [2, с. 193]. Часто все расстройства дыхания, не связанные с органическими заболеваниями легких, отождествляют с ГВС, однако это не вполне правомочно: ГВС является только одним из возможных вариантов ДД [21; 55].

При распространении методов объективной оценки функции дыхания было обнаружено, что ГВС часто сочетается с другими нарушениями дыхания. Например, учащенное поверхностное дыхание может чередоваться с задержками дыхания и вздохами [25]. Исследования последних лет также показали, что гипокапния и респираторный алкалоз не всегда присутствуют при ГВС, следовательно, симптоматика ДД может быть вызвана и другими, пока недостаточно изученными факторами [55]. На данный момент феноменологическое поле ДД, а также различные варианты классификаций вариантов ДД и их причины все еще продолжают активно разрабатываться [21; 55]. На основе классификации механизмов возникновения выделяют вторичное ДД (следствие органических заболеваний) и первичное ДД (обусловленное тревогой и психологическими причинами при отсутствии органических причин) [55]. Важно отметить, что пандемия COVID-19 создает уникальные условия для «провокации» различных форм ДД: до опыта заражения коронавирусом повышенная тревога и внимание к респираторной системе могут провоцировать первичное ДД, а после перенесенного COVID-19 ДД может стать частью постковидного синдрома и осложнять реабилитацию [41].

В условиях пандемии ощущение «трудности вдоха», вызванное повышением тревоги, может интерпретироваться человеком как трудности вдоха ковидного типа. По мнению J. Taverne и коллег [48], симптоматика ДД в условиях пандемии COVID-19 довольно часто сбивала с толку врачей: пациенты с симптоматикой ДД жаловались на кардиореспираторные (одышка, жажда воздуха, затрудненное дыхание, вздохи, зевота, боль в груди, сердцебиение) и экстрареспираторные симптомы (сильная астения, слабость, спутанность сознания, беспокойство, головокружение, парестезия, в том числе мышечные спазмы) [33]. Известно, что такие жалобы могут соответствовать клинической картине COVID-19. Поэтому люди с ощущением трудности вдоха, спровоцированным тревогой, могут чаще обращаться за медицинской помощью, что будет повышать нагрузку на



медицинскую систему, а также увеличить риск заражения COVID-19 у этих людей, пока они будут находиться в медицинском учреждении.

Существуют единичные исследования распространенности ДД во время пандемии COVID-19. Так, Т. Chand и М. Khan [26] отмечают более частое обращение в медицинские учреждения с «синдромом вздохов» из-за страха заражения COVID-19. Эти авторы описывают наблюдение 19 человек в возрасте от 21 до 54 лет, обратившихся за медицинской помощью в условиях пандемии COVID-19 с жалобами на затруднения дыхания. При исследовании функции внешнего дыхания у 16 из 19 пациентов были получены абсолютно нормативные показатели, что позволило авторам сделать вывод о психогенном характере их одышки. В подтверждение 8 человек из 16 заявили, что испытывали сильную тревогу либо во время обследования, либо до него [26]. Таким образом, в условиях пандемии COVID-19 особую остроту получает задача своевременной диагностики ДД, что обосновывает необходимость разработки нового диагностического инструментария, а также апробации и адаптации на русскоязычной популяции зарубежных методик, показавших хорошие диагностические возможности.

В последние десятилетия для диагностики психогенно обусловленных нарушений дыхания за рубежом большое распространение получил Наймизгенский опросник (Nijmegen Questionnaire, NQ) [53; 54; 40].

### **Общая характеристика Наймизгенского опросника**

Оригинальный вариант NQ был разработан в 1985 году для диагностики симптоматики ГВС в Наймизгенском университете (Нидерланды) [53; 54]. NQ широко используется в клинической практике и научных исследованиях для скрининга наличия проявлений ДД и субъективной оценки степени их выраженности. NQ включает 16 пунктов, выраженность нарушений дыхания оценивается респондентом по пятибалльной шкале — от 0 до 4. Правила обработки предполагают получение итогового балла (интегрального показателя) как суммы баллов по всем пунктам. Т.е. показатель, получаемый респондентом по результатам выполнения методики, лежит в диапазоне от 0 до 64 баллов, где 0 — показывает полное отсутствие симптомов, а 64 — максимальную выраженность симптоматики ДД. Вопросы опросника группируются в три шкалы: 1) респираторные симптомы (пункты 1, 2, 6–8, 11, 15), 2) периферическая тетания<sup>1</sup> (пункты 10, 12–14)

---

<sup>1</sup> Тетания — синдром повышенной нервно-мышечной возбудимости, обусловленной, как правило, снижением концентрации ионизированного кальция в крови на фоне алкалоза (нарушения кислотно-щелочного баланса в организме, характеризующегося избытком щелочей в крови), проявляющийся приступами тонических судорог отдельных групп мышц [15]. К *периферическим проявлениям* тетании относят спонтанно возникающие ощущения жжения, покалывания, ползания мурашек, а также ригидность мышц и сужение кровеносных сосудов в результате сокращения их мышечной стенки. Эти симптомы являются относительно независимыми от затруднений дыхания и центральных проявлений тетании, хотя и рассматриваются традиционно как возникающие вследствие гипервентиляции. В NQ периферическая тетания представлена четырьмя признаками: ощущение скованности вокруг рта, ощущение скованности пальцев или рук, ощущение холода в руках или ногах и ощущение покалывания в пальцах [53, с. 202].

и 3) центральная тетания<sup>2</sup> (пункты 1, 3–5, 9). Изначально пороговый балл, подтверждающий наличие ДД при диагностике ГВС, соответствовал 23 [50], однако в исследованиях последних лет интегративный показатель, равный 19 баллам, рассматривается как достаточный уровень для констатации наличия симптомокомплекса ДД<sup>3</sup> [25; 54].

За 35 лет использования NQ был переведен на греческий, финский, норвежский, шведский, испанский, филиппинский, китайский, немецкий и бельгийский языки и даже на фарси [34; 45; 54]. Хотя перевод NQ на русский язык также существует, и этот опросник уже довольно давно применяется в клинической и исследовательской практиках [4; 13–14; 17], опросник все еще не стандартизирован и не апробирован на русскоязычной выборке.

Современные исследования по апробации и адаптации NQ на зарубежных выборках показывали его сильные психометрические характеристики за исключением факторной структуры. Это касается, например, адаптации NQ на фарси [45], выполненной в Иране на выборке 100 пациентов с астмой и ГВС с использованием капнографии<sup>4</sup> как инструмента оценки критериальной валидности, который измеряет давление CO<sub>2</sub> в конце выдоха (PetCO<sub>2</sub>) и хорошо коррелирует с парциальным CO<sub>2</sub> (PaCO<sub>2</sub>) как показателем гипокапнии<sup>5</sup> при гипервентиляции. Была обнаружена значимая обратная корреляция ( $r=-0,78$ ) между баллами NQ и значениями PetCO<sub>2</sub>. Коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха был выше 0,7, что указывает на хорошую внутреннюю согласованность опросника. Иранский опросник показал хорошую надежность при повторном тестировании в интервале от 5 до 10 дней, а именно отсутствие значимых различий ( $p=0,826$ ) между показателями

---

<sup>2</sup> Фактор «Центральная тетания» в NQ включает пять проявлений: приступы головокружения, «затуманенное» зрение, дезориентацию, сопровождающуюся утратой контакта с окружающей действительностью, а также ощущение «вздутия» живота и боль в груди. Первые три пункта, как отмечают авторы опросника, можно рассматривать как центрально-нервные проявления гипокапнии (состояния пониженного содержания углекислого газа в крови в условиях гипервентиляции). Поэтому данный фактор и получил название «Центральная тетания» [53, с. 202].

<sup>3</sup> В данном исследовании при определении и описании феномена ДД мы считаем наиболее корректным использовать понятие «симптомокомплекс», а не синдром. При формулировке данного тезиса мы опираемся на теоретические положения и методологию синдромного анализа школы Л.С. Выготского и А.Р. Лурии. В трудах Л.С. Выготского используется представление о синдроме как о структуре, представленной совокупностью каузально связанных разноуровневых симптомов: вторичные симптомы в отличие от первичных являются сугубо психологическими по природе и механизмам возникновения и в силу этого в большей степени подвержены возможностям психологического воздействия [6, с. 41]. Как отмечал Л.С. Выготский, «чем дальше отстоит симптом от причины, тем он больше поддается воспитательному и лечебному воздействию...» [3, с. 290], что важно в контексте нашего обсуждения. Описываемый феномен ДД не обладает необходимыми характеристиками синдрома, обозначенными в данных тезисах.

<sup>4</sup> Капнография — это метод оценки концентрации или парциального давления углекислого газа (CO<sub>2</sub>) в дыхательных газах. Представляет собой мониторинг концентрации или парциального давления CO<sub>2</sub> на вдохе и выдохе [2].

<sup>5</sup> Гипокапния — состояние пониженного содержания CO<sub>2</sub> в крови [2].

первого и второго замеров. Однако факторный анализ данных по 16 шкалам показал не трехфакторную, а пятифакторную структуру иранской версии NQ, которая описывает 55% дисперсии.

Изменение факторной структуры по сравнению с оригиналом, при хороших психометрических показателях также было обнаружено при адаптации и апробации греческой версии NQ [34], выполненной на выборке пациентов с астмой (N=162). Выполненный факторный анализ методом главных компонент выявил однофакторное решение с 11 пунктами опросника и 58,6% дисперсии. Эти 11 элементов NQ показали высокую внутреннюю согласованность ( $\alpha$ -Кронбаха=0,92) и надежность повторного тестирования (IR=0,98). NQ показал чувствительность 92,73% и специфичность 91,59%. Было обнаружено, что общий балл NQ значительно коррелирует с PetCO<sub>2</sub> ( $r=-0,68$ ) и что сформированный симптомокомплекс ДД выявляется у 34% выборки пациентов-астматиков, принявших участие в исследовании. Высокий показатель внешней валидности при изменении факторной структуры у греческой и иранской версий позволяют предположить возможность культуральной обусловленности различий в структуре опросника NQ, переведенного на разные языки [40].

Как уже упоминалось выше, пандемия COVID-19 создает условия для провокации первичного и вторичного ДД. Однако исследования ДД в условиях текущей пандемии продолжают оставаться крайне немногочисленными. Встречавшиеся нам исследования с использованием NQ в условиях пандемии были выполнены преимущественно на пациентах, восстанавливающихся после COVID-19 [41; 49]. Нам видится перспективным применение данного опросника на выборке, не имеющей опыта заболевания COVID-19. Это позволит вычлнить первичное ДД, что важно для изучения механизмов психогенного обусловливания регуляции дыхания в условиях пандемии COVID-19, во время которой респираторная система выступила в качестве важнейшей «мишени» поражения коронавирусом. Хорошо известно, что именно дыхание является одной из наиболее «психологически нагруженных» систем организма человека: дыхание витально и напрямую ассоциируется с жизнью. Дыхание очень ярко представлено в плане «открытого поведения» и тесно связано с эмоциями и со способностью субъекта к их регуляции. Именно поэтому в условиях пандемии COVID-19 создаются благоприятные условия для развития психогенно обусловленных расстройств дыхания.

В данных условиях еще бóльшую актуальность получает задача создания нового и апробации разработанного за рубежом диагностического инструментария для оценки наличия симптоматики ДД. Следовательно, русскоязычная адаптация NQ и проверка его психометрических качеств является своевременной. Наличие русскоязычной версии NQ поможет оценить распространенность ДД среди населения целого ряда стран, как в условиях текущей пандемии, так и после ее завершения. Получение этих сведений также важно для дальнейшей разработки теоретических положений психосоматики и психологии телесности в области изучения психологических факторов и механизмов актуалгенеза функциональных расстройств дыхания.

**Целью данного исследования** является проверка психометрических качеств NQ — инструмента для диагностики проявлений ДД — на русскоязычной выборке в условиях пандемии COVID-19.

### Материалы и методы исследования

**Выборка.** Сбор данных для апробации NQ проходил в рамках онлайн-исследования эмоционального состояния населения, пациентов и медицинских работников России во время пандемии COVID-19 (<https://psy-test-covid.ru>). В данном исследовании представлены результаты только условно здоровых респондентов; протоколы медицинских работников и пациентов, заболевших COVID-19, не рассматривались. Также были исключены протоколы с пропущенными значениями (17 наблюдений). В исследовании представлена выборка из 1 362 условно здоровых респондентов, заполнивших опросник с 27 апреля по 31 декабря 2020 во время первой и второй волн пандемии COVID-19, не имевших опыта заболевания COVID-19 и еще не проходивших вакцинацию. Выборку на 85% (1 153 человек) составили женщины. Возрастной диапазон участников исследования варьировал от 18 до 88 лет (средний возраст —  $38,3 \pm 11,4$  лет). В исследовании приняли участие жители всех регионов России: Центрального (59%), Северо-Западного (10%), Приволжского (7%), Уральского (5%), Южного (4%), Сибирского (3%), Дальневосточного (1%) и Кавказского (1%). При этом 7% респондентов указали, что проживают за рубежом, а 2% — отказались от ответа. В представленной выборке большая часть респондентов имела высшее профессиональное образование (77,2%), среднее (7,7%), незаконченное высшее (7,6%) или имели степень кандидата/доктора наук (7,1%). Наименьшую долю составили респонденты с образованием ниже среднего (0,4%).

**Процедура и этапы исследования.** Адаптация и проверка психометрических качеств NQ в условиях пандемии COVID-19 проводилась с учетом рекомендаций для разработки и адаптации психологических опросников [7], а также медицинских опросников, ориентированных на оценку проприоцептивных образов и боли [51]. Разрешение на проведение адаптации было запрошено по электронной почте и получено у автора методики J. Van Dixhoorn. Адаптация NQ включала в себя следующие этапы.

1. **Прямой и обратный перевод** англоязычной версии опросника с английского на русский язык и отбор релевантных вербальных формулировок по каждому пункту опросника. Перевод выполнялся двумя независимыми профессиональными переводчиками, после чего тремя независимыми экспертами была составлена итоговая версия опросника. Для итоговой версии опросника был сделан обратный перевод с русского на английский язык одним профессиональным переводчиком, результаты которого сравнивались с оригинальной версией опросника и были признаны удовлетворительными. Полный текст полученной в нашем исследовании русскоязычной версии NQ представлен в Приложении 1.

2. **Сбор данных для оценки психометрических показателей.** Для сбора выборки был создан сайт <https://psy-test-covid.ru>, на котором респонденты могли найти всю информацию про исследование. Приглашение принять участие в исследовании

осуществлялось с помощью объявлений в социальных сетях и по принципу «снежного кома». Для мотивации участия в исследовании респондентам предоставлялась возможность ознакомиться с его результатами. Исследование проходило на платформе HT-Line с автоматическим подсчетом результатов и их выдачей респондентам. Перед исследованием все участники давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании с возможностью его прервать в любой момент. Заполнение онлайн-опросника занимало 20 минут и требовало обязательного ответа на каждый вопрос. При прерывании прохождения опроса из-за сбоя сети Интернет или обновлении страницы респонденты могли продолжить с того же вопроса, на котором остановились. Интерфейс опроса был адаптирован для мобильных телефонов и компьютеров.

3. *Оценка психометрических характеристик опросника.* Были выполнены: расчет показателей надежности-согласованности пунктов методики; проверка структурной идентичности русскоязычной версии и оригинального варианта опросника по данным факторного эксплораторного и конфирматорного анализов. Анализ взаимосвязей между пунктами и шкалами опросника позволил оценить внутреннюю конструктивную (конвергентную и дискриминантную) валидность. Также с помощью корреляционного анализа шкал методики с показателями релевантных по содержанию психодиагностических тестов (выраженности ситуативной тревоги и личностной тревожности; интенсивности стрессовых переживаний; выраженности психопатологических проявлений; личностных черт, были выявлены устойчивые взаимосвязи, что позволило обосновать внешнюю конструктивную валидность опросника.

**Методики.** Для проверки конструктивной валидности русскоязычной версии опросника использовались следующие инструменты.

1) *Шкала воспринимаемого стресса-10* [1; 27] содержит 10 вопросов, в которых респонденты должны оценить, насколько стрессовым для них являлся предыдущий месяц их жизни. Опросник состоит из двух субшкал: Перенапряжение ( $\alpha$ -Кронбаха=0,88) и Противодействие стрессу ( $\alpha$ =0,74). Его результаты также суммируются в общую шкалу Воспринимаемого стресса ( $\alpha$ =0,89).

2) *Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина* [10; 18; 47] представляет собой стандартизированный опросник исследования тревожности. В представленном исследовании его шкалы были модифицированы для измерения уровня тревоги во время пандемии (ситуативная тревожность;  $\alpha$ -Кронбаха составила 0,938) и до пандемии (личностная тревожность;  $\alpha$ =0,91) [12].

3) *Опросник «Перечень симптомов-32»* (The Symptom Check List-32; SCL-32) [8; 20] представляет собой укороченную версию популярного в Западной Европе и США опросника оценки самочувствия SCL-90-R [29–31]. Опросник содержит 32 вопроса, которые интегрируются в 11 шкал: Соматические расстройства ( $\alpha$ -Кронбаха=0,69), Навязчивость ( $\alpha$ =0,75), Межличностные проблемы ( $\alpha$ =0,77), Депрессия ( $\alpha$ =0,75), Тревожность ( $\alpha$ =0,78), Враждебность ( $\alpha$ =0,59), Страхи ( $\alpha$ =0,65), Подозрительность ( $\alpha$ =0,66), Психотизм ( $\alpha$ =0,70), Проблемы со сном ( $\alpha$ =0,65), Суицидальные стремления

( $\alpha=0,49$ ). С помощью суммарного балла по всем вопросам оценивается шкала Общего психологического неблагополучия ( $\alpha=0,94$ ).

4) Сокращенный вариант *Шестифакторного личностного опросника HEXACO-24* [5; 19] был разработан в контексте лексических исследований структуры личности. Опросник содержит 100 вопросов, которые направлены на диагностику 24 индивидуально-типологических признаков, которые в результате объединяются в шесть двухполюсных факторов — диспозиционных черт личности: Честность–Скромность ( $\alpha$ -Кронбаха=0,43), Эмоциональность ( $\alpha=0,60$ ), Экстраверсия ( $\alpha=0,61$ ), Доброжелательность ( $\alpha=0,54$ ), Сознательность ( $\alpha=0,52$ ) и Открытость ( $\alpha=0,42$ ).

5) *Социально-демографический опросник*, разработанный авторами специально для исследования неинфицированного населения в условиях пандемии COVID-19 [12]. Опросник состоит из 22 вопросов, включающих такие тематические области, как особенности условий проживания респондента, профессиональная занятость и материальное положение, отношение к COVID-19, а также возникающие в условиях самоизоляции психологические трудности.

**Методы статистической обработки данных.** На первом этапе проверялась надежность-согласованность интегрального показателя NQ с помощью расчета коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха, а также вклад каждого пункта в интегральный показатель (с помощью  $\alpha$ -Кронбаха и коэффициентов корреляции Пирсона). С помощью критерия Колмогорова–Смирнова оценивалась нормальность распределения результатов. Для сравнения различий выраженности интегрального показателя NQ в двух выборках использовался непараметрический критерий Манна–Уитни и параметрический t-критерий Стьюдента. Для сравнения выраженности показателя в большем количестве несвязанных групп использовался критерий Краскелла–Уоллиса и ANOVA. Факторная структура опросника проверялась с рандомным расщеплением выборки пополам посредством эксплораторного факторного анализа с косоугольным облимин-вращением (КМО, критерий сферичности Бартлетта), а также посредством конфирматорного факторного анализа ( $\chi^2$ , df, CFI, RMSEA, 90% доверительный интервал для RMSEA). Для определения внутренней конструктивной (композитной) надежности использовался критерий Construct Reliability (CR>0,7). Для определения внутренней конвергентной валидности использовалась извлеченная средняя дисперсия (Average Variance Extracted, AVE>0,5). Внутренняя дискриминантная валидность определялась на основании сопоставления величины  $\sqrt{AVE}$  со всеми коэффициентами корреляции этого фактора с другими факторами. Для определения внешней конвергентной и дискриминантной валидности использовались коэффициенты корреляции Спирмена.

## Результаты

### **Проверка психометрических характеристик Наймигенского опросника**

При решении задачи оценки психометрических качеств русскоязычной версии NQ прежде всего была выполнена проверка надежности как *самосогласованности* пунктов опросника, в результате которой были получены удовлетворительные

показатели самосогласованности всего опросника в целом ( $\alpha$ -Кронбаха=0,877). Удаление любого пункта из шкалы приводило к снижению ее надежности (Приложение 2). Кроме того, все коэффициенты корреляции Пирсона между пунктами и общей шкалой оказались стабильно высокими (все  $r > 0,5$ ) и статистически значимыми ( $p < 0,001$ ). Согласованность пунктов позволяет определять интегральный показатель по опроснику как сумму баллов по всем пунктам.

Проверка нормальности распределения баллов по шкале подтвердила отсутствие нормальности распределения ответов как для интегрального показателя по NQ, так и по каждому пункту ( $p < 0,001$ ). Частоты распределения ответов по каждому пункту представлены в Приложении 3. Описательная статистика итогового показателя NQ как по всей выборке, так и отдельно у мужчин и женщин, представлена в таблице 1.

Таблица 1

**Описательная статистика итогового балла по Наймигенскому опроснику  
 в общей выборке и в подвыборках мужчин и женщин**

	Общая выборка (N=1362)	Мужчины (n=209)	Женщины (n=1153)
	Статистика (стандартная ошибка)		
Среднее	17,57 (0,27)	11,18 (0,54)	18,73 (0,29)
Медиана	16	10	17
Мода	12	12	12
Среднеквадратичное отклонение	10,02	7,74	9,96
Асимметрия	0,69 (0,07)	0,99 (0,17)	0,66 (0,07)
Эксцесс	0,14 (0,13)	1,03 (0,34)	0,07 (0,14)
Минимум	0	0	0
Максимум	58	40	58
Процентили	25	10	11
	50	16	15
	75	24	25

Среднее значение в общей выборке составило  $17,57 \pm 10,02$ , при этом у мужчин средний балл равен  $11,18 \pm 7,74$ , а у женщин —  $18,73 \pm 9,96$ . Поскольку присутствуют значительная разница как в размерности мужской и женской выборок, так и в дисперсиях (по критерию Ливиня  $p < 0,001$ ,  $F = 23,143$ ), то значимость различий средних значений были проверены и с помощью параметрического t-критерия Стьюдента ( $t = -12,359$ ,  $p < 0,001$ ), и с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни ( $U = 65133$ ,  $p < 0,001$ ). В результате были подтверждены как значимые различия средних значений, так и значимые различия средних рангов при сравнении выборок

мужчин и женщин по выраженности симптоматики ДД. Совпадение выводов о значимости различий, сделанных с помощью параметрического и непараметрического критериев, свидетельствует в пользу их достоверности.

Для определения факторной структуры опросника вся выборка, состоящая из 1362 человек, случайным образом была разделена на две равные части. Данные первой выборки (n=681) использовались для проведения эксплораторного факторного анализа, а данные второй (n=681) — для проверки соответствия полученной факторной модели эмпирическим данным посредством конфирматорного факторного анализа. Эксплораторный факторный анализ (метод главных компонент) выполнялся с использованием косоугольного вращения «прямой облимин». Для определения числа извлекаемых факторов (КМО=0,891,  $p < 0,001$  для критерия сферичности Бартлетта) использовался график собственных значений, по результатам которого было выделено 4 фактора, объясняющих 57% общей дисперсии.

В таблице 2 представлена выявленная факторная структура опросника и показатели надежности каждой шкалы. Первый фактор содержит пункты, связанные с респираторными симптомами. Второй фактор включает в себя пункты об онемении и скованности рук, а также ощущения «вздутия» живота. Третий фактор содержит признаки напряженности, а четвертый — признаки дереализации. Выделенная факторная структура NQ на выборке населения во время пандемии в целом повторяет факторную структуру, заявленную при апробации опросника на англоязычной выборке, в которой выделяются респираторные симптомы, периферическая и центральная тетания [53]. Разница в факторной структуре состоит в том, что на русскоязычной выборке периферическая тетания разделилась на две составляющие: 1) ощущение напряженности и 2) наличие парестезий и ощущения «вздутия» живота.

Таблица 2

**Факторные нагрузки компонент Наймигенского опросника**

	1. Респираторные симптомы	2. Парестезии	3. Напряженность	4. Дереализация
Вклад фактора в общую дисперсию, %	36	8	7	6
7. Ощущение нехватки воздуха	0,854	-0,023	-0,075	0,043
11. Неспособность глубоко вдохнуть	0,829	0,084	-0,046	-0,062
8. Ощущение скованности грудной клетки	0,798	0,004	0,095	-0,029
6. Учащенное или углубленное дыхание	0,591	-0,079	0,147	0,148
1. Боль в грудной клетке	0,502	0,181	0,097	0,075



10. Онемение, покалывание в пальцах	0,049	0,784	-0,028	0,170
12. Скованность рук или пальцев	0,233	0,676	0,026	0,083
9. Ощущение «вздутия» живота	0,014	0,427	0,415	-0,085
16. Чувство тревоги	0,036	-0,186	0,824	0,115
2. Ощущение напряженности	0,245	-0,116	0,692	0,040
14. Холодные руки или ноги	-0,136	0,272	0,510	0,062
13. Напряжение вокруг рта	0,079	0,150	0,481	-0,012
15. Учащенное сердцебиение	0,240	-0,020	0,442	0,140
3. Дезориентация, утрата контакта с окружающей действительностью	0,046	0,177	-0,139	0,740
4. Приступы головокружения	-0,029	0,100	0,075	0,728
5. Затуманенное зрение (помутнение зрения)	0,039	-0,192	0,142	0,719
$\alpha$ -Кронбаха шкалы	0,826	0,624	0,737	0,620

*Примечание:* Курсивом указаны наиболее высокие по абсолютной величине факторные нагрузки по каждому фактору. Соответствующие им пункты опросника задают семантику фактора и шкалу.

На второй подвыборке выявленная четырехфакторная модель была проверена с помощью конфирматорного факторного анализа. Полная модель 1, включающая все пункты опросника, приведенные в таблице 2, показала значимость всех факторных нагрузок, однако ее показатели согласованности с эмпирическими данными оказались низкими (табл. 3).

Таблица 3

**Показатели согласованности моделей шкал Наймигенского опросника с эмпирическими данными**

Модели	$\chi^2$	df	CFI	RMSEA	90% доверительный интервал RMSEA
Модель 1 (полная)	502,744	98	0,893	0,078	[0,071; 0,085]
Модель 2 (сокращенная)	81,054	29	0,977	0,051	[0,038, 0,061]

Модель была улучшена за счет исключения пунктов, имеющих факторные нагрузки ниже 0,65. Все факторные нагрузки в Модели 2 остались статистически значимыми, а показатели согласованности модели существенно улучшились

(табл. 3). Таким образом, была выявлена специфика шкал опросника в условиях пандемии по результатам конфирматорного анализа.

В сокращенной версии в фактор 1 вошли пункты № 7 (ощущения нехватки воздуха), № 11 (неспособность глубоко вдохнуть) и № 8 (ощущение скованности грудной клетки, то есть ощущения затрудненного дыхания), надежность шкалы была высокой —  $\alpha$ -Кронбаха=0,818. В факторе 2 остались пункты, связанные с онемением (№ 10) и скованностью пальцев и рук (№ 12),  $\alpha$ -Кронбаха шкалы оказалась равна 0,691. В фактор 3 вошли только пункты № 2 (напряженность) и № 16 (тревога);  $\alpha$ =0,769. Фактор 4 остался без изменений, но он имеет наименьшие объяснительную дисперсию, факторные нагрузки и показатель согласованности ( $\alpha$ =0,620), поэтому является наименее валидным и надежным.

Сравнение  $\alpha$ -Кронбаха для полной и сокращенной версий опросника показало снижение согласованности для интегрального показателя по NQ с 0,877 до 0,838. Для шкал согласованность изменилась противоречиво: уменьшилась для фактора 1, но увеличилась для факторов 2 и 3 (табл. 4). Такое значительное сокращение количества вопросов в ходе конфирматорного факторного анализа может быть связано со специфическими условиями пандемии COVID-19. На основе этого было принято решение использовать суммарный интегральный показатель по полной версии опросника, а для высчитывания шкальных значений использовать сокращенный вариант. По результатам корреляционного анализа между сокращенными четырьмя факторами были выявлены положительные значимые связи (табл. 4). Наибольшие коэффициенты корреляции были обнаружены между шкалой Дерееализации и шкалами Парестезий ( $r=0,739$ ), Респираторных симптомов ( $r=0,651$ ) и Напряженности ( $r=0,632$ ).

Таблица 4

**Матрица корреляций между четырьмя факторами сокращенного варианта Наймидгенского опросника по результатам конфирматорного анализа**

	Альфа-Кронбаха	2. Парестезии	3. Напряженность	4. Дерееализация
1. Респираторные симптомы	0,818	0,514	0,632	0,651
2. Парестезии	0,691	1,000	0,522	0,739
3. Напряженность	0,769		1,000	0,632
4. Дерееализация	0,620			1,000

Примечание: все коэффициенты корреляции значимы при двухстороннем уровне  $p<0,001$ .

Далее была проверены *внутренние конвергентная и дискриминантная виды валидности* с помощью расчета средней извлеченной дисперсии (AVE) и конструктивной надежности (CR). В 1981 году в статье Evaluating Structural Equation

Models with Unobservable Variables and Measurement Error [32] был предложен способ проверки конструктивной валидности опросной методики. Идея его следующая: пункты опросника образуют шкалы, этим шкалам соответствуют факторы. Пункты, входящие в фактор, имеют факторные нагрузки на шкалу, а также дисперсии ошибок. Если пункты согласованы между собой, то дисперсия ошибок должна быть не очень большой, т.е. вариативность показателей объясняется именно фактором, а не ошибками измерения. Чтобы оценить, насколько дисперсия ошибки существенна, используют формулы:

$$AVE_j = \frac{\sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2}{\sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2 + \sum_{i=1}^k var(e_{ij})};$$

$$CR_j = \frac{(\sum_{i=1}^k \lambda_{ij})^2}{(\sum_{i=1}^k \lambda_{ij})^2 + \sum_{i=1}^k var(e_{ij})},$$

где  $k$  число пунктов в шкале-факторе  $j$ ,  $\lambda_{ij}$  — факторная нагрузка пункта  $i$  на фактор  $j$ ,  $var(e_{ij})$  — дисперсия остаточного члена для пункта  $i$  по фактору  $j$ .

$$var(e_{ij}) = 1 - \lambda_{ij}^2, \text{ поэтому } \sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2 + \sum_{i=1}^k var(e_{ij}) = k, \text{ и } AVE_j = \frac{\sum_{i=1}^k \lambda_{ij}^2}{k}$$

Используя эти формулы, мы получили усредненную извлеченную дисперсию по всем пунктам, входящим в фактор-шкалу, тогда как числитель — это дисперсия, объясняемая фактором. Оба показателя лежат в диапазоне от 0 до 1. Чем меньше дисперсия остаточных членов, тем больше значения показателей.

Согласно данному подходу, конструктивная надежность — аналог надежности-согласованности — определяется по значению CR, которое должно быть больше 0,7. Показатель похож на  $\alpha$ -Кронбаха, однако значение  $\alpha$ -Кронбаха может быть заниженным, поэтому рекомендуется делать выводы именно на основании CR. Если проверяются психометрические качества опросника с уже известным разбиением пунктов на шкалы, то необходимо провести конфирматорный факторный анализ и вычислить факторные нагрузки. Этот подход достаточно часто применяется в разного рода психометрических исследованиях [36; 43; 46; 56].

Конвергентная валидность определяется на основании показателя AVE. Значение этого показателя должно быть больше 0,5, тогда признается наличие достаточной конвергентной валидности. Это значит, что конвергентная валидность обоснована тогда, когда общая остаточная дисперсия не превосходит дисперсию, объясняемую фактором. Но ведь конвергентная валидность предполагает корреляцию с другими шкалами других тестов. А здесь речь идет о высокой корреляции внутри пунктов одной шкалы, что, собственно, является еще одной формой вычисления внутренней согласованности пунктов.

Согласно подходу, дискриминантная валидность определяется на основании сопоставления величины  $\sqrt{AVE}$  со всеми коэффициентами корреляции этого фактора с другими факторами. Таким образом, можно говорить о том, что пункты,

входящие в шкалу, между собой связаны сильнее, чем шкала в целом с другими шкалами.

Несмотря на достаточную популярность этого метода и его логическую обоснованность, он имеет определенные недостатки: отсутствие корреляции с другими шкалами методики не значит, что шкала не коррелирует с другими шкалами из других тестов.

Таким образом, если мы хотим обосновать конвергентную и дискриминантную валидность на основе анализа данных *только одной методики*, то корректно говорить об обосновании «внутренних» конструктивной и дискриминантной валидности в рамках одной методики, включающей ограниченный набор шкал. Нами были подсчитаны указанные показатели для всех четырех шкал методики (табл. 5). Все показатели AVE, кроме последнего, превосходили отсечку в 0,5, что свидетельствует о достаточной конвергентной валидности первых трех шкал. Все CR, кроме последнего, превосходили значение 0,7, что свидетельствует о высокой конструктивной надежности. Наконец,  $\sqrt{AVE}$  для первых трех шкал был выше их корреляций между собой, что свидетельствует о высокой дискриминантной валидности первых трех шкал.

Таблица 5

**Показатели внутренних конвергентной и дискриминантной валидности  
сокращенной версии Наймигенского опросника**

	Респираторные симптомы	Парестезии	Напряженность	Дереализация
AVE	0,618	0,545	0,627	0,353
CR	0,829	0,705	0,770	0,621
$\sqrt{AVE}$	0,786	0,738	0,792	0,595

Для оценки распространенности ДД в исследуемой выборке было необходимо определить порог выявления симптомокомплекса ДД. Исходя из представленных в Приложении 3 значений показателей описательной статистики, можно сделать вывод о значимой асимметрии всех распределений. «Горб» распределения смещен влево, в сторону меньших значений. Теоретически возможное суммарное значение интегрального показателя в 64 балла не достигается. Если опираться на изначально [50] выделенный пороговый балл подтверждения наличия стабильных признаков ДД на уровне 23 баллов, то среди всех респондентов признаки ДД во время пандемии встречались у 377 человек, т.е. у 27,7% от всей выборки. Если учесть пол респондентов, то при пороговом значении 23 балла феномен ДД встречается у 9,1% мужчин и 31,0% женщин. Однако в более современной литературе [25; 54] предлагается рассматривать 19 баллов в качестве достаточного уровня выявления стабильных признаков ДД. Если брать в качестве порогового балла 19, то это позволяет предположить, что данный феномен встречается у 551 респондента

(40,5%), включая 14,4% мужчин и 45,0% женщин. Таким образом, в зависимости от выбранного порогового балла для подтверждения симптомокомплекса ДД количество респондентов с признаками ДД в нашем исследовании варьируется от 27,7% до 40,5%. На основе этих результатов нам видится важным рассмотреть проблему определения порогового балла диагностики симптомокомплекса ДД, что будет сделано при обсуждении результатов.

Для удобства сравнения выраженности симптомов по шкалам было принято решение использовать усредненные значения (при возможных баллах от 0 до 4). Так проще оценить степень выраженности соответствующего показателя, исходя из возможной максимальной и минимальной оценки. Представленность симптоматики Напряженности оказалась значимо выше по сравнению со всеми остальными симптомами. Во всех четырех субшкалах показатели, полученные женщинами, были значимо выше, чем у мужчин. То же самое относится к дисперсии (Приложение 4). Проверка выполнялась с помощью параметрического и непараметрического критериев. Значимость различий средних значений всех шкал  $p < 0,001$ . То же верно и для дисперсий, за исключением шкалы 3: по тесту Ливиня  $p = 0,032$ . По тесту Манна–Уитни  $p$ -значение различий также составило  $p < 0,001$  для всех четырех шкал.

Связь возраста с выраженностью переживания всех симптомов была проверено с помощью непараметрического критерия Краскелла–Уоллиса и подтверждается результатами ANOVA (Приложение 5). Были выявлены связи возраста со шкалами Парестезий, Напряженности и Дерезализации, но не с интегральным показателем. Показатель наличия парестезий увеличивается с возрастом ( $p < 0,001$ ), выраженность Напряженности с возрастом уменьшается ( $p = 0,029$ ), а по шкале Дерезализации значимо ( $p = 0,002$ ) более высокие баллы имеют респонденты молодого и старшего возраста.

Для проверки внешней конструктивной (конвергентной и дискриминантной) валидности опросника оценивалась взаимосвязь между его субшкалами и субшкалами модифицированной версии Опросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина, Шкалы воспринимаемого стресса-10, опросника «Перечень симптомов-32» и Шестифакторного личностного опросника НЕХАСО-24.

Были обнаружены значимые корреляции Спирмена ( $p < 0,01$ ) между всеми исследуемыми шкалами NQ и субшкалами опросника тревожности Спилбергера–Ханина, Шкалой воспринимаемого стресса-10 и опросником «Перечень симптомов-32», что свидетельствует о высокой конвергентной валидности данного опросника (табл. 6). Наибольшие коэффициенты корреляции со шкалами ситуативной и личностной тревожности были обнаружены у шкалы NQ «Напряженность», что позволяет расценить данный показатель как наиболее значимый в плане раскрытия связи ДД с ситуативной и личностной тревожностью.

При проверке связи выраженности переживания стресса с ДД были обнаружены значимые положительные корреляции между всеми шкалами NQ со шкалой «Перенапряжение» и общим баллом по Шкале воспринимаемого стресса-10

(табл. 6). При этом шкала «Противодействие стрессу» имела статистически достоверные отрицательные коэффициенты корреляции со всеми шкалами NQ, среди которых наиболее значимые связи были обнаружены между субшкалой «Противодействие стрессу» и общим баллом NQ, а также со шкалой NQ «Напряженность». То есть при большей уверенности в способности противостоять стрессу у респондентов с меньшей вероятностью будет возникать ДД.

Таблица 6

**Матрица корреляций Спирмена между шкалами Наймигенского опросника и субшкалами модифицированного Опросника тревожности Спилбергера–Ханина, Шкалы воспринимаемого стресса-10 и методики «Перечень симптомов-32»**

	ИП	Респираторные симптомы	Парестезии	Напряженность	Дереализация
Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина					
Ситуативная тревога (во время пандемии)	0,450	0,320	0,230	0,528	0,080
Личностная тревожность (до пандемии)	0,504	0,318	0,234	0,549	0,349
Шкала воспринимаемого стресса-10					
Перенапряжение	0,552	0,353	0,274	0,641	0,394
Противодействие стрессу	-0,421	-0,277	-0,226	-0,475	-0,307
Воспринимаемый стресс (сумма)	0,548	0,353	0,278	0,630	0,393
Опросник «Перечень симптомов-32»					
Соматические расстройства	0,627	0,425	0,549	0,465	0,488
Навязчивость	0,549	0,383	0,295	0,530	0,420
Межличностные проблемы	0,448	0,309	0,196	0,460	0,324
Депрессия	0,589	0,423	0,287	0,587	0,443
Тревожность	0,641	0,420	0,333	0,725	0,440
Враждебность	0,561	0,392	0,296	0,546	0,430
Страхи	0,454	0,325	0,242	0,461	0,319
Подозрительность	0,451	0,295	0,250	0,437	0,336

Психотизм	<i>0,475</i>	<i>0,337</i>	<i>0,251</i>	<i>0,446</i>	<i>0,396</i>
Проблемы со сном	<i>0,403</i>	<i>0,264</i>	<i>0,284</i>	<i>0,376</i>	<i>0,315</i>
Суицидальные стремления	<i>0,587</i>	<i>0,419</i>	<i>0,399</i>	<i>0,510</i>	<i>0,446</i>
Общее психологическое неблагополучие (сумма)	<i>0,708</i>	<i>0,485</i>	<i>0,402</i>	<i>0,693</i>	<i>0,532</i>
Опросник HEXACO-24					
Доброжелательность	-0,192	-0,109	-0,089	-0,224	-0,139
Экстраверсия	-0,242	-0,153	-0,113	-0,272	-0,161
Сознательность	-0,126	-0,136	-0,052	-0,096	-0,097
Эмоциональность	<i>0,392</i>	<i>0,242</i>	<i>0,150</i>	<i>0,480</i>	<i>0,223</i>
Открытость опыту	-0,012	-0,004	-0,007	-0,018	0,001
Честность	-0,099	-0,100	-0,034	-0,086	-0,069

*Примечание:* ИП NQ — интегральный показатель Наймигенского опросника. Курсивом выделены значимые коэффициенты корреляции при двухстороннем уровне значимости  $p < 0,001$ .

При анализе связей интегрального показателя по NQ со субшкалами опросника «Перечень симптомов-32» наиболее значимые корреляции были выявлены со следующими субшкалами (в порядке убывания): Общее психологическое неблагополучия, Тревожность, Соматические расстройства, Депрессия, Суицидальные устремления. Данные результаты позволяют заключить, что ДД может рассматриваться в качестве неспецифического симптомокомплекса, «маркирующего» эмоциональную дезадаптацию во время пандемии COVID-19.

Для оценки дискриминантной валидности NQ были рассчитаны коэффициенты корреляции между интегральным показателем и значениями шкал NQ с личностными чертами по HEXACO-24. Результаты показали наличие значимых корреляций только со шкалой «Эмоциональность», но не с другими личностными конструктами. Этот факт позволяет сделать вывод о достаточной внешней дискриминантной валидности NQ.

## Обсуждение

Проверка психометрических свойств русскоязычной версии NQ показала его высокую надежность ( $\alpha$ -Кронбаха=0,877), которая оказалась выше аналогичного показателя, полученного в ходе адаптации опросника на фарси ( $\alpha$ =0,702) [45], но ниже, чем в греческой версии опросника ( $\alpha$ =0,920) [34]. При разработке NQ [53] была показана трехфакторная структура опросника, включающая: 1) Респираторные симптомы, 2) Периферическую и 3) Центральную тетанию. Для русскоязычной

версии опросника его факторная структура лучше описывается четырьмя компонентами: 1) Респираторные симптомы, 2) Парестезии, 3) Напряженность и 4) Дерееализация, объясняющие 57% совокупной дисперсии. При этом в Иранской версии NQ при объяснении 55% совокупной дисперсии было выделено 5 факторов, которые не имели настолько хорошей согласованности по содержанию [45]. В греческой версии адаптации NQ на выборке пациентов с бронхиальной астмой при факторизации ответов на пункты опросника был выделен один фактор на основе 11 пунктов, который объяснял 58,6% совокупной дисперсии [34]. Также О. Li и коллеги [40] при пересмотре структурной валидности в англоязычной версии NQ предлагают выделять лишь одну шкалу и исключить 14 пункт («холодные руки или ноги») из пула вопросов для улучшения психометрических качеств опросника. Обобщая вышесказанное, можно сказать, что полученная в данном исследовании русскоязычная версия NQ превосходит некоторые зарубежные аналоги с точки зрения прогностической ценности выделенных компонент, а различия в факторных структурах могут объясняться культуральными особенностями, спецификой выборок и/или условиями пандемии COVID-19, что требует дальнейшего исследования.

Проведенный конфирматорный факторный анализ показал значительное улучшение качества модели при сохранении четырехфакторной структуры и исключении 6 пунктов. Сокращенный вариант опросника из 10 пунктов имеет наиболее сильные психометрические характеристики по факторной структуре, но не по надежности.

Была проверена внутренняя (по отношению к пунктам и шкалам самого опросника) и внешняя (по отношению к шкалам других опросников) конструктивная валидность. Внутренняя конвергентная валидность и дискриминантная валидность подтвердились для первых трех шкал. Четвертая шкала — Дерееализация — показала наименьшие значения надежности и валидности.

Оценка внешней конвергентной валидности выполнялась с помощью опросника «Перечень симптомов-32» (SCL-32), Шкалы воспринимаемого стресса-10, а также шкал модифицированного Опросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Были выявлены значимые корреляции между интегральным показателем NQ и другими шкалами валидизации, что свидетельствует о высокой конвергентной валидности NQ. Связь ДД, диагностируемого с использованием NQ, с тревогой и стрессом была хорошо доказана до пандемии COVID-19 в исследованиях на зарубежных выборках [21; 25], в то время как связь ДД с широким спектром психопатологических проявлений, тем более в условиях пандемии COVID-19, в данном исследовании обозначается впервые.

Вывод о наличии внешней дискриминантной валидности делался на основании результатов оценки корреляции интегрального показателя NQ и шкал NQ со значениями по шкалам HEXACO-24. Высокие корреляции были установлены только со шкалой Эмоциональности, в то время как с остальными личностными конструктами, в меньшей степени связанными с тревогой, коэффициенты



корреляций были ниже или были незначимы, что обосновывает вывод о достаточной дискриминантной валидности NQ.

Важно отметить, что для личностной тревожности были обнаружены более высокие значения коэффициентов корреляции со шкалами NQ, чем для ситуативной тревоги (см. табл. 6). В связи с этим встает вопрос дальнейшего изучения соотношения личностных и ситуативных предикторов ДД как в условиях текущей пандемии, так и в отсутствии стрессовой нагрузки.

Среди шкал опросника «Перечень симптомов-32» наибольшие коэффициенты корреляции с NQ были у шкал Общего психологического неблагополучия, Соматических расстройств и Тревожности. Однако значимые корреляции NQ были обнаружены и со всеми другими шкалами (табл. 6). Данные результаты представляются нам очень важными, поскольку они отражают связь ДД со всеми вышеперечисленными психопатологическими проявлениями. Это позволяет высказать предположение, что ДД может рассматриваться в качестве неспецифического симптомокомплекса, маркирующего эмоциональную дезадаптацию во время пандемии COVID-19. Это может объясняться либо их общей природой, либо условиями пандемии COVID-19, во время которой присутствовали как повышенный уровень общего стресса, так и акцентирование внимания на благополучии респираторной системы, что требует дальнейшего изучения после завершения пандемии.

Проведенное исследование с особой остротой поставило проблему определения «порогового балла» для констатации наличия сформированного симптомокомплекса ДД. Во-первых, дизайн исследования с помощью онлайн-опроса не предполагал определения критериальной валидности, которая требует сопоставления результатов NQ с данными объективной физиологической оценки паттернов дыхания. Во-вторых, исследование проводилось на выборке относительно здоровых людей, не болевших COVID-19. Для дальнейшего определения порогового балла необходимо также межгрупповое сравнение лиц с и без признаков ДД, подтвержденного объективными медицинскими обследованиями.

В наиболее ранних исследованиях в качестве «порога определения» симптомокомплекса ДД используется значение интегрального показателя NQ, равное 23 баллам [50], а в исследованиях последних лет в качестве достаточного указывается показатель в 19 баллов [54]. Для сопоставления в таблице 7 представлены средние значения по NQ на различных выборках из разных стран до пандемии COVID-19. Следует отметить, что респондентам в нашем исследовании не задавались вопросы о наличии у них хронических заболеваний, включая респираторные, поэтому мы не можем учесть фактор наличия органических причин изменений паттерна дыхания [58]. При этом средний балл и распространенность ДД в выборке данного исследования во время пандемии значительно выше, чем на «здоровых выборках» до пандемии COVID-19, и сопоставимы по уровню дыхательного дискомфорта с показателями, полученными на выборках пациентов

с бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и соматоформным расстройством.

Таблица 7

**Средние значения интегрального показателя по Наймигенскому опроснику по данным различных исследований во время и до пандемии COVID-19**

Страна, год проведения исследования, первоисточник	Выборка	Среднее значение, стандартное отклонение или разброс
Россия, 2020, представленное исследование	Население во время пандемии COVID-19 (N=1362)	17,57±10,02
	Мужчины (n=209)	11,18±7,74
	Женщины (n=1153)	18,73 ±9,96
Россия, 2020 [39]	Здоровые (n=20)	14,03±8,50
	Фридайверы (n=20)	11,05±5,30
	Пациенты с ГВС (n=20)	28,45±11,30
Россия, 2011 [17]	Пациенты с ХОБЛ (n=22)	17,0 (10–23)
	Пациенты с бронхиальной астмой (n=24)	14,5 (8,0–25,5)
	Пациенты с бронхиальной астмой и ГВС (n=11)	26,0 (17,0–31,0)
	Пациенты с ГВС (n=25)	24,0 (15,0–26,0)
Иран, 2015 [45]	Пациенты с астмой (N=100)	17,03±6,72
Нидерланды, 2015 [53]	Пациенты с ГВС	19,5±10,5
	Здоровые люди	11,9±5,5
Греция, 2014 [34]	Пациенты с бронхиальной астмой (N=162)	16,97±7,85
Бельгия, 1998 [35]	Здоровые (n=170)	9,9±6,2
	ГВС пациенты (n=422)	29,8±9,9
	Паническое расстройство (n=127)	31,3±11,3
	Другие тревожные расстройства (n=234)	25,6±10,2
	Соматоформные расстройства (n=494)	17,4±10,0

Проблема определения порогового балла важна для оценки распространенности ДД на российской выборке в условиях пандемии COVID-19. Если рассматривать в качестве порогового значения диагностики сформированного симптомокомплекса ДД 23 балла [50], то среди всех респондентов признаки ДД во время пандемии встречаются у 377 человек, т.е. 27,7% от всей выборки.

Сравнение с другими исследованиями распространенности ДД на выборках до пандемии показало, что до пандемии ДД встречается реже, нежели в ее условиях [25]. Согласно исследованию Н.А. Токаревой [16], сформированный ГВС встречается у 5–10% всего населения, а среди пациентов с общей соматической патологией — в 6–11% случаев. Исследование, выполненное в Великобритании на выборке из 4 381 пациентов общего профиля, среди которых было 300 пациентов с астмой, показало, что у пациентов с астмой ДД ( $NQ > 23$  баллов) встречается в 29% случаев, а среди пациентов без астмы — только в 8% случаев. Кроме того, ДД чаще встречается у женщин, чем у мужчин: 35% и 20% соответственно среди пациентов с астмой; 14% и 2% соответственно — у пациентов без астмы [50]. Поэтому выявленное ДД в исследуемой выборке (у 31% женщин и у 9% мужчин) показывает распространенность данного феномена во время пандемии COVID-19 и в два раза превышает аналогичный показатель, полученный на выборке здоровых лиц в допандемийный период.

Отметим, что в нашем исследовании показана высокая статистическая значимость различий ( $p < 0,001$ ) в показателях у мужчин и женщин по  $NQ$ :  $11,18 \pm 7,74$  и  $18,73 \pm 9,96$  соответственно. Различия в распространенности ДД среди мужчин и женщин согласуются с данными по половым различиям в эмоциональной и физиологической реактивности в ответ на негативные стимулы. Согласно результатам F. Wilhelm и коллег [57], женщины и мужчины могут одинаково оценивать негативные стимулы по степени валентности и уровню ответного возбуждения, однако женщины имеют более выраженные мускульную и респираторную реакции, чем мужчины. Кроме того, в многочисленных исследованиях в условиях пандемии COVID-19 также подтверждено, что женщины чаще обнаруживают признаки психологического неблагополучия [12; 23; 44].

В представленном исследовании была проведена адаптация  $NQ$  и оценка его психометрических качеств. Но поскольку исследование проводилось во время пандемии COVID-19, это имеет как свои преимущества, так и недостатки. С одной стороны, условия пандемии COVID-19 с особой очевидностью «высветили» феноменологию тревожных расстройств и ДД. С другой стороны, специфика условий пандемии препятствует решению задач по стандартизации методики, определению пороговых значений и оценке ретестовой надежности, что требует дальнейшего изучения уже после завершения пандемии COVID-19.

Таким образом, представленное исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, дизайн исследования (онлайн-опрос) не предполагал определения критериальной валидности, которая требует сопоставления результатов  $NQ$  с данными объективной физиологической оценки паттернов дыхания. Исследование проводилось с использованием приема «самооценки здоровья»: респондентами стали те, кто сам себя отнес к группе не болевших COVID-19. Во-вторых, в онлайн-опросе не учитывалось наличие каких-либо органических заболеваний, которые могли быть у респондентов до пандемии и наличие которых могло бы вносить вклад в нарушения работы респираторной системы. В-третьих, формат проведения анонимного онлайн-опроса имеет целый ряд ограничений по

репрезентативности, что необходимо учитывать при сравнении результатов представленного исследования с данными других исследований.

Для дальнейшего определения порогового балла, безусловно, необходимо также межгрупповое сравнение лиц с наличием симптомокомплекса ДД и респондентов без признаков ДД с подтверждением выводов данными объективных медицинских обследований, выполненное не только во время пандемии COVID-19, но и после ее завершения.

Выявленная высокая распространенность ДД в популяции требует дальнейшего исследования влияния как ситуативных, так и личностных предикторов ДД в условиях пандемии COVID-19, что в дальнейшем позволит совершенствовать и индивидуализировать комплексную медико-психологическую помощь пациентам с ДД.

### Заключение

Представленные в статье данные доказывают, что полученный авторами русскоязычный вариант NQ для оценки ДД обладает хорошими психометрическими характеристиками: значение коэффициента внутренней согласованности  $\alpha$ -Кронбаха для интегрального показателя составил 0,877. С помощью эксплораторного факторного анализа была выявлена четырехкомпонентная структура опросника (шкалы: Респираторные симптомы, Парестезии, Напряженность и Дерезализация), психометрические показатели которых были улучшены на основе данных конфирматорного анализа при исключении 6 пунктов с низкими факторными нагрузками ( $<0,65$ ). Исходя из полученных результатов, было принято решение использовать интегральный показатель на основе суммирования всех 16 пунктов опросника, а для расчета по отдельным шкалам использовать сокращенный вариант опросника из 10 пунктов с подсчетом средних значений по каждой шкале, что позволяет сравнивать выраженность симптоматики по каждой из шкал. Для сокращенной версии опросника была проверена и доказана внутренняя конвергентная и дискриминантная валидность.

При проверке конструктивной валидности методика показала значимые корреляции с уровнем тревоги, стресса и различными психопатологическими симптомами, что свидетельствует о высокой конвергентной валидности NQ. Показано, что ДД встречается при различных видах «психологических трудностей» в условиях пандемии COVID-19, что позволяет его рассматривать в качестве неспецифического феномена в условиях пандемии COVID-19. Также была доказана высокая дискриминантная валидность на основании анализа корреляций значений по NQ с результатами исследования личностных черт по HEXACO-24.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют заключить, что NQ — валидный инструмент диагностики выраженности симптомов ДД. Поскольку данный феномен был обнаружен у 27,7% исследуемой выборки, то актуальным становится исследование «факторов-провокаторов» данного симптомокомплекса. Для дальнейшего изучения нам видится перспективным опора

*Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.*  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

*Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.*  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

на биопсихосоциальную модель здоровья и болезни, что, предположительно, позволит разработать обоснованную комплексную медико-психологическую программу диагностики и помощи пациентам с ДД.

## Литература

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В. и др. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-Петербургского Университета. 2016. Том 16. № 2. С. 6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202
2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. 752 с.
3. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Собр. соч. в 6 т. Том. 5. М., 1983. С. 257– 321.
4. Дараган Н.В., Чикина С.Ю. Гипервентиляционный синдром в практике врача — пульмонолога: патогенез, клиника, диагностика // Пульмонология. 2011. № 5. С. 87–96. DOI: 10.18093/0869-0189-2011-0-5-87-96
5. Егорова М.С., Паршикова О.В., Митина О.В. Структура Российского варианта Шестифакторного личностного опросника HEXACO-PI-R // Вопросы психологии. 2019. № 5. С. 33–48.
6. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия // Национальный психологический журнал. 2012. № 2. Вып. 8. С. 32–45.
7. Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников: учебное пособие. М.: Смысл. 2011. 235 с.
8. Митина О.В., Горбунова А.И. Использование опросника «Перечень симптомов-32» в целях экспресс-мониторинга состояния психического здоровья // Россия в современном мире. Сборник научных трудов / Под ред. Ю.С. Пивоварова М.: Институт научной информации по общественным наукам РАН. 2011. Том 9. С. 228–236.
9. Организационная психология: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки ФГОС ВПО 030300 «Психология» / Под ред. А.Б. Леоновой. М.: ИНФРА-М, 2013. 429 с.
10. Первичко Е.И., Конюховская Ю.Е. Эмоциональное благополучие населения и пациентов в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований // Психическое здоровье. 2021. № 5. С. 29–42. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.05.29-42
11. Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др. Личностные детерминанты представлений о пандемии и связанных с ней переживаний у не

Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др. Проверка психометрических характеристик Наймигенского опросника для диагностики дисфункционального дыхания во время пандемии COVID-19 на российской выборке // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al. Verification of the Psychometric Characteristics of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis of Dysfunctional Breathing During the COVID-19 Pandemic on a Russian Sample // Clinical Psychology and Special Education. 2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

болевших COVID-19 жителей России // Вопросы психологии. 2021. Том 67. № 3. С. 104–117.

12. Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б. и др. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 119–146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206

13. Савкина Н.П. Особенности функциональных нарушений дыхания при нейроциркуляторной дистонии и их верификация: дис. ... канд. мед. наук. Рязань, 2003. 117 с.

14. Сафронова Н.С., Фоменко А.В., Мустафаева Л.А. Проявления дисфункционального дыхания и возможность его коррекции у представителей депортированных народов Крыма // Ученые записки Таврического национального университета имени В. И. Вернадского. Биология. Химия. 2011. Том 24 (63). № 4. С. 261–267.

15. Тетания // Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ) / под ред. Б.В. Петровского, 3-е изд. URL: <https://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%A2%D0%95%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%98%D0%AF?ysclid=18scv5l6t7251001350> (дата обращения: 22.09.2022 г.).

16. Токарева Н.А. Гипервентиляционный синдром при соматической патологии (на примере бронхиальной астмы, гипертонической болезни) и органом невротизации — особенности течения и лечения: дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2004. 137 с.

17. Трушенко Н.В., Чикина С.Ю., Лукашенко Е.П. и др. Вербальные характеристики одышки у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой // Пульмонология. 2011. № 3. С. 70–80. DOI: 10.18093/0869-0189-2011-0-3-70-80

18. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Ленинград, 1976. 18 с.

19. Ashton M. C., Lee K. Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure // Personality and Social Psychology Review. 2007. Vol. 11. № 2. P. 150–166. DOI: 10.1177/1088868306294907

20. Baumann N., Kaschel R., Kuhl J. Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect // Journal of Research in Personality. 2007. Vol. 41. № 1. P. 239–248. DOI: 10.1016/j.jrp.2006.05.002

21. Boulding R., Stacey R., Niven R. et al. Dysfunctional breathing: A review of the literature and proposal for classification // European Respiratory Review. 2016. Vol. 25. № 141. P. 287–294. DOI: 10.1183/16000617.0088-2015

22. Brashear R.E. Hyperventilation syndrome // Lung. 1983. Vol. 161. № 5. P. 257–273. DOI 10.1007/BF02713872

Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

*Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.*  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

23. *Broche-Pérez Y., Fernández-Fleites Z., Jiménez-Puig E. et al.* Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample // *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. Vol. 20. № 1. P. 81–93. DOI: 10.1007/s11469-020-00343-8
24. *Cannito L., Di Crosta A., Palumbo R. et al.* Health anxiety and attentional bias toward virus-related stimuli during the COVID-19 pandemic // *Scientific Reports*. 2020. Vol. 10. № 1. Article 16476. DOI:10.1038/s41598-020-73599-8
25. *Chaitow L., Bradley D., Gilbert C.* Recognizing and treating breathing disorders: A multidisciplinary approach. 2nd ed. Elsevier, 2014. 320 p.
26. *Chand T., Khan M.* Sigh syndrome: An emerging issue in the healthy population amid the COVID-19 pandemic // *EC Pulmonology and Respiratory Medicine*. 2020. Vol. 9. № 11. P. 43–45.
27. *Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R.* A global measure of perceived stress // *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24. № 4. P. 385–396.
28. *Courtney R., Greenwood K.M., Cohen M.* Relationships between measures of dysfunctional breathing in a population with concerns about their breathing // *Journal of Bodywork and Movement Therapy*. 2011. Vol. 15. № 1. P. 24–34. DOI: 10.1016/j.jbmt.2010.06.004
29. *Derogatis L.R.* BSI, Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual. 4th ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems. 1993. 85 p.
30. *Derogatis L.R.* Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring, and procedures manual. 3rd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.
31. *Derogatis L.R.* The SCL-R-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1977.
32. *Fornell C., Larcker D.F.* Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error // *Journal of Marketing Research*. 1981. Vol. 18. № 1. P. 39–50. DOI: 10.2307/3151312
33. *Gavriatopoulou M., Korompoki E., Fotiou D. et al.* Organ-specific manifestations of COVID-19 infection // *Clinical and Experimental Medicine*. 2020. Vol. 20. № 4. P. 493–506. DOI: 10.1007/s10238-020-00648-x.
34. *Grammatopoulou E.P., Skordilis E.K., Georgoudis G. et al.* Hyperventilation in asthma: A validation study of the Nijmegen Questionnaire – NQ // *Journal of Asthma*. 2014. Vol. 51. № 8. P. 839–846. DOI: 10.3109/02770903.2014.922190
35. *Han J.N., Stegen K., Schepers R. et al.* Subjective symptoms and breathing pattern at rest and following hyperventilation in anxiety and somatoform disorders // *Journal of Psychosomatic Research*. 1998. Vol. 45. № 6. P. 519–532. DOI: 10.1016/s0022-3999(98)00044-0

Первичко Е.И., Митина О.В., Кониуховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

*Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.*  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

36. *Henseler J., Ringle C.M., Sarstedt M.* A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling // *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2015. Vol. 43. № 1. P. 115–135. DOI: 10.1007/s11747-014-0403-8
37. *Islam M.S., Ferdous M.Z., Potenza M.N.* Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak // *Journal of Affective Disorders*. 2020. № 276. P. 30–37. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.049
38. *Jungmann S.M., Witthöft M.* Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? // *Journal of Anxiety Disorders*. 2020. № 73. Article 102239. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102239
39. *Koniukhovskaia J., Pervichko E.* Psychological mediation of dysfunction and hyperfunction of respiratory regulation // *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*. 2020. Vol. 10. № 1. Article 5. DOI: 10.3390/bs10010005
40. *Li Ogilvie V., Kayes N.M., Kersten P.* The Nijmegen Questionnaire: A valid measure for hyperventilation syndrome // *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2019. Vol. 47. № 3. P. 160–171. DOI: 10.15619/NZJP/47.3.04
41. *Motiejunaite J., Balagny P., Arnoult F. et al.* Hyperventilation: A possible explanation for long-lasting exercise intolerance in mild COVID-19 survivors? // *Frontiers in Physiology*. 2021. Vol. 11. Article 614590. DOI: 10.3389/fphys.2020.614590
42. *Ng K.H., Kemp R.* Understanding and reducing the fear of COVID-19 // *Journal of Zhejiang University. Science. B*. 2020. Vol. 21. № 9. P. 752–754. DOI: 10.1631/jzus.b2000228
43. *Osatuyi B.* Personality traits and information privacy concern on social media platforms // *Journal of Computer Information Systems*. 2015. Vol. 55. № 4. P. 11–19. DOI: 10.1080/08874417.2015.11645782
44. *Qiu J., Shen B., Zhao M. et al.* A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations // *Journal of General Psychiatry*. 2020. Vol. 33. № 2. e100213. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100213
45. *Ravanbakhs M., Nargesi M., Raji H. et al.* Reliability and validity of the Iranian version of Nijmegen questionnaire in Iranians with asthma // *Tanaffos*. 2015. Vol. 14. № 2. P. 121–127.
46. *Shrestha N.* Factor analysis as a tool for survey analysis // *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*. 2021. Vol. 9. № 1. P. 4–11. DOI: 10.12691/ajams-9-1-2
47. *Spielberger C.D., Gorsuch R., Lushene R. et al.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.



Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

*Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.*  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

48. *Taverne J., Salvator H., Leboulch C. et al.* High incidence of hyperventilation syndrome after COVID-19 // *Journal of Thoracic Disease*. 2021. Vol. 13. № 6. P. 3918–3922. DOI: 10.21037/jtd-20-2753
49. *The Writing Committee for the COMEBAC Study Group.* Four-month clinical status of a cohort of patients after hospitalization for COVID-19 // *JAMA*. 2021. Vol. 325. № 15. P. 1525–1534. DOI: 10.1001/jama.2021.3331
50. *Thomas M., McKinley R.K., Freeman E. et al.* The prevalence of dysfunctional breathing in adults in the community with and without asthma // *Primary Care Respiratory Journal*. 2005. Vol. 14. № 2. P. 78–82. DOI: 10.1016/j.pcrj.2004.10.007
51. *Tsang S., Royse C.F., Terkawi A.S.* Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine // *Saudi Journal of Anesthesia*. 2017. Vol. 11. Suppl. 1. P. S80–S89. DOI: 10.4103/sja.SJA\_203\_17
52. *Van Dixhoorn J.* Hyperventilation and dysfunctional breathing // *Biological Psychology*. 1997. Vol. 46. P. 90–91.
53. *Van Dixhoorn J., Duivenvoorden H.J.* Efficacy of Nijmegen questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome // *Journal of Psychosomatic Research*. 1985. Vol. 29. № 2. P. 199–206. DOI:10.1016/0022-3999(85)90042-X
54. *Van Dixhoorn J., Folgering H.* The Nijmegen Questionnaire and dysfunctional breathing // *European Respiratory Journal Open Research*. 2015. Vol. 1. № 1. Article 00001-2015. DOI: 10.1183/23120541.00001-2015
55. *Vidotto L.S., de Carvalho C.R.F., Harvey A. et al.* Dysfunctional breathing: What do we know? // *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2019. Vol. 45. № 1. e20170347. DOI: 10.1590/1806-3713/e20170347
56. *Voorhees C.M., Brady M.K., Calantone R. et al.* Discriminant validity testing in marketing: An analysis, causes for concern, and proposed remedies // *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2016. Vol. 44. № 1. P. 119–134. DOI: 10.1007/s11747-015-0455-4
57. *Wilhelm F.H., Rattel J.A., Wegerer M. et al.* Attend or defend? Sex differences in behavioral, autonomic, and respiratory response patterns to emotion-eliciting films // *Biological Psychology*. 2017. Vol. 130. P. 30–40. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017. 10.006
58. *Wilson C.* Hyperventilation syndrome: Diagnosis and reassurance // *Journal of Paramedic Practice*. 2018. Vol. 10. № 9. P. 370–375. DOI: 10.12968/jpar.2018.10.9.370

## References

1. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O.V. et al. Validizatsiya russkoyazychnoy versii oprosnika «Shkala vospriniyemogo stressa-10» [Validation of the Russian version of the questionnaire “Scale of Perceived Stress-10”]. *Vestnik Sankt-*

Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

*Peterburgskogo Universiteta=Bulletin of St. Petersburg University*, 2016, ser. 16, vol. 2, pp. 6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Vegetativnye rasstroistva: klinika, diagnostika, lechenie [Vegetative disorders: Clinic, diagnosis, treatment] / A.M. Vein (ed.). Moscow: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo, 2003. 752 p. (In Russ.).

3. Vygotskii L.S. Diagnostika razvitiya i pedologicheskaya klinika trudnogo detstva [The Diagnostics of Development and the Pedological Clinic for Difficult Children]. Vol. 5. Moscow, 1983. P. 257–321. (In Russ.).

4. Daragan N.V., Chikina S.Yu. Giperventilyatsionnyĭ sindrom v praktike vrachapul'monologa: Patogenez, klinika, diagnostika [Hyperventilation syndrome in practical work of a pneumologist: Pathogenesis, clinical features, diagnosis]. *Pul'monologiya=Russian Pulmonology Journal*, 2011, no. 5, pp. 87–96. DOI: 10.18093/0869-0189-2011-0-5-87-96 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Egorova M.S., Parshikova O.V., Mitina O.V. Struktura Rossiiskogo varianta Shestifaktornogo lichnostnogo oprosnika HEXACO-PI-R [The structure of the Russian version of the Six-factor personality questionnaire HEXACO-PI-R]. *Voprosy psikhologii=Psychology Issues*, 2019, no. 5, pp. 33–48. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Postneklassicheskaya metodologiya v klinicheskoi psikhologii: Nauchnaya shkola L.S. Vygotskogo – A.R. Luriya [Postnonclassical methodology in clinical psychology: Vygotsky–Luria school]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal=National Psychological Journal*, 2012, no. 2, vol. 8, pp. 32–45. (In Russ.).

7. Mitina O.V. Razrabotka i adaptatsiya psikhologicheskikh oprosnikov: uchebnoe posobie [Development and adaptation of psychological questionnaires: A Study guide]. Moscow: Smysl, 2011. 235 p. (In Russ.).

8. Mitina O.V., Gorbunova A.I. Ispol'zovanie oprosnika «Perechen' simptomov-32» v tselyakh ehkspress-monitoringa sostoyaniya psikhicheskogo zdorov'ya [The use of the questionnaire "List of symptoms-32" for the purpose of express monitoring of the state of mental health]. In Yu. S. Pivovarov (ed.), *Rossiya v sovremennom mire. Sbornik nauchnykh trudov = Russia in the Modern World. Collection of scientific papers, Institute for Scientific Information on Social Sciences of the Russian Academy of Sciences*, 2011, vol. 9, pp. 228–236. (In Russ.).

9. Organizatsionnaya psikhologiya: uchebnik dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii, obuchayushchikhsya po napravleniyu podgotovki FGOS VPO 030300 "Psikhologiya" [Organizational Psychology: A Textbook for students of higher educational institutions studying in the direction of training of the Federal State Educational Standard HPE 030300 "Psychology"] / A.B. Leonova (ed.). Moscow: INFRA-M. 2013. 429 p. (In Russ.).

10. Pervichko E.I., Konyukhovskaya Yu.E. Ehmotsional'noe blagopoluchie naseleniya i patsientov v usloviyakh pandemii COVID-19: obzor zarubezhnykh issledovaniy [Emotional well-being of the population and patients in the context of the COVID-19 pandemic:

Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймизгенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

A review of foreign studies]. *Psikhicheskoe zdorov'e. = Mental Health*, 2021, no. 5, pp. 29–42. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.05.29-42 (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Pervichko E.I., Mitina O.V., Konyukhovskaya Yu.E. et al. Lichnostnye determinanty predstavlenii o pandemii i svyazannykh s nei perezhivaniy u ne bolevshikh COVID-19 zhitelei Rossii [Personal determinants of the pandemic perceptions and related experiences in non-COVID-19 residents of Russia]. *Voprosy psikhologii = Psychology Issues*, 2021, vol. 67, no. 3, pp. 104–117. (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Pervichko E.I., Mitina O.V., Stepanova O.B. et al. Vospriyatie COVID-19 naseleniem Rossii v usloviyakh pandemii 2020 goda [Perception of COVID-19 by the Russian population in the context of the 2020 pandemic]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9, no. 2, pp. 119–146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206 (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Savkina N.P. Osobennosti funktsional'nykh narushenii dykhaniya pri neirotsirkulyatornoi distonii i ikh verifikatsiya: diss. ... kand. med. nauk. [Features of functional breathing disorders in neurocirculatory dystonia and their verification. PhD (Medicine) Dissertation]. Ryazan, 2003. 117 p. (In Russ.).

14. Safronova N.S., Fomenko A.V., Mustafaeva L.A. Proyavleniya disfunktsional'nogo dykhaniya i vozmozhnost' ego korrektsii u predstavitelei deportirovannykh narodov Kryma [Manifestations of dysfunctional breathing and the possibility of its correction in representatives of the deported peoples of Crimea]. *Uchenye zapiski Tavricheskogo natsional'nogo universiteta imeni V. I. Vernadskogo. Biologiya. Khimiya. = Scientific Notes of Taurida V.I. Vernadsky National University. Series: Biology. Chemistry*, 2011, vol. 24 (63), no. 4, pp. 261–267. (In Russ., abstr. in Engl.).

15. Tetaniya [Tetany]. In B.V. Petrovskii (ed.), *Bol'shaya Meditsinskaya Ehntsiklopediya = The Great Medical Encyclopedia*. 3rd ed. URL: <https://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%A2%D0%95%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%98%D0%AF?ysclid=l8scv5l6t7251001350> (Accessed: 22.09.2022). (In Russ.).

16. Tokareva N.A. Giperventilyatsionnyĭ sindrom pri somaticheskoi patologii (na primere bronkhial'noi astmy, gipertonicheskoi bolezni) i organnom nevroze — osobennosti techeniya i lecheniya: dis. ... kand. med. nauk. [Hyperventilation syndrome in somatic pathology (for example, bronchial asthma, hypertension) and organ neurosis — features of the course and treatment. PhD (Medicine) Dissertation]. Moscow, 2004. 137 p. (In Russ.).

17. Trushenko N.V., Chikina S.Yu., Lukashenko E.P. Verbal'nye kharakteristiki odysunki u patsientov s khronicheskoi obstruktivnoi boleznyu legkikh i bronkhial'noi astmoĭ [Verbal descriptions of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma]. *Pul'monologiya = Russian Pulmonology Journal*, 2011, no. 3, pp. 70–80. DOI: 10.18093/0869-0189-2011-0-3-70-80 (In Russ.).

18. Khanin Yu.L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoi i lichnostnoi trevozhnosti Ch.D. Spilbergera [A brief guide to the use of the scale of reactive and personal anxiety Ch.D. Spielberger]. Leningrad, 1976. 18 p. (In Russ.).

19. Ashton M. C., Lee K. Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 2007, vol. 11, no. 2. pp. 150–166. DOI: 10.1177/1088868306294907
20. Baumann N., Kaschel R., Kuhl J. Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect. *Journal of Research in Personality*, 2007, vol. 41, no. 1, pp. 239–248. DOI: 10.1016/j.jrp.2006.05.002
21. Boulding R., Stacey R., Niven R. et al. Dysfunctional breathing: A review of the literature and proposal for classification. *European Respiratory Review*, 2016, vol. 25, no. 141, pp. 287–294. DOI: 10.1183/16000617.0088-2015
22. Brashear R.E. Hyperventilation syndrome. *Lung*, 1983, vol. 161, pp. 257–273. DOI 10.1007/BF02713872
23. Broche-Pérez Y., Fernández-Fleites Z., Jiménez-Puig E. et al. Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020, vol. 20, no. 1. pp. 83–91. DOI: 10.1007/s11469-020-00343-8
24. Cannito L., Di Crosta A., Palumbo R. et al. Health anxiety and attentional bias toward virus-related stimuli during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 2020, vol. 10, no.1, article 16476. DOI: 10.1038/s41598-020-73599-8
25. Chaitow L., Bradley D., Gilbert C. Recognizing and treating breathing disorders: A multidisciplinary approach. 2nd ed. Elsevier, 2014. 320 p.
26. Chand T., Khan M. Sigh syndrome: An emerging issue in the healthy population amid the COVID-19 pandemic. *EC Pulmonology and Respiratory Medicine*, 2020, vol. 9, no.11, pp. 43–45.
27. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, vol. 24, no. 4, pp. 385–396.
28. Courtney R., Greenwood K.M., Cohen M. Relationships between measures of dysfunctional breathing in a population with concerns about their breathing. *Journal of Bodywork and Movement Therapy*, 2011, vol. 15, no. 1, pp. 24–34. DOI: 10.1016/j.jbmt.2010.06.004
29. Derogatis L.R. BSI, Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual. 4th ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1993. 85 p.
30. Derogatis L.R. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, scoring, and procedures manual. 3rd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.
31. Derogatis L.R. The SCL-R-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1977.
32. Fornell C., Larcker D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 1981, vol. 18, no. 1, pp. 39–50. DOI: 10.2307/3151312

Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймюгенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

33. Gavriatopoulou M., Korompoki E., Fotiou D. et al. Organ-specific manifestations of COVID-19 infection. *Clinical and Experimental Medicine*, 2020, vol. 20, no. 4, pp. 493–506. DOI: 10.1007/s10238-020-00648-x
34. Grammatopoulou E.P., Skordilis E.K., Georgoudis G. et al. Hyperventilation in asthma: A validation study of the Nijmegen Questionnaire – NQ. *Journal of Asthma*, 2014, vol. 51, no. 8, pp. 839–846. DOI:10.3109/02770903.2014.922190
35. Han J.N., Stegen K., Schepers R. et al. Subjective symptoms and breathing pattern at rest and following hyperventilation in anxiety and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, vol. 45, no. 6, pp. 519–532. DOI: 10.1016/s0022-3999(98)00044-0
36. Henseler J., Ringle C.M., Sarstedt M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 2015, vol. 43, no. 1, pp. 115–135. DOI: 10.1007/s11747-014-0403-8
37. Islam M.S., Ferdous M.Z., Potenza M.N. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 2020, no. 276, pp. 30–37. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.049
38. Jungmann S.M., Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 2020, no. 73, article 102239. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102239
39. Koniukhovskaia J., Pervichko E. Psychological mediation of dysfunction and hyperfunction of respiratory regulation. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 2020, vol. 10, no. 1, article 5. DOI: 10.3390/bs10010005
40. Li Ogilvie V., Kayes N.M., Kersten P. The Nijmegen Questionnaire: A valid measure for hyperventilation syndrome. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 2019, vol. 47, no. 3, pp. 160–171. DOI:10.15619/NZJP/47.3.04
41. Motiejunaite J., Balagny P., Arnoult F. et al. Hyperventilation: A possible explanation for long-lasting exercise intolerance in mild COVID-19 survivors? *Frontiers in Physiology*, 2021, vol. 11, article 614590. DOI: 10.3389/fphys.2020.614590
42. Ng K. H., Kemp R. Understanding and reducing the fear of COVID-19. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 2020, vol.21, no. 9, pp. 752–754. DOI: 10.1631/jzus.b2000228
43. Osatuyi B. Personality traits and information privacy concern on social media platforms. *Journal of Computer Information Systems*, 2015, vol. 55, no. 4, pp. 11–19. DOI: 10.1080/08874417.2015.11645782
44. Qiu J., Shen B., Zhao M. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Journal of General Psychiatry*, 2020, vol. 33, no. 2, e100213. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100213

Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

45. Ravanbakhs M., Nargesi M., Raji H. et al. Reliability and validity of the Iranian version of Nijmegen questionnaire in Iranians with asthma. *Tanaffos*. 2015, vol. 14, no. 2, pp. 121–127.
46. Shrestha N. Factor Analysis as a Tool for Survey Analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, 2021, vol. 9, no. 1, pp. 4–11. DOI: 10.12691/ajams-9-1-2
47. Spielberger C.D., Gorsuch R., Lushene R. et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
48. Taverne J., Salvator H., Leboulch C. et al. High incidence of hyperventilation syndrome after COVID-19. *Journal of Thoracic Disease*, 2021, vol. 13, no. 6, pp. 3918–3922. DOI: 10.21037/jtd-20-2753
49. The Writing Committee for the COMEBAC Study Group. Four-month clinical status of a cohort of patients after hospitalization for COVID-19. *JAMA*, 2021, vol. 325, no. 15, pp. 1525–1534. DOI: 10.1001/jama.2021.3331
50. Thomas M., McKinley R.K., Freeman E. et al. The prevalence of dysfunctional breathing in adults in the community with and without asthma. *Primary Care Respiratory Journal*, 2005, vol. 14, no. 2, pp. 78–82. DOI: 10.1016/j.pcrj.2004.10.007
51. Tsang S., Royse C.F., Terkawi A.S. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 2017, vol. 11, suppl. 1, pp. S80–S89. DOI: 10.4103/sja.SJA\_203\_17
52. Van Dixhoorn J. Hyperventilation and dysfunctional breathing. *Biological Psychology*, 1997, vol. 46, pp. 90–91.
53. Van Dixhoorn J., Duivenvoorden H.J. Efficacy of Nijmegen questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 1985, vol. 29, no. 2, pp. 199–206. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90042-X
54. Van Dixhoorn J., Folgering H. The Nijmegen Questionnaire and dysfunctional breathing. *European Respiratory Journal Open Research*, 2015, vol. 1, no. 1, article 00001-2015. DOI: 10.1183/23120541.00001-2015
55. Vidotto L.S., de Carvalho C.R.F., Harvey A. et al. Dysfunctional breathing: What do we know? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2019, vol. 45, no. 1, e20170347. DOI: 10.1590/1806-3713/e20170347
56. Voorhees C.M., Brady M.K., Calantone R. et al. Discriminant validity testing in marketing: An analysis, causes for concern, and proposed remedies. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 2016, vol. 44, no. 1, pp. 119–134. DOI: 10.1007/s11747-015-0455-4
57. Wilhelm F.H., Rattel J.A., Wegerer M. et al. Attend or defend? Sex differences in behavioral, autonomic, and respiratory response patterns to emotion-eliciting films. *Biological Psychology*, 2017, vol. 130, pp. 30–40. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.10.006

58. Wilson C. Hyperventilation syndrome: Diagnosis and reassurance. *Journal of Paramedic Practice*, 2018, vol. 10, no. 9, pp. 370–375. DOI: 10.12968/jpar.2018.10.9.370

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Наймигенский опросник для диагностики дисфункционального дыхания

Инструкция: Отметьте, пожалуйста, как часто вы испытываете следующие симптомы.

	Никогда (0 баллов)	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Часто (3 балла)	Очень часто (4 балла)
1) Боль в грудной клетке					
2) Ощущение напряженности					
3) Затуманенное зрение (помутнение зрения)					
4) Приступы головокружения					
5) Дезориентация, утрата контакта с окружающей действительностью					
6) Учащенное или углубленное дыхание					
7) Ощущение нехватки воздуха					
8) Ощущение скованности грудной клетки					
9) Ощущение вздутия в животе					
10) Онемение, покалывание в пальцах					
11) Неспособность глубоко вдохнуть					
12) Скованность рук или пальцев					
13) Напряжение вокруг рта					
14) Холодные руки или ноги					
15) Учащенное сердцебиение					
16) Чувство тревоги					
Общий балл по опроснику					

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**Надежность интегрального показателя Наймигенского опросника  
 во время пандемии COVID-19**

Пункты	$\alpha$ -Кронбаха интегрального показателя при исключении пункта	Коэффициенты корреляции Пирсона пунктов с интегральной шкалой
1. Боль в грудной клетке	0,870	0,587
2. Ощущение напряженности	0,865	0,696
3. Затуманенное зрение (помутнение зрения)	0,872	0,544
4. Приступы головокружения	0,870	0,582
5. Дезориентация, утрата контакта с окружающей действительностью	0,873	0,520
6. Учащенное или углубленное дыхание	0,867	0,651
7. Ощущение нехватки воздуха	0,867	0,655
8. Ощущение скованности грудной клетки	0,865	0,695
9. Ощущение вздутия в животе	0,875	0,502
10. Онемение, покалывание в пальцах	0,872	0,542
11. Неспособность глубоко вдохнуть	0,868	0,641
12. Скованность рук или пальцев	0,870	0,598
13. Напряжение вокруг рта	0,873	0,550
14. Холодные руки или ноги	0,877	0,500
15. Учащенное сердцебиение	0,867	0,647
16. Чувство тревоги	0,867	0,662

*Примечание:* все значения корреляции имеют двухсторонний уровень значимости  $p < 0,001$ .



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Частоты распределения ответов по Наймигенскому опроснику, %**

Пункты	Никогда (0 баллов)	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Часто (3 балла)	Очень часто (4 балла)
1. Боль в грудной клетке	46,5	33,0	15,8	4,1	0,5
2. Ощущение напряженности	17,2	28,8	25,2	21,6	7,1
3. Затуманенное зрение (помутнение зрения)	42,9	28,6	18,3	8,4	1,6
4. Приступы головокружения	32,7	41,5	18,1	6,7	1,0
5. Дезориентация, утрата контакта с окружающей действительностью	76,2	14,4	7,0	2,0	0,4
6. Учащенное или углубленное дыхание	39,9	34,6	17,5	6,4	1,5
7. Ощущение нехватки воздуха	49,1	27,2	16,2	5,6	1,8
8. Ощущение скованности грудной клетки	53,3	23,6	14,2	6,7	2,2
9. Ощущение вздутия в животе	22,8	31,8	21,9	17,5	5,9
10. Онемение, покалывание в пальцах	41,7	30,3	18,2	7,4	2,3
11. Неспособность глубоко вдохнуть	53,0	25,9	13,2	5,8	2,1
12. Скованность рук или пальцев	64,9	20,5	9,7	4,0	0,8
13. Напряжение вокруг рта	61,7	14,3	11,1	8,9	4,0
14. Холодные руки или ноги	15,8	25,8	20,2	23,6	14,6
15. Учащенное сердцебиение	18,9	33,2	27,9	16	3,9
16. Чувство тревоги	10,9	26,4	26,9	22,8	12,8

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**Показатели описательной статистики по сокращенным шкалам Наймигенского опросника в общей выборке и в подвыборках мужчин и женщин**

	Среднее значение	Стандартное отклонение	Альфа Кронбаха
<b>1. Респираторные симптомы</b>			
Общая	0,81	0,88	0,818
Мужчины	0,48	0,65	0,788
Женщины	0,87	0,90	0,815
<b>2. Парестезии</b>			
Общая	0,77	0,85	0,691
Мужчины	0,50	0,60	0,592
Женщины	0,82	0,88	0,693
<b>3. Напряженность</b>			
Общая	1,86	1,08	0,769
Мужчины	1,16	0,97	0,732
Женщины	1,99	1,05	0,753
<b>4. Дерезализация</b>			
Общая	0,78	0,69	0,620
Мужчины	0,45	0,52	0,601
Женщины	0,84	0,70	0,608

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

**Средние значения и стандартные отклонения по интегральному показателю и шкалам Наймигенского опросника в различных возрастных группах**

Возрастная группа	ИП		1. Респираторные симптомы		2. Парестезии		3. Напряженность		4. Дерезализация	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
до 24 лет (n=160)	19,24	10,68	0,98	0,98	0,68	0,79	2,08	1,16	0,95	0,78
25–29 лет (n=185)	16,97	9,20	0,80	0,91	0,58	0,67	1,85	1,08	0,79	0,64
30–34 года (n=197)	16,51	10,19	0,79	0,90	0,62	0,80	1,86	1,18	0,70	0,72
35–39 лет (n=208)	17,88	9,95	0,85	0,93	0,80	0,89	1,95	1,05	0,68	0,61
40–44 года (n=221)	16,55	9,67	0,72	0,82	0,70	0,77	1,83	1,07	0,73	0,69
45–49 лет (n=175)	18,19	10,38	0,81	0,83	0,86	0,90	1,80	1,04	0,85	0,68
50–54 года (n=105)	18,66	10,14	0,81	0,82	1,12	0,98	1,87	0,96	0,79	0,67
55 и более лет (n=111)	17,47	9,96	0,69	0,74	1,08	1,02	1,58	0,94	0,88	0,72
Уровень значимости по ANOVA	0,110		0,151		<i>&lt;0,001</i>		<i>0,019</i>		<i>0,002</i>	

*Примечание:* ИП — интегральный показатель Наймигенского опросника; М — среднее значение; SD — стандартное отклонение. Курсивом выделен двухсторонний уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Информация об авторах**

*Первичко Елена Ивановна*, доктор психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: elena\_pervichko@mail.ru

*Митина Ольга Валентиновна*, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория психологии общения, факультет психологии, Московский государственный университет

*Первичко Е.И., Митина О.В., Конюховская Ю.Е. и др.*  
Проверка психометрических характеристик  
Наймигенского опросника для диагностики  
дисфункционального дыхания во время  
пандемии COVID-19 на российской выборке  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 262–302.

*Pervichko E.I., Mitina O.V., Koniukhovskaia J.E. et al.*  
Verification of the Psychometric Characteristics  
of the Nijmegen Questionnaire for the Diagnosis  
of Dysfunctional Breathing During the COVID-19  
Pandemic on a Russian Sample  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 262–302.

имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)

*Конюховская Юлия Егоровна*, приглашенный исследователь, лаборатория психологии общения,  
факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО  
МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: [yekon@icloud.com](mailto:yekon@icloud.com)

*Степанова Ольга Борисовна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры методологии  
психологии факультета психологии, Московский государственный университет имени  
М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: [psy\\_stob@mail.ru](mailto:psy_stob@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Elena I. Pervichko*, Doctor of Psychology, Associate Professor, Department of Neuro- and Pathopsychology,  
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: [elena\\_pervichko@mail.ru](mailto:elena_pervichko@mail.ru)

*Olga V. Mitina*, PhD (Psychology), Leading Scientific Fellow, Communication Psychology Laboratory,  
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)

*Julia E. Koniukhovskaia*, Visiting Researcher, Communication Psychology Laboratory, Faculty of  
Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: [yekon@icloud.com](mailto:yekon@icloud.com)

*Olga B. Stepanova*, PhD (Psychology), Associate Professor, Department of Methodology of Psychology,  
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: [psy\\_stob@mail.ru](mailto:psy_stob@mail.ru)

*Получена: 18.08.2022*

*Received: 18.08.2022*

*Принята в печать: 01.10.2022*

*Accepted: 01.10.2022*

## Хроника | Chronicle

# К юбилею Юрия Владимировича Микадзе

**Горячева Т.Г.**

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1440-3065>, e-mail: [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)*

---

Известному российскому психологу и нейропсихологу Юрию Владимировичу Микадзе 26 мая исполнилось 75 лет. Коллектив факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ, редакция журнала «Клиническая и специальная психология» искренне поздравляют Юрия Владимировича Микадзе с юбилеем, желает здоровья, счастья и долгих лет плодотворной работы в науке и образовании. К этим поздравлениям присоединяется коллектив кафедры клинической психологии факультета клинической психологии и социальной работы РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

**Ключевые слова:** юбилей, поздравление, нейропсихология.

**Для цитаты:** Горячева Т.Г. К Юбилею Юрия Владимировича Микадзе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 3. С. 303–307. DOI: 10.17759/cpse.2022110312

---

## To the Anniversary of Juri Mikadze

**Tatyana G. Goryacheva**

*Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-1440-3065>, e-mail: [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)*

---

The famous Russian psychologist and neuropsychologist Yuri Mikadze turned 75 on May 26. The staff of the Faculty of Clinical and Special Psychology of the Moscow State Pedagogical University, the editorial board of the journal "Clinical and Special Psychology" sincerely congratulate Yuri Mikadze on his anniversary, wishes health, happiness and long years of fruitful work in science and education. These congratulations are joined by the staff of the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Clinical Psychology and Social Work of the Pirogov Russian National Research Medical University.

**Keywords:** anniversary, congratulations, neuropsychology.

**For citation:** Goryacheva T.G. To the Anniversary of Juri Mikadze. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 3, pp. 303–307. DOI: 10.17759/cpse.2022110312 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

Известному российскому психологу и нейропсихологу Юрию Владимировичу Микадзе 26 мая исполнилось 75 лет.

Один из последних ныне здравствующих учеников Александра Романовича Лурии (1902–1977 гг.) Юрий Владимирович Микадзе родился 26 мая 1947 года в поселке Толстое, Залещицкий район, Украинская ССР. В 1976 году с отличием окончил факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова по специализации кафедры «Нейро- и патопсихологии»; руководителем дипломной работы была Наталья Константиновна Корсакова. После окончания университета он в 1976 году продолжил обучение в аспирантуре — сначала под руководством А.Р. Лурии, а затем подготовка диссертационного исследования проводилась под руководством Евгении Давыдовны Хомской. В 1980 году в диссертационном совете на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова была успешно защищена кандидатская диссертация на тему «Организация мнестической деятельности у больных с локальными поражениями мозга». После окончания аспирантуры в 1980 году Юрий Владимирович поступил на работу на кафедру нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ в должности младшего научного сотрудника. В дальнейшем он успешно продвигался по карьерной лестнице: в 1983 году стал старшим научным сотрудником, а в 1991 году — ведущим научным сотрудником. В 1999 году в диссертационном совете на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова Юрий Владимирович защитил докторскую диссертацию на тему «Нейропсихология индивидуальных различий в детском возрасте». В 2004 году ему было присвоено звание профессора кафедры нейро- и патопсихологии, а в 2015 году — заслуженного профессора МГУ. В течение многих лет Ю.В. Микадзе является членом диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций на факультете психологии МГУ.

С 2003 по 2018 годы Юрий Владимирович руководил кафедрой клинической психологии психолого-социального факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Кафедра была организована в 2003 году, когда началась подготовка студентов по различным специальностям клинической психологии. В эти годы Юрий Владимирович читал курсы «Основы нейропсихологии», «Нейропсихология детского возраста», осуществлял научное руководство курсовыми, дипломными и диссертационными работами. До 2021 года был профессором данной кафедры.

Уже в студенческие годы у Ю.В. Микадзе сформировался устойчивый интерес к медицинской (клинической) психологии. Большое влияние на его становление как специалиста оказали работы и лекции А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина, А.Р. Лурии, М.К. Мамардашвили. Начало научной деятельности Юрия Владимировича связано с изучением семантической организации памяти человека и видов ее нарушения при локальных поражениях мозга. Им выделена и описана форма патологии памяти — нарушение семантической памяти. Ценность его диссертационной работы

заклучалась в нетрадиционном подходе к исследованию мнестической деятельности, которая рассматривалась не как изолированный процесс, а как особая форма деятельности, включающая в свой состав ряд процессов, не имеющих собственно мнестической направленности. Такой подход позволил выявить и описать многокомпонентный состав мнестической деятельности. Подготовленный вместе с В.М. Астаповым атлас «Нервная система человека. Строение и нарушения» выдержал много изданий в 1997, 2001, 2003, 2004 годах и до настоящего времени является ключевым информационным источником при подготовке клинических психологов.

В последующем периоде своей научной деятельности Юрий Владимирович Микадзе обосновал, описал и развил совершенно новое направление нейропсихологии — дифференциальную нейропсихологию детского возраста. Практической ценностью проведенных под его руководством исследований является использование нейропсихологических методов для анализа индивидуальных особенностей нормативного развития и отклонений в развитии детей и подростков, необходимого для выявления причин школьной неуспеваемости. Полученные результаты позволили описать ряд нейропсихологических синдромов, характеризующих специфику позитивного и негативного развития психических функций в младшем школьном возрасте, а также специфику различий в формировании психических функций в разных социокультурных условиях. Введение понятия «метасиндром» и выделение вариантов метасиндромов развития, специфичных для разных возрастных периодов, позволили раскрыть и описать феномен гетерохронии в психическом развитии с позиций нейропсихологии. Им оказались раскрыты потенциальные возможности нейропсихологической диагностики в оценке исходной неврологической причины, которая лежит в основе различных видов дизонтогенеза, что позволяет в дальнейшем создавать наиболее адекватные коррекционные программы.

Широта научных интересов Юрия Владимировича охватывает различные аспекты современной клинической психологии: методологические проблемы нейропсихологии и нейрореабилитации, клиническая нейропсихология черепно-мозговой травмы, клиническая нейропсихология детского возраста. В детской клинической нейропсихологии Ю.В. Микадзе вместе с Н.К. Корсаковой и Е.Ю. Балашовой описали технологию оценки памяти у детей — ДИАКОР, а также определили базовые направления диагностики и коррекции неуспевающих школьников. Посвященная этой проблематике монография «Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении» (соавторы Н.К. Корсакова и Е.Ю. Балашова), опубликованная в 1997 году, была в 2003 году переведена на французский язык («Les enfants en situation d'échec scolaire dans les classes elementaires. Diagnostic neuropsychologique des difficultes d'apprentissage») и выдержала несколько изданий в России.

В течение многих лет на факультете психологии МГУ Ю.В. Микадзе читает лекции по нейропсихологии, осуществляет научное руководство курсовыми, дипломными и диссертационными работами. Под его руководством защищен ряд диссертационных и дипломных работ.

Большой вклад Юрий Владимирович вносит в сохранение традиций и истории отечественной и мировой нейропсихологии в рамках мультидисциплинарного подхода. При его непосредственном участии в организации проходили конференции, приуроченные к юбилеям А.Р. Лурии (в 1997, 2002 годах и другие), а также ежегодные конгрессы по нейрореабилитации. Ю.В. Микадзе способствовал изданию трудов отечественных нейропсихологов, значительную часть творческой жизни работавших за границей, участвовал в переводах и научном редактировании многих изданий зарубежных коллег.

В годы студенчества Юрий Владимирович увлекался фотографией и много лет фиксировал хронику событий факультета психологии МГУ в фотографиях. До сих пор в архивах факультета можно встретить профессионально выполненные Юрием Владимировичем снимки, повествующие о научной, студенческой и общественной жизни факультета.

Ю.В. Микадзе является членом Российского психологического общества, Международной ассоциации клинических психологов, Проблемной комиссии «Неврологические и нейропсихологические основы трудностей обучения в начальной школе», Межведомственного научного Совета по проблемам возрастного развития, реабилитации и коррекции.

В рамках научных исследований Юрием Владимировичем опубликовано более 100 работ в отечественных и зарубежных изданиях. Учебник «Нейропсихология детского возраста» (2008 года выпуска) выдержал несколько изданий и пользуется большим авторитетом у коллег и студентов.

Профессиональная преподавательская и научная деятельность Ю.В. Микадзе заслуженно отмечена медалью «В память 850-летия Москвы», юбилейным знаком «250 лет МГУ им. М.В. Ломоносова» и премией лауреата Программы развития Московского государственного университета в номинации «За достижения в преподавании и методической работе».

Юрий Владимирович не только специалист высокого класса, но и замечательный руководитель. Его отличают такие личные качества, как ответственность, высокая организованность, надежность, дружелюбие, эстетическое чувство и неиссякаемое чувство юмора, что делает его любимым и уважаемым среди близких, коллег и студентов.

С 2009 по 2018 год Юрий Владимирович был председателем Государственной аттестационной комиссии по клинической психологии на факультетах Московского психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ), прежде всего на факультете Клинической и специальной психологии. Внимательный и принципиальный, профессионал высочайшего класса, Ю.В. Микадзе участвовал в формировании нового поколения клинических психологов.

Коллектив факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ, редакция журнала «Клиническая и специальная психология» искренне поздравляют Юрия Владимировича Микадзе с юбилеем, желает здоровья, счастья и долгих лет плодотворной работы в науке и образовании. К этим поздравлениям



Горячева Т.Г.  
К Юбилею Юрия Владимировича Микадзе  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 3. С. 303–307.

Goryacheva T.G.  
To the Anniversary of Juri Mikadze  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 3, pp. 303–307.

присоединяется коллектив кафедры клинической психологии факультета клинической психологии и социальной работы РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

### **Информация об авторе**

*Горячева Татьяна Германовна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1440-3065>, e-mail: [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

### **Information about the author**

*Tatyana G. Goryacheva*, PhD (Psychology), Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University; Associate Professor, Department of Neuro- and Pathopsychology of Development, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1440-3065>, e-mail: [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

*Получена: 06.05.2022*

*Received: 06.05.2022*

*Принята в печать: 12.06.2022*

*Accepted: 12.06.2022*