

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ  
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ  
ЭЛЕКТРОННЫЙ  
ЖУРНАЛ**

2016. Том 5, № 1

2016. Vol. 5, no 1

## СОДЕРЖАНИЕ

### Теоретические исследования

- Бочавер К.А., Довжик Л.М.* Совладающее поведение в профессиональном спорте: феноменология и диагностика 1–18
- Шаповал И.А.* Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы 19–32

### Эмпирические исследования

- Агаларова К.Н.* Восприятие подростками больничной среды 33–44
- Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б.* Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями 45–60
- Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В.* Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений 61–76
- Туровская Н.Г.* Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе 77–92

### Прикладные исследования

- Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж., Храстина Я., Храска М., Финкова Д., Лангер Г.* Исследование факторов, определяющих динамику обучаемости у детей с особыми образовательными потребностями (подготовительный этап) 93–110

### Методы и методики

- Овсянникова Т.М.* Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра 111–126
- Радионова М.С.* Сказочная группа в психоневрологическом санатории 127–147

### Книжное обозрение

- Бочавер К.А.* «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии 148–152

## CONTENT

### Theoretical research

- Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M.* Coping Behavior in Professional Sport: Phenomenology and Diagnostics 1–18
- Shapoval, I.A.* Function and Dysfunction of Borders I: the Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System 19–32

### Empirical research

- Agalarova, K.N.* Adolescent's perception of hospital spaces 33–44
- Goryacheva, T.G., Kofanova, E.B.* The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections 45–60
- Strogova, S.E., Sergienko, A.A., Zvereva, N.V.* Cognitive defect in children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders: psychometric and neuropsychological approaches to the assessment of cognitive disorders 61–76
- Turovskaya, N.G.* Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis 77–92

### Applied research

- Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J., Chrastina, J., Chráska, M., Finková, D., Langer, J.* Factors affecting dynamics of educability in children and pupils in need of special educational support – research report (Part I – Pre-Research) 93–110

### Methods and techniques

- Ovsyannikova, T.M.* Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder 111–126
- Radionova, M.S.* Fairy tale group in the children's psycho-neurological sanatorium 127–147

### Book review

- Bochaver, K.A.* “The History of Deaf-blind Children Education in Russia”: the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy 148–152

# Совладающее поведение в профессиональном спорте: феноменология и диагностика

**Бочавер К.А.,**

*кандидат психологических наук, психолог Центра спортивных технологий, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Сборная команда России по скалолазанию, Москва, Россия, konstantin.bochaver@gmail.com*

**Довжик Л.М.,**

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

---

Спорт высших достижений предъявляет особые требования к психологическим навыкам спортсмена, прежде всего, навыкам преодоления разнообразных трудностей. Основная проблема, связанная с изучением копинг-поведения в русле психологии спорта, заключается в широте объекта совладания. Спортсмен вынужден преодолевать не только стресс ситуации травмы и выздоровления, переживания неудачи или иных трудностей, но и контролировать свое эмоциональное состояние – от эйфории до тревоги, – поскольку оно напрямую или косвенно влияет на результат его основной деятельности. Рассматривая копинг-поведение в спорте, авторы анализируют проблемы стрессоустойчивости, жизнестойкости, самообладания и контроля эмоций. В статье описываются феноменология совладающего поведения в спорте и основные подходы к пониманию и диагностике стресса, тревоги и репертуара копинг-стратегий спортсмена. Данная статья адресована ученым, планирующим исследования в этой области, и практикующим психологам.

**Ключевые слова:** высшее достижение, копинг, копинг-поведение, методология, психология спорта, преодоление стресса, совладающее поведение, спортивная психология, спорт, стресс, страх, тесты, тревожность.

---

**Для цитаты:**

Бочавер К.А., Довжик Л.М. Совладающее поведение в профессиональном спорте: феноменология и диагностика [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 1–18. doi: 10.17759/psyclin.2016050101

**For citation:**

Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M. Coping Behavior in Professional Sport: Phenomenology and Diagnostics [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 1–18. doi: 10.17759/psycljn.2016050101 (In Russ., abstr. in Engl.)

Но у кого же, где, в години испытаний  
Мы силы черпаем, которые в нас есть?

*К.К. Случевский (1884)*

## Введение

Профессиональный спорт в соответствии с принципом «per aspera ad astra» включает в себя победы и длительную подготовку к ним, сопряженную с различными ситуациями, порождающими стресс: усталостью, поражениями, травмами, страхами, волнением. Можно даже говорить о спорте как о феномене, имеющем двойственную природу, ведь, с одной стороны, он представляет собой процесс самовыражения, достижение красочных побед, видимый избыток энергии, но с другой – это тяжелейшие нагрузки и условия функционирования человеческого организма.

Мировой спорт развивается на протяжении всей истории человеческой культуры. Внешняя сторона этого развития видна любому заинтересованному наблюдателю: меняются рекорды, правила, методы тренировочного процесса, спортивно-специфические задачи, экипировка. Изменения внутреннего характера менее заметны, поскольку связаны с незримыми поведенческими установками спортсменов по отношению к своему состоянию, к опасности, риску и цене победы. Основа достижения – тренировка – год от года развивается в области физических и тактических навыков, а также начинает вбирать в себя знания и методы психологической науки. Меняются и сами основы спорта как испытания и достижения, природа успеха и поражения. Так, например, единоборства, удаляясь от своего прикладного происхождения (воинских упражнений), идут по пути увеличения зрелищности и снижения травматизма: участники соревнований избегают потери очков и не опасаются, как в прошлом, физических последствий удара рукой, ногой или шпагой (а именно травмы, увечья или смерти). Аналогичные изменения мы видим, например, в спортивном скалолазании, которое, переместившись со скал на искусственный рельеф, утратило, по сути, свою экстремальность [37].

Стресс перед началом и в ходе соревнований переживается большинством спортсменов, но его природа и назначение специфичны: необходимая мобилизация организма для защиты своей жизни [5] в спорте преобразуется в предстартовую лихорадку, тревогу от соотнесения задачи и своих возможностей, наконец, в страх поражения [1]. Множество стрессовых эффектов, негативно влияющих на концентрацию внимания, эмоциональное состояние, координацию движений спортсмена, преодолевается специальными методами подготовки. В данной работе изучаются общие и частные стороны совладания спортсменов со стрессом, страхом и

тревогой в условиях специфической деятельности, комплексный социально-биологический характер стресс-факторов, характерных для спорта, а также методы диагностической и коррекционной работы, распространенные в зарубежной и отечественной психологии спорта. Актуальность поставленной задачи обусловлена необходимостью расширения горизонтов в науке и практике, так как высшее достижение в современном спорте практически немыслимо без психологической компетентности в аспекте преодоления стресса.

### **Совладание со стрессом и тревогой: феноменология и дефиниции**

*Совладание, или копинг*, относится к числу популярных и подробно изученных понятий в психологии; развитие и результаты исследований копинга регулярно анализируются в отечественной науке [6]; [9]; [14]. В то же время есть ряд пробелов, связанных со спецификой копинга в профессиональном спорте, которые нуждаются в заполнении. Копинг в общем смысле понимается как совладание, или преодоление; в спортивной психологии преимущественно исследуется совладание субъекта со стрессом, с неприятностями (трудными ситуациями) и с тревогой. Рассматривая этот феномен, мы нуждаемся в уточнении понятий (ниже в тексте «копинг», «совладание» и «совладающее поведение» используются как синонимы). Копинг назван так от «to cope with» – «совладать, преодолевать»; как термин «coping» был первоначально использован Л. Мерфи при исследовании способов преодоления детьми трудностей, сопровождающих кризисы развития. Понятие «coping behavior» стало широко использоваться в теории стресса Р. Лазаруса и С. Фолкман [36]. Главной задачей совладающего поведения является обеспечение и поддержание благополучия человека, его физического и психического здоровья [9]. За рабочее определение копинга мы принимаем дефиницию Т.А. Крюковой: поведение, «позволяющее субъекту с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией. Это сознательное поведение, направленное на активное взаимодействие с ситуацией – изменение <...> или приспособление к ней» [3, 57]. Означенный подход к копинг-поведению базируется на субъективной мере стресса и его преодоления. Именно с этой точки зрения многие поведенческие акты корректно считать копингами. Например, если спортсмен перед стартом испытывает волнение и справляется с ним, избегая общения, надевая капюшон, уходя в уединенное место, то это корректно называть способом преодоления предсоревновательного стресса, то есть его индивидуальным копингом.

Спортсменам приходится сталкиваться с различными стресс-факторами на протяжении своей карьеры. Ситуации, вызывающие у них страх, тревогу, агрессию, могут быть угрожающими, но могут и не представлять опасности [13]. Исследования совладающего поведения в спорте разнонаправлены, что обусловлено первоначальной широтой понимания копинга. Копинг часто изучается в общепсихологической парадигме, а именно по пути все большей дифференциации стратегий поведения, отличающихся в зависимости от вида деятельности (вид спорта, дисциплина, условия), субъекта совладания (возраст, пол, квалификация и опыт спортсмена), характера, силы и продолжительности стресса и других условий. Мы можем видеть множество работ, посвященных стратегиям преодоления

стресса, связанного с травмой, неудачей, ошибкой, спадом результатов [30]; [35]; [45]. Но часто в исследованиях основным объектом совладания спортсмена становится его чувство тревоги. Предстартовая тревога связана с дискомфортом и ожиданием перед испытаниями и проявляется в когнитивной и соматической сфере; она, в отличие от спортивно-специфических и разнообразных стрессоров, инвариантна для спортсменов практически всех видов и дисциплин. В связи с этим значительное число трудов посвящено совладанию с чувством, или состоянием предстартовой тревоги (coping with anxiety) [29].

Рассмотрим различия стресса и тревоги как объектов совладания в спорте. Термин «*стресс*» подвергается критике по причине недостаточной определенности. Согласно Л.А. Китаеву-Смыку, стресс действительно может пониматься многозначно в зависимости от задачи: 1) ситуация, порождающая сильные эмоции, давление, эмоциональный стресс; 2) «отрицательно влияющее на организм или только неприятное человеку воздействие» (соответствует стрессору и стресс-фактору); 3) «неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие стрессора», также «реакции, возникающие при всяких ответах организма на экстремальные требования внешней среды»; 4) комплекс тех адаптационных реакций, которые «сходны и одинаково возникают при различных адаптационных состояниях» [4, с. 18]. Вторая дефиниция (воздействие) наиболее близка к пониманию стресса в психологии спорта, она часто используется в контексте «performing under pressure», то есть спортивной деятельности в условиях стресса, буквально «давления» [20].

В зарубежной литературе можно встретить работы, в которых стресс понимается буквально по У.Кэнону как ситуация угрозы, запускающая физиологическую мобилизацию для выживания «бей или беги» («fight-or-flight»), но доминирует все же подход Г.Селье с широким пониманием стресса и стрессора [10]; [22]. Так, в монографии, посвященной регуляции стресса, авторы указывают на то, что в современном обществе стресс чаще связан уже не с выживанием, но с социальной иерархией, социальными навыками, представлениями о правильности и справедливости решений [19]. В самом деле, рассматривая спортивный стресс, мы можем выделять стрессовые ситуации, обусловленные ожиданием или фактом социальной оценки (категории долга, почета или позора), и ситуации принятия риска (например, скоростные или экстремальные элементы, сопряженные с вероятностью травмы или гибели). Таким образом, целесообразно описывать стрессор как ситуацию, а стресс – как комплекс психологических и физиологических реакций спортсмена на эту ситуацию.

Многие исследователи даже используют понятия «стресс», «тревога» и «возбуждение/активация» как взаимозаменяемые. В спортивной науке определенность в эти дефиниции вносит Л.Харди. Стресс, по его мнению, это состояние, которое возникает, когда человек вынужден реагировать на трудную ситуацию, чтобы ее преодолеть. *Тревожность* в этом ключе понимается как сомнения человека в том, что он сможет справиться с трудной ситуацией (стрессором) [29]. Основы понимания тревожности (anxiety) в спортивной психологии заложены Ч.Спилбергером, согласно которому ситуативная

тревожность – это комплекс реакций на угрожающую ситуацию, а личностная тревожность – общая диспозиционная черта человека, реагирующего на большое число ситуаций, в том числе не несущих в себе объективной угрозы, как на угрозу [11]. Исследования в спорте фокусируются на трех компонентах тревожного состояния: соматической тревоге (физиологические процессы, связанные с ответом на стрессор – так называемый мандраж), когнитивной тревоге (сомнения и страхи относительно поражения или низкого качества выполняемых действий) и уверенности в себе. В этом виде конструкт тревожности оценивается популярными методиками, такими как SAS, «Шкала спортивной тревожности» [42].

Одной из наиболее актуальных проблем исследования копинга в спортивной психологии является размытый характер границ объекта совладающего поведения спортсмена, так как в силу характера спортивной деятельности преодолевать приходится много разнообразных трудностей как внутреннего, так и внешнего происхождения: от страха высоты до ожидания критики. Можно представить этот широкий спектр объектов совладания как своего рода шкалу, которая начинается с настоящих трудностей, сопряженных с угрозой, риском, страданием, болью и страхом, а заканчивается слабой мерой тревоги, понимаемой как беспокойство, или возбужденное состояние. При этом степень возбуждения (активации) спортсмена варьирует от почти спокойного состояния до лихорадки и сильнейшей неуверенности в своих силах. Рассмотрим подробнее, какими методами копинг-поведение спортсмена оценивается и изучается.

### **Инструменты исследования и оценки преодоления стресса в спорте**

Исследования совладающего поведения спортсмена подчинены двум векторам развития: это дифференциация репертуара изучаемых копинг-стратегий и расширение объема собираемой информации о личности субъекта и ситуации (контексте) совладания. В этих условиях можно наблюдать непрерывный рост числа инструментов исследования стресса и совладающего поведения, равно количественных и качественных. Применяя количественные методы, т.е. обращаясь преимущественно к опросникам, исследователи вынуждены ограничивать репертуар копинг-стратегий спортсмена незначительным числом категорий. Качественные методы не обладают такой же достоверностью сравнения и статистической надежностью, но – как и в других областях – значительно полнее дают представление о том, как именно и за счет каких ресурсов и навыков преодолеваются отдельные трудные ситуации.

Рассмотрим подробнее основные используемые в спортивной психологии опросники и шкалы. В России наибольшее распространение получили два опросника. Первый – это «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (CSI, Coping Strategy Indicator); опросник состоит из 33 пунктов (пример: «Иду к другу, чтобы он помог мне лучше почувствовать проблему») и имеет 3 шкалы, позволяющих сопоставлять степени выраженности стратегий «Разрешение проблем», «Поиск социальной поддержки» и «Избегание» [17]. Вторым популярным тестом – «Способы совладающего поведения» (WCQ, Ways of Coping Questionnaire), разработанный Р. Лазарусом и С. Фолкманом, адаптированный в России в 2004 г. Тест включает в себя



50 пунктов (пример: «Оказавшись в трудной ситуации, я в целом избегал общения с людьми») и 8 шкал, каждая шкала соответствует стратегии совладания: Конфронтационный копинг, Дистанцирование, Самоконтроль, Поиск социальной поддержки, Принятие ответственности, Бегство-избегание, Планирование решения проблемы, Положительная переоценка [26].

Отечественная научная школа изучения копинг-поведения дала возможность исследователю воспользоваться и другими адаптированными тестами. Несмотря на то, что в спортивной науке они пока практически не отражены, коротко перечислим некоторые из них:

- а) «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях», адаптированная методика Н. Эндлера и Д. Паркера (CISS, Coping Inventory for Stressful Situations), 48 пунктов, 3 шкалы;
- б) «Копинг-стратегии школьного возраста» Н. Райан-Венгер (SCSI, The Schoolagers' Coping Strategies Inventory), 26 пунктов, оцениваются стратегии поведения, частота их применения, их эффективность;
- в) «Шкала совладающего поведения подростков» Э. Фрайденберг и Р. Льюиса (ACS, Adolescent Coping Scale), 80 пунктов, 18 шкал;
- г) «Опросник процесса стресса и копинга» (SCPQ, The Stress and Coping Process Questionnaire), авторы М. Перес и М. Райхертс, 18 ситуаций;
- д) «Модели преодолевающего поведения» (SACS, Strategic Approach to Coping Scale) С. Хобфолла, 9 моделей;
- е) «Опросник ресурсов совладания со стрессом» (CRIS, Coping Resources Inventory for Stress) К. Мэтни и соавторов, 12 ресурсов.

Стоит отметить, что, несмотря на разнообразие методик, посвященных копинг-поведению, и в России, и за рубежом настоящей популярностью в спортивной психологии пользуется немногим более 5 тестов [15].

В европейской и американской спортивной психологии существует достаточно устойчивый пул ходовых опросников. Известный тест COPE, разработанный Л. Карвером и М. Шайером, получил в 1990-е годы распространение в модифицированном виде (MCOPE, английская версия П. Крокера и Т. Грэхема). Помимо 9 оригинальных шкал: Активное совладание, Планирование, Поиск поддержки и конкретной помощи, Поиск эмоциональной поддержки, Отказ, Юмор, Подавление конкурирующей деятельности, Отдаляющее поведение, Высвобождение эмоций – авторы модификации добавили Упреки и обвинение себя, Принятие желаемого за действительное, Приложение больших усилий [24]. Несмотря на попытку сделать тест спортивно-специфическим, остается актуальной критика, связанная с его первоначально неспортивным происхождением и назначением. В то же время, оценивая копинг-эффективность спортсмена, нельзя не учитывать особенности трудных ситуаций, которые возникают в его деятельности, таких как

баланс высокой конкуренции и солидарности в среде сверстников, трудности понимания с тренером, высокие риски травматизма, ограничения приватности и личностных границ и многое другое [39].

Эта критика теряет актуальность при работе с другой, вероятно, наиболее распространенной в западной спортивной науке методикой, известной как ACSI-28 (Athletic Coping Skills Inventory), или «Тест копинг-навыков спортсмена» [41]. Специфически спортивная копинг-шкала Р. Смита и соавторов, уже классическая на Западе и апробированная в отечественной науке [2], оценивает не столько само совладающее поведение спортсмена, характерное для тренировочного и соревновательного процессов, сколько его ресурсы для успешного преодоления трудностей. 28 пунктов (пример: «Если мой тренер критикует или кричит на меня, я исправляю ошибку, не расстраиваясь из-за его реакции») оцениваются семью шкалами: Совладание с неприятностями, Обучаемость, Концентрация, Уверенность в себе и мотивация достижения, Постановка цели и психическая подготовка, Высшее достижение под действием стресса, Свобода от негативных переживаний. Сумма баллов по шкалам дает общую оценку компетентности спортсмена в преодолении стресса.

Помимо COPE и ACSI-28, в зарубежной спортивной науке распространены тесты: а) Опросник функции совладания (CFQ, Coping Function Questionnaire), авторы К. Ковальски и П. Крокер, 18 спортивно-специфичных пунктов, три шкалы: Решение проблемы, Эмоционально-фокусированное поведение, Избегание проблемы, и б) «Тест копинг-поведения в соревновательной деятельности» (CICS, Coping Inventory for Competitive Sport), авторы П. Годро и Ж. Блондин, 39 пунктов, 10 шкал [27]; [34]. Определенный интерес представляет еще дистанционный подход приближения-удаления по отношению к сигналам о предстоящих трудностях, отраженный в «Спортивном исследовании стиля совладания» (CSSS, Coping Style in Sport Survey), тесте, предложенном М. Эншелом и соавторами [18]. Оценивая когнитивную и поведенческую меру отдаления субъекта от проблемы, авторы создали опросник, который, однако, пока не использовался широко.

Желая подчеркнуть специфику вида спорта, многие исследователи и практики на Западе разрабатывают собственные анкеты и опросники, посвященные тому, как спортсмены справляются со стрессом. Как правило, в основе их лежит теоретический подход Р. Лазаруса, а стимульный материал создан для комфортного восприятия представителями отдельных видов спорта. Примером может служить шкала Э. Херста, предложенная немецким исследователем только для спортсменов-скалолазов [31], и аналогичные тесты.

Можно заметить, что далеко не всегда в исследованиях стрессовой направленности во главу угла ставится опросник копинг-поведения. Нередко основные количественные данные этой тематики собираются исследователями при помощи распространенных клинических тестов тревожности Ч. Спилбергера [12], посттравматического роста Р. Тадеша и Л. Колхаун [43], силы стресса Т. Холмса и Р. Раэ [32] и др. Также – и это не ново для отечественной науки – в спортивной психологии преодоление стресса спортсменом может оцениваться комплексными

методиками, обобщающими его стрессоустойчивость. К числу распространенных тестов можно отнести «Психическую надежность» В.Э. Мильмана [8] и зарубежные тесты ментальной прочности (hardiness), такие как МТ 48, “Mental Toughness 48 Inventory” [38].

Опросники существенно ограничивают исследователя в выборе категорий описания копинг-репертуара спортсмена. Дальнейшее наведение на резкость, т.е. бóльшая дифференциация и определение стратегий, как правило, связаны уже с другой методологией исследования, с качественными методами. Вместе с тем количественные и качественные методы различаются и основой подхода к совладанию: обычно сторонники тестов придерживаются подхода предрасположенности (диспозиций) к определенному поведению, действиям, поступкам, а те, кто больше склоняется к интервью и качественным методам, выбирают ситуационный подход, понимая, что спортсмен по-разному реагирует на разные трудности и в зависимости от ситуаций более или менее эффективно справляется со стрессом.

Используя качественные методы исследования копинга в спорте, мы, как правило, подразумеваем, что копинг динамичен, персонализирован и контекстуален. Иными словами, совладающее поведение различается не только у разных спортсменов, но и у одного человека в различные периоды и в разных условиях. Наиболее распространены в спортивной психологии методы, общие для психологической науки в целом: кейс-стади, описывающие отдельные случаи [23], нарративы и интервью [40], опросники с открытыми вопросами, дневники, фокус-группы и др. Качественные методы, как правило, ограничены объемом выборки и ориентированы на углубленное изучение феномена. Так, в 2007 году было проведено объемное исследование, в котором на группе из 10 спортсменов-волейболистов были сформированы три профиля для анализа эффективных, умеренно эффективных и неэффективных копингов в различные моменты соревновательного периода, то есть ряда игр [33].

Другой пример: М. Макдонох и соавторами были проведены серии интервью среди спортсменов-пловцов, по результатам которых была получена широкая и дифференцированная картина способов преодоления соревновательного стресса спортсменами [28]. В число 11 поведенческих (деятельностных) стратегий вошли, например, Музыка, Релаксация, Отвлечение на общение с друзьями, Разминка и др. 9 когнитивных стратегий включили в себя преимущественно волевой контроль внимания, а именно Концентрацию на технике, Концентрацию на сопернике, Когнитивное избегание как недумание о стрессе, Принятие, Рефокусировка внимания на следующих соревнованиях и мероприятиях.

С распространением и оценкой высокой эффективности нарративного подхода появляются новые исследования спортивного копинга. Так, интерес к метафоре как основе мышления и подлинному двигателю переосмысления действительности в спорте нашел отражение в работе, посвященной отношению к боли и восстановлению у травмированных спортсменов [7]. Сопоставив данные интервью, авторы нашли связь между спортивным опытом и метафорами [25].

Спортсмены понимают травму как поломку механизма, а восстановление – как починку, возвращение к нормальному функционированию. Не-спортсмены в травме видят страдание, боль, невыносимую пытку, а восстановившись, радуются облегчению. Эти категории мышления могут помочь в эффективном психологическом сопровождении медицинской реабилитации спортсменов и стресс-менеджменте.

Основные дискуссии, связанные с выбором методологии изучения копингов, касаются проблемы оценки процесса и результата. Так, опросники ориентированы преимущественно процессуально (обычно, сталкиваясь с неопределенными трудностями, спортсмен поступает определенным образом). Интервью и другие качественные методы, напротив, оценивают конкретную ситуацию и результат действий спортсмена, успешно ли он преодолел стресс. Определенно интересно отметить, что подготовка, или психологический тренинг копинг-навыков, обычно регистрируется и имеет точные оценки. Применяя техники релаксации, контроля внимания, биологическую обратную связь, можно точно отследить параметры ЭКГ, ЭЭГ, КГР, ЭМГ и др. [21]; [44]. Но перенести эти измерения на соревновательный процесс не представляется возможным, поэтому подготовка и оценка так или иначе основаны на комплексном подходе и сочетании методов: самоотчетах, нарративах, опросниках, психофизиологии и проективных методах – от рисунков до ассоциативных карт. К сожалению, работая в области копинг-поведения, специалисты часто лишены возможности в полной мере использовать ретроспективный метод. Опыт и воспоминания спортсменов высочайшей квалификации [16]; [46] бесценны и крайне информативны, однако не переносятся напрямую на других спортсменов в форме обучения, так как копинг-поведение персонально и ситуативно, что было отмечено выше. Поэтому опыт прошлого должен быть подробно изучен и разделен на категории для корректного перенесения на модели эффективного совладания со стрессом в будущем.

В завершение вопроса о методах отметим следующее. Изучая копинг-навыки, следует помнить:

- а) в разных видах спорта выполняются разные задачи, и зачастую некорректно сравнивать одни и те же копинг-категории в разных дисциплинах, например, готовность рисковать в единоборствах, экстремальных и игровых видах спорта несравнима в силу разной «цены риска»;
- б) корректно решить проблему динамики копинга, а также процесса и результата совладающего поведения можно только сочетанием методов;
- в) копинг-модели в «стерильных» условиях подготовительного периода могут значительно отличаться от того, как стресс будет преодолеваться с началом соревнований.

Таким образом, резонно предположить, что наиболее достоверное исследование копинг-навыков спортсмена объединяет в себе разные методы и не

ограничено однофазовым наблюдением, а занимает продолжительный период жизни и практики спортсмена.

### Заключение

В ситуации преодоления спортсменом стресса можно увидеть как общечеловеческие, так и специфические черты. Перед лицом реальной или мнимой угрозы, опасности или тревоги каждый человек использует те навыки, которые уже использовал раньше, но иногда поступает и неожиданным образом. Для ситуации стресса характерно напряженное ожидание; человек мобилизуется, готовится к борьбе, а ведь часто стресс-факторы не заслуживают такого ресурса, они могут быть незначительными в масштабах здоровья и жизни. Стоит ли сражаться не на жизнь, а насмерть, когда цена ошибки – осуждение тренера или перспективы спортивного сезона? Опытные спортсмены, понимая такую «щедрость» своих защитных механизмов, пользуются ей, подчиняя физиологию цели, – и действительно побеждают. Другие, не понимая сути процесса, идут на поводу сигналов организма и начинают болеть, страдать, их координация ухудшается, а внимание панически мечется. Адекватная оценка того, как спортсмен реагирует на те или иные ситуации, сопряженные со стрессом, может помочь ему и сделать сильнее.

Профессиональные спортсмены часто оказываются очень уязвимы психологически, так как на общечеловеческие проблемы отношений, дружбы, любви, жизненных ценностей, здоровья и понимания себя у них накладываются спортивные трудности и испытания. Связь между ними неразрывна, достаточно вспомнить даже прямое влияние уровня стресса на травматизм: отношения или трудности в учебе, трансформируясь в стресс, могут повысить вероятность получения травмы, а значит, временного или окончательного завершения карьеры [25]. Но, с другой стороны, спорт терапевтичен и наполнен ресурсами личностного развития. В процессе профессионального становления спортсмен осваивает естественную модель предельного целевого поведения, он понимает, как усилия становятся видимым результатом, и постигает искусство самостоятельной мобилизации ресурсов для преодоления любых невзгод. Поэтому можно говорить о том, что спорт воспитывает не только тело и волю; он помогает человеку научиться преодолевать трудности разного порядка, начиная от ежедневных и заканчивая экстремальными.

Научное понимание этих процессов основано на методе. Правильно подобрав инструменты, мы имеем возможность найти ключи к благополучию и душевной гармонии спортсмена, более того, мы можем перенести его навыки и знания на тех, кто от спорта далек. Но не вызывает сомнения, что методики должны быть подобраны корректно. Все они по-своему ограничены, поэтому батареи в исследованиях, связанных с копинг-поведением в спорте, должны быть разноуровневыми и даже разнородными. Используя разнообразные методы, от проективных до физиологических, мы действительно способны раскрыть механизмы преодоления стресса и настроить их на стабильную непрерывную работу.

## Литература

1. *Алексеев А.В.* Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте. // Ростов н/Д.: Феникс, 2006. 352 с.
2. *Бочавер К.А., Довжик Л.М., Кукушина А.А.* Совладание профессиональных спортсменов со стрессом и апробация «Теста копинг-навыков спортсмена Acsi-28» // Спортивный психолог. 2014. Т. 33. № 2. С. 80–85.
3. *Журавлев А.Л., Крюкова Т.Л., Сергиенко Е.А.* Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы. М.: Институт психологии РАН, 2008. 474 с.
4. *Китаев-Смык Л.А.* Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. М.: Смысл, 2012. 464 с.
5. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М: Наука, 1983. 368 с.
6. *Крюкова Т.Л.* Человек как субъект совладающего поведения // Психологический журнал. 2008. Т. 29. №. 2. С. 88–95.
7. *Лакофф Д., Джонсон М.* Метафоры, которыми мы живем // Теория метафоры. М.: Прогресс, 1990 С. 387–415.
8. *Мильман В.Э.* Структура и методика составления модельных психологических характеристик, относящихся к психической надежности спортсменов. М.: Физкультура и спорт, 1976. 178 с.
9. *Нартова-Бочавер С.К.* “Coping behavior” в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. №. 5. С. 20–30.
10. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 180 с.
11. *Спилбергер Ч.Д.* Концептуальные и методологические исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте: Междунар. сб. М.: Спорт, 1983. С. 55–70.
12. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИФК, 1976. 18 с.
13. *Ханин Ю.Л.* Стресс и тревога в спорте. М.: Физкультура и спорт, 1983. 287 с.
14. *Хачатурова М.Р.* Совладающий репертуар личности: обзор зарубежных исследований // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. №. 3. С. 160–169.
15. *Ялтонский В.М., Сирота Н.А.* Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы. М.: Институт психологии РАН, 2008. С. 21–54.

16. *Akhmerova K., Bochaver K., Kasatkin V.* Mental competencies of Russian multiple Olympic gold medalists: a study of seven cases // 14th European Congress of Sport Psychology Sport Psychology – Theories and Applications for Performance, Health and Humanity. 2015. P. 382.
17. *Amirkhan J.H.* A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator // Journal of personality and social psychology. 1990. Vol. 59. №. 5. P. 1066.
18. *Anshel M.H., Kaissidis A.N.* Coping style and situational appraisals as predictors of coping strategies following stressful events in sport as a function of gender and skill level // British Journal of Psychology. 1997. Vol. 88. №. 2. Pp. 263–276.
19. *Barlow D.H.* Principles and practice of stress management. NY: Guilford Press, 2007. 734 p.
20. *Baumeister R.F., Showers C.J.* A review of paradoxical performance effects: Choking under pressure in sports and mental tests // European Journal of Social Psychology. 1986. Vol. 16. № 4. Pp. 361–383.
21. *Blumenstein B., Bar-Eli M., Tenenbaum G.* Brain and body in sport and exercise: Biofeedback applications in performance enhancement. NY: John Wiley&Sons, 2002.
22. *Bracha H.S., Ralston T.C., Matsukawa J.M., Williams A.E., Bernstein D.M.* Does “fight or flight” need updating? // Psychosomatics. 2004. Vol. 45. №. 5. Pp. 448–449.
23. *Burke S., Orlick T.* Mental strategies of elite Mount Everest climbers. Ottawa: University of Ottawa, 2003. Pp. 15–22.
24. *Crocker P.R.E., Kowalski K.C., Graham T.R.* Measurement of coping strategies in sport / In J.L. Duda (Ed) // Advance in measurement of sport and exercise psychology. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. 1998. Pp. 149–161.
25. *Dovzhik L., Bochaver K.* Athletes' metaphors of physical pain and recovery // 14th European Congress of Sport Psychology Sport Psychology – Theories and Applications for Performance, Health and Humanity. 2015. Pp. 419–420.
26. *Folkman S., Lazarus R.S.* Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
27. *Gaudreau P., Blondin J.P.* Development of a questionnaire for the assessment of coping strategies employed by athletes in competitive sport settings // Psychology of Sport and Exercise. 2002. Vol. 3. №. 1. Pp. 1–34.
28. *Hadd V., McDonough M.H., Crocker P.R.E.* Managing stressful sport transactions: Adolescents' coping behaviors pre-, during, and post-races throughout a swim season // Journal of Sport&Exercise Psychology. 2007. Vol. 29. Авторы не нашли страницы

29. *Hardy L., Jones J.G., Gould D.* Understanding psychological preparation for sport: Theory and practice of elite performers. Chichester: John Wiley&Sons Inc, 1996. 141 p.
30. *Heil J.* Psychology of sport injury. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993. Pp. 219–245.
31. *Hoerst E.* Maximum climbing. Mental training for peak performance and optimal experience // Falcon Guides, 2010. 272 p.
32. *Holmes T.H., Rahe R.H.* The social readjustment rating scale, Journal of Psychosomatic Research. 1967. Vol. 11. Pp. 213–218.
33. *Holt N.L., Berg K.J., Tamminen K.A.* Tales of the unexpected: Coping among female collegiate volleyball players // Research quarterly for exercise and sport. 2007. Vol. 78. №. 2. Pp. 117–132.
34. *Kowalski K.C., Crocker P.R.E.* Development and validation of the Coping Function Questionnaire for adolescents in sport // Journal of Sport&Exercise Psychology. 2001. Pp. 136–155.
35. *Lane A.M., Jones L., Stevens M.J.* Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy // Journal of Sport Behavior. 2002. Vol. 25. №. 4. P. 331.
36. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal, and coping. NY: Springer publishing company, 1984. 456 p.
37. *McGrath D., Ellison J.* Vertical Mind: Psychological Approaches for Optimal Rock Climbing. Boulder: Sharp End Publishing, 2014. 274 p.
38. *Nicholls A.R., Nicholls A.R., Polman R.C.J., Levy A.R., Backhouse S.H.* Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes // Personality and Individual Differences. 2008. Vol. 44. №. 5. Pp. 1182–1192.
39. *Nicholls A.R., Polman R.C.J.* Coping in sport: A systematic review // Journal of sports sciences. 2007. Vol. 25. №. 1. Pp. 11–31.
40. *Robazza C., Bortoli L., Nougier V.* Performance emotions in an elite archer: A case study // Journal of Sport Behavior. 2000. Vol. 23. №. 2. Pp. 144–163.
41. *Smith R.E., Schutz R., Smoll F., Ptacek J.* Development and validation of a multidimensional measure of sport-specific psychological skills: The Athletic Coping Skills Inventory-28 // Journal of sport and exercise psychology. 1995. Vol. 17. Pp. 379–398.
42. *Smith R.E., Smoll F.L., Schutz R.W.* Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale // Anxiety research. 1990. Vol. 2. №. 4. Pp. 263–280.
43. *Tedeschi R.G., Calhoun L.G.* Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // Psychological inquiry. 2004. Vol. 15. №. 1. Pp. 1–18.



Бочавер К.А., Довжик Л.М. Справляющее поведение  
в профессиональном спорте:  
феноменология и диагностика  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 1–18.

*Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M. Coping Behavior  
in Professional Sport:  
Phenomenology and Diagnostics  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 1–18.*

44. *Tenenbaum G., Eklund R.C., Kamata A. Measurement in Sport and Exercise Psychology. Champaign, IL: Human Kinetics, 2011. 568 p.*

45. *Weinberg R.S., Gould D. Foundations of Sport and Exercise Psychology, 6E. Champaign, IL: Human Kinetics, 2014. 664 p.*

46. *Woodman T., Hardy L. A case study of organizational stress in elite sport // Journal of applied sport psychology. 2001. Vol. 13. №. 2. Pp. 207–238.*

# Coping Behavior in Professional Sport: Phenomenology and Diagnostics

**Bochaver, K.A.,**

*PhD, sport psychologist in Sports Center of Innovative Technologies, research fellow in Moscow Research and Practical Center of Sport Medicine and Medical Rehabilitation, coach in Climbing National team, konstantin.bochaver@gmail.com*

**Dovzhik, L.M.,**

*psychologist, postgraduate student in Moscow State University of Psychology and Education, lydia.dovzhik@gmail.com*

---

The high performance sport demands different mental skills, first of all, coping behavior skills. Main issue of research of coping behavior in psychology of sport and exercise is breadth of object of coping. Not only has athlete to cope with stress situation of trauma and recovery, failure experience or other difficulties, but also has to control his or her emotional state, which can vary from euphoria to anxiety, for it can affect his or her performance directly and indirectly. Consequently, issues of ability to handle stress, hardiness, self-control and emotion control are analyzed in this paper by reviewing coping behavior in sport. Current paper describes phenomenology and diagnostics in the field of athletes' coping skills and is addressed to sport scientists and practicing psychologists.

**Keywords:** anxiety, coping behavior, coping with adversity, high performance, methodology, physical activity, psychology of sport and exercise, questionnaires, sport, sport psychology, stress.

---

## References

1. *Alekseev, A.V.* Preodolei sebia! Psikhicheskaiia podgotovka v sporte. Rostov n/D.: Feniks, 2006. 352 p.
2. *Bochaver, K.A., Dovzhik, L.M., Kukshina, A.A.* Sovladanie professional'nykh sportsmenov so stressom i aprobatsiia "Testa koping-navykov sportsmena Acsi-28". Sportivnyi psikholog, 2014, vol. 33, no 2, pp. 80–85.
3. *Zhuravlev, A.L., Kriukova, T.L., Sergienko, E.A.* Sovladaiushchee povedenie: Sovremennoe sostoianie i perspektivy. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2008. 474 p.
4. *Kitaev-Smyk, L.A.* Organizm i stress: stress zhizni i stress smerti. Moscow: Smysl, 2012. 464 p.

5. *Kitaev-Smyk, L.A.* Psikhologiya stressa. Moscow: Nauka, 1983. 368 p.
6. *Kriukova, T.L.* Chelovek kak sub"ekt sovladaiushchego povedeniia. Psikhologicheskii zhurnal, 2008, vol. 29, no 2, pp. 88–95.
7. *Lakoff, D., Dzhonson, M.* Metafory, kotorymi my zhivem // Teoriia metafory. Moscow: Progress, 1990, pp. 387–415.
8. *Mil'man, V.E.* Struktura i metodika sostavleniia model'nykh psikhologicheskikh kharakteristik, otnosiashchikhsia k psikhicheskoi nadezhnosti sportsmenov. Moscow: Fizkul'tura i sport, 1976. 178 p.
9. *Nartova-Bochaver, S.K.* "Coping behavior" v sisteme poniatii psikhologii lichnosti. Psikhologicheskii zhurnal, 1997, vol. 18, no 5, p. 20–30.
10. *Sel'e, G.* Stress bez distressa. Moscow: Progress, 1979. 180 p.
11. *Spilberger, Ch.D.* Kontseptual'nye i metodologicheskie issledovaniia trevogi // Stress i trevoga v sporte: Mezhdunar. sb. Moscow: Sport, 1983, pp. 55–70.
12. *Khanin, Iu.L.* Kratkoe rukovodstvo k shkale reaktivnoi i lichnostnoi trevozhnosti Ch.D. Spilbergera. Leningrad: LNIIFK, 1976. 18 p.
13. *Khanin, Iu.L.* Stress i trevoga v sporte. Moscow: Fizkul'tura i sport, 1983. 287 p.
14. *Khachaturova, M.R.* Sovladaiushchii repertuar lichnosti: obzor zarubezhnykh issledovani. Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki, 2013, vol. 10, no 3, pp. 160–169.
15. *Ialtonskii, V.M., Sirota, N.A.* Psikhologiya sovladaiushchego povedeniia: razvitie, dostizheniia, problemy, perspektivy / A.L. Zhuravleva, T.L. Kriukovoi, E.A. Sergienko (eds.) // Sovladaiushchee povedenie: sovremennoe sostoianie i perspektivy. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2008, pp. 21–54.
16. *Akhmerova, K., Bochaver, K., Kasatkin, V.* Mental competencies of Russian multiple Olympic gold medalists: a study of seven cases // 14th European Congress of Sport Psychology Sport Psychology – Theories and Applications for Performance, Health and Humanity, 2015, p. 382.
17. *Amirkhan, J.H.* A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. Journal of personality and social psychology, 1990, vol. 59, no 5, p. 1066.
18. *Anshel, M.H., Kaissidis, A.N.* Coping style and situational appraisals as predictors of coping strategies following stressful events in sport as a function of gender and skill level. British Journal of Psychology, 1997, vol. 88, no 2, pp. 263–276.
19. *Barlow, D.H.* Principles and practice of stress management. NY: Guilford Press, 2007. 734 p.

20. *Baumeister, R.F., Showers, C.J.* A review of paradoxical performance effects: Choking under pressure in sports and mental tests. *European Journal of Social Psychology*, 1986, vol. 16, no 4, pp. 361–383.

21. *Blumenstein, B., Bar-Eli, M., Tenenbaum, G.* Brain and body in sport and exercise: Biofeedback applications in performance enhancement. NY: John Wiley&Sons, 2002.

22. *Bracha, H.S., Ralston, T.C., Matsukawa, J.M., Williams, A.E., Bernstein, D.M.* Does “fight or flight” need updating? *Psychosomatics*, 2004, vol. 45, no 5, pp. 448–449.

23. *Burke, S., Orlick, T.* Mental strategies of elite Mount Everest climbers. Ottawa: University of Ottawa, 2003, pp. 15–22

24. *Crocker, P.R.E., Kowalski, K.C., Graham, T.R.* Measurement of coping strategies in sport / J.I. Duda (Ed) // *Advance in measurement of sport and exercise psychology*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. 1998, pp. 149–161.

25. *Dovzhik, L., Bochaver, K.* Athletes' metaphors of physical pain and recovery // 14th European Congress of Sport Psychology Sport Psychology – Theories and Applications for Performance, Health and Humanity, 2015, pp. 419–420.

26. *Folkman, S., Lazarus, R.S.* Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.

27. *Gaudreau, P., Blondin, J.P.* Development of a questionnaire for the assessment of coping strategies employed by athletes in competitive sport settings. *Psychology of Sport and Exercise*, 2002, vol. 3, no 1, pp. 1–34.

28. *Hadd, V., McDonough, M.H., Crocker, P.R.E.* Managing stressful sport transactions: Adolescents' coping behaviors pre-, during, and post-races throughout a swim season. *Journal of Sport&Exercise Psychology*, 2007, vol. 29. Авторы не нашли страницы

29. *Hardy, L., Jones, J.G., Gould, D.* Understanding psychological preparation for sport: Theory and practice of elite performers. Chichester: John Wiley&Sons Inc, 1996. 141 p.

30. *Heil, J.* Psychology of sport injury. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993, pp. 219–245

31. *Hoerst, E.* Maximum climbing. Mental training for peak performance and optimal experience // Falcon Guides, 2010. 272 p.

32. *Holmes, T.H., Rahe, R.H.* The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, vol. 11, pp. 213–218.

33. *Holt, N.L., Berg, K.J., Tamminen, K.A.* Tales of the unexpected: Coping among female collegiate volleyball players. *Research quarterly for exercise and sport*, 2007, vol. 78, no 2, pp. 117–132.

34. *Kowalski, K.C., Crocker, P.R.E.* Development and validation of the Coping Function Questionnaire for adolescents in sport, *Journal of Sport&Exercise Psychology*, 2001, pp. 136–155.
35. *Lane, A.M., Jones, L., Stevens, M.J.* Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy. *Journal of Sport Behavior*, 2002, vol. 25, no 4, p. 331.
36. *Lazarus, R.S., Folkman, S.* Stress, appraisal, and coping. Springer: Springer publishing company, 1984. 456 p.
37. *McGrath, D., Ellison, J.* Vertical Mind: Psychological Approaches for Optimal Rock Climbing. Boulder: Sharp End Publishing, 2014. 274 p.
38. *Nicholls, A.R. Nicholls, A.R., Polman, R.C.J., Levy A.R., Backhouse S.H.* Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. *Personality and Individual Differences*, 2008, vol. 44, no 5, pp. 1182–1192.
39. *Nicholls, A.R., Polman, R.C.J.* Coping in sport: A systematic review. *Journal of sports sciences*, 2007, vol. 25, no 1, pp. 11–31.
40. *Robazza, C., Bortoli, L., Nougier, V.* Performance emotions in an elite archer: A case study. *Journal of Sport Behavior*, 2000, vol. 23, no 2, pp. 144–163.
41. *Smith, R.E., Schutz, R., Smoll, F., Ptacek, J.* Development and validation of a multidimensional measure of sport-specific psychological skills: The Athletic Coping Skills Inventory-28. *Journal of sport and exercise psychology*, 1995, vol. 17, pp. 379–398.
42. *Smith, R.E., Smoll, F.L., Schutz, R.W.* Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. *Anxiety research*, 1990, vol. 2, no 4, pp. 263–280.
43. *Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G.* Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 2004, vol. 15, no 1, pp. 1–18.
44. *Tenenbaum, G., Eklund, R.C., Kamata, A.* Measurement in Sport and Exercise Psychology. Champaign, IL: Human Kinetics, 2011. 568 p.
45. *Weinberg, R.S., Gould, D.* Foundations of Sport and Exercise Psychology, 6E. Champaign, IL: Human Kinetics, 2014. 664 p.
46. *Woodman, T., Hardy, L.* A case study of organizational stress in elite sport. *Journal of applied sport psychology*, 2001, vol. 13, no 2, pp. 207–238.

# Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы

**Шаповал И.А.,**

*доктор педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии, Институт педагогики и психологии, Оренбургский государственный педагогический университет, Оренбург, Россия, irinasharoval@yandex.ru*

Целью представленного в статье исследования является определение и уточнение функций и дисфункций границ Я как самоорганизующейся системы. Система границ Я описана как динамическая, открытая, целостная и выполняющая функции взаимодействия Я и не-Я. Системно-структурное строение границ объясняет их возникновение, взаимодействие, взаимосодействие, компенсацию и самовосстановление. Регуляция системы границ описана как целесообразная реализация функционального единства потенциалов личности. Объект регуляции – функции границ. Цель и результаты регуляции – оптимизация функций границ для обеспечения субъективно значимых взаимодействий Я и не-Я и достижения самоэффективности. Некогерентное взаимодействие функций и дисфункций границ Я представлено как синергетический конструктор процессов самоорганизации и самодезорганизации системы. Преобразующая самоорганизация коррелирует с актуализацией целенаправленной саморегуляции. Неспособность или неумение человека управлять своим психоэмоциональным тонусом, нарушения информационно-энергетического обмена, инфантилизм, неравновесность и постоянная нестабильность самой системы границ выступают факторами ее самодезорганизации.

**Ключевые слова:** функции и дисфункции границ Я, самоорганизация и самодезорганизации системы границ.

## Для цитаты:

Шаповал И.А. Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 19–32. doi: 10.17759/psyclin.2016050102

## For citation:

Shapoval, I.A. Function and Dysfunction of Borders I: the Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 19–32. doi: 10.17759/psycljn.2016050102 (In Russ., abstr. in Engl.)

Противоречивость Я индивида, его социальную и внутриличностную дезориентацию, проблемы ответственности за адекватность разрешения интра- и интерперсональных противоречий и конфликтов можно объяснять его субъективным когнитивно-аффективным искажением внутренних и внешних реальностей. Однако неопределенностью и противоречивостью страдает и современный социальный мир, системный кризис которого означает время размытости границ. Соотнося Я и внешний мир, *граница* заключает в себе как бы перетекающие друг в друга *предел* (собственно граница нечто, качественное отрицание иного), *переход* (снимает различия между нечто и иным) и *связь*, знаменующую общность нечто и иного. Граница как символ перехода, соединяя, казалось бы, несоединимые традиции и пока еще не раскрытые смыслы и не реализованные возможности, формирует особый «мир на границе», допускающий движение не только к ценностным смыслам, но и к «нулевой ценностной границе» [5].

Граница подвижна: источник ее движения – изначально заключенное в ней противоречие, заставляющее нечто и иное взаимодействовать между собой. Другими словами, граница содержит в себе причинность деятельности Я и его выхода к не-Я; при этом Я само определяет границу и произвольно перемещает ее (Платон, Аристотель, Г. Гегель, И.Г. Фихте и др.). В то же время, если перефразировать К.Г. Юнга [15, с. 389], всем известно, что люди обладают границами, но намного более важен тот факт, что границы могут обладать нами.

Актуальность проблемы определения и переопределения границ Я и не-Я, возможного контакта и необходимой изоляции человека, вынуждаемого к изменениям изменениями мира, обостряется малой изученностью вопроса о соотношении и регуляции функций и дисфункций границ Я и отсутствием научного поиска в возможностях их интерпретации с позиций теории самоорганизующихся систем.

Психодинамическая теория (З. Фрейд, Г. Аммон, К. Юнг, К. Хорни, Э. Хартман, Э. Эриксон и др.), определяя границы Я как *процесс* разделения психических содержаний и *инструмент* для разрешения противоречий внутриличностных и между личностным и социальным, поручает руководство ими сознанию и бессознательному.

Внимание теории гештальта и гештальттерапии (К. Левин; Ф. Перлз; И. и М. Польстеры; М. Папуш) привлекла способность человека «встать над полем», преодолеть его границы с помощью *временной перспективы* (расширения способов реализации потребностей и квазипотребностей) и *замещения* – переструктурирования поля, исходя из потребностей, путем расширения

видения его границ и перемещения фокуса внимания с внешних границ на внутренние. Границы Я определяются как неотъемлемый *функциональный орган* взаимодействия человека со средой, включая и контакт, и изоляцию, – и как *место контакта*, в котором Я вступает в отношения с не-Я. Т.С. Леви уточняет: оптимальная граница как функциональный орган обеспечивает взаимодействия человека с миром, адекватные его возможностям, мотивам и ценностям, и выстраивается в процессе жизненного пути усилиями самого человека [6].

В экзистенциальной психологии (К. Ясперс, Ж.-П. Сартр, М. Хайдеггер и др.) термин «граница» используется, прежде всего, в анализе природы трансценденции, выхода человека за пределы себя.

С позиций системно-структурного подхода *границы Я – динамическая, открытая, целостная, функциональная система (и подсистема Я), которая, актуализируясь под влиянием конкретной ситуации, структурируется из определенных компонентов и обеспечивает выполнение ими функций взаимодействий Я и не-Я во множественных мирах Я и не-Я*. Подчеркнем: структурирование системы границ в каждой конкретной ситуации будет зависеть от условий самой ситуации и от ее интерпретации человеком, во многом зависящей от качества информационно-энергетического обмена между ними.

Определение границ Я как функциональной системы требует уточнения ее **структуры и функций**. Анализ трудов, посвященных границам Я (психологическим), позволяет выявить приоритеты научного поиска:

- характеристики и свойства границ: динамичность, пульсация, подвижность, сила и слабость, здоровье и поврежденность, селективность и ригидность, гибкость и жесткость, открытость и закрытость, дискретность и континуальность границ;
- типологизация границ [4]: по типу связи субъекта с границей, происхождению, динамическим свойствам и степени адекватности отражения, по темпоральным и вероятностным характеристикам, по месту отражения в структуре сознания и деятельности;
- дифференциация границ по месту взаимодействия Я и не-Я: между Я и Ты, разумом и телом, психическим и физическим (Р. Лэйнг); телесные границы, границы ценностей, доверия, проявлений, открытости, риска (И. и М. Польстер); интраперсональные и интерперсональные [20]; границы психологического пространства личности в контексте его суверенности: телесные, социально-территориальные, вещные, режимные (привычек), социальных связей, аксиологические [7].

Как можно видеть, диапазон характеристик границ широк, неоднороден, они взаимно пересекаются; сложность их функционального взаимодействия создает



столь многослойную, амальгамную структуру, что делает невозможным их определение как объекта регуляции. Гораздо более продуктивны в этой роли функции границ, представления о которых можно разделить на две группы:

1. *Ключевые, или доминирующие, функции:*

- избегание или овладение тревогой и другими дезорганизующими эмоциональными переживаниями (З. Фрейд, Г. Аммон);
- сохранение самоуважения; поддержание сильного, непротиворечивого, позитивного чувства собственного Я (О. Кернберг, Х. Кохут);
- побуждение человека осваивать компенсаторные формы поведения (А. Адлер);
- предотвращение доступа личности к самой себе (К. Хорни);
- самоограничение и обеспечение автономности через цивилизационные механизмы самоконтроля: самодистанцирование, самоотрешение от внешних давлений (Н. Элиас);
- регуляция адаптации, развития и формирования личности посредством ограничения ее активности [14].

2. *Структурированные функции:*

- разграничение Я и не-Я, допуск возможного при контакте, выбор формы контакта, взаимодействие с важными частями самого себя, расширение диапазона, выражение себя (И. и М. Польстер);
- рождение субъектности, определение личной идентичности, создание возможности и инструмента равноправного взаимодействия, создание возможности селекции внешних влияний, определение пределов личной ответственности [7];
- активная изоляция от вредных воздействий или допущение слияния с миром; активное вбирание (удовлетворение потребностей) или отдача (самовыражение); активное сдерживание, контейнерирование внутренней энергии; спокойно-нейтральное согласование с Миром [6];
- дифференциация, идентификация и интеграция Я; коммуникация, социализация и социальная реализация Я [20];
- побуждение к преодолению границ; подавление активности внешними требованиями; обозначение границ виртуального состояния, выход за пределы которого не является актуальным для достижения цели (границы-катализаторы, ингибиторы и маркеры) [4].

Отметим, что авторы не ставят вопросы со-действия функций границ Я, их взаимодополнения, компенсации. В их функционировании описывают способность (неспособность) к активности, регуляции и контролю, осознанность существования границ и их чувствование, а также способы их защиты [8]. Н. Браун, типизируя психологические границы по качеству, считает, что оно определяется уровнем контроля над границами, внутренним или внешним решением относительно правил, устойчивостью к эмоциональному заражению и т.п. [17], то есть степенью регуляции и саморегуляции границ. Отмечается способность границ менять: свои *характеристики* (плотность, проницаемость, толщину, форму) в зависимости от состояния мира и желаний субъекта и в целях обеспечения его взаимодействия с миром, адекватного его возможностям, мотивам и ценностям [6]; свои *состояния* в процессе взаимодействия, что обеспечивает непрерывность, плавность, адаптивность поведения [8]. Вместе с тем вопросы принципов и механизмов регуляции функций границ в психологической литературе практически не затрагивались.

Во взаимодействиях Я и не-Я мы непрерывно сталкиваемся с ситуацией выбора способов реализации своей активности и, как следствие, с необходимостью определения и переопределения границ своего Я в зависимости от внутренних и внешних условий. Зрелая личность снимает неопределенность этой ситуации путем *саморегуляции*, в процессе которой границы Я в той или иной мере расширяются или сужаются, открываются или закрываются, укрепляются или ослабевают. Однако укрепление границ может быть самоцелью только в критические периоды, при решении задач адаптации, подчеркивает С.К. Нартова-Бочавер, в другое время человек пользуется своей суверенностью (добавим: и ее границами) как исходным условием расширения возможностей бытия, включая надситуативную активность [7]. И если оборонительность – свойство незащищенного человека, то потребность в саморегуляции более универсальна: благодаря способности выходить за свои пределы и продолжаться во времени и пространстве отношений, человек получает возможность нового качества бытия. Иными словами, поиск себя, возвращение в себя, уход в себя связаны не только с угрозами Я.

Реализация человеком своей жизни и деятельности согласуется с принципом меры: по отношению к себе мы можем выступать одновременно субъектом и объектом преобразований и сами, согласуясь с потребностями или обстоятельствами, устанавливаем размеры преобразований и границы своего вмешательства [1]. Таким образом, саморегуляция как процесс поиска меры и соотношения различных компонентов своего Я между собой и с оценками других людей и как саморуководство противопоставляется импульсивности – неспособности противостоять сиюминутным желаниям. В то же время самоконтроль своих эмоций, мыслей и поведения сам может стать объектом волевой регуляции в стрессовых ситуациях, в условиях противоречивого влияния социального окружения или собственных биологических механизмов [11]. Очевидно, однако, что осознанная саморегуляция, саморуководство – лишь один из уровней регуляции границ Я, и нередко он дисфункционален.

Главными условиями успешности регуляции границ Я как функционального органа можно назвать:

- 1) ее процессуальность (временную дискретность-континуальность), обеспечивающую в рамках информационно-энергетического обмена сред субъективно адекватную внешним и внутренним условиям человека пластичность его жизнедеятельности на любом ее уровне;
- 2) ее системность, детерминирующую целесообразное функционирование системы Я в ее различных психических составляющих отражения и моделирования действительности.

Таким образом, в основе нарушений регуляции границ Я или их дисфункций могут быть: дефекты ее процессуальности, дефициты информационно-энергетического обмена сред, дисгармония внешних и внутренних условий жизнедеятельности человека, утрата им целесмысловой ориентации, искажения отражения и моделирования внешних и внутренних реальностей.

**Дисфункция** в психологии определяется как вызванное физическими или умственными процессами нарушение, расстройство функций некоего органа, системы и пр. преимущественно качественного характера [3], при котором последствия некоторого явления, события, действия или процесса оказываются неблагоприятными для данного объекта. Р. Мертон, автор термина «дисфункция», считает, что отнюдь не всякий элемент системы способствует поддержанию ее существования и в «чистом балансе функциональных последствий» встречаются как благоприятные, так и нейтральные и неблагоприятные последствия [18]. В отношении личности М. Сапир определяет функциональное расстройство как стремление к лучшей жизни по самой низкой цене; столкновение желания и связанных с ним опасностей, с одной стороны, и обеспечивающей осуществление этого желания безопасности, с другой [20].

По мнению А. Бандуры, дисфункции саморегуляции связаны с двумя моментами, это: а) искажение восприятия результатов своих действий (преуменьшение, игнорирование или неправильное истолкование последствий) и б) отключение внутреннего контроля, отделение в сознании своего поведения от его негативных последствий путем переопределения причины поведения, смещения или распыления ответственности, искажения, умаления или игнорирования последствий [16].

Нарушения саморегуляции обнаруживаются, прежде всего, у лиц, находящихся в реактивном состоянии после психических травм [2]: фиксированность на травмирующих переживаниях, преобладание чисто эмоциональной оценки предлагаемых заданий; ослабление самоконтроля, нарушение планирования; нарушения регуляции поведения за счет неосознаваемых механизмов защиты, затрудняющих адекватную оценку ситуации и искаженно интерпретирующих реальность.

С дисфункциями регуляции границ Я связаны и *деформации личности* – негативные изменения ее качеств и свойств, возникающие под влиянием жизненно значимых для нее депривационных и фрустрационных факторов и проявляющиеся в когнитивно-аффективном искажении реальности и психологической дезориентации, приводящих индивида к дезадаптивному стилю жизни [13].

К *маркерам дисфункций границ Я* в моделях расстройств психики, личности и ее развития можно отнести:

- при расстройствах психики: не критичность к себе и своей психической продукции (деятельности и ее результатам); неадекватность реакций силе и частоте воздействий среды; неспособность управлять поведением в соответствии с социальными нормами и правилами, планировать жизнь и реализовывать эти планы, изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств;
- при расстройствах личности и ее развития: нарушения критичности и спонтанности поведения, саморегуляции и опосредствования в психотравмирующих условиях развития, смыслообразования в социальных взаимодействиях, иерархии мотивов. Здесь, однако, достаточно сложно определить причинно-следственные связи между деформациями интеракций с окружающими и патологическими потребностями и мотивами.

*Теневые синдромы* расстройств личности [19] (вне клинических диагнозов) отмечаются у лиц, переживающих хронические кризисы в общении, личной жизни, самореализации, испытывающих постоянный психологический дискомфорт и пытающихся маскировать свои проблемы. Распространение внутриличностных конфликтов (мотивационных, нравственных, меж- и внутриролевых, адаптационных), комплексов неполноценности и неоправданных амбиций, отчуждения и самоотчуждения, вплоть до деперсонализации, скрытых идентичностей и контр-реальностей, социальных болезней личности, критичности по отношению к обществу и не критичности к собственной жизненной программе [13] так или иначе связано с проблемами регуляции границ Я, ставящими под вопрос эффективность саморегуляции.

Описанные дисфункции демонстрируют «темную сторону» аргументации недостижимости саморегуляции как полноты проявления потенциала индивидуальности. Более того, замечает В.А. Петровский, саморегуляция рано или поздно по достижении состояния отрегулированности заканчивается неадаптивностью, разрегуляцией целей активности и достигаемых результатов [9].

В нашем понимании, *регуляция границ Я как системы* – это *целесообразная реализация функционального единства энергетических, динамических и содержательно-смысловых потенциалов личности*.

**Объектом** регуляции выступают функции границ Я, актуализируемые и идентифицируемые в рамках информационно-энергетического обмена на

сознательном или бессознательном уровнях в условиях их субъективно значимых нарушений и дисфункций или угроз им.

**Цель и результаты** регуляции – оптимизация функций границ путем приведения внутренних резервов в соответствие с условиями внешней и внутренней среды для обеспечения субъективно значимых взаимодействий Я и не-Я и достижения самоэффективности в них.

Как синергетический конструкт самоорганизации систем [12] функции и дисфункции границ Я переплетаются в сложном и некогерентном взаимодействии элементов системы как целого. Причинами дисфункций могут быть наличие в системе дефектных элементов, их дефицитарность, деформации самих функций (гипер- или гиподисфункции), а также нарушение межфункционального взаимодействия между границами («фрагментарное Я»). Тем не менее система границ Я (за исключением глубокой психической патологии и явлений распада психики) продолжает функционировать и при ее дисфункциях, что подтверждает наличие ее глубинной самоорганизации.

Благодаря открытости границ Я, интенсивный динамический информационно-энергетический метаболизм происходит как между Я и внешней средой, так и между внутренними инстанциями Я в рамках схемы «вызов–ответ», или контактного взаимодействия Я и не-Я (встречи, диалога, изоляции), энергетически заряженного биполярными силами притяжения–отталкивания. При этом система границ не стремится к некоему гомеостазу (в отличие от психофизиологических механизмов поддержания биохимического и нейродинамического статус-кво), что определяет спонтанность и отсутствие строгой детерминированности ее поведения. Стремление сохранить границы Я актуализируется только при угрозе им, а вне ее мы наблюдаем феномены «бытия на границе», «выхода за пределы», «мотива границы» как стремления субъекта пережить свое бытие на границе, транситуативность и контрситуативность [10] и т.п. Более того, склонность психики к самосохранению может реализовываться и путем саморазрушения личности в жизненных стилях созависимости, виктимности, парасуицидов, самоповреждающего поведения. Таким образом, границы Я представляют собой неравновесную и постоянно нестабильную систему, в которой характер ответной реакции на любой внешний стимул определяется психофизическими и личностными особенностями человека.

Хаотичность информационно-энергетического обмена между Я и не-Я провоцирует *флуктуации*: дисфункции границ Я возникают на пересечении разных жизненных центров и в широком диапазоне взаимодействий Я со множественными мирами – от размывания, исчезновения и неопределенности в отношении меры дозволенного и недопустимого до неадекватной жесткости границ в одной и той же их системе. Дисфункции могут быть локальными и тотальными, фрагментарными и взаимодействующими, генерализованными и ситуативными, и результатом самоорганизации противоречивых специфических и неспецифических, внутрисистемных и внешних воздействий становятся возникновение, взаимодействие, взаимосодействие, функциональная асинхрония, компенсация и т.д. отдельных границ и всей системы в целом.

Постоянные флуктуации в системе границ Я приводят ее к точке бифуркации, движение из которой под влиянием случайности может направиться как к повышению организованности системы, так и к ее хаосу. Важно, что процессы самоорганизации совмещаются в системе с процессами самодезорганизации, и преобладание тех или иных процессов в отдельные фазы ее существования определяет ее прогресс или регресс. Преобразующая самоорганизация границ Я согласуется с актуализацией целенаправленной саморегуляции границ – системным, интегративным участием процессов, явлений и уровней психики. Вариантом самодезорганизации выступает «ложное обучение», или дезадаптивное программирование при неумении человека управлять своим психоэмоциональным тонусом (ярким примером является формирование аддикций от внешних информационных агентов, помогающих изменять тонус без особых внутренних усилий).

Итак, рассматривая *дисфункции границ Я как эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы*, можно констатировать:

1. Саморегуляция личности ограничена в обеспечении баланса взаимодействия Я и не-Я условиями информационно-энергетического обмена, уровнем зрелости личности, отсутствием у нее дисфункций и потенциальной «разрегуляцией», возникающей вслед за достижением состояния отрегулированности.
2. Функции границ Я превращаются в объект саморегуляции в ситуациях их нарушений и дисфункций при условии, что они актуализируются как значимые и идентифицируются. Целью их саморегуляции становится их оптимизация для обеспечения взаимодействия Я и не-Я, результатом – достижение субъективной самооффективности в ситуациях взаимодействия Я и не-Я.
3. Согласованность процессов самоорганизации и самодезорганизации в сложном и некогерентном взаимодействии элементов системы границ Я способствует асинхронному возникновению, взаимодействию, взаимосодействию, компенсации, самодостраиванию и самовосстановлению границ, в том числе при дефектах их структуры, ее элементов, связей между ними и при дисфункциях регуляции.
4. Динамика границ Я осуществляется на пересечении разных энергетически заряженных жизненных центров между инстанциями Я и между Я и внешней средой, что делает систему неравновесной и нестабильной, обуславливая феномены «бытия на границе», «выхода за пределы», в том числе дисфункции границ и тенденции саморазрушения Я.

Безусловно, констатация и доказательства продуктивности системного подхода к пониманию функционирования границ Я не являются бесспорными и окончательными. В то же время его разработка в пограничье психологии личности, клинической и специальной психологии перспективна для возможностей увидеть в

Шаповал И.А. Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 19–32.

Shapoval, I.A. Function and Dysfunction of Borders I: the Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 19–32.

новом ракурсе и оценить в новой парадигме знания накопленный ими богатейший фактологический материал.

## Литература

1. Волкова Е.Н. Субъектность как деятельное отношение к самому себе, к другим людям и к миру // Мир психологии. 2005. № 3. С. 33–41.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Юрайт, 2013. 367 с.
3. Кордуэлл М. Психология. А–Я: Словарь-справочник / Пер. с англ. К.С. Ткаченко. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000. 448 с.
4. Кузьмина Е.И. Психология свободы: теория и практика. СПб.: Питер, 2007. 336 с.
5. Куликова Т.В. Философия границы: феноменологический и эпистемологический подходы: дисс. ... доктора философских наук. Нижний Новгород, 2011. 334 с.
6. Леви Т.С. Телесная парадигма развития личностной аутентичности. М.: МосГУ, 2011. 190с.
7. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб.: Питер, 2008. 400 с.
8. Нартова-Бочавер С.К., Силина О.В. Динамика развития психологических границ на протяжении детства // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. Т. 32. № 3. С. 13–28.
9. Петровский В.А. Индивидуальность и саморегуляция: опыт мультисубъектной теории // Мир психологии. 2007. № 1. С.13–29.
10. Петровский В.А. «Мотив границы»: знаковая природа влечения // Мир психологии. 2008. № 3. С. 10–26.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 752 с.
12. Хакен Г. Информация и самоорганизация: макроскопический подход к сложным системам. М.: URSS: Ленанд, 2014. 317 с.
13. Шаповал И.А. Деформации личности как эффект взаимодействия субъективных и социальных миров // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n4/Shapoval.shtml>

Шаповал И.А. Функции и дисфункции границ Я:  
эффекты самоорганизации  
и самодезорганизации системы  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 19–32.

*Shapoval, I.A. Function and Dysfunction of Borders I:  
the Effects of Self-Organization  
and Self-Disorganization System  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 19–32.*

14. Шаров А.С. Система ценностных ориентаций как психологический механизм регуляции жизнедеятельности человека: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. Новосибирск, 2000. 41 с.

15. Юнг К.Г. Психология. Dementia praecox. Мн.: ООО «Харвест», 2003. 400 с.

16. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*. 1989. № 25. Pp. 729–735.

17. Brown N.W. Coping with infuriating, mean, critical people: the destructive narcissistic pattern / N.W. Brown (ed.). Westport, CT, Praeger, 2006. 191 p.

18. Merton R. Social Theory and Social Structure // Enlarged edition. NY: The Free Press; L.: Collier Macmillan Limited, 1968, pp. 139–155.

19. Millon T. Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond. NY: John Wiley & Sons, Inc., 1996. 548 p.

20. Sapir M. Formation a la relation soignant-soigne: Mythe et realite. La pensee sauvage editions / M. Sapir (ed.). Paris, 1989. 157 p.

21. Shapoval I.A. Co-dependence: the system of self-regulation of interactions in the social world // *European Applied Sciences*. Stuttgart: ORT Publishing, 2013. № 2. Pp. 159–162.



# Function and Dysfunction of Borders I: the Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System

**Shapoval, I.A.,**

*PhD, professor, Department of Special Psychology, Faculty of Psychology and Education,  
Orenburg State Pedagogical University, Russia, irinashapoval@yandex.ru*

---

The article is aimed to define and to specify the functions and dysfunctions of psychological boundaries as a self-organizing system. The system of “I” boundaries is described as dynamic, open and holistic function of interaction between “I” and “not-I”. Systemic-structural construction of boundaries explains their emergence, interaction, mutual assistance, compensation and self-healing. Regulation of boundaries is described as advisable to implement functional unity of the potentials of the individual. Object of regulation are boundaries’ functions. The aim and results of self-regulation is optimization of boundaries functions to provide subjectively meaningful interactions of “I” and “not-I” and to achieve self-efficiency. Incoherent interaction of functions and dysfunctions of the “I” boundaries is performed as a synergetic construct of self-organization and self-disorganization processes. Self-organization is correlated with the actualization of purposeful self-regulation. The personal inability to manage his or her psycho-emotional tonus, disturbance of information-energy metabolism, infantilism, nonequilibrium and the persistent instability of the boundaries system are the factors of self-disorganization.

**Keywords:** psychological boundaries as a system; function and dysfunction of the boundaries; self-regulation, self-organization and self-disorganization system boundaries.

---

## References

1. *Volkova, E.N.* Sub'ektnost' kak deyatel'noe otnoshenie k samomu sebe, k drugim lyudyam i k miru. *Mir psikhologii*, 2005, no 3, pp. 33–41.
2. *Zeigarnik, B.V.* *Patopsikhologiya*. Moscow: Publ. “Yurait”, 2013. 367 p.
3. *Korduell, M.* *Psikhologiya. A–Ya: Slovar'-spravochnik / Per. s angl. K.S. Tkachenko.* Moscow: FAIR-PRESS, 2000. 448 p.
4. *Kuz'mina, E.I.* *Psikhologiya svobody: teoriya I praktika.* St. Petersburg: Piter, 2007. 336 p.

Шаповал И.А. Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 19–32.

*Shapoval, I.A. Function and Dysfunction of Borders I: the Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 19–32.*

5. *Kulikova, T.V. Filosofiya granitsy: fenomenologicheskii I epistemologicheskii podkhody: diss. ... doktora filosofskikh nauk. Nizhnii Novgorod, 2011. 334 p.*
6. *Levi, T.S. Telesnaya paradigm razvitiya lichnostnoi autentichnosti. Moscow: MosGU, 2011. 190 p.*
7. *Nartova-Bochaver, S.K. Chelovek suverennyi: psikhologicheskoe issledovanie sub'ekta v ego bytii. St. Petersburg: Piter, 2008. 400 p.*
8. *Nartova-Bochaver, S.K., Silina, O.V. Dinamika razvitiya psikhologicheskikh granits na protyazhenii detstva. Aktual'nye problemi psikhologicheskogo znaniya, 2014, vol. 32, no 3, pp. 13–28.*
9. *Petrovskii, V.A. Individual'nost' i samoregulyatsiya: opyt mul'tisub"ektnoi teorii. Mir psikhologii, 2007, no 1, pp. 13–29.*
10. *Petrovskii, V.A. "Motiv granitsy": znakovaya priroda vlecheniya. Mir psikhologii, 2008, no 3, pp. 10–26.*
11. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya / B.D. Karvasarskiy (ed.). St. Petersburg: Piter, 2006. 752 p.*
12. *Khaken, G. Informatsiya i samoorganizatsiya: makroskopicheskii podkhod k slozhnym sistemam. Moscow: URSS: Lenand, 2014. 317 p.*
13. *Shapoval, I.A. Deformatsii lichnosti kak effect vzaimodeistviya sub"ektivnykh i sotsial'nykh mirov. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya, 2014, vol. 3, no 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n4/Shapoval.shtml>.*
14. *Sharov, A.S. Sistema tsennostnykh orientatsii kak psikhologicheskii mekhanizm regulyatsii zhiznedeyatel'nosti cheloveka: Avtoref. dis. ... d-ra psikhol. nauk. Novosibirsk, 2000. 41 p.*
15. *Jung, C.G. Psychology. Dementia praecox. Minsk: OOO Harvest, 2003. 400 p.*
16. *Bandura, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. Developmental Psychology, 1989, no 25, pp. 729–735.*
17. *Brown, N.W. Coping with infuriating, mean, critical people: the destructive narcissistic pattern / N.W. Brown. Westport, CT, London, 2006. 191 p.*
18. *Merton, R. Social Theory and Social Structure // Enlarged edition. N.Y.: The Free Press; L.: Collier Macmillan Limited, 1968. pp. 139–155.*
19. *Millon, T. Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond. NY: John Wiley & Sons, Inc., 1996. 548 p.*
20. *Sapir, M. Formation a la relation soignant-soigne: Mythe et realite. La pensee sauvage editions / M. Sapir. Paris, 1989. 157 p.*

*Шаповал И.А.* Функции и дисфункции границ Я:  
эффекты самоорганизации  
и самодезорганизации системы  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 19–32.

*Shapoval, I.A.* Function and Dysfunction of Borders I:  
the Effects of Self-Organization  
and Self-Disorganization System  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 19–32.

21. *Shapoval, I.A.* Co-dependence: the system of self-regulation of interactions in the social world / *Shapoval I.A.* // European Applied Sciences. ORT Publishing, Stuttgart, Germany, 2013, no 2 (Januari), pp. 159–162.

# Восприятие подростками больничной среды

**Агаларова К.Н.,**

*помощник депутата ГД ФС РФ, Государственная дума Федерального собрания Российской Федерации, Москва, Россия, carina-light@yandex.ru*

Статья посвящена исследованию восприятия больничного пространства у детей и подростков. Раньше знание нужд детей и подростков формировалось на основе представлений взрослого. В последнее время данная проблема решается в связи с исследованием самих детей. Проведенное в ряде медицинских учреждений г. Москвы исследование направлено на изучение влияния факторов больничной среды на психологическое состояние подростков и их выздоровление, а также на изучение паттернов их поведения в больнице. В отличие от взрослых у подростков-пациентов на первый план выходит осуществление коммуникации со сверстниками, а также проявление индивидуальности, реализовывающейся в вещах и одежде, и в гораздо меньшей степени уровень больницы и профессионализм врачей. Знание потребностей подростков позволяет создать соответствующие им условия и тем самым повысить уровень их психологического благополучия.

**Ключевые слова:** подросток, больничная среда, благополучие, пациент, выздоровление, излечение, безопасность, доверие, средовое поведение, персонализация пространства, обживание.

## Для цитаты:

Агаларова К.Н. Восприятие подростками больничной среды [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 33–44. doi: 10.17759/psyclin.2016050103

## For citation:

Agalarova, K.N. Adolescent's perception of hospital spaces [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 33–44. doi: 10.17759/psycljn.2016050103 (In Russ., abstr. in Engl.)

В последние несколько лет появился и возрос интерес к влиянию больничной среды на психологическое благополучие пациентов [1], в частности, детей и подростков.

Можно предположить, что больничные условия не были предназначены специально для удовлетворения детских потребностей [13; 19]. Если больничная среда стремится быть дружественной не только по отношению ко взрослому, но также и по отношению к ребенку, то мнение детей должно быть принято во внимание [20].

Знания о том, что представляет собой дружественная больничная среда для ребенка, были недостаточными в связи с тем, что политика проведения исследования была преимущественно выстроена вокруг взрослых и их представлений о нуждах и потребностях детей [7]. Однако представления и предпочтения самих детей о том, какими должны быть больничные условия, могут отличаться от мнения взрослых.

В 2012 году В. Ламберт (V. Lambert) с коллегами было проведено исследование, изучавшее мнение детей о больничных социальных пространствах для того, чтобы создать среду новой детской больницы. 55 детей от 5 до 8 лет с различными острыми и хроническими заболеваниями были набраны из стационарных, амбулаторных и отделений скорой помощи в трех детских больницах. Был использован эмпирический качественный дизайн интерактивных методов. Данные были собраны с помощью полуструктурированного интервью. В результате оказалось, что в условиях стационара маленькие дети хотят разнообразных развивающих и подходящих им по возрасту и полу видов отдыха и развлечений, которые имеются на больничной территории. Такие мероприятия были неоценимы для создания положительного опыта у детей в борьбе со скукой: они обогащают выбор и снижают чувство изоляции посредством расширения социализации. Находясь в больнице, дети хотят чувствовать связь с внутренним больничным сообществом, а также с внешним миром. В больнице технологии могут помочь расширить спектр взаимодействия детей с домом, школой и другими областями внешнего мира. Несмотря на то, что технологии предлагают много возможностей для поддержания психологического благополучия детей в ограниченных больничных условиях, реализация и применение таких услуг и систем требуют дальнейших исследований в области этики, содействия, организационного влияния и оценки.

В больнице дети чувствуют себя одинокими, печальными, напуганными, скукающими. В глазах детей больница представляется очень страшным местом, если человек болен, и не очень страшным местом, если человеку становится лучше [10]. Госпитализация представляет чужой мир незнакомых ребенку знаков, звуков, запахов. В последние несколько лет повышен интерес к влиянию больничной среды на психологическое благополучие детей [7]; [12]; [19]; [20]. Подростки воспринимают больничную среду как социальную, а не как клиническую и хотят иметь доступ к соответствующим их возрасту рекреационным объектам [7]. На сегодняшний день представления детей и подростков о больнице главным образом возникло из исследований, направленных на их изучение в больничных условиях.

Дети всех возрастов хотели бы, чтобы больница была местом развлечений, чтобы они могли заводить новых друзей, чтобы могли активно участвовать в различных развлекательных мероприятиях [8]; [9]; [15]; [16]; [18]; [20]. Дети часто ссылаются на социальную поддержку – возможность заводить новых друзей, общаться с другими пациентами их возраста в палате, находиться в игровой комнате, где они могут знакомиться и общаться с новыми детьми – как на самое лучшее явление в больнице. И, напротив, нахождение в одиночестве и ограниченная и скудная поддержка семьи и сверстников вызывают у ребенка чувства грусти, тоски, изоляции, скуки, беспокойства и тревожности [11]; [23]. Доступность общения

с родителями и сверстниками обеспечивает ребенка чувством защищенности и ощущением комфорта [21]. Именно на эти способствующие повышению уровня психологического благополучия маленьких пациентов факторы должна быть направлена работа по обустройству больничной среды.

В 2015 году автором настоящей статьи было проведено **исследование 50 подростков** в возрасте 14–17 лет, пациентов московских городских больниц, направленное на изучение условий больничной среды и их влияния на психологическое благополучие пациентов в больнице. В исследовании были применены следующие **методы**: наблюдение, вербально-коммуникативный метод (интервью) (**Приложение 1**), эссе (**Приложение 2**), методика, определяющая субъективное благополучие [2] (**Приложение 3**). **Данные были обработаны** с помощью статистического (корреляционного) и качественного анализа, а также феноменологически.

Учитывая стремление подростка к поиску и проявлению своей индивидуальности и в то же время деиндивидуализирующие условия больничной среды, **персонализация пространства** наилучшим образом способствует поддержанию и проявлению личностной целостности подростка-пациента [3]; [4]; [5]. Персонализация заключается в вещах и одежде, демонстрирующих приверженность их владельца к определенным социальным группам. Особого внимания заслуживает факт наличия у всех подростков-пациентов гаджетов, которые позволяют поддерживать общение со сверстниками, быть в курсе новостей жизни их социальной группы. Все свободное от процедур и сна время проходит за гаджетами. Девушки-пациентки брали с собой различные косметические средства, которые позволяли им выглядеть лучше и привлекать внимание противоположного пола, быть более уверенными в своей внешности при знакомстве с ребятами-пациентами, медперсоналом мужского пола.

Несмотря на определенную браваду в поведении, в эссе подростки признались в потребности **быть информированными** об их диагнозе, лечении и результатах, в страхе изоляции и затягивании процесса выздоровления, в страхе боли, в желании получить поддержку от сверстников и родителей, а также в потребности более обходительного отношения к ним медперсонала.

По мнению испытуемых, **больничная обстановка** может поспособствовать улучшению психологического благополучия, при наличии доступной для всех, бесплатной сети интернет, игровых развлечений, мест с удобными диванами, креслами и журнальными столиками, свободного графика посещения и режима, менее пугающего больничного интерьера, приближенного к домашнему. Испытуемые высказывали желание поменять стены «мрачно-белого», «давящего» цвета на более приятные: зеленый, голубой, с разными узорами и т.п.; улучшить атмосферу в больнице благодаря освежителям воздуха: им не нравится «удручающий больничный запах». Также пациентам «не хватает улыбок» медперсонала, их доброжелательности, внимания. Более **чуткое отношение медперсонала** к пациентам «здорово улучшило бы состояние».

**Позитивной стороной** почти все испытуемые отметили возможность сделать передышку в учебной деятельности («прогулять занятия»), внимание и заботу со

стороны их сверстников («мне стали больше писать одноклассники», «появился большой интерес ко мне», «девочки спрашивают о моем здоровье»), а также возможность завязать новые знакомства.

В ходе проведенного исследования были получены следующие **результаты**: больничными условиями были довольны 17 пациентов; доверяют лечащим врачам и медперсоналу 15 человек; все 50 испытуемых обживают пространство, привозя с собой необходимые и значимые для них вещи; 39 человек устанавливают дружеские взаимоотношения с другими пациентами; 29 человек ощущают себя психологически (субъективно) благополучными (таблица 1).

Таблица 1

### Значения ответов испытуемых

Ответы испытуемых	Переменные				
	Удовлетворенность больничными условиями	Доверие к медперсоналу	Персонализация пространства	Дружеские взаимоотношения с другими пациентами	Психологическое благополучие
Да	17	15	50	39	29
Нет	33	35	0	11	21

Попытка найти взаимосвязь между психологическим благополучием и другими переменными – персонализацией пространства, удовлетворением больничными условиями, доверием к медперсоналу, а также дружескими взаимоотношениями – привела к следующим результатам (таблица 2).

Таблица 2

### Связь между параметрами больничной среды и переживанием благополучия

п/п	Переменные	Коэффициент корреляции (уровень значимости 0,05)
1	Удовлетворенность больничными условиями	0,52
2	Доверие	0,43
3	Персонализация пространства	0,73
4	Дружеские взаимоотношения	0,69

Достаточно высокие положительные показатели корреляции свидетельствуют о взаимосвязи между исследуемыми факторами. В отличие от взрослых, уделяющих внимание гигиене, современным технологиям, профессионализму медперсонала [1], подростки акцентируют внимание на наличии возможности общаться со сверстниками как в онлайн-режиме, так и вживую, на наличии игровых мест и свободного графика.

В связи с тем, что больница воспринимается подростками как «тюрьма», «концлагерь», «гестапо», «плен», они напуганы ухудшенным состоянием здоровья, а

еще больше их пугает неизвестность, подростки должны быть максимально информированы о предстоящей госпитализации, о возможных сроках, о диагнозе. Находясь в больнице, они должны знать о ходе лечения и процессе выздоровления, обо всех предстоящих процедурах. Желательно, чтобы во время процедур медперсонал контактировал с пациентом, рассказывая ему о происходящих действиях и сроках завершения процедуры.

Информирование пациента очень сильно помогает ему снять напряжение и снизить тревожность, почувствовать присутствие другого человека, страдающего ему, помогает разделить свою боль. Далеко не всегда пациент просит вслух объяснять все происходящие с ним лечебные манипуляции, но все хотели бы этого. И этот факт вне возрастной зависимости: в этом признаются пациенты разного возраста, как подростки, так и взрослые.

И лучше честно сказать подростку-пациенту о лечебных процедурах, болезненны они или нет, так как в этом случае у него не будет сильного потрясения, когда после заверений, что больно не будет, он вдруг испытает боль. Тогда он точно перестанет доверять взрослому, и дистанция, потерянности, озлобленность, резкость, замкнутость, свойственные данному возрасту, только усилятся. Лучше предупредить его о неприятностях и одновременно утешить тем, что это продлится недолго и поможет ему выздороветь. Такая модель искреннего, дружественного, поддерживающего общения с подростком является весомым ресурсом в период его госпитализации и ускорит выздоровление.

## Литература

1. Агаларова К.Н. Субъективные параметры оценки больничной среды и их влияние на психологическое благополучие пациентов [Электронный ресурс] // Специальная и клиническая психология. 2015. № 4. С. 84–97. (дата обращения: 10.03.2016).
2. Методика на определение субъективного благополучия. Диссертационная работа Пучковой Е.Г. «Благополучие как фактор самоактуализации личности», 2003. Шкала субъективного благополучия / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. С. 467–470.
3. Нартова-Бочавер С.К. Психологическая суверенность личности: генезис и проявления. Дис. ... докт. психол. наук. М., 2005. С. 45–55.
4. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Введение в психологию развития. Учебное пособие. М.: Флинта-МПСИ. 2011. С. 80–90.
5. Нартова-Бочавер С.К. Теория приватности как направление зарубежной психологии // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 5. С. 28–39.



6. Aldiss S., Horstman M., O'Leary C., Richardson A., Gibson F. What is important to young children who have cancer while in hospital? // *Children and Society*. 2009. Vol. 23. Pp. 85–98.
7. Birch J., Curtis P., James A. Sense and sensibilities: in search of the child-friendly hospital // *Built Environment*. 2007. Vol. 33. Pp. 405–416.
8. Birshop K. Through children's eyes: understanding how to create supportive healthcare environments for children and adolescents. *World Health Design*, April Issue, 2009. Pp. 61–67.
9. Birshop K. Through the eyes children and young people: the components of a supportive hospital environment // *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. 2010. Vol. 13. Pp. 77–101ю
10. Carney T., Murphy S., McClure J., Birshop E., Kerr C., Parker J., Scott F., Shields C., Wilson L. Children's views of hospitalisation: an exploratory study of data collection // *Journal of Child Health Care*. 2003. Vol. 7. Pp. 27–40.
11. Clift L., Dampier S., Timmons S. Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards // *Journal of Child Health Care*. 2007. Vol. 11. Pp. 195–207.
12. Coad J., Coad N. Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment // *Journal of Child Health Care*. 2008. Vol. 12. Pp. 33–48.
13. Coyne I. Children's experiences of hospitalization // *Journal of Child Health Care*. 2006. Vol. 10. Pp. 326–336.
14. Curtis P., James A., Birch J. Space to care: children's perceptions of spatial aspects of hospitals. Swindon: ESRC End of Award Report, 2007. Pp. 1–25.
15. Fletcher T., Gasper A., Prudhoe G., Battrick C., Coles L., Weaver K., Ireland L. Building on the future: children's views on nurses and hospital care // *British journal of nursing*. 2011. Vol. 20. Pp. 39–45.
16. Gibson F., Richardson A., Hey, S., Horstman M., O'Leary C. Listening to Children and Young People with Cancer. Centre for Nursing and Allied Health Professionals Research, Institute of Child Health, Great Ormond Street Hospital. London: Institute of Child Health, 2005. Pp. 1397–1407.
17. Lambert V., Coad J., Hicks P., Glacken M. Social spaces for young children in hospital // *Child: care, health and development*. 2012. Vol. 40. № 2. Pp. 195–204.
18. Horstman M., Bradding A. Helping children speak up in the health service // *European Journal of Oncology Nursing*. 2002. Vol. 6. Pp. 75–84.
19. Hutton A. Consumer perspectives in adolescent ward design // *Journal of Clinical Nursing*. 2005. Vol. 14. Pp. 537–545. NHS Estates Improving the Patient Experience –

Friendly Healthcare Environments for Children and Young People. Norwich, UK: The Stationery Office, 2003. Pp. 5–8.

20. *Norton-Westwood D.* The health-care environment through the eyes of a child – does it soothe or provoke anxiety? // International Journal of Nursing Practice. 2012. Vol. 18. Pp. 7–11. Pelander T., Leino-Kilpi H. Children's best and worst experiences during hospitalization // Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010. Vol. 24. Pp. 726–733.

21. *Wilson M.E., Megel M.E., Enenbach L., Carlson K.L.* The voices of children: stories about hospitalization // Journal of Pediatric Health Care. 2010. Vol. 24. Pp. 95–102.

### Приложение 1. Интервью (разработано автором)

#### Выбор больницы

1. Удовлетворен(а) ли ты условиями больницы? Укажи, пожалуйста, на шкале, в какой мере ты удовлетворен(а) больничными условиями, если 1 – не удовлетворен вообще, 10 – полностью удовлетворен (испытуемым предъявляется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### Персонализация

2. Обживаешь ли ты больничную палату, больничную территорию? Укажи, пожалуйста, на шкале, в какой мере ты обживаешь пространство, если 1 – не обживаю вообще, 10 – полностью обживаю пространство (испытуемым предъявляется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Что ты делаешь для обживания?

4. Во время обживания больничной территории чувствуешь ли ты себя лучше?

#### Социальная среда

5. Общаешься ли ты с соседями по палате? Складываются ли у тебя дружеские отношения с ними? Укажи, пожалуйста, на шкале, в какой мере ты общаешься с другими ребятами в больнице, если 1 – не общаюсь вообще, 10 – очень много общаюсь (испытуемым предъявляется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## Безопасность

5. Как ты понимаешь безопасность больницы? И какие критерии ты относишь к безопасности?

6. Ощущаешь ли ты себя в безопасности, находясь в этой больнице?

7. Доверяешь ли ты лечащему врачу? Медсестрам? Укажи, пожалуйста, на шкале, в какой мере ты доверяешь врачам и медсестрам в больнице, если 1 – не доверяю вообще, 10 – полностью доверяю (испытуемым предъявляется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## Приложение 2. Эссе

1	Что люди могут делать в больнице?	
2	Что такое хорошая больница?	
3	Может ли больничная обстановка способствовать выздоровлению взрослого пациента? Ребенка?	
4	Каковы самые главные стрессы человека, попавшего в больницу?	
5	Что вызывает его раздражение?	
6	Каковы позитивные стороны пребывания в больнице?	
7	С чем бы вы сравнили больницу?	
8	Подберите 10 определений, описывающих больницу	

## Приложение 3. Методика на определение субъективного благополучия

*Инструкция.* Укажите, пожалуйста, в какой мере вы согласны или не согласны с приведенными ниже высказываниями, используя для этого следующую шкалу:

1 – полностью согласен; 2 – согласен; 3 – более или менее согласен; 4 – затрудняюсь ответить; 5 – более или менее не согласен; 6 – не согласен; 7 – полностью не согласен.

п/п	Вопросы	Варианты ответов						
		1	2	3	4	5	6	7
1	В последнее время я был в хорошем настроении.	1	2	3	4	5	6	7
2	Моя учеба давит на меня.*	1	2	3	4	5	6	7

3	Если у меня есть проблемы, я могу обратиться к кому-нибудь.	1	2	3	4	5	6	7
4	В последнее время я хорошо сплю.	1	2	3	4	5	6	7
5	Я редко скучаю в процессе своей повседневной деятельности.	1	2	3	4	5	6	7
6	Я часто чувствую себя одиноким.	1	2	3	4	5	6	7
7	Я чувствую себя здоровым и бодрым.	1	2	3	4	5	6	7
8	Я испытываю большое удовольствие, находясь вместе с семьей или друзьями.	1	2	3	4	5	6	7
9	Иногда я становлюсь беспокойным по неизвестной причине.	1	2	3	4	5	6	7
10	Утром мне трудно вставать и учиться.*	1	2	3	4	5	6	7
11	Я смотрю в будущее с оптимизмом.	1	2	3	4	5	6	7
12	Я охотно меньше просил бы других о чем-либо.	1	2	3	4	5	6	7
13	Мне нравится моя повседневная деятельность.	1	2	3	4	5	6	7
14	В последнее время я чрезмерно реагирую на незначительные препятствия и неудачи.	1	2	3	4	5	6	7
15	В последнее время я чувствую себя в прекрасной форме.	1	2	3	4	5	6	7
16	Я все больше ощущаю потребность в уединении.	1	2	3	4	5	6	7
17	В последнее время я был очень рассеян.	1	2	3	4	5	6	7

*Примечание:* \* – Замена слова «работа» и однокоренных слов в тесте на слово «учеба», поскольку учеба – ведущая деятельность подростков.

# Adolescent's perception of hospital spaces

**Agalarova, K.N.,**

*assistant of member of Parliament, the Federal Assembly of the Russian Federation, the State Duma, carina-light@yandex.ru*

---

The article is devoted to the study of children's and adolescent's perceptions of hospital spaces. Before knowledge of the needs of children and adolescents was obtained from the adult's feedback. Now this problem is solved by means of children's reports. The study was carried out in several medical institutions of Moscow and aimed to examine the influence of hospital environment factors of teenagers' psychological status and their recovery, as well as to study the patterns of their behavior at the hospital. The most important positive hospital factor for adolescents-patients in contrast to adults is communication with their peers, as well as the expression of individuality getting underway in things and clothing. They take less attention to therapy quality and to professionalism of medical staff. Knowledge of the adolescents' needs allows to create the appropriate living conditions and therefore to improve their psychological well-being.

**Keywords:** adolescents, hospital environment, well-being, patient, recovery, medical treatment, healing, safety, trust, environmental behavior, space personalization, hospital accommodation.

---

## References

1. Agalarova, K.N. Sub'ektivnye parametry ocenki bol'nichnoj sredy i ih vlijanie na psihologicheskoe blagopoluchie pacientov. *Special'naja i klinicheskaja psihologija*, 2015, no 4, pp. 84–97.
2. Metodika na opredelenie sub'ektivnogo blagopoluchija.. *Dissertacionnaja rabota Puchkovej E.G. "Blagopoluchie kak faktor samoaktualizacii lichnosti"*, 2003. Shkala sub'ektivnogo blagopoluchija / N.P. Fetiskin, V.V. Kozlov, G.M. Manujlov / *Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitija lichnosti i malyh grupp.. Moscow: Izd-vo Instituta Psihoterapii*, 2002, pp. 467–470.
3. Nartova-Bochaver, S.K. *Psihologicheskaja suverenost' lichnosti: genезis i proyavlenija.. Dis. ... dokt. psihol. nauk. Moscow, 2005, pp. 45–55.*
4. Nartova-Bochaver, S.K., Potapova, A.V. *Vvedenie v psihologiju razvitija. Uchebnoe posobie. Moscow: Flinta-MPSI, 2011, p. 80–90.*
5. Nartova-Bochaver, S.K. *Teorija privatnosti kak napravlenie zarubezhnoj psihologii. Psihologicheskij zhurnal*, 2006, vol. 27, no 5, pp. 28–39.

6. Aldiss, S., Horstman, M., O'Leary, C., Richardson, A., Gibson, F. What is important to young children who have cancer while in hospital? *Children and Society*, 2009, vol. 23, pp. 85–98.
7. Birch, J., Curtis, P., James, A. Sense and sensibilities: in search of the child-friendly hospital. *Built Environment*, 2007, vol. 33, pp. 405–416.
8. Birshop, K. Through children's eyes: understanding how to create supportive healthcare environments for children and adolescents. *World Health Design*, April Issue, 2009, pp. 61–67.
9. Birshop, K. Through the eyes children and young people: the components of a supportive hospital environment. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 2010, vol. 13, pp. 77–101.
10. Carney, T., Murphy, S., McClure, J., Birshop, E., Kerr, C., Parker, J., Scott, F., Shields, C., Wilson, L. Children's views of hospitalisation: an exploratory study of data collection. *Journal of Child Health Care*, 2003, vol. 7, pp. 27–40.
11. Clift, L., Dampier, S., Timmons, S. Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 2007, vol. 11, pp. 195–207.
12. Coad, J., Coad, N. Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. *Journal of Child Health Care*, 2008, vol. 12, pp. 33–48.
13. Coyne, I. Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 2006, vol. 10, pp. 326–336.
14. Curtis, P., James, A., Birch, J. Space to care: children's perceptions of spatial aspects of hospitals. Swindon: ESRC End of Award Report, 2007, pp. 1–25.
15. Fletcher, T., Glasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K., Ireland, L. Building on the future: children's views on nurses and hospital care. *British journal of nursing*, 2011, vol. 20, pp. 39–45.
16. Gibson, F., Richardson, A., Hey, S., Horstman, M., O'Leary, C. Listening to Children and Young People with Cancer. Centre for Nursing and Allied Health Professionals Research, Institute of Child Health, Great Ormond Street Hospital. London: Institute of Child Health, 2005, pp. 1397–1407.
17. Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., Glacken, M. Social spaces for young children in hospital. *Child: care, health and development*, 2012, vol. 40, no 2, pp. 195–204.
18. Horstman, M., Bradding, A. Helping children speak up in the health service. *European Journal of Oncology Nursing*, 2002, vol. 6, pp. 75–84.
19. Hutton, A. Consumer perspectives in adolescent ward design. *Journal of Clinical Nursing*, 2005, vol. 14, pp. 537–545.

Агаларова К.Н. Восприятие подростками  
больничной среды  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 33–44.

*Agalarova, K.N.* Adolescent's perception  
of hospital spaces  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 33–44.

20. Norton-Westwood, D. The health-care environment through the eyes of a child – does it soothe or provoke anxiety? *International Journal of Nursing Practice*, 2012, vol. 18, pp. 7–11.

21. Wilson, M.E., Megel, M.E., Enenbach, L., Carlson, K.L. The voices of children: stories about hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 2010, vol. 24, pp. 95–10.

# Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями

**Горячева Т.Г.,**

*кандидат психологических наук, доцент, РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, goriatcheva\_tg@mail.ru*

**Кофанова Е.Б.,**

*клинический психолог, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, ekofanova@mail.ru*

---

Данная статья посвящена результатам исследования отношения к болезни у детей старшего дошкольного возраста, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, их психологических особенностей и сравнению результатов с данными, полученными в группе здоровых сверстников. В исследовании приняли участие 59 детей возраста 6–7 лет, среди них 30 детей, болеющих острыми респираторными заболеваниями более пяти раз в год, и 29 здоровых детей. На основании полученных данных выявлены два типа отношения к болезни у группы часто болеющих дошкольников (амбивалентное и индифферентное) и два типа отношения к болезни у контрольной группы (отрицательное, амбивалентное). Получены взаимосвязи между уровнем тревожности и типом отношения к болезни в группе детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, а также между сформированностью ортобиоза у группы часто болеющих детей и детей контрольной группы.

**Ключевые слова:** отношение к болезни, уровень тревожности, старший дошкольный возраст, ортобиоз, острые респираторные заболевания.

---

**Для цитаты:**

Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 45–60. doi: 10.17759/psyclin.2016050104

**For citation:**



Goryacheva, T.G., Kofanova, E.B. The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 45–60. doi: 10.17759/psycljn.2016050104 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа детей, страдающих частыми инфекциями верхних дыхательных путей и отсутствие положительной динамики в улучшении здоровья дошкольников. Среди нозологии, встречаемой у детей дошкольного возраста, острые респираторные заболевания (ОРЗ) выходят на первое место. По сведениям Федерального центра гигиены и эпидемиологии, заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей до 14 лет с 2012 по 2013 год увеличилась на 6,2% [19]. Дети дошкольного возраста, которые болеют респираторными заболеваниями более четырех раз в год, относятся к категории часто болеющих детей (ЧБД) [1]. Они составляют самую большую группу детей, нуждающихся в медицинской и психологической поддержке.

Данная проблема в основном рассматривается в медицинском контексте с точки зрения медико-физиологических аспектов ЧБД [1]; [9]; [13]; [14]. По данным многих исследователей, медицинского подхода к этой проблеме недостаточно, так как необходимо принимать во внимание психологический аспект и рассматривать соматический статус часто болеющего ребенка как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов [2]; [3]; [5]; [8]; [10]; [15]; [18]; [20]. По мнению многих специалистов, любое соматическое заболевание приводит к формированию особой социальной ситуации развития ребенка, которая у часто болеющих детей будет формироваться на фоне ограничения двигательной, познавательной и социальной активности ребенка, повышать уровень тревожности [3]; [4]; [5]; [12]; [15]; [16]. Как известно, тревожность в старшем дошкольном возрасте может являться как причиной частых заболеваний, так и их следствием из-за измененной социальной ситуации развития.

Рядом авторов было показано, что часто болеющим детям свойственно амбивалентное отношение к болезни. На сознательном уровне болезнь воспринимается как нечто негативное, ограничивающее деятельность, но при этом на неосознаваемом эмоциональном уровне болезнь более привлекательна, чем здоровье, потому что дает ребенку возможность удовлетворения своих психологических потребностей в эмоциональном контакте с матерью [3]; [15]. Другие исследования показали, что дети дошкольного и младшего школьного возраста сливаются с болезнью чувственно и эмоционально, воспринимая все симптомы как принадлежащие им самим, не противопоставляя болезнь и свое Я. То есть в каком-то отношении они «живут в болезни».

В связи с ростом числа детей дошкольного возраста с частыми эпизодами ОРЗ и неоднозначным отношением к состоянию болезни была поставлена задача исследовать отношение к болезни у таких детей и их эмоционально-личностные особенности (а именно тревожность).

### Цель и задачи исследования

Целью исследования явилось выявление специфики отношения к болезни у часто болеющих детей дошкольного возраста в зависимости от индивидуально-психологических характеристик.

Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи:

1. исследовать отношение к болезни у часто-болеющих детей и контрольной группы условно здоровых детей.
2. выявить специфику отношения к болезни у детей, часто болеющих ОРЗ.
3. Определить взаимосвязь между психологическими особенностями часто болеющих детей и их отношением к болезни.

### Эмпирическая база

Исследования проводились на базе дошкольного структурного подразделения комбинированного вида с ортопедическими и ясельными группами №1 ГБОУ Гимназии № 1529 г. Москвы в 2013–2015 годах.

В исследовании приняли участие 59 детей старшего дошкольного возраста (от 6 до 7 лет) из подготовительных групп, среди них 30 детей, болеющих ОРЗ пять и более раз в год и не имеющих других хронических соматических заболеваний (14 мальчиков и 16 девочек), и 29 условно здоровых детей (15 мальчиков и 14 девочек). Подбор детей осуществлялся с учетом пола и возраста, что определило гомогенность исследуемых групп. Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт (форма № 026/у) и на основе информации, полученной в процессе бесед с родителями и педагогами образовательного учреждения. Все дети на момент обследования находились в стадии ремиссии и посещали дошкольные образовательные учреждения.

В качестве методов исследования были использованы: тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен; методика «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова; адаптированный блок оценки тревожности из методики «Незаконченные предложения»; рисунок человека; рисунок болезни, – методика, разработанная под запросы данного исследования; апперцептивный тест САТ; Критерии определения тревожности П. Бейкер и М. Алворд (опросник для воспитателей); методика Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко «Уровень тревожности ребенка» (опросник для воспитателей); диагностическое интервью, разработанное под запросы исследования.

### Результаты исследование и их обсуждение

Полученные результаты подтвердили данные ранее проведенных исследований [3]; [5]; [7]; [11]; [15], в которых отмечалось преобладание высокого уровня тревожности у часто болеющих детей. Статистически подтверждено наличие

значимых различий в распределении двух групп по уровню тревожности при помощи критерия однородности  $\chi^2$  с вероятностью ошибки 1% и различия в уровне

Таблица 1

**Процентное распределение уровня тревожности по группам**

Группа \ УТ	Распределение испытуемых, %		
	ВУТ	СУТ	НУТ
ЧБД	60	40	0
КГ	17	34	49

Распределение УТ по группам наглядно видно на рисунке 1. Исследование показало, что группа ЧБД обладает высоким уровнем тревожности в межличностных отношениях, что, возможно, будет приводить к нарушению адаптации в социуме, и, в качестве средства ухода от создавшихся проблем, к тенденции более частых заболеваний. Дополнительно высокий уровень тревожности был выявлен с помощью рисунка человека, что свидетельствует о внутреннем конфликте. Этот факт также подтверждает результаты ранее опубликованных исследований. Заметное снижение уровня тревожности у ЧБД наблюдалось в рисунке болезни и в ответах блока «Тревожность» методики «Незаконченные предложения», тогда как у здоровых детей контрольной группы была выявлена ровно противоположная тенденция. Различие в уровнях личностной и ситуативной тревожности по отношению к болезни и направления этих различий были подтверждены статистически с вероятностью ошибки 1% для группы ЧБД, 5% – для группы условно здоровых детей.

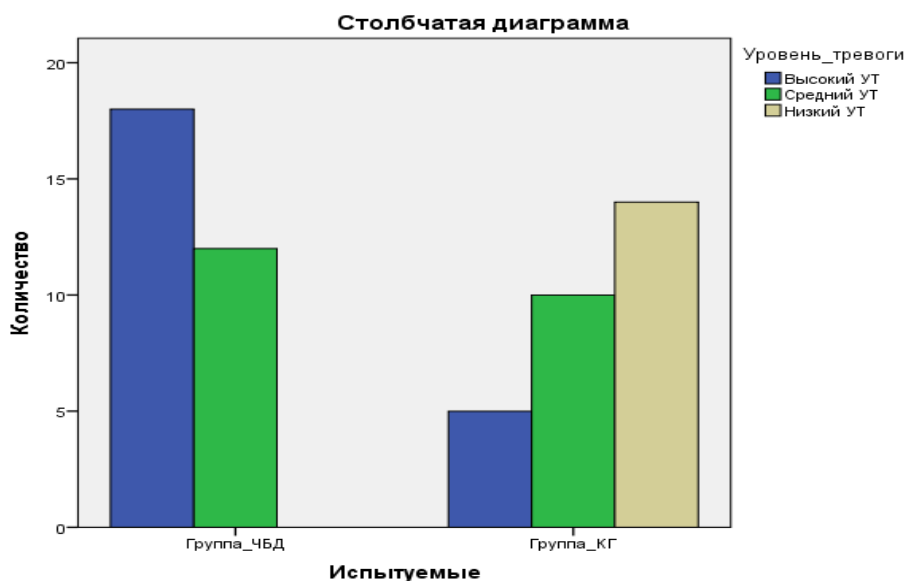


Рисунок 1. Диаграмма распределения УТ по группам

Распределение испытуемых по уровням личностной тревожности и тревожности по отношению к болезни в группе ЧБД представлено в таблице 2 и на рисунке 2:

Таблица 2

**Процентное распределение УТ л и УТ б в группе ЧБД**

ЧБД	Распределение испытуемых, %		
	ВУТ	СУТ	НУТ
УТ л	60	40	0
УТ б	13	53	34

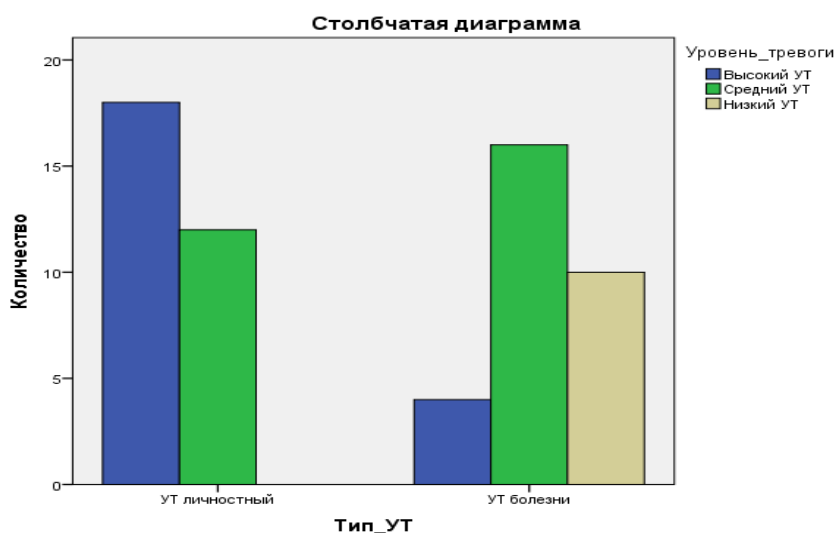


Рисунок 2. Диаграмма распределения УТ л и УТ б в группе ЧБД

Распределение уровней личностной тревожности и тревожности по отношению к болезни в контрольной группе представлено в таблице 3 и на рисунке 3:

Таблица 3

**Процентное распределение уровней личностной тревожности и тревожности по отношению к болезни в контрольной группе**

ЧБД	Распределение испытуемых, %		
	ВУТ	СУТ	НУТ
УТ л	17	34	49
УТ б	28	59	13

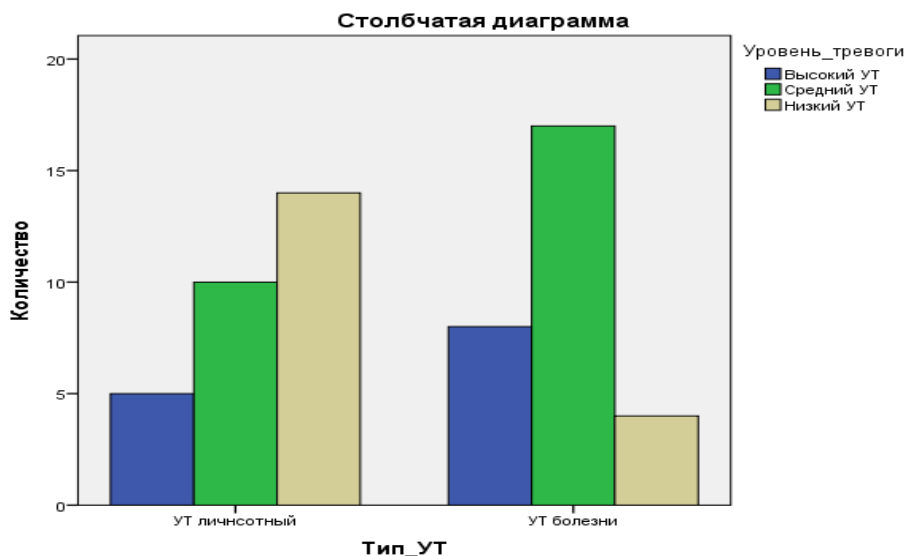


Рисунок 3. Диаграмма распределения УТ л и УТ б в контрольной группе

Уменьшение ситуативной тревожности во время болезни может свидетельствовать о частых заболеваниях, как о способе снижения внутреннего напряжения и ухода от внутреннего конфликта.

В группе ЧБД было выявлено два типа эмоционального отношения к болезни: *амбивалентный* (АЭОБ) и *индифферентный* (ИЭОБ). Амбивалентное эмоциональное отношение к болезни характеризуется внутренним конфликтом между осознанием отрицательных сторон болезни и поиском неосознанной «выгоды» от заболевания и сформированным чувственным компонентом. При индифферентном эмоциональном отношении к болезни чувственный компонент еще не сформирован, и болезнь воспринимается как естественное состояние («жизнь в болезни»).

В контрольной группе (КГ) было выделено *отрицательное эмоциональное отношение к болезни* (ОЭОБ), также наблюдались амбивалентный и индифферентный типы. Результаты, полученные на основании анализа всех методик, представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Типы отношения к болезни в двух группах по методикам в процентном соотношении**

Методики	Типы отношения к болезни, %									
	АЭОБ		ИЭОБ		ОЭОБ		ПЭОБ		НЭОБ	
	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ
Диагностическое интервью	43	41	53	7	3	52	0	0	0	0

Незаконченные предложения	14	17	47	7	37	79	0	0	0	0
Рисунок человека	21	17	27	3	37	10	17	0	3	66
Рисунок болезни	37	21	50	10	7	62	7	7	0	0
САТ	7	0	17	0	13	17	0	0	63	83

Методики «Диагностическое интервью» и «Незаконченные предложения» показали наличие индифферентного отношения к болезни у некоторых детей группы ЧБД: ответы были без эмоциональной окраски, отношение к болезни и к лечению как к процессу естественному и рутинному, «жизнь в болезни», что согласуется с данными, полученными И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2006) [17].

У других детей группы ЧБД ответы были эмоционально насыщены и полярны, что подтверждает наблюдения Г.А. Ариной и Н.А. Коваленко[3]. Дети контрольной группы давали в основном эмоционально отрицательные ответы, в меньшей степени амбивалентные. От амбивалентного отношения ЧБД их ответы отличались беспокойством об утрате социальных контактов со сверстниками и ограничении активности во время болезни.

Также на основании «Диагностического интервью» и методики «Незаконченные предложения» было выявлено неоднозначное отношение к поведению матери во время болезни. С одной стороны, и группа ЧБД, и контрольная группа отмечали большую заботу матери. Но в контрольной группе детей она проявлялась дополнительными запретами в ограничении деятельности, подкрепляющими негативное отношение к болезни, у них не наблюдалось сильной эмоциональной включенности. У часто болеющих детей с АЭОБ забота их матерей проявлялась в виде гиперопеки и дополнительных бонусов. При этом дети давали кардинально отличные ответы на вопросы о заботе матери в методиках «Диагностическое интервью» и «Незаконченные предложения», что позволяет говорить о том, что, возможно, несмотря на увеличенное время общения с ребенком и видимую гиперопеку, часто болеющие дети не получали эмоциональное тепло. Часто болеющие дети с ИЭОБ почти не отмечали изменения в отношениях с матерью во время болезни.

Анализ блоков отношения к здоровью и общей осведомленности показал, что у часто болеющих детей *не сформировано понятие ортобиоза*, так как здоровье воспринимается ими не через активный образ жизни, закаливание и соблюдение режима, а через правильное лечение и прием различных препаратов. Существование различий в сформированности ортобиоза в двух группах подтвердилось статистически по критерию однородности  $\chi^2$  с вероятностью ошибки 5%. Количественно направление различий было подтверждено статистически с вероятностью ошибки 5% по критерию Манна-Уитни. Распределение сформированности ортобиоза по группам представлено в таблице 5 и на рисунке 4.

Таблица 5

**Процентное распределение сформированности ортобиоза в группе часто болеющих детей и в контрольной группе**

Группа	Сформированность ортобиоза, %		
	СО	ОП	НО
ЧБД	13	47	40
КГ	45	31	24

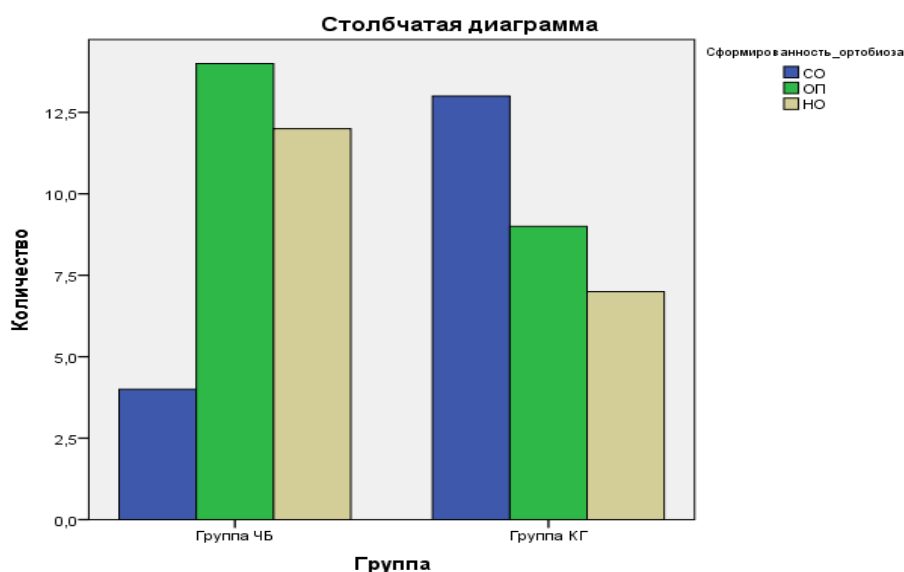


Рисунок 4. Диаграмма распределения сформированности ортобиоза в группе ЧБД и в контрастной группе

Данный вывод согласуется с исследованиями сформированности ортобиоза у родителей ЧБД В.О. Штумф и А.А. Ковалевского [21].

Анализ методики «Рисунок человека» показал, что большинство часто болеющих детей воспринимают себя через соматические нарушения. Это отношение может быть как разнонаправленным у одних детей, так и индифферентно-отрицательным – у других. У большинства детей группы ЧБД вне зависимости от эмоционального компонента отношения наблюдалось нарушение схемы тела: увеличение и уменьшение области символического отображения дефекта в области шеи, грудной клетки, головы, носа, рта по отношению к остальным частям тела, отсутствие изображения каких-то частей тела, искажение формы. В рисунках ЧБД с АЭОБ чаще присутствовали дополнительные детали, украшающие рисунок в области символического изображения дефекта (бусы, крестики, цветы, кармашки, красивые пуговицы); цветовая палитра была разнообразной, но преобладали сине-зеленые оттенки, процесс рисования доставлял интерес, что говорит о наличии

как отрицательных аспектов восприятия болезни, так и положительных. В отличие от них рисунки детей с ИЭОБ были лаконичны, с использованием одного или двух цветов, дополнительные детали либо отсутствовали, либо ухудшали рисунок. Процесс рисования человека по большей части удовольствия не доставлял. Рисунки в основном были маленькие, располагающиеся чаще ближе к краю листа. В контрольной группе рисунки отличаются большей четкостью линий, правильной и более гармоничной прорисовкой тела, меньшим числом дополнительных деталей (чаще это банты и кепки), широкой цветовой гаммой с использованием красно-желтых тонов и фиолетового цвета.

Основное отличие рисунков болезни ЧБД от рисунков условно здоровой группы состоит в тематике рисунков, выборе цветовой гаммы, усилении штриховки и нажима, размере изображения (у ЧБД – или очень большое, выходящее за пределы листа, или очень маленькое). Дети контрольной группы в основном изображали вирусы (70% рисунков), что свидетельствует об отношении к болезни как к чему-то внешнему, тогда как в 78% рисунков часто болеющих детей присутствует человек или поврежденный орган, что свидетельствует об отношении к болезни как к части самого ребенка. В рисунке болезни в группе ЧБД с АЭОБ наблюдались красно-желтая цветовая гамма в изображении кровати, платья, интерьера и темные цвета, сине-зеленая палитра при изображении человека; уменьшенное в размерах тело по отношению к размеру кровати, а также нажим и штриховка в области символического изображения дефекта. Рисунки болезни в группе ЧБД с ИЭОБ часто повторяли рисунок человека (65% рисунков), использовались один или два цвета для изображения (иногда только простой карандаш), на тематических рисунках большое внимание уделялось деталям, не относящимся к болезни.

В результате статистической обработки материала были получены данные, которые позволяют говорить об *отличии эмоционального отношения к болезни* часто болеющих детей и условно здоровых детей и взаимосвязи данного отношения с эмоционально-личностными характеристиками индивида. Наличие отличительных особенностей, а именно амбивалентного и индифферентного отношения к болезни статистически подтвердилось с вероятностью ошибки 1% по критерию однородности  $\chi^2$ . Распределение типов эмоционального отношения к болезни по группам приведено в таблице 6 и на рисунке 5.

Таблица 6

**Процентное распределение типов отношения к болезни  
в двух группах детей по уровню здоровья**

Группа	Сформированность ортобиоза, %		
	ИЭОБ	АЭОБ	ОЭОБ
ЧБД	57	43	0
КГ	7	28	65



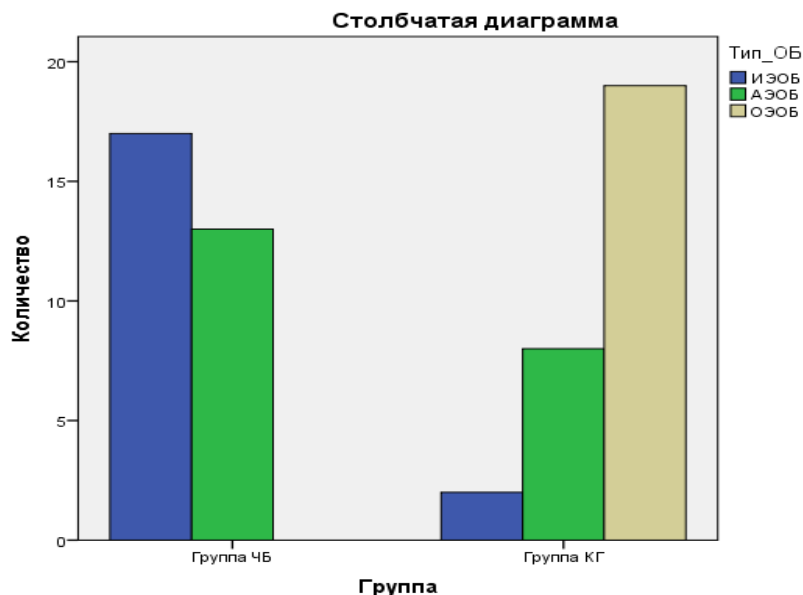


Рисунок 5. Диаграмма распределения типов отношения к болезни по двум группам детей по уровню здоровья

Взаимосвязь уровня тревожности с типом отношения к болезни у группы ЧБД подтвердилась с вероятностью ошибки 5%: дети с амбивалентным отношением к болезни чаще обладают средним уровнем тревожности, а дети с индифферентным отношением – высоким. Распределение испытуемых по типам отношения к болезни (ОБ) и уровням тревожности приведены в таблице 7 и на рисунке 6.

Таблица 7

**Процентное распределение типов отношения к болезни  
в двух группах детей по уровню здоровья**

Тип ОБ	Распределение испытуемых, %	
	ВУТ	СУТ
АЭОБ	31	69
ИЭОБ	82	18

На основании данного соотношения можно предположить, что в отличие от контрольной группы у группы ЧБД с высоким уровнем тревожности осознание состояния болезни отсутствует или выражено очень слабо, соответственно, мотивация «быть здоровым» не развита. У детей со средним уровнем тревожности осознание своей болезни соответствует показателям в контрольной группе. Но при этом по причине внутреннего конфликта или нарушенных детско-родительских отношений они неосознанно выбирают выгоду болезни.

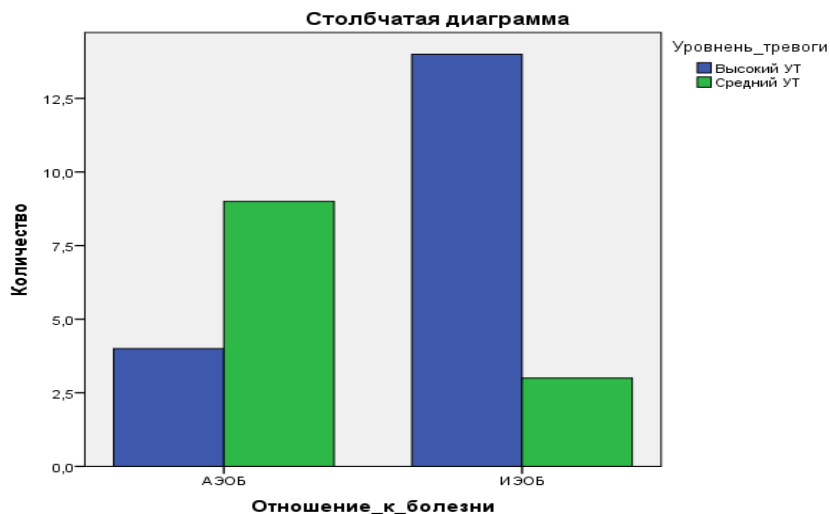


Рисунок 6. Диаграмма распределения уровня тревожности и эмоционального отношения к болезни в группе ЧБД

### Выводы

На основании полученных данных можно сделать выводы, что часто болеющие дети обладают более высокой тревожностью, которая проявляется в самоотношении и межличностных отношениях и может являться фактором риска нарушения социальной адаптации и провоцировать повторные заболевания. Часто болеющие дети с амбивалентным и индифферентным эмоциональным отношением к болезни имеют общие характеристики: наличие составляющей отрицательного отношения к болезни, нарушение схемы тела на рисунках человека, плохо сформированная мотивация к выздоровлению, плохо сформированный ортобиоз. Часто болеющие дети с разными типами эмоционального отношения к болезни имеют и отличия: дети с ИОЭБ характеризуются слабым чувственным осознанием состояния болезни; дети с АОЭБ характеризуются хорошо сформированным чувственным компонентом, наличием внутреннего конфликта, выражающегося в выборе неосознанной «выгоды» от болезни, несмотря на осознанное понимание ее отрицательных сторон. Эмоциональное отношение к болезни часто болеющих детей не является однозначным, а состоит из комбинации разнонаправленных конструктов (восприятие себя во время болезни, отношения с матерью во время болезни, отношение к здоровью, к здоровому образу жизни, отношение к лечению, отношение к проявлению симптомов ОРЗ), в результате которых формируется амбивалентное или индифферентное эмоциональное отношение к болезни.

### Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. Пермь, 2006. 86 с.

2. *Ананьев Б.Г.* Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. // Под ред. Л.В. Куликова Психология личности в трудах отечественных психологов: Хрестоматия. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. 464 с.
3. *Арина Г.А., Коваленко Н.А.* Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т. 2. № 3. С. 116–125.
4. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
5. *Горячева Т.Г.* Нейропсихологический статус детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n2/62053.shtml> (дата обращения: 09.05.2014).
6. *Доманецкая Л.В.* Особенности общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями как условие улучшения его соматического статуса. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: medpsy.ru. 2011. № 4. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_4\\_9/nomer/nomer25.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer25.php) (дата обращения: 10.09.2014).
7. *Дубовик Е.Ю., Ковалевский В.А.* Влияние типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющего ребенка дошкольного возраста. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: medpsy.ru. 2012. № 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_1\\_12/nomer/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_1_12/nomer/nomer10.php) (дата обращения: 19.10.2015).
8. *Зайцева О.В.* Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Педиатрия. 2004. № 3. С. 14–16.
9. *Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Таточенко В.К., Эрдес С.И.* Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика Пособие для врачей <http://bono-esse.ru/blizzard/Deti1/ORVI/07.html>.
10. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
11. *Ковалевский В.А., Груздева О.В.* Соматически больной ребенок дошкольного возраста: специфика социально-психологического развития. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: medpsy.ru. 2009. № 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2009-1-1/nomer/nomer\\_20.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer_20.php) (дата обращения: 18.06.2014).
12. *Ковалевский В.А., Урываев В.А.* Психология ребенка-пациента соматической клиники: Практикум. Учебное пособие для студентов старших курсов педиатрического факультета. Красноярск-Ярославль: КрасГМА-ЯГМА, 2006. 87 с.

13. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Лепусева И.В., Суздаленков А.В., Гирина А.А. Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. [Электронный ресурс] // Педиатрическая фармакология: 2008. № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-immunoprofilaktiki-ostryh-respiratornyh-infektsiy-u-chasto-boleyuschih-detey>.
14. Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях детской поликлиники // Поликлиника. 2005. № 1. С. 14–16.
15. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей дошкольного возраста: дисс. на соиск. уч. степени канд. психол. наук. М., 1999. 191 с.
16. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Московский университет, 1987. 166 с.
17. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2006. 507 с.
18. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. М.: Академический проект, 2009. 311 с.
19. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (Форма 1) за январь–ноябрь 2013 [Электронный ресурс] // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Rospotrebnadzor.ru. URL: [http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic\\_detail.php?ID=1949&sphrase\\_id=106208](http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_detail.php?ID=1949&sphrase_id=106208) (дата обращения: 26.04.2014).
20. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32–38.
21. Штумф В.О. Роль когнитивной способности в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. Т. 15. № 4. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_4\\_15/nomer/nomer05.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer05.php) (дата обращения: 09.10.2013).

# The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections

**Goryacheva T.G.,**

*PhD, Associate professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow University of Psychology and Education, Moscow, Russia, goriatcheva\_tg@mail.ru*

**Kofanova E.B.,**

*Clinical psychologist, Moscow University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ekofanova@mail.ru*

---

The article concerns the research results of preschoolers prone to respiratory infections, their psychological characteristics and comparing data with those of healthy children. The research sample consisted of 59 children of 6–7 years old: 30 children having respiratory infections more than 5 times per year, and 29 healthy children. In the group of children prone to respiratory infections two types of attitude to the disease have been found out: indifferent and ambivalent. There were also two types in the group of healthy children: ambivalent and negative. The correlation between anxiety level and the type of attitude to the disease has been marked in the first group. There was a statistically sufficient difference in degrees of orthobiosis between two groups.

**Keywords:** attitude to the disease, anxiety level, preschool age, orthobiosis, respiratory infections.

---

## References

1. *Al'bitskii, V.Iu., Baranov, A.A.* Chasto boleiushchie deti. Kliniko-sotsial'nye aspekty, puti ozdorovleniia. Perm', 2006, 86 p.
2. *Anan'ev, B.G.* Psikhologicheskaiia struktura lichnosti i ee stanovlenie v protsesse individual'nogo razvitiia cheloveka / L.V. Kulikova (ed.) Psikhologiiia lichnosti v trudakh otechestvennykh psikhologov: Khrestomatiiia. 2nd ed. St. Peterburg: Piter, 2009, 464 p.
3. *Arina, G.A., Kovalenko, N.A.* Chasto boleiushchie deti. Kakie oni? Shkola zdorov'ia, 1995, vol. 2, no 3, pp. 116–125.
4. *Bratus', B.S.* Anomalii lichnosti. Moscow: Mysl', 1988, 301 p.

5. *Goriacheva, T.G.* Neiropsikhologicheskii status detei, chasto boleiushchikh respiratornymi zabolevaniami. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia*. 2013, no 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n2/62053.shtml> (Accessed: 09.05.2014).
6. *Domanetskaia, L.V.* Osobennosti obshcheniia chasto boleiushchego rebenka starshego doshkol'nogo vozrasta s roditeliami kak uslovie uluchsheniia ego somaticheskogo statusa. *Meditinskaiia psikhologiiia v Rossii: medpsy.ru*. 2011, no 4. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_4\\_9/nomer/nomer25.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer25.php) (Accessed: 10.09.2014).
7. *Dubovik, E.Iu., Kovalevskii, V.A.* Vliianie tipa roditel'skogo otnosheniia na uroven' trevozhnosti chasto boleiushchego rebenka doshkol'nogo vozrasta. *Meditinskaiia psikhologiiia v Rossii: medpsy.ru*. 2012, no 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_1\\_12/nomer/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_1_12/nomer/nomer10.php) (Accessed: 19.10.2015).
8. *Zaitseva, O.V.* Chasto boleiushchie deti: nekotorye aspekty profilaktiki i lecheniia. *Pediatriia*, 2004, no 3, pp. 14–16.
9. *Zaplatnikov, A.L., Korovina, N.A., Tatochenko, V.K., Erdes S.I.* Ostrye respiratornye zabolevaniia u detei: lechenie i profilaktika Posobie dlia vrachei <http://bono-esse.ru/blizzard/Deti1/ORVI/07.html>.
10. *Isaev, D.N.* Emotsional'nyi stress. Psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei. St. Peterburg: Rech', 2005. 400 p.
11. *Kovalevskii, V.A., Gruzdeva, O.V.* Somaticheski bol'noi rebenok doshkol'nogo vozrasta: spetsifika sotsial'no-psikhologicheskogo razvitiia. *Meditinskaiia psikhologiiia v Rossii: medpsy.ru*. 2009, no 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2009-1-1/nomer/nomer20.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer20.php) (Accessed: 18.06.2014).
12. *Kovalevskii, V.A., Uryvaev, V.A.* Psikhologiiia rebenka-patsienta somaticheskoi kliniki: Praktikum. Uchebnoe posobie dlia studentov starshikh kursov pediatricheskogo fakul'teta. Krasnoarsk-Iaroslavl': KrasGMA-IaGMA, 2006. 87 p.
13. *Korovina, N.A., Zaplatnikov, A.L., Lepiseva, I.V., Suzdalenkov, A.V., Girina, A.A.* Sovremennye vozmozhnosti imunoprofilaktiki ostrykh respiratornykh infektsii u chasto boleiushchikh detei. *Pediatricheskaia farmakologiiia*: 2008, no 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-immunoprofilaktiki-ostryh-respiratornykh-infektsiy-u-chasto-boleyuschih-detey>.
14. *Makarova, Z.S.* Chasto boleiushchie deti i ikh reabilitatsiia v usloviakh detskoj polikliniki. *Poliklinika*, 2005, no 1, pp. 14–16.
15. *Mikheeva, A.A.* Psikhologicheskie osobennosti chasto boleiushchikh detei doshkol'nogo vozrasta: diss. na soisk. uch. stepeni kand. psikhol. nauk. Moscow: 1999, 191 p.
16. *Nikolaeva, V.V.* Vliianie khronicheskoi bolezni na psikhiku. Moscow: Moskovskii universitet, 1987, 166 p.

Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 45–60.

Goryacheva, T.G., Kofanova, E.B. The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 45–60.

17. Nikol'skaia, I.M., Granovskaia, R.M. Psikhologicheskaiia zashchita u detei. St. Peterburg: Rech', 2006, 507 p.

18. Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura: Uchebnoe posobie dlia vuzov / V.V. Nikolaeva (ed.). Moscow: Akademicheskii proekt, 2009. 311 p.

19. Svedeniia ob infektsionnykh i parazitarnykh zabolevaniiaakh (Forma 1) za ianvar'-noiabr' 2013. Federal'naia sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteli i blagopoluchiiia cheloveka Rospotrebnadzor.ru. URL: [http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic\\_detail.php?ID=1949& sphrase\\_id=106208](http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_detail.php?ID=1949& sphrase_id=106208) (Accessed: 26.04.2014).

20. Tkhostov, A.Sh., Arina, G.A. Teoreticheskie problemy issledovaniia vnutrennei kartiny bolezni. Psikhologicheskaiia diagnostika otnosheniia k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii. Leningrad, 1990, pp. 32–38.

21. Shtumf, V.O. Rol' kognitivnoi sposobnosti v formirovanii ortobioza u chasto boleiushchikh starshikh doshkol'nikov. Meditsinskaia psikhologiiia v Rossii: elektron. nauch. zhurn, 2012, vol. 15, no 4. – URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_4\\_15/nomer/nomer05.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer05.php) (Accessed: 09.10.2013).

# Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений

**Строгова С.Е.,**

*младший научный сотрудник отдела медицинской психологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный Центр Психического Здоровья», Москва, Россия, svetkawow@mail.ru*

**Сергиенко А.А.,**

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный Центр Психического Здоровья», доцент образовательной автономной некоммерческой организации высшего образования «Московский психолого-социальный университет», Москва, Россия, aumsan@gmail.com*

**Зверева Н.В.,**

*кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный Центр Психического Здоровья», профессор государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru*

---

В статье обозначены подходы к диагностике когнитивного дефекта при шизофрении с применением психометрического и нейропсихологического методов. Работа представляет результаты клинко-психологического исследования видов когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков (74 пациента, из которых 18 прошли полное нейропсихологическое обследование, средний возраст  $11,0 \pm 2,9$  лет). Сравниваются результаты психометрической и нейропсихологической диагностики детей и подростков с расстройствами шизофренического круга проводилась с результатами нормативной группы сверстников. Показаны различия уровней интеллекта в зависимости от диагноза, описаны варианты соответствующих видов когнитивного дефекта: тотальный (наиболее грубый) дефект выявлен при прогрессивном варианте детской



шизофрении (F20 по МКБ 10), в других диагностических подгруппах выявляется парциальный (менее грубый) когнитивный дефект. Комплексная психометрическая и нейропсихологическая диагностика позволяют более детально оценить виды когнитивного дефекта и его структуру. Результаты нейропсихологической диагностики указывают на своеобразие выраженности мозговых дисфункций в диагностических подгруппах: при диагнозе детская шизофрения (F20) на первом месте наблюдается дисфункция/функциональная несформированность корковых структур; в подгруппе с шизофренией эпизодического (приступообразно-прогредиентного) типа течения с нарастающим или стабильным дефектом (F20.x) на первом месте отмечается несформированность межполушарного взаимодействия, а для подгруппы с шизотипическим расстройством (F21) – дисфункция подкорковых структур. Результаты исследования подтверждают гипотезы о видах когнитивного дефекта и своеобразии нейропсихологического статуса при разных вариантах прогредиентных расстройств круга шизофрении у детей и подростков.

**Ключевые слова:** интеллект, дефект, детская шизофрения, диагноз, психометрическая диагностика, нейропсихологическая диагностика, диссоциация.

**Для цитаты:**

Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 61–76. doi: 10.17759/psyclin.2016050105

**For citation:**

Strogova, S.E., Sergienko, A.A., Zvereva, N.V. Cognitive defect in children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders: psychometric and neuropsychological approaches to the assessment of cognitive disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 61–76. doi: 10.17759/psycljn.2016050105 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

**Дефект** – одно из сложнейших понятий не только в психиатрии, но и в психологии: не существует единого, всеми принимаемого определения этого термина, особенно это касается детского и подросткового возраста [1; 2; 5]. Мультидисциплинарный подход, включающий в себя клинический, психологический и нейрофизиологический методы диагностики, открывает возможности для поиска новых решений проблемы квалификации психического дефекта. В частности, он позволяет разграничить олигофреноподобный дефект от псевдоорганического за счет привлечения данных нейропсихологической и

нейрофизиологической диагностики. Изучение нарушений когнитивного развития при шизофрении у детей и подростков является темой научно-исследовательской деятельности отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ в течение ряда лет [3; 4; 6; 9; 17]. Получены данные о своеобразии когнитивного развития (наличии когнитивного дизонтогенеза) у пациентов при этом заболевании [4; 7].

Дефект как негативное расстройство является сложно диагностируемым образованием, отражающим изменения психологических функций и сфер психики под воздействием болезненного процесса. Т.П. Симсон, классик советской детской психиатрии, исследовала олигофреноподобный дефект, который представлял собой сочетание выраженной задержки психического развития с признаками, свойственными шизофрении, например, манерность, стереотипии, аутизм [12; 14]. Психологическая квалификация когнитивного дефекта, его структуры и видов у детей и подростков при шизофрении недостаточно проработана до настоящего времени.

Современная детская клиническая психология естественным образом сочетает различные методические подходы в поисках пути решения диагностических, прогностических и реабилитационных задач. В отношении изучения познавательной деятельности при шизофрении у детей и подростков хорошо зарекомендовали себя патопсихологический [5; 8; 9] и психометрический подходы [5; 13; 18]. Исследования, посвященные нейропсихологической диагностике этого контингента, встречаются существенно реже [10; 11]. Одной из первых работ этого плана является исследование, выполненное коллективом авторов при участии Э.Г. Симерницкой. Проводилась комплексная нейро- и патопсихологическая диагностика состояния памяти у детей при шизофрении. Дополнительно проводилось нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ-исследование). Было получено высокое соответствие результатов нейропсихологических, патопсихологических и электроэнцефалографических исследований, что, по мнению авторов, подтверждает гетерогенный характер шизофренического дефекта и открывает возможность дифференцированного подхода к разным формам данной болезни [11].

*Анализ формирования дефекта* – относительно новое направление клинико-психологических научных поисков. Рассмотрению вопроса о видах и способах оптимальной диагностики когнитивного дефекта при шизофрении в детском и подростковом возрасте и посвящено данное исследование. В статье использованы средства клинико-психологической диагностики для квалификации психического дефекта при шизофрении в детско-подростковом возрасте, определяемого врачами-психиатрами.

**Цель работы** – исследование видов дефекта в познавательной сфере у больных шизофренией детей и подростков на основании психометрического и нейропсихологического подходов.

Нами были сформулированы следующие **гипотезы исследования**:

1. когнитивный дефект, квалифицируемый средствами психометрической диагностики при прогрессивных формах шизофрении у детей и подростков, представлен двумя основными видами: тотальный дефект и парциальный дефект;
2. нейрокогнитивный статус детей и подростков с прогрессивными видами расстройств шизофренического круга, характеризуется своеобразным сочетанием функциональной недостаточности и/или дисфункции корковых и подкорковых структур головного мозга, характерной для конкретных диагнозов.

### Материалы и методы

Применялся **психометрический метод** (тест Векслера – WICS). На основном этапе работы были исследованы две группы испытуемых: клиническая группа – дети и подростки с верифицированными диагнозами расстройств круга шизофрении, пациенты 7-го детского клинического отделения (зав. О.Н. Жукова) ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Ключник) и группа здоровых сверстников, уравненная по половозрастному составу. Эмпирическая клиническая группа (ЭГ) – 74 ребенка (52 мальчика) средний возраст  $11,0 \pm 2,9$  лет, из них нейропсихологическую диагностику прошли 18 детей, средний возраст  $11,0 \pm 2,9$  лет. Все больные имели выставленный врачами диагноз: шизофрения, детский тип (F20), шизотипическое расстройство (F21), приступообразно-прогрессивная детская шизофрения с нарастающим или стабильным дефектом (F20.x). ЭГ разделена на подгруппы в соответствии с вышеназванными диагнозами. Подгруппа «другие диагнозы» – это дети и подростки, у которых на определенном этапе лечения был изменен или уточнен диагноз (дети с процессуальным аутизмом и психотическими расстройствами, иногда на органическом фоне). У большинства испытуемых клинической группы был определен дефект в когнитивной сфере, в ряде случаев олигофреноподобного типа. Контрольную нормативную группу (КГ) составили дети и подростки (61 человек, из них 35 мальчиков), учащиеся московских школ, средний возраст –  $11,1 \pm 3,0$  лет. Ведущим критерием в психометрической диагностике был уровень IQ (высокий, средний и низкий общий IQ), кроме того, оценивалась гармоничность/диссоциация показателей вербального и невербального интеллекта.

В работе на дополнительном этапе работы использован **нейропсихологический метод** (методика Лурии–Цветковой для нейропсихологического обследования детей, адаптированная для работы в клинике). Нейропсихологические параметры оценки (по трехбалльной шкале): дисфункция подкорковых структур, нарушение и/или функциональная несформированность межполушарного взаимодействия, функциональная несформированность/дисфункция корковых отделов. Применялся статистический анализ данных (SPSS 15.0).

## Результаты и обсуждение

**Психометрическая оценка.** Использован тест Векслера, детский вариант (WISC) (перевод и адаптация А.Ю. Панасюка (1973) с дальнейшей редакцией Ю.И. Филимоненко и В.И. Тимофеева (2011)) [16]. Тест Векслера позволяет оценить три показателя интеллекта: вербальный, невербальный и общий (ВИП, НИП, ОИП). Каждый показатель имеет один из четырех уровней: 1) дефект – невозможность вычислить один или несколько показателей интеллекта; 2) низкий уровень – показатель интеллекта ниже 80 баллов; 3) средний уровень – показатель интеллекта в интервале от 80 до 110 баллов; 4) высокий уровень – более 110 баллов. В работе также оценивалась диссоциация соотношения уровней вербального и невербального компонентов интеллекта, то есть доминирование/преобладание одного из показателей интеллекта (ВИП над НИП и наоборот).

На рисунке 1 представлено распределение ОИП в КГ и диагностических подгруппах ЭГ. В КГ не оказалось испытуемых с интеллектом на уровне дефекта. По клиническим подгруппам получено следующее: у пациентов с диагнозом F20 максимально представлены низкий ОИП и на уровне дефекта, у пациентов с диагнозом F20х – больше представлен низкий уровень ОИП и в меньшей степени – уровень дефекта, у пациентов с диагнозом F21 – подавляющее большинство пациентов имеет средний показатель ОИП и реже – низкий показатель ОИП, еще реже – дефект.

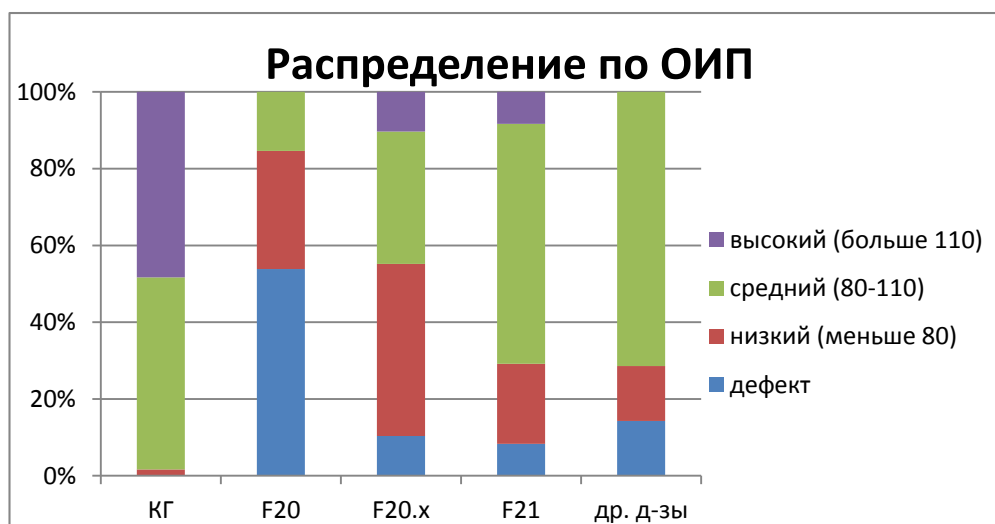


Рисунок 1. Распределение по уровням интеллекта общего интеллектуального показателя

*Примечание.* По оси абсцисс – группы испытуемых, по оси ординат – частота встречаемости уровней интеллекта, %.

По представленности разных уровней интеллекта между клиническими и нормативной группами имеются различия. Следует отметить отсутствие в

подгруппах F20 и «другие диагнозы» (др. д-зы) испытуемых с высоким уровнем интеллекта. Частота встречаемости дефекта в подгруппе F20 отличается от оных в подгруппах F20.x и F21. Частота встречаемости низкого уровня интеллекта в КГ отличается от частот в подгруппах F20, F20.x, и F21, тогда как по встречаемости среднего уровня – различий нет. По частоте встречаемости высокого уровня КГ различается со всеми клиническими подгруппами.

*Оценка дисгармоничности уровней вербального и невербального компонентов интеллекта* (по наличию или отсутствию диссоциации показателей доминирование/преобладание одного из показателей интеллекта ВИП или НИП в группах) опиралась на разницу между показателями в 10 баллов (таблица 1).

Наличие или отсутствие диссоциации показателей в исследуемых группах может говорить как о тяжести состояния (например, когда все равномерно снижено), так и о возможности компенсации менее успешного вида деятельности (например, в случае наличия диссоциации).

Таблица 1

**Диссоциация вербального и невербального интеллекта**

Соотношение типов интеллекта	КГ		F20		F20.x		F21		Др. д-зы	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
VIQ > PIQ	15	25%	5	38,5%	11	37,9%	11	45,8%	1	14,3%
VIQ < PIQ	13	22%	3	23,1%	8	27,6%	7	29,2%	2	28,6%
VIQ – PIQ	28	47%	8	61,6%	19	65,5%	18	75%	3	42,9%
VIQ = PIQ	32	53%	5	38,5%	10	34,5%	6	29,2%	4	57,1%
<b>Всего</b>	60		13		29		24		7	

Из данных таблицы 1 видно, что во всех клинических подгруппах подавляющее большинство испытуемых имеют диссоциацию в ту или иную сторону: для F20 – 61,6%, для F20.x – 65,5%, для F21 – 75%, исключение составила подгруппа респондентов с другими диагнозами (возможно, из-за малочисленности группы). Сравнение наличия диссоциации (строчки «|VIQ – PIQ|» и «VIQ = PIQ» в таблице 1) в диагностических подгруппах с помощью критерия  $\chi^2$  показало наличие достоверных различий между группами F20.x и КГ ( $p=0,098$ ); F21 и КГ ( $p=0,010$ ); и F21 и группой «другие диагнозы» ( $p=0,056$ ). Аналогичное сравнение наличия разных видов диссоциации (1, 2 и 4 строчки в таблице 1) показало достоверные различия между группами F21 и КГ ( $p=0,029$ ); F21 и «другие диагнозы» ( $p=0,050$ ).

Таким образом, у пациентов с диагнозом F20 наиболее выражен когнитивный дефект и наблюдается своеобразие диссоциации между вербальным и невербальным видами интеллекта.

**Нейропсихологическая оценка.** Для сравнительной оценки нейрокогнитивного развития больных шизофренией детей и подростков в сопоставлении со здоровыми сверстниками была обследована группа здоровых школьников соответствующего пола и возраста (контрольная нормативная группа по нейропсихологической диагностике – 24 человека, из них 12 человек прошли психометрическое исследование с помощью теста Векслера). Нейропсихологическая диагностика проводилась с больными всех названных выше диагностических групп, однако ввиду малочисленности группы «другие диагнозы» ее материалы не включены в обработку. Отметим, что индивидуальная нейропсихологическая оценка больных с указанными тремя диагнозами (независимо от наличия психометрической оценки) проводилась на выборке из 44 испытуемых, 18 из которых прошли тестирование по тесту Векслера.

*Анализ параметров нейрокогнитивных нарушений* показал определенную специфику изменения нейропсихологического статуса больных в связи с разными диагнозами (F20; F20.x; F21) и вариантами дефекта. Нейропсихологическое исследование проводилось с помощью комплекса нейропсихологических проб А.Р. Лурии и Л.С. Цветковой [15]. Нейропсихологические параметры оценки: дисфункция подкорковых структур, нарушение и/или функциональная несформированность межполушарного взаимодействия, функциональная несформированность и/или дисфункция корковых отделов [10; 13]. Нейропсихологические пробы предъявлялись в соответствии с доступностью их выполнения на конкретном возрастном этапе развития ребенка. Кроме того, количественная оценка выполнения проб соотносилась с качественной оценкой, которая учитывала наличие или отсутствие зоны ближайшего развития, характер выполнения пробы, результаты качественного нейропсихологического анализа конкретной пробы. Для оценки тяжести нарушения использовалась трехбальная шкала: 0 – нет симптомов (безошибочное выполнение проб в соответствии с возрастными нормами); 1 – слабо выраженные симптомы дисфункции и/или функциональной несформированности (допущенные ошибки ребенок исправляет самостоятельно); 2 – сильно выраженные симптомы дисфункции/функциональной несформированности (допущенные ошибки не исправляются даже с помощью развернутой подсказки психолога). Каждая из предъявляемых проб была количественно оценена в соответствии с возрастом и доступна для безошибочного выполнения в группе «относительной нормы». Подобная система оценки позволяет сопоставлять нейрокогнитивное развитие (сформированность или несформированность психических функций и обеспечивающих их мозговых структур) у детей разного возраста.

Параметры нейропсихологической диагностики слабости/дисфункции подкорковых структур включали следующие симптомы: быстрая истощаемость, наличие гипер- и гипотонуса, наличие дизартрии, синкинезии, дистонии, нарушение ритма дыхания, гипотонии, неосознаваемые страхи, тревожность, стигмы дизэмбриогенеза, нарушение крупной моторики, снижение объема непосредственного восприятия и воспроизведения вне зависимости от модальности восприятия. Для оценки тяжести нарушения использовалась аналогичная

вышеописанной трехбальная шкала: 0 – нет ни одного симптома; 1 – есть не более двух симптомов; 3 – наличие более трех симптомов.

Качественный анализ данных нейропсихологического исследования, клинических подгрупп детей (ЭГ) и контрольной нормативной группы (КГ), показал следующую картину функциональной несформированности мозговых структур ВПФ (рисунок 2).

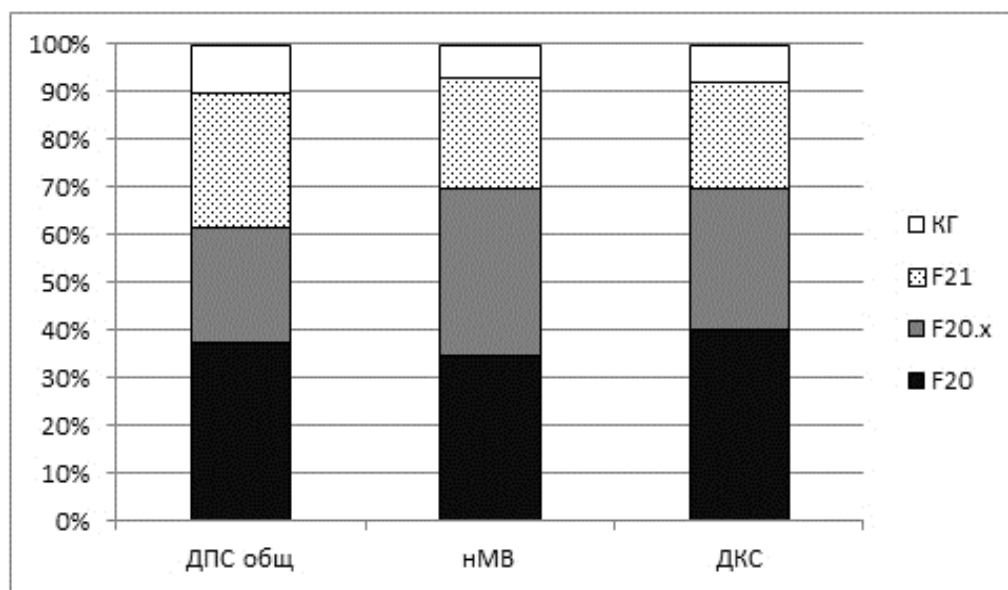


Рисунок 2. Усредненные данные степени выраженности дисфункции/функциональной несформированности структур головного мозга у детей экспериментальной и контрольной группы

*Примечание.* По оси абсцисс – нормированная степень выраженности симптомов функциональной несформированности/дисфункции для детей с различными диагнозами – F20, F20.x, F21; КГ – вклад контрольной группы детей «относительной нормы». По оси ординат – ДПС общ – дисфункция подкорковых структур; нМВ – несформированность межполушарного взаимодействия; ДКС – дисфункция/недостаточная функциональная сформированность корковых структур.

Из рисунка 2 видно, что во всех трех клинических подгруппах (по сравнению с КГ) наблюдаются все выделенные виды дисфункций: выраженная дисфункция/функциональная несформированность межполушарного взаимодействия и подкорковых структур, наличие определенной недостаточности корковых отделов, однако имеются и определенные различия. В наибольшей степени эти различия выражены между подгруппой F21 (шизотипическое расстройство личности) и F20 (детская шизофрения), а подгруппа F21 и КГ различаются по степени выраженности той или иной функциональной недостаточности. В подгруппах F20 и F20.x – иное распределение дисфункций. Так, в F20 на первом месте отмечается дисфункция/функциональная несформированность корковых структур, затем – дисфункция подкорковых структур, далее –

несформированность межполушарного взаимодействия. В подгруппе F20.x на первом месте – несформированность межполушарного взаимодействия, далее – дисфункция/функциональная несформированность корковых структур, затем – дисфункция подкорковых структур. В КГ (группа «относительной нормы»), в сравнении со всеми остальными выделенными подгруппами, лишь в небольшом числе случаев были обнаружены особенности, которые свидетельствуют о минимальной степени выраженности функциональной недостаточности по всем выбранным критериям.

Нейропсихологическое исследование выявило диссоциацию формирования ряда психических процессов и их составляющих в клинических подгруппах детей (ЭГ). Анализ проводился по обобщенным результатам исследования всей группы больных детей с диагнозами шизофренического спектра (F20.x, F21, F20), которые прошли психометрическую оценку и нейропсихологическое обследование.

Испытуемые клинической группы, прошедшие психометрическое и нейропсихологическое обследование, распределились по преобладанию вербального/невербального показателей интеллекта следующим образом: преобладание вербального интеллекта обнаружено у 41%; преобладание невербального интеллекта – у 59%. Результаты нейропсихологической квалификации этих испытуемых представлены на рисунках 3 и 4.

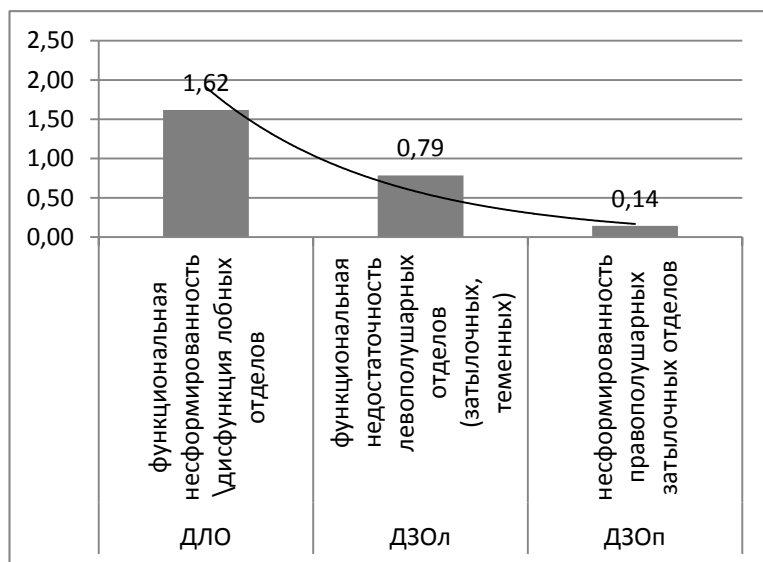


Рисунок 3. Выраженность функциональной несформированности корковых структур детей ЭГ с преобладанием невербального интеллекта над вербальным интеллектом (усредненные данные).

Для больных детей с преобладанием невербального интеллекта над вербальным обнаружено следующее соотношение дефицитарности и/или функциональной несформированности корковых структур. Из рисунка 3 видно, что



у детей ЭГ с преобладанием невербального интеллекта над вербальным имеется следующее распределение дефицита/ снижения функциональной активности корковых отделов: на первом месте недостаточная функциональная сформированность лобных отделов преимущественно левого полушария мозга (1,62 б), далее функциональная недостаточность левополушарных отделов затылочных и теменных (0,79 б) и в наименьшей степени симптомы несформированности правополушарных затылочных отделов (0,14 б).

Иная картина распределения дефицитарности выявлена у больных детей с преобладанием вербального интеллекта над невербальным: у этих детей также снижены функции лобных отделов (1,42 б), но в меньшей степени, чем в первой группе, и значительно выше уровень симптомов функциональной недостаточности правополушарных затылочных и теменных отделов (1,21 б) (рисунок 4).

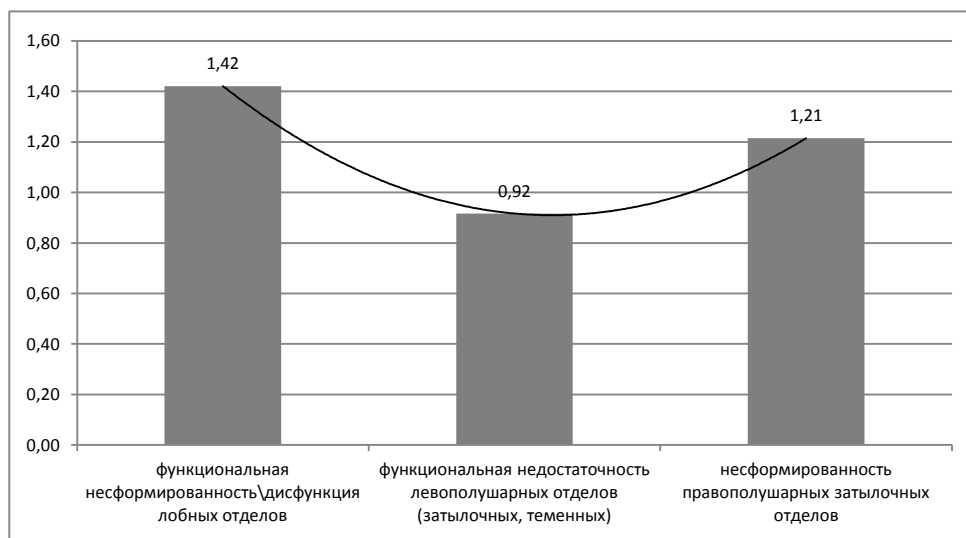


Рисунок 4. Выраженность функциональной несформированности корковых структур больных детей с преобладанием вербального интеллекта над невербальным интеллектом (усредненные данные)

Таким образом, нейропсихологический анализ особенностей формирования познавательной сферы показал, что по функциональному статусу больные представляют собой неоднородную группу. По-видимому, нарушение интеллектуальной деятельности происходит не тотально, а парциально, с постепенным вовлечением различных ее составляющих. Необходимо отметить, что, несмотря на малочисленность выборки, глубина проведенного нейропсихологического качественного анализа и использование большого количества проб позволяют делать предварительные выводы о нейрокогнитивном дефиците. Полученные нами данные можно в определенной степени сопоставить с пионерским исследованием Э.Г. Симерницкой с соавторами, в котором также

показана неоднородность нейропсихологического статуса и проявлений дефекта при разных клинических формах шизофрении у детей [11].

Согласно многим работам [8; 18; 19], IQ считается дифференцирующим варианты когнитивного развития при шизофрении на фоне формирующегося психического дефекта. В настоящей работе авторами было показано, что одним из ведущих параметров при формировании вида когнитивного дефекта является клинический фактор диагноза. Самые низкие показатели были обнаружены в подгруппе F20 – среднее значение уровня IQ в 70 баллов, что свидетельствует о сформированности когнитивного дефекта в этой клинической подгруппе.

В работе получено базовое подтверждение выдвинутых гипотез. Нам представляется интересным и неоднозначным выявленный вклад правополушарных и левополушарных функций в обеспечение познавательной деятельности в соотношении с доминирующим интеллектом (вербальным/невербальным) в клинической группе детей. Полученные данные требуют дальнейшего исследования, в том числе анализа связи с клиническими показателями (диагноз и выраженность дефекта, ведущий синдром).

### **Выводы**

1. Комплексная нейропсихологическая и психометрическая диагностика когнитивного дефекта при ранней шизофрении у детей и подростков позволяют более тонко определить структуру и особенности когнитивного дефекта при разных формах заболевания.

2. Психометрическая оценка когнитивного дефекта на основании уровня интеллекта позволяет выделить его разные виды, где тотальному виду соответствует IQ ниже 70 баллов и низкие показатели диссоциации, а парциальному виду – IQ от 79 до 109 баллов и выраженная диссоциация показателей вербального/невербального интеллекта.

3. Обнаружена тенденция к различию диагностических подгрупп (F20, F20.x, F21) и контрольной группы по степени выраженности вида мозговой недостаточности (подгруппа F20 занимает первое место по дисфункции/функциональной несформированности корковых структур, подгруппа F20.x – по несформированности межполушарного взаимодействия, подгруппа F21 – по дисфункции подкорковых структур). В контрольной группе вектор функциональной недостаточности схож с группой F21, но степень выраженности функциональной недостаточности в КГ минимальная.

4. Наиболее грубые нарушения отмечаются у детей и подростков с диагнозом F20: в этой клинической подгруппе низкий уровень интеллекта сочетается с выраженными параметрами функциональной несформированности и/или дисфункции корковых структур.

Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 61–76.

Strogova, S.E., Sergienko, A.A., Zvereva, N.V. Cognitive Defect in Children and Adolescents with Schizophrenia Spectrum Disorders: Psychometric and Neuropsychological Approaches to the Assessment of Cognitive Disorders  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 61–76.

5. Во всех клинических подгруппах (F20, F20.x, F21) в нейрокогнитивном дефиците выявляется определенная дисфункция подкорковых структур головного мозга, независимо от типов интеллектуального развития (высокий, средний, низкий).

## Литература

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд.: М.: Медицина, 1989. 253 с.
2. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). М.: Медицина, 1971. 128 с.
3. Зверева Н.В. Патопсихология в клинике эндогенных психозов детского возраста // Психиатрия. 2008. № 2. С. 28–37.
4. Зверева Н.В., Хромов А.И. Возрастная динамика мыслительной деятельности детей и подростков с эндогенной психической патологией на примере методик «Малая предметная классификация» и «Конструирование объектов» [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. №4. URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2011/n4/48744.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n4/48744.shtml) (дата обращения: 16.08.2015).
5. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Академия. 2013. 272 с.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина. 1979. 608 с.
7. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2010. 26 с.
8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ. 1991. 256 с.
9. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / Под ред. М.Ш. Вроно. М., 1986. С. 147–160.
10. Сергиенко А.А. Нейропсихологический анализ особенностей познавательной сферы у детей с расстройствами шизотипического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. Т. 13. № 1. С. 32–39.

Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 61–76.

Strogova, S.E., Sergienko, A.A., Zvereva, N.V. Cognitive Defect in Children and Adolescents with Schizophrenia Spectrum Disorders: Psychometric and Neuropsychological Approaches to the Assessment of Cognitive Disorders  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 61–76.

11. Симерницкая Э.Г. и др. Нейропсихологическое исследование памяти в комплексном клинико-психолого-нейрофизиологическом изучении больных шизофренией детей // Невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1990. Т. 90. №1. С. 101–105.
12. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М.: Издательство академии медицинских наук СССР. 1948. 133 с.
13. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Симашкова Н.В. Клинико-психологический анализ случая становления олигофреноподобного дефекта при шизофрении (опыт мульти-дисциплинарного исследования) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2014. Т. 7. №2. С. 61–71.
14. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избр. главы. М.: Медицина. 1974. 320 с.
15. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 2-е, исправленное и дополненное. М.: Российское педагогическое агентство. М.: Когито-центр. 1998. 128 с.
16. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (Детский вариант): методическое руководство. СПб.: ИМАТОН. 2011. 106 с.
17. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития при эндогенной патологии у детей и подростков: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2012. 23 с.
18. Carolus A.M., Schubring D., Popov T.G., Popova P., Miller G.A., Rockstroh B.S. Functional cognitive and cortical abnormalities in chronic and first-admission schizophrenia // Schizophrenia Research. 2014. Vol. 157. № 13. Pp. 40–47. DOI: 10.1016/j.schres.2014.05.012.
19. Ott S.L., Roberts S., Rock D. Positive and negative thought disorder and psychopathology and childhood among subjects with adulthood schizophrenia // Schizophrenia Research. 2002. Vol. 58. № 2–3. Pp. 231–239.

# Cognitive Defect in Children and Adolescents with Schizophrenia Spectrum Disorders: Psychometric and Neuropsychological Approaches to the Assessment of Cognitive Disorders

**Strogova, S.E.,**

*junior researcher, Department of Medical Psychology of Mental Health Research Center, Moscow, Russia, svetkawow@mail.ru*

**Sergienko, A.A.,**

*PhD, Senior Researcher, Department Of Medical Psychology of Mental Health Research Center, MPSU, Department Of Clinical Psychology, Moscow, Russia, aumsan@gmail.com*

**Zvereva, N.V.,**

*PhD, senior researcher, leading researcher, Department of Medical Psychology of Mental Health Research Center, Professor of Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru*

---

The article is devoted to the diagnostic approaches of cognitive defects in schizophrenia using psychometric and neuropsychological methods. The clinical psychological research results of different kinds of cognitive defects in children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders (74 subjects of average age of  $11 \pm 2$  years old, 18 of which have passed a complete neuropsychological examination) are described. We have compared psychometric and neuropsychological diagnostics results of children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders with the results of reference group of children with normal development. The differences of intellectual levels depending on the diagnosis have been marked and the respective types of cognitive defect are described. The total (most severe) defect has been detected in children with prodromal schizophrenia (F20). While in other groups (children and adolescents with non-prodromal schizophrenia) there has been revealed partial defect. Complex psychometric and neuropsychological diagnostics allows to make more detailed evaluation of the cognitive defect and its structure. Neuropsychological diagnostics has also confirmed that there are

---

---

intensity differences of brain dysfunction between the diagnosed groups. Patients with children schizophrenia (F20) have notable dysfunctions (or functional immaturity) of cortical structures, while in the group of children with diagnosis of episodic schizophrenia (episodic with progressive clinical course) with progressive or stable defect (F20.x) impairment of interhemispheric coordination has been observed. Children and adolescents with schizotypal disorder (F21) have showed dysfunctions of subcortical structures. Our research results support the hypotheses about the interrelation between kinds of cognitive defect and specificity of neuropsychological status in children and adolescents with different kinds of prodromal schizophrenia spectrum disorders.

**Keywords:** defect, child schizophrenia, intellect, diagnosis, psychometric diagnostics, neuropsychological diagnostics, dissociation.

---

## References

1. *Bashina, V.M.* Rannyya detskaya shizofreniya (statika i dinamika) 2-e izd. Moscow: Publ. Medicine, 1980. 253 p.
2. *Vrono, M.Sh.* Shizofreniya u detey i podrostkov. Moscow: Publ. Medicine, 1971. 128 p.
3. *Zvereva, N.V.* Patopsihologiya v klinike endogennyih psihozov detskogo vozrasta. Psihiatriya, 2008, no. 2, pp. 28–37.
4. *Zvereva, N.V., Hromov, A.I.* Vozrastnaya dinamika myslitel'noj dejatel'nosti detey i podrostkov s jendogennoj psihicheskoj patologiej na primere metodik «Malaja predmetnaja klassifikacija» i «Konstruirovaniye obektov». Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2011, no. 4. URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2011/n4/48744.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n4/48744.shtml) (Accessed: 16.08.2015).
5. *Zvereva, N.V., Goryacheva, T.G.* Klinicheskaya psihologiya detey i podrostkov. Moscow: Akademiya, 2013. 272 p.
6. *Kovalev V.V.* Psihiatriya detskogo vozrasta. Moscow: Publ. Medicine, 1979. 608 p.
7. *Koval'-Zaytsev, A.A.* Vidy kognitivnogo dizontogeneza u detey, bol'nykh endogennymi psihicheskimi zabolevaniyami, protekayushchimi s autisticheskimi rasstroystvami. Avtoref. diss. kand. psihol. nauk. St. Petersburg, 2010. 26 p.
8. *Kritskaya, V.P., Meleshko, T.K., Polyakov, Yu.F.* Patologiya psihicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie. Moscow: Publ. MGU, 1991. 256 p.

Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 61–76.

Strogova, S.E., Sergienko, A.A., Zvereva, N.V. Cognitive Defect in Children and Adolescents with Schizophrenia Spectrum Disorders: Psychometric and Neuropsychological Approaches to the Assessment of Cognitive Disorders  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 61–76.

9. *Meleshko, T.K., Aleynikova, S.M., Zakharova, N.V.*, Osobennosti formirovaniya poznavatel'noy deyatelnosti u detey, bol'nykh shizofreniy. In M.Sh. Vrono (ed.) Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta. Moscow, 1986, pp. 147–160.

10. *Sergienko, A.A.* Nejropsihologicheskij analiz osobennostej poznavatel'noj sfery u detey s rasstrojstvami shizotipicheskogo spektra. Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detey i podrostkov, Moscow, 2013, vol. 13, no. 1, pp. 32–39.

11. *Simernickaja, Je.G., et al.* Nejropsihologicheskoe issledovanie pamjati v kompleksnom kliniko-psihologo-nejrofiziologicheskom izuchenii bol'nyh shizofrenij detey. Nevropat. i psihiatr. im. S.S.Korsakova, 1990, vol. 90, no. 1, pp. 101 – 105.

12. *Simson, T.P.* Shizofrenija rannego detskogo vozrasta. Moscow: Publishing house of the Academy of medical Sciences of the USSR, 1948, 133 p.

13. *Strogova, S.E., Zvereva, N.V., Sergienko, A.A., Simashkova, N.V.* Kliniko-psihologicheskij analiz sluchaya stanovleniya oligofrenopodobnogo defekta pri shizofrenii (opyit multi-distsiplinarnogo issledovaniya). Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta razdel psihologii, 2014, vol. 7, no. 2, pp. 61–70.

14. *Suhareva, G.E.* Lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta. Izbrannye glavy. Moscow: Publ. Medicine, 1974, 320 p.

15. *Tsvetkova, L.S.* Metodika diagnosticheskogo nejropsihologicheskogo obsledovaniya detey. Izd. 2-e, ispravlennoe i dopolnennoe. Moscow: "Kogito-centr", 1998, 128 p.

16. *Filimonenko, Ju.I., Timofeev, V.I.* Test Vekslera. Diagnostika urovnja razvitija intellekta (Detskij variant): metodicheskoe rukovodstvo. St. Petersburg: IMATON, 2011, 128 p.

17. *Khromov, A.I.* Dinamika kogitivnogo razvitiya pri endogennoj patologii u detey i podrostkov. Avtoreferat diss. kand. psihol. nauk. St. Petersburg, 2012, 23 p.

18. *Carolus, A.M., Schubring, D., et al.* Functional cognitive and cortical abnormalities in chronic and first-admission schizophrenia Schizophrenia Research, 2014, vol. 157. (1–3), pp. 40–47. DOI: 10.1016 / j.schres.2014.05.012

19. *Ott, S.L., Roberts, S., Rock, D. et al.* Positive and negative thought disorder and psychopathology and childhood among subjects with adulthood schizophrenia. Schizophrenia Research, 2002, vol. 58. (2–3), pp. 231–239.

# Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе

**Туровская Н.Г.,**

*кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет (ГБОУ ВПО ВолгГМУ), Волгоград, Россия, [turovskayanata@mail.ru](mailto:turovskayanata@mail.ru)*

В статье освещаются результаты исследования особенностей психического развития детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе. В исследовании приняли участие 107 детей в возрасте от 6 до 10 лет и их родители (законные представители). Исследование проводилось с помощью клинико-биографических и экспериментально-психологических методов. Результаты проведенного эмпирического исследования показали, что аффективно-респираторные приступы сочетаются с наиболее выраженными нарушениями психических функций (в том числе мышления и активного внимания) по сравнению с другими неэпилептическими пароксизмальными состояниями. У детей, перенесших в анамнезе фебрильные судороги, выявлены нарушения отдельных психических функций (в том числе мышления) в степени от легкой до умеренной и выраженные нарушения активного внимания. Вегетативно-висцеральные пароксизмы не сочетаются с нарушениями мышления у детей и сопряжены с легкими нарушениями активного внимания. Учет полученных результатов позволяет организовать процесс оказания психологической помощи больным детям более эффективно.

**Ключевые слова:** церебральная органическая патология, неэпилептические пароксизмальные состояния, нарушения психического развития, высшие психические функции.

**Для цитаты:**

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе



[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 77–92. doi: 10.17759/psyclin.2016050106

**For citation:**

Turovskaya, N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92. doi: 10.17759/psycljn.2016050106 (In Russ., abstr. in Engl.)

### Введение

Необходимость изучения особенностей психического развития детей с заболеваниями центральной нервной системы обусловлена, с одной стороны, высокой распространенностью данной патологии в детской популяции (по данным Е.В. Коневой с соавторами, заболевания нервной системы выявляются у 28% детей в возрасте от рождения до 17 лет [6]), с другой стороны – тем, что решение многих вопросов психиатрии, наркологии и неврологии традиционно имеет большое социальное значение [4].

Наличие минимальной мозговой дисфункции, проявляющей себя в различных по степени выраженности и содержанию нарушениях психического развития, неизбежно приводит и к нарушению школьной адаптации больных детей. Знание особенностей и возможностей детей с особенностями развития дает педагогу и психологу средства для коррекции недостатков в условиях обычной школы и помогает избежать тех непоправимых ошибок в определении пути обучения ребенка, которые иногда губительно сказываются на всей его жизни [7]. Опираясь на теоретические положения, выдвинутые Л.С. Выготским, Д.В. Лубовский подчеркивает, что изучение детей с нарушениями психического развития должно быть направлено на раскрытие структурного аспекта симптомокомплекса трудного развития, а окончательными результатами этой работы являются диагноз, содержащий в себе прогноз развития, и «педагогическое или лечебно-педагогическое назначение», что в наши дни обычно называют планом развивающей и/или реабилитационной работы с ребенком [8].

Вопрос о воздействии на психическое развитие отдельных неэпилептических пароксизмальных состояний (фебрильных судорог, аффективно-респираторных приступов) изучался J.H. Ellenberg и др. (1978), F.J. Di Mario, J.A. Burlison (1992, 1993), С.М. Verity и др. (1998), S. Shinnar, T.A. Glauser (2002), M. Wong и др. (2002), R. Tarkka и др. (2003), F. Cendes (2004), С. Ying-Chao и др. (2008), А.Н. Алехиным, Н.Г. Туровской (2012, 2013), Н.Г. Туровской (2015) [1; 2; 10; 11; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22].

Результаты последних исследований показывают, что неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями развития ряда психических функций (сомато-пространственного гнозиса, динамического и пространственного праксиса, способности понимания логико-грамматических конструкций, модально-неспецифического компонента памяти, зрительно-моторной координации, речи, мышления), возникновением

эмоционально-волевых нарушений, проблем поведения и с патологией интеллекта в целом. Однако эпилептические и неэпилептические пароксизмальные состояния одинаково сочетаются с усугублением повышенной истощаемости психической деятельности, нарушениями кинестетического праксиса и модально-специфическими нарушениями памяти (в первую очередь слуховой и зрительной). При неэпилептических пароксизмальных состояниях также отмечаются нарушения динамического праксиса (от легкой степени до выраженной) [10; 11].

Нами было проведено исследование специфики нарушения психического развития детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе.

### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 102 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, 5 детей в возрасте от 9 до 10 лет и их родители (законные представители). Из принявших участие в исследовании детей 59 человек (55,1% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку пароксизмальные состояния, 12 человек (11,21% от общего количества респондентов) – эпилептиформную активность на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) без приступов в анамнезе. У 51,1% испытуемых (от количества испытуемых с пароксизмами) в анамнезе наблюдались только эпилептические пароксизмы, у 22,4% – только неэпилептические пароксизмы, у 22,4% – неэпилептические пароксизмы сменились эпилептическими, у 4,1% – эпилептические пароксизмы сменились неэпилептическими. У участвовавших в исследовании детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечались фебрильные судороги, аффективно-респираторные приступы и другие психогенно-обусловленные судорожные приступы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, судорожный синдром новорожденного.

У 91,7% испытуемых пароксизмальные состояния развились на фоне преморбидной церебральной органической патологии. С целью выявления нарушений психической деятельности, вызванных непосредственным действием пароксизмальных состояний, в группу респондентов были добавлены дети без пароксизмов и эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной церебральной патологией. Данная группа была представлена в количестве 36 человек (33,6% от общего числа респондентов).

В ходе исследования особенностей психического развития детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе решались следующие задачи:

1. изучение особенностей развития высших психических функций;
2. исследование уровня развития познавательных процессов и состояния эмоционально-волевой сферы с точки зрения оценки психологической готовности к школе или анализа причин школьной дезадаптации;

3. выявление особенностей социально-психологической адаптации, в том числе к школе, наличия нарушений поведения или динамики психической деятельности;
4. анализ особенностей раннего развития детей с различными неэпилептическими пароксизмальными состояниями.

С целью выявления количественно-качественных характеристик основных клиничко-этиопатогенетических и социально-психолого-педагогических параметров исследования использовались *клиничко-биографические методы*.

В процессе изучения историй болезни анализировались следующие анамнестические данные: присутствие пароксизмальных состояний в анамнезе, характер приступов, особенности перинатального периода и раннего развития детей и их сочетание с характером приступов.

Особенности социально-психологической адаптации детей, в том числе к школе, наличие нарушений поведения и динамики психической деятельности, вызванных минимальной мозговой дисфункцией, диагностировались с помощью анкеты для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ (гиперактивного расстройства с дефицитом внимания) и минимальных мозговых дисфункций у детей (Н.Н. Заваденко, 2005) [5]. Анализ полученных в процессе использования опросника данных осуществлялся по параметрам: церебрастенические симптомы, психосоматические нарушения, тревожность, страхи и навязчивость, моторная неловкость, гиперактивность, нарушения устной речи, дефицит внимания, эмоционально-волевые нарушения, проблемы поведения, агрессивность и реакции оппозиции, трудности школьного обучения, нарушения чтения и письма (последние два параметра использовались по отношению к детям, посещающим школу).

*Экспериментально-психологические методы* были представлены методикой нейропсихологического обследования детей (Л.С. Цветкова, 2002) и диагностическим комплексом «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Л.А. Ясюкова, 2002) [12, 13]. Нейропсихологическое исследование позволило оценить состояние ряда высших психических функций: регуляторного, динамического и кинестетического праксиса, слухового и фонематического восприятия, номинативной функции речи, тактильного, предметного и сомато-пространственного гнозиса, оптико-пространственного фактора, способности понимания логико-грамматических конструкций, слухоречевой памяти (выявлялись признаки модально-неспецифических нарушений).

Исследование уровня развития познавательных процессов и состояния эмоционально-волевой сферы с точки зрения оценки психологической готовности к школе или анализа причин школьной дезадаптации проводилось с использованием диагностического комплекса «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе». Данное исследование включало в себя психологическую диагностику уровня сформированности скорости переработки информации, внимательности, зрительно-моторной координации, кратковременной речевой памяти, кратковременной зрительной памяти, визуального линейного и визуального структурного мышления,

понятийного интуитивного, понятийного логического и понятийного речевого мышления, понятийного образного и абстрактного мышления, речевого развития [13]. Статистический анализ был проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

### Результаты и их обсуждение

Сопряженность неэпилептических пароксизмальных состояний с патологией психического развития детей неоднозначна. Сложности дифференциального анализа в первую очередь обусловлены трудностями верификации данных состояний как неэпилептических. В ряде случаев (в нашем исследовании – в 22,4% случаев) они сменяются верифицированными эпилептическими состояниями. Статистически значимое различие данных, полученных в ходе нейропсихологического исследования детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями, выявилось по шкалам динамический фактор ( $F=3,271$ ;  $p=0,031$ ) и номинативная функция речи ( $F=3,455$ ;  $p=0,027$ ). Анализ графиков средних значений, полученных в результате дисперсионного анализа, показывает, что выраженные нарушения динамического фактора отмечаются только при аффективно-респираторных приступах, однако легкие нарушения функции сопровождают все другие виды неэпилептических пароксизмальных состояний (рисунок 1).

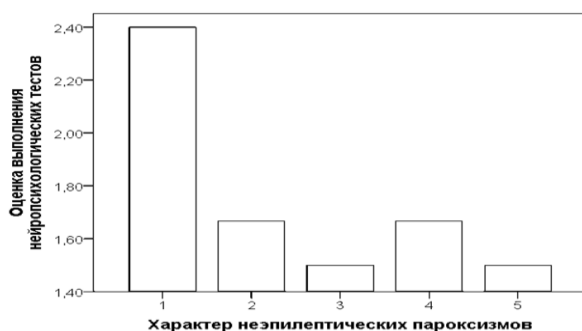


Рисунок 1. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением динамического праксиса

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Это значит, что у детей наблюдаются нарушения серийной организации движений и действий: нарушение последовательности движений, переключения от одного движения или действия, в том числе умственного, к другому.

*Номинативная функция* (способность усваивать и воспроизводить наименования объектов окружающей среды) значительно страдает при аффективно-респираторных приступах, умеренно снижена при других психогенно-обусловленных пароксизмах и у детей, перенесших в анамнезе судорожный синдром

новорожденного, незначительно снижена при фебрильных судорогах и вегетативно-висцеральных пароксизмах (рисунок 2).

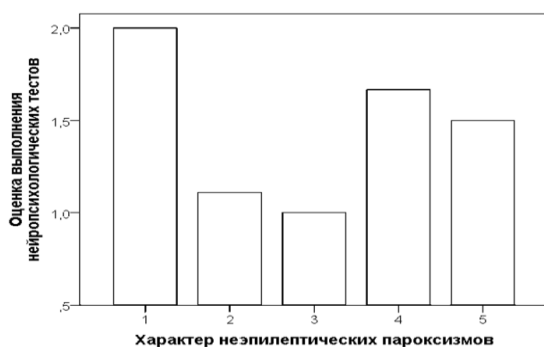


Рисунок 2. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением номинативной функции речи

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Статистически значимое различие данных, полученных в ходе исследования с использованием диагностического комплекса «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» [13], выявилось по параметрам внимательность ( $F=11,435$ ;  $p=0,000$ ), зрительно-моторная координация ( $F=3,757$ ;  $p=0,020$ ), визуальное линейное мышление ( $F=3,137$ ;  $p=0,039$ ), понятийное интуитивное мышление ( $F=3,080$ ;  $p=0,041$ ) и понятийное логическое мышление ( $F=3,539$ ;  $p=0,026$ ).

*Активное внимание* грубо нарушено у всех больных, кроме детей с вегетативно-висцеральными пароксизмами в анамнезе (рисунок 3).

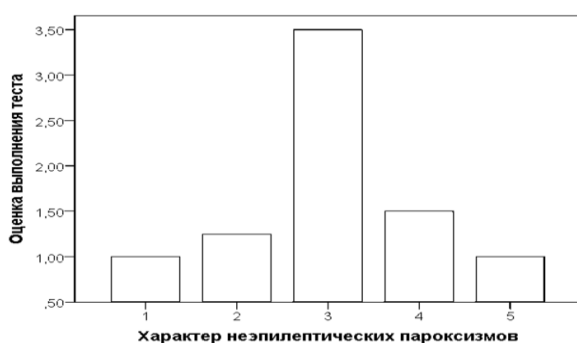


Рисунок 3. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением активного внимания

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Выраженная *патология зрительно-моторной координации* отмечается при аффективно-респираторных приступах, умеренная патология – при фебрильных судорогах и психогенно-обусловленных пароксизмах (но не аффективно-респираторных приступах) (рисунок 4).

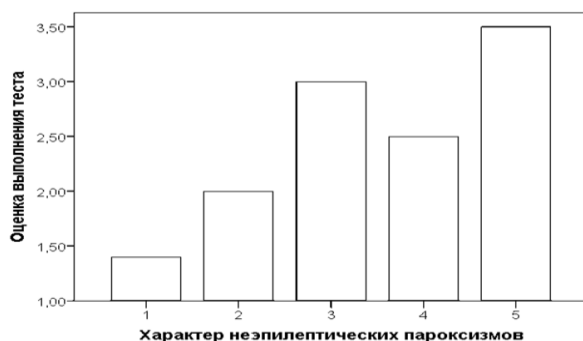


Рисунок 4. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением зрительно-моторной координации

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

*Визуальное линейное мышление* (связанное с оперированием формально-графическими изображениями и мысленным структурированием симультанно представленной зрительной информации) нарушено только у испытуемых с аффективно-респираторными приступами, причем это нарушение носит высокую степень выраженности (рисунок 5).

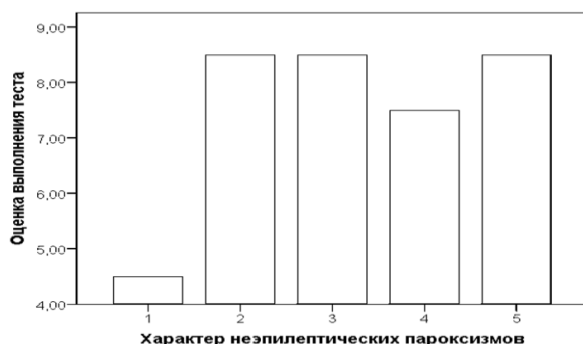


Рисунок 5. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением визуального линейного мышления

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

*Понятийное логическое мышление* (способность к установлению закономерностей и деятельности по аналогии в сфере использования понятий) значительно нарушено у детей с аффективно-респираторными пароксизмами,

умеренно – у детей с фебрильными судорогами, незначительно – у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе (рисунок 6).

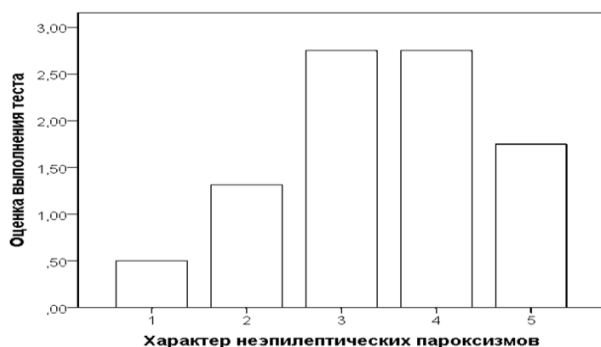


Рисунок 6. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением понятийного логического мышления

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

*Понятийное интуитивное мышление* (способность к осуществлению анализа и синтеза связей между понятиями на неосознаваемом уровне) выражено страдает у детей с аффективно-респираторными приступами, умеренно – у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе, незначительно – в связи с фебрильными судорогами и психогенно-обусловленными пароксизмами (но не аффективно-респираторными приступами) (рисунок 7).

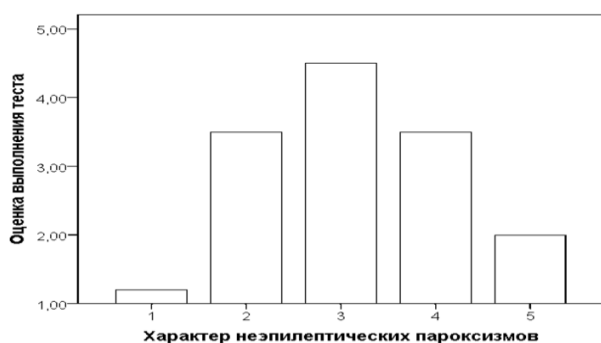


Рисунок 7. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением понятийного интуитивного мышления

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что у детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями присутствует в той или иной степени недостаточность развития познавательных процессов и, следовательно, возможны трудности школьного обучения. Они будут вызваны как нарушениями

активного внимания, обеспечивающего способность ребенка к концентрации сознания на процессе выполнения учебного задания, так и нарушениями различных видов мышления, обеспечивающих переработку поступающей информации. Недостаточность в развитии визуального линейного мышления существенно затруднит процесс овладения счетными операциями и усвоение геометрических понятий и феноменов. Недостаточная сформированность понятийного логического мышления не позволит ребенку в полном объеме понять суть правил, законов, формул, увидеть зону их применения и использовать их на практике. Так как понятийное интуитивное мышление основано на личном опыте ребенка и, соответственно, связано с его возможностью самостоятельно разбираться в материале и самообучаться, то его слабость не позволит школьным знаниям стать полностью осмысленными и интегрироваться в общее представление ребенка об окружающем мире [13]. Нарушение зрительно-моторной координации осложнит процесс овладения графомоторными навыками (рисованием и письмом).

Статистически значимое различие данных, полученных в ходе диагностики детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями с помощью анкеты для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций у детей [5], выявилось только по шкале трудности школьного обучения ( $F=5,615$ ;  $p=0,019$ ).

*Трудности школьного обучения* наиболее представлены у больных с аффективно-респираторными приступами и фебрильными судорогами, отличаются умеренной степенью выраженности у детей с психогенно-обусловленными пароксизмами (но не аффективно-респираторными приступами) и судорожным синдромом новорожденного, отсутствуют у детей с вегетативно-висцеральными пароксизмами (рисунок 8).

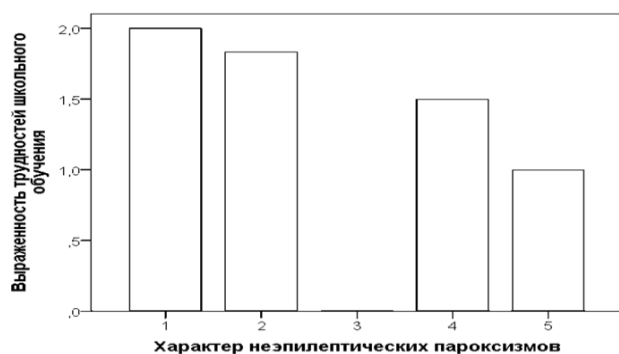


Рисунок 8. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с возникновением трудностей школьного обучения

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что из всех зафиксированных в исследовании неэпилептических пароксизмальных состояний с наиболее



выраженными нарушениями психического развития сопряжены аффективно-респираторные приступы, с наименее выраженными – вегетативно-висцеральные пароксизмы. Заслуживает внимания тот факт, что по результатам нашего исследования у детей с аффективно-респираторными приступами нарушения раннего развития отмечались в 80,0% случаев; с фебрильными судорогами – в 44,4% случаев; с вегетативно-висцеральными пароксизмами, психогенно-обусловленными приступами (но не аффективно-респираторными приступами) и с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе – отсутствовали. Возможно, у детей с аффективно-респираторными приступами, так же как и у части детей с фебрильными судорогами в анамнезе, и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием органического поражения головного мозга.

Важно отметить, что у всех детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечаются нарушения активного внимания, динамического праксиса и номинативной функции речи (от легкой до выраженной степени). Вследствие этого можно предположить, что у них наблюдается функциональная недостаточность лобных (префронтальных и премоторных) отделов, а также зоны перекрытия затылочных и височных отделов коры больших полушарий головного мозга. Интересно, что нарушения передних отделов головного мозга как неспецифические нарушения психической деятельности выявлены и при пароксизмальных состояниях эпилептического генеза [2; 9]. А дисфункция зоны перекрытия затылочных и височных отделов коры больших полушарий головного мозга лежит в основе возникновения амнестической афазии, частой патологии мнестико-речевой деятельности у больных эпилепсией [3]. Не исключено, что неэпилептические пароксизмальные состояния (при сопоставлении с эпилептическими пароксизмами) вызывают у детей менее выраженные по степени, но сходные по содержанию нарушения психики.

Следует подчеркнуть, что подавляющее большинство форм неэпилептических пароксизмов сопряжено с возникновением у ребенка в будущем трудностей школьного обучения. У них отмечаются нарушения активного внимания, а в отдельных случаях – зрительно-моторной координации, визуального линейного, понятийного логического и понятийного интуитивного мышления. Следовательно, эти дети нуждаются в целенаправленном медико-психолого-педагогическом сопровождении.

### **Заключение**

Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Аффективно-респираторные приступы сочетаются с наиболее выраженными нарушениями психического развития по сравнению с другими неэпилептическими пароксизмальными состояниями. Они сопряжены с выраженными нарушениями динамического праксиса, номинативной функции речи, активного внимания, зрительно-моторной координации,

визуального линейного мышления, понятийного логического мышления, понятийного интуитивного мышления и, как следствие, выраженными трудностями обучения в школе. Так как у детей с аффективно-респираторными приступами нарушения раннего развития отмечались в наибольшем проценте случаев по сравнению детьми с другими неэпилептическими пароксизмами, можно предположить, что у больных с данной патологией и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием органического поражения головного мозга.

2. У детей, перенесших в анамнезе фебрильные судороги, выявлены легкие нарушения динамического праксиса, номинативной функции речи, понятийного интуитивного мышления, умеренные нарушения зрительно-моторной координации, понятийного логического мышления, выраженные нарушения активного внимания, что нередко приводит к выраженным трудностям обучения в школе.
3. Детей, перенесших судорожный синдром новорожденного, отличают легкие нарушения динамического праксиса, понятийного логического мышления, умеренные нарушения номинативной функции речи, понятийного интуитивного мышления, выраженные нарушения активного внимания и умеренные трудности обучения в школе.
4. Вегетативно-висцеральные пароксизмы не сочетаются с нарушениями мышления у детей. При них не отмечается нарушений раннего развития ребенка. Однако они сопряжены с легкими нарушениями динамического праксиса, номинативной функции речи, активного внимания. Трудности обучения в школе у данной категории испытуемых не отмечаются.
5. У всех детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечаются нарушения активного внимания, динамического праксиса и номинативной функции речи (от легкой до выраженной степени).
6. Дети с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе нуждаются в целенаправленном медико-психолого-педагогическом сопровождении, в процессе которого должны учитываться специфические особенности их психического развития.

## Литература

1. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Нарушения психического развития у детей при пароксизмальных судорожных состояниях // Педиатр. 2012. № 4. С. 10–12.
2. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Дети с пароксизмальными состояниями в анамнезе: Структура нарушений психического развития и мишени психокоррекционного

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 77–92.

*Turovskaya, N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92.*

воздействия // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. Т. 47. № 3. С. 124–126.

3. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. 512 с.

4. Деларю В.В. Вопросы психиатрии, наркологии и неврологии в диссертационных исследованиях по социологии медицины // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2013. № 3. С. 78–80.

5. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2005. 256 с.

6. Конева Е.В., Павлей Л.В., Солондаев В.К. Чувствительность системы психического развития к хроническим заболеваниям ребенка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 3. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva_et_al.shtml) (дата обращения: 26.10.2015).

7. Лубовский В.И. Современные проблемы диагностики задержки психического развития [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2012. № 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2787.phtml> (дата обращения: 13.08.2015).

8. Лубовский Д.В. Специальная психология и педагогика в современной школе // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20. № 3. С. 79–87. doi:10.17759/pse.2015200309.

9. Нагорская И.А. Нейропсихологические синдромы у детей и подростков, страдающих фармакорезистентными формами фокальной симптоматической эпилепсии. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2014. 43 с.

10. Туровская Н.Г. Психическое развитие детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2015. Т. 7. № 3. С. 82–95. URL: <http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2015070309> (дата обращения: 26.10.2015). doi:10.17759/psyedu.2015070309.

11. Туровская Н.Г. Патология памяти в структуре нарушения психического развития у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 145–155. doi:10.17759/exppsy.2015080313.

12. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей: методический альбом. М.: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 77–92.

*Turovskaya, N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92.*

13. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: методическое руководство. СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2002. 208 с.

14. *Cendes F.* Febrile seizures and mesial temporal sclerosis // *Current Opinion in Neurology.* 2004. Vol. 17. № 2. Pp. 161–164. doi: 10.1097/00019052-200404000-00013.

15. *DiMario F.J.Jr.* Breath-holding spells in childhood // *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 1992. Vol. 146. № 1. Pp. 125–131. doi.org/10.1001/archpedi.1992.02160130127035.

16. *DiMario F.J.Jr., Burleson J.A.* Behavior profile of children with severe breath-holding spells // *The Journal of Pediatrics.* 1993. Vol. 122. № 3. Pp. 488–491. doi.org/10.1016/S0022-3476(05)83446-8.

17. *Ellenberg J.H., Nelson K.B.* Febrile seizures and later intellectual performance // *Archives of Neurology.* 1978. Vol. 35. № 1. Pp. 17–21. doi.org/10.1001/archneur.1978.00500250021004.

18. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow-up study / Tarkka R. [et al.] // *Neurology.* 2003. Vol. 60. № 2. Pp. 215–218.

19. *Shinnar S., Glauser T.A.* Febrile Seizures // *Journal of Child Neurology.* 2002. Vol. 17. № 1. Pp. 44–45. doi: 10.1177/08830738020170010601.

20. *Verity C.M.* Long-term intellectual and behavioral outcomes of children with febrile convulsions // *New England Journal of Medicine.* 1998. Vol. 338. № 24. Pp. 1723–1728. doi.org/10.1056/NEJM199806113382403.

21. *Wong M., Ess K., Landt M.* Cerebrospinal fluid neuron-specific enolase following seizures in children: Role of etiology // *Journal of Child Neurology.* 2002. Vol. 17. № 4. Pp. 261–264. doi: 10.1177/088307380201700404.

22. *Ying-Chao C., Chao-Ching H., Song-Chei H.* Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing // *Chang Gung Med J.* 2008. Vol. 31. № 2. Pp. 31–33.

# Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis

**Turovskaya, N.G.,**

*PhD, Associate professor, General and Clinical Psychology Department, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, turovskayanata@mail.ru*

---

The article deals with the research results of mental development specificity among children with certain non-epileptic paroxysmal conditions in the past medical history. Participants of the research were 107 children from 6 to 10 years old and their parents. Clinical, biographical and experimental psychological methods were used. The empirical study has showed that affect-respiratory attacks combine with the most pronounced mental functions disorders (including thinking and active attention) comparing to other non-epileptic paroxysmal conditions. Children with febrile spasms in anamnesis have disorders of certain mental functions (including thinking) with a low to medium degree and strong disorders of active attention. Vegetovisceral seizures don't combine with thought disorders in children and are associated with a low degree disorder of active attention. Taking into consideration these findings it is possible to reveal the effective psychological ways for helping children with the pathology.

**Keywords:** cerebral organic disorders, non-epileptic paroxysmal conditions, mental development disorders, higher mental functions.

---

## References

1. *Alekhin, A.N., Turovskaya, N.G. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei pri paroksizmal'nykh sudorozhnykh sostoyaniyakh. Pediatr, 2012, no. 4, pp. 10–12.*
2. *Alekhin, A.N., Turovskaya, N.G. Deti s paroksizmal'nymi sostoyaniyami v anamneze: Struktura narushenii psikhicheskogo razvitiya i misheni psikhokorreksionnogo vozdeistviya. Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta, 2013. Vol. 47, no. 3, pp. 124–126.*

3. *Bleikher, V.M., Kruk, I.V., Bokov, S.N.* Klinicheskaya patopsikhologiya: rukovodstvo dlya vrachei i klinicheskikh psikhologov. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo psikhologosotsial'nogo instituta; Voronezh: publ. NPO "MODEK", 2002. 512 p.

4. *Delaryu, V.V.* Voprosy psikhiatrii, narkologii i nevrologii v dissertatsionnykh issledovaniyakh po sotsiologii meditsiny. Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva, 2013, no 3, pp. 78–80.

5. *Zavadenko, N.N.* Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste: uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii. Moscow: Akademiya, 2005. 256 p.

6. *Koneva, E.V., Pavlei, L.V., Solondaev, V.K.* Chuvstvitel'nost' sistemy psikhicheskogo razvitiya k khronicheskim zabolevaniyam rebenka [Elektronnyi resurs]. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya, 2014. Vol. 3, no. 3. Available at: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva_et_al.shtml) (Accessed 26.10.2015).

7. *Lubovskii, V.I.* Sovremennye problemy diagnostiki zaderzhki psikhicheskogo razvitiya [Elektronnyi resurs]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru., 2012, no. 1. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2787.phtml> (Accessed 13.08.2015).

8. *Lubovskii, D.V.* Spetsial'naya psikhologiya i pedagogika v sovremennoi shkole. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie, 2015. Vol. 20, no. 3, pp. 79–87.

9. *Nagorskaya, I.A.* Neiropsikhologicheskie sindromy u detei i podrostkov, stradayushchikh farmakorezistentnymi formami fokal'noi simptomaticheskoi epilepsii. Avtoref diss. kand. psikhol. nauk. Moscow, 2014. 43 p.

10. *Turovskaya, N.G.* Psikhicheskoe razvitie detei s neepilepticheskimi paroksizmal'nymi sostoyaniyami v anamneze [Elektronnyi resurs]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru, 2015, vol. 7, no. 3, pp. 82–95. Available at: <http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2015070309> (Accessed 26.10.2015).

11. *Turovskaya, N.G.* Patologiya pamyati v strukture narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei s sudorozhnyimi paroksizmami v anamneze. Eksperimental'naya psikhologiya, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 145–155.

12. *Tsvetkova, L.S.* Metodika neiropsikhologicheskoi diagnostiki detei: metodicheskii al'bom. Moscow: Pedagogicheskoe obshchestvo Rossii, 2002. 96 p.

13. *Yasyukova, L.A.* Metodika opredeleniya gotovnosti k shkole. Prognoz i profilaktika problem obucheniya v nachal'noi shkole: metodicheskoe rukovodstvo. St Petersburg: GMNPP "IMATON", 2002. 208 p.

14. *Cendes, F.* Febrile seizures and mesial temporal sclerosis. Current Opinion in Neurology, 2004. Vol. 17, no. 2, pp. 161–164.

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 77–92.

*Turovskaya, N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92.*

15. *DiMario, F.J.* Breath-holding spells in childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1992. Vol. 146, no. 1, pp. 125–131.

16. *DiMario, F.J.Jr., Burleson J.A.* Behavior profile of children with severe breath-holding spells. *The Journal of Pediatrics*, 1993. Vol. 122, no. 3, pp. 488–491.

17. *Ellenberg, J.H., Nelson K.B.* Febrile seizures and later intellectual performance. *Archives of Neurology*, 1978. Vol. 35, no. 1, pp. 17–21.

18. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow-up study. *Tarkka, R., et al.* *Neurology*, 2003. Vol. 60, no. 2, pp. 215–218.

19. *Shinnar, S., Glauser, T.A.* Febrile Seizures. *Journal of Child Neurology*, 2002. Vol. 17, no 1, pp. 17–44.

20. *Verity, C.M., Greenwood, R., Golding, J.* Long-term intellectual and behavioral outcomes of children with febrile convulsions. *New England Journal of Medicine*, 1998. Vol. 338, no. 24, pp. 1723–1728.

21. *Wong, M., Ess, K., Landt, M.* Cerebrospinal fluid neuron-specific enolase following seizures in children: Role of etiology. *Journal of Child Neurology*, 2002. Vol. 17, no. 4, pp. 261–264.

22. *Ying-Chao, C., Chao-Ching, H., Song-Chei, H.* Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing. *Chang Gung Med J.*, 2008. Vol. 31, no. 2, pp. 31–33.

# Исследование факторов, определяющих динамику обучаемости у детей с особыми образовательными потребностями (подготовительный этап)

**Валента М.**, профессор, доктор психологических наук, Институт специального педагогического обучения, факультет Педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [valentam22seznam.cz](mailto:valentam22seznam.cz)

**Лудикова Л.**, заместитель декана по научно-исследовательской работе и докторантуре, профессор, Институт специального педагогического обучения, факультет Педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [libuse.ludikova@upol.cz](mailto:libuse.ludikova@upol.cz)

**Крейчова Л.**, психолог, доктор психологических наук, кафедра гуманитарных наук, факультет психологии, Карлов университет, Прага, Чехия, [lenka.krejцова@ff.cuni.cz](mailto:lenka.krejцова@ff.cuni.cz)

**Михалик Дж.**, профессор, Институт специального педагогического обучения, факультет Педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [jan.michalik@upol.cz](mailto:jan.michalik@upol.cz)

**Храстина Я.**, ассистент-профессор, доктор психологических наук, Институт специального педагогического обучения, факультет Педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [jan.chrastina@upol.cz](mailto:jan.chrastina@upol.cz)

**Храска М.**, адъюнкт-профессор, доцент, доктор психологических наук, Институт специального педагогического обучения, факультет педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [miroslav.chraska@upol.cz](mailto:miroslav.chraska@upol.cz)

**Финкова Д.**, адъюнкт-профессор, доцент, Институт специального педагогического обучения, факультет педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [dita.finkova@upol.cz](mailto:dita.finkova@upol.cz)

**Лангер Г.**, адъюнкт-профессор, Институт специального педагогического обучения, факультет педагогики, Оломоуцкий университет им. Ф. Палацкого, Чехия, [jiri.langer@upol.cz](mailto:jiri.langer@upol.cz)



---

Статья посвящена первому этапу лонгитюдного теоретико-методологического исследования факторов, благотворно влияющих на обучаемость и школьную успешность, а также факторов, провоцирующих академическую неуспеваемость. Исследование проводилось в течение трех лет на базе педагогического факультета университета Палацкого в Оломоуце. В статье описывается пилотажный этап исследования, целью которого являлись выявление дефицитарных функций, а также оценка их структуры и динамики у дошкольников и младших школьников первых трех лет обучения, имеющих особые образовательные потребности.

**Ключевые слова:** обучаемость, ученики с особыми образовательными потребностями, дефицитарность основных психических функций, школьная неуспеваемость, методологическая основа исследования.

---

## Литература

1. *Arnbak, E., Elbro, C.* The Effects of Morphological Awareness Training on the Reading and Spelling Skills of Young Dyslexics. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2000. Vol. 44. № 3. Pp. 229–251.
2. *Carroll, J.M., Snowling, M.J., Hulme, C., Stevenson, J.* The Development of Phonological Awareness in Preschool Children. *Developmental Psychology*. 2000. Vol. 39. № 5. Pp. 913–923.
3. *Feuerstein, R., Feuerstein, Ra.S., Falik, L.* Beyond Smarter: Mediated Learning and the Brain's Capacity for Change, 2010. New York: Teachers College Press.
4. *Feuerstein, R., Falik, L., Rand, Y., Feuerstein, Ra. S.* The Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability: The Learning Propensity Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques. 2002. Jerusalem: Icelp Press.
5. *Goryacheva T.G., Makarova O.N.* Characterization of Age Dynamics of Spatial Representations in Children 6–9 Years Old. *Psikhologicheskaya Nauka I Obrazovaniye*. 2013. №2. Pp. 76–86.
6. *Graichen, J.* Teilleistungsschwächen Dargestellt an Beispielen Aus Dem Bereich der Sprachbenützung. *Zeitschrift Für Kinder-Und Jugendpsychiatrie*. 1973. № 1. Pp. 113–143.
7. *Graichen, J.* Teilleistungsschwächen in Den Hierarchisch-Sequentiellen Auditiven, Kinästhetischen und Rhythmischen Regulationssystemen der Sprachproduktion. In: G.Lotzmann (Hg.) *Aspekte Auditiver Rhythmischer und Sensomotorischer Diagnostik, Erziehung Und Therapie*, 1978. München/Basel, pp. 9–13.

Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж.,  
Храстина Я., Храска М., Финкова Д., Лангер Г.  
Исследование факторов, определяющих динамику  
обучаемости у детей с особыми образовательными  
потребностями (подготовительный этап)  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 93–110.

Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J.,  
Chrastina, J., Chráska, M., Finková, D., Langer, J.  
Factors Affecting Dynamics of Educability in  
Children and Pupils in Need of Special Educational  
Support – Research Report (Part I – Pre-Research)  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 93–110.

8. *Graichen, J.* Teilleistungsschwächen, Dargestell an Beispielen Aus Dem Bereich der Sprachbenützung. Zeitschrift Für Kinder-Und Jugendpsychiatrie. 1973. № 1.
9. *Haywood, H.C., Lidz, C.* Dynamic Assessment in Practice: Clinical and Educational Applications. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
10. *Janzen, T.M.; Saklofske, D.H., Das, J.P.* Cognitive and Reading Profiles of Two Samples of Canadian First Nations Children: Comparing Two Models for Identifying Reading Disability. Canadian Journal of School Psychology 2013. Vol. 28. № 3. Pp. 323–344.
11. *Scharinger, W., Scharinger, S.J.* Dílčí Oslabení Výkonu a Jeho Vliv Na Školní Praxi. Praha: Atem, 1995.
12. *Sindelar, B.* Deficity Dílčích Funkcí (Teoretická Část). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007.
13. *Sindelar, B.* Diagnostická Metoda k Zjišťování Deficitů Dílčích Funkcí u Školních Děti (Příručka). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007.
14. *Sindelar, B.* Předcházíme Poruchám Učení. Praha: Portál, 2007.
15. *Sindelar, B.* Diagnosis and Treatment Practices in the Field of Add/Adhd/Hd In Europe. Strasbourg: Council Of Europe Publishing, 2000.
16. *Sindelar, B.* Vefahren Zur Effassung von Teilleistungsschwächen, Eigenferlag, 1985.
17. *Sindelar, B.* Diagnosis and Treatment Practices in the Field of Add/Adhd/Hd In Europe, Council of Europe Publishing, 2000.
18. *Tzurie, D.* Dynamická Diagnostika Učebního Potenciálu: Teoretické a Výzkumné Pohledy. Psychologie Pro Praxi. 2015. Vol. 50. № 1–2. Pp. 9–35.
19. *Vygotsky, L.* Human Development Psychology. Moscow: Smisl, Eksmo, 2005.

Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж.,  
Храстина Я., Храпка М., Финкова Д., Лангер Г.  
Исследование факторов, определяющих динамику  
обучаемости у детей с особыми образовательными  
потребностями (подготовительный этап)  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 93–110.

Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J.,  
Chrastina, J., Chráska, M., Finková, D., Langer, J.  
Factors Affecting Dynamics of Educability in  
Children and Pupils in Need of Special Educational  
Support – Research Report (Part I – Pre-Research)  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 93–110.

# Factors affecting dynamics of educability in children and pupils in need of special educational support – research report (Part I – Pre-Research)

**Valenta, M.**, full professor, Ph.D., Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University, Olomouc, Czech Republic, [valentam22seznam.cz](mailto:valentam22seznam.cz)

**Ludíková, L.**, vice-dean for Science, Research and Doctoral Studies, Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University, Olomouc, Czech Republic, [libuse.ludikova@upol.cz](mailto:libuse.ludikova@upol.cz)

**Krejčová, L.**, psychologist, Ph.D., Faculty of Arts, Dep. of psychology, Charles University, Prague, Czech Republic, [lenka.krejцова@ff.cuni.cz](mailto:lenka.krejцова@ff.cuni.cz)

**Michalík, J.**, professor, Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University, Olomouc, Czech Republic, [jan.michalik@upol.cz](mailto:jan.michalik@upol.cz)

**Chrastina, J.**, assistant professor, Ph.D., Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University Olomouc, Czech Republic, [jan.chrastina@upol.cz](mailto:jan.chrastina@upol.cz)

**Chráska, M.**, associate professor, doc., Ph.D., Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University Olomouc,

**Finková, D.**, associate professor, doc., Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University Olomouc, [dita.finkova@upol.cz](mailto:dita.finkova@upol.cz)

**Langer, J.**, associate professor, Institution of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University Olomouc, [jiri.langer@upol.cz](mailto:jiri.langer@upol.cz)

---

The article provides an insight into the processual side and theoretical frame of the research on factors affecting educability and school success/failure in children within a three year long project at Pedagogical Faculty at Palacký University in Olomouc. The first stage focuses on the structure and dynamics of deficits in basic functions in children attending their last year at nursery and first three years of primary school, and on the results of pre-research.

Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж.,  
Храстина Я., Храска М., Финкова Д., Лангер Г.  
Исследование факторов, определяющих динамику  
обучаемости у детей с особыми образовательными  
потребностями (подготовительный этап)  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 93–110.

Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J.,  
Chrastina, J., Chráska, M., Finková, D., Langer, J.  
Factors Affecting Dynamics of Educability in  
Children and Pupils in Need of Special Educational  
Support – Research Report (Part I – Pre-Research)  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 93–110.

**Keywords:** educability, students with special educational needs, deficits in basic functions, school failure, basic research (of the factual matter, methodology).

**For citation:**

Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J., Chrastina, J., Chráska, M., Finková, D., Langer, J. Factors Affecting Dynamics of Educability in Children and Pupils in Need of Special Educational Support – Research Report (Part I – Pre-Research) [web source]. Clinical Psychology and Special Education [Kliničeskaja i spetsial'naja psichologija], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 93–110. doi: 10.17759/psycljn.2016050107 (In Russ., abstr. in Engl.)

**Для цитаты:** Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж., Храстина Я., Храска М., Финкова Д., Лангер Г. Исследование факторов, определяющих динамику обучаемости у детей с особыми образовательными потребностями (подготовительный этап) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 93–110. doi: 10.17759/psyclin.2016050107

Deficits of basic functions are tiny causes  
that may lead to enormous suffering

*Brigitte Sindelar*

## Introduction

The article represents an introduction into the course and partial results of a three years long study conducted at the Institute of Special Education Studies at Pedagogical faculty in Olomouc aimed at the factors that can affect educability dynamics in children and students in need of special educational support, i.e. with special educational needs – physical disabilities, physical (marginally also social) disadvantages and weak. The core of the multidisciplinary project is basic research of the described above dynamics and factors that may considerably affect school success/failure in pupils in target groups.

The basic research of the factual matter was extended with the issue of *methodology*, i.e. verification of the instruments measuring the dynamics of educability and its determinants. The project's main **objective** is to identify and describe, from both qualitative and quantitative perspective, those factors that can substantially affect the dynamics of educability in relation to the deficits of basic functions in preschool children and early years school pupils (Years 1–3 of primary school). In terms of methodology, *longitudinal qualitative approach* combined with *quantitative approach* was used (mixed method). Similar multidisciplinary research has not been conducted within our country so far and all the available data are unsatisfactory and obsolete for using with contemporary Czech population representing educational setting.

**Theoretical framework** is based on the grounded theory of deficits in partial (basic) functions (further DBF) B. Sindelar [17] and on empirical evidence provided by these authors extended with the empirical evidence of so called partial reduction in performance by Scharinger [11]. Theoretical foundation of the research is based on neuropsychology, cognitive psychology and ontogenetic psychology.

The necessity to look into this subject arises from the lack of similar research in our country, while deficits of basic functions – according to foreign research projects [15] – affect 15–20% of school population and have their share in school failures, and also in the role of determinants, in specific learning disorders, behavioural disorders, and a range of emotional disorders developed in childhood or adolescence. Reasonable estimate for our country gives the absolute number of two hundred thousand children and pupils as the population of interest. The actual prevalence is not known – to obtain this number is a part of our research project. However, foreign studies repeatedly point out the fact that reinforcing partial cognitive functions, as so called phonemic awareness, morphological awareness, visual differentiating etc. have the impact on learning and practicing reading and writing skills [19; 1; 2; 10]. In other words, supporting the development and minimizing the above mentioned deficits often play a key role later in learning the three Rs (reading, writing, arithmetics) and directly affect pupils' school success. Moreover, all the mentioned skills can be further segmented into actual basic components. For example, the research by Carroll and colleagues showed that the development of phonemic awareness is preceded by the development of syllabication skill, the beginning sound identification skill, and also development of language (articulation) skills [2]. A similar relationship is also emphasized by the study of Russian scientists Goryacheva and Makarova, who support the development of the sensorimotor experience and specific skills, when the latter contribute to their transfer to the cognitive activity of the child and its development [5].

Adequate maturation and balanced development of basic functions are prerequisites for the development of more complex processes and skills as, for example, three Rs – reading, writing, and arithmetics. That means that deficits of basic functions are one of the causes of specific learning and behavioural disorders which can then be included in the symptomatology of DBF (here, it is necessary to state that, for example, dyslexia is not a deficit of basic function – it can be caused by a set of deficits that form an individual's specific profile and show in difficulties related to reading and writing performance). That is why DBF show themselves mostly in school settings, although their prodromal signals can be detected even in preschool age children (drawing performance inadequate to the age, accompanied by graphomotor ineptitude, dysgrammatism, difficulties with game rules, etc.).

Graichen defines DBF as a decline in the performance in separate factors or elements of a larger functional system that is necessary for handling certain complex processes of adaptation [8]. Nevertheless, such general concept of the phenomenon included too wide a range of disorders so narrowing and specification of the whole concept was adopted for practical consultation and special educational needs.

From terminological point of view, basic functions overlap with more frequent and established concepts of *cognitive functions*, or *executive functions*, however, from methodological point of view, it is necessary to distinguish between deficits in basic functions and *deficit in cognitive functions* in Feuerstein's concept of cognitive structural modifiability that partially overlap with DBF [3], and also deficits in cognitive functions in „psychiatric diagnoses“ of schizophrenia types of disorders, dementias, disorders linked to tick-borne encephalitis, etc. On the other hand, the concept of deficits of basic functions is very close to the so called *partial reduction in performance* [11], even though this concept is narrower and relates primarily to re education of the affected functions.

Basic functions include (simplified and for research purposes only) a set of ten functions, deficit in each of them can affect pupil's educability and manifest themselves with similar symptoms (the same mistake, e.g. wrong spelling in dictations, the same reading mistakes). Re education of a basic function then has to be preceded by thorough diagnostic process that shows which basic function out of the whole set is affected. Sindelar presents a metaphoric image of individual basic skills as tree roots that cannot be seen – what we can see is a tree top reflecting the actual state of pupils' development – their more complex functions and skills, e.g. reading [14].

Sindelar (detto) demonstrates individual basic skills clearly by showing the example of a dictation written by a pupil in Year 2. To write down a dictated sentence right, they need to be able to:

1. distinguish the teacher's voice from other noises around (auditory attention – auditory figure-ground differentiation),
2. hold the dictated sentence in short term auditory memory,
3. divide the words in sounds – phonemes (auditory analysis),
4. discriminate isolated phonemes from similar phonemes (auditory differentiation – phonematic hearing),
5. match graphemes to individual phonemes (visual memory),
6. not to mix up similar graphemes (visual differentiation – graphomatic acuity),
7. associate phonemes with their corresponding graphemes, i.e. associate interperceptive information ( intermodal function, basic ability to create intermodal relations),
8. coordinate fine motor skills (fingers) when writing (visual-motor coordination),
9. place letters correctly on the line – in the right place and position (spatial orientation),
10. not to transpose the phonemes and then graphemes within the sequence and not to forget any detail out of the whole set of the listed activities (perception of temporal sequence, seriality).

If one of the above basic functions is not adequately developed in a Year 2 pupil, it may become evident in a dictation in the form of a mistake, e.g. they write *paboušek* instead of *papoušek* [14]. If a pupil fails repeatedly in dictations, then it is advisable to consider individual deficits according to the above presented outline of basic functions.

The issue in such case might be that:

- they could not hear the word correctly because their attention was engaged by the sound of a car in the street (auditory figure-ground discrimination);
- they could not hold the word in memory;
- they analyzed phonemes incorrectly;
- their phonematic hearing is compromised and they do not fully discriminate between voiced and unvoiced sounds b-p;
- they cannot hold or find corresponding graphemes in their memory;
- their graphomotor acuity is compromised so they do not discriminate between similarly looking graphemes p-b;
- associated p phoneme with b grapheme (intermodally);
- confused two similarly looking graphemes.

This means that various DBF can be manifested by the same symptoms and it is not possible to base the DBF diagnosis on symptoms. Diagnostics of DBF is based on the above outlined procedural scheme and applies established psychological and special education methods (used in both counselling and clinical practice) of normative diagnostics, preferring methods of dynamic diagnostics [2; 9; 18].

**The objective of the whole project** is to identify, describe and compare determinants of educability and its dynamics in children and pupils in need of special educational support.

III. variable “DBF test battery Sindelar” focused on the below stated markers – for comparison (ad analysis of factors affecting the dynamics of particular basic functions and dynamics of children’s or pupils’ educability) of target groups (nursery – primary school Year 1– primary school Year 2), unified stimulus material was used (“middle” material taken from the test tasks for Year 1 primary school target group):

- A. auditory structuring (acoustic figure-ground discrimination) – 5 sets of stimulus material (A1 – nursery, A2a-b – PS Year 1, A3a-b – PS Year 2);
- B. visual structuring (visual figure-ground discrimination) – 3 sets of stimulus material (B1 – nursery, B2 – PS Year 1, B3 – PS Year 2);

- C. auditory differentiation of speech (verbal acoustic discrimination) – 4 sets of stimulus material (C1a-b – nursery, C2 – PS Year 1, C3 – PS Year 2);
- D. visual discrimination (visual discrimination of pictures and words) – 4 sets of stimulus material (D1a-b – nursery, D2 – PS Year 1, D3 – PS Year 2);
- E. orientation in the actual physical set - 3 sets of stimulus material (E1 – nursery, E2 – PS Year 1, E3 – PS Year 2);
- F. auditory memory (verbal/acoustic memory) – 6sets of stimulus material (F1a-b – nursery, F2a-b – PS Year 1, F3a-b – PS Year 2);
- G. visual memory (visual memory for pictures, shapes, graphemes) – 5 sets of stimulus material (G1a-b – nursery, G2a-b – PS Year 1, G3 – PS Year 2);
- H. auditory-visual intermodal tasks (auditory – visual matching words – graphemes) – 3 sets of stimulus material (H1 – nursery, H2 – PS Year 1, H3 – PS Year 2);
- I. visual-auditory intermodal tasks (visual – auditory matching pictures – graphemes) – 3 sets of stimulus material (I1 – nursery, I2 – PS Year 1, I3 – PS Year 2).

The battery of tests (specifically, for the target group of respondents of primary school age [13] and, for the target group of preschool children [14], meets the requirement for as isolated developmental level of individual basic functions as possible; another advantage is the possibility to reveal the compensation strategies that children with DBF have already developed. It consists of 35 sets of stimulus material for all three target groups with the following allocation:

- |    |                       |   |
|----|-----------------------|---|
| a. | Nursery               | 13 sets of stimulus material  |
|    |                       | 12 sets of stimulus material (that also serves as comparative material for monitoring the dynamics of basic functions development in all target groups) |
| b. | Primary School Year 1 |   |
| c. | Primary School Year 2 | 11 sets of stimulus material.   |

The research is carried out in the form of testing children (pupils) in four Moravian districts and Prague in the form of longitudinal research – children are monitored from the last (preparatory) year at nursery school up to Year 2 at primary school (i.e. children and pupils aged 5–7). Children and pupils for the research sample were selected by intentional institutional (stratified) sampling.

The research was preceded by *pre-research* verifying methodological instruments and procedural scheme of the research for selected target groups with the following numbers of respondents (stimulus test material).



1. Children in the last year at (majority) nursery school – 48 children in total, including 3 children at risk of (school) failure (DBF).
2. Pupils of Year 1 and 2 at primary schools:
  - a. Pupils with no obvious risk of school failure (INT) – 22 pupils.
  - b. Pupils at risk of (school) failure (DBF) – 15 pupils.
3. Pupils with visual impairment in special schools – 21 pupils (+16 children in special nursery schools).

This article describes the results of pre-research in Year 1 pupils. The structure of the research sample is shown in Table 1.

Table 1

**The structure of the research sample for pre-research in Year 1**

Category of a child	Gender (male)	Gender (female)	Total
Pupils at risk of (school) failure (DBF) in Year 1 of primary school	8	3	11
Pupils with no obvious risk of school failure (INT) in Year 1 of primary school	3	12	15
Pupils with visual impairment in Year 1 of special schools (ZRP)	8	8	16
All Grps	19	23	42

*Note:* only complete data collected from the pupils were used for the comparison (this is the reason why the number of pupils in DBF group is lower than the total number of respondents in this category)

Participatory interview with two parents of children with DBF has been conducted (part of qualitative strategy of the pre-research). The results of this part of the research project will be published in subsequent research report.

**Methodological objective of the pre-research** was to define how demanding the stimulus material is from the point of view of time and content, and its selection so that it is adequate to the age (nursery school, Year 1 at primary school, Year 2 at primary school) of the selected sample. Pre-research was carried out in the districts of Olomouc and in Prague.

**The first stage of the project** focused on finding out the frequency, structure and dynamics of deficits of basic functions in selected population, i.e. (im)maturity and

(un)balanced development in the above described basic functions (i.e. basic functions as one of possible determinants of pupil's educability).

**Research issues and questions** in the first stage of this research were formulated in the following way:

- What is the distribution of DBF in the samples?
- What is the structure of diagnosed DBF in the samples?
- Is there a certain dynamics in the development of DBF (in distribution and structure) on the timescale: Prep year at nursery school – Year 1 at primary school – Year 2 at primary school?

Research hypotheses verified by statistical processing of quantitative data were aimed at the relation (and correlations) of individual DBF in their dynamics (time) for research samples and at finding statistically significant differences between the data groups.

#### **Statistical hypotheses – pre-research:**

**H<sub>1</sub>:** There is statistically significant difference in the results for individual test tasks between the groups of pupils in Year 1 – DBF (pupils with the risk of school failure at primary school), INT (pupils with no obvious risks of school failure at primary school) and ZRP (pupils with visual impairment at special schools).

**H<sub>2</sub>:** Pupils in Year 1 with no obvious risks of school failure (group INT) achieve in separate test tasks statistically significantly better results than pupils at risk of school failure (group DBF).

**Ad H<sub>1</sub>.** H<sub>1</sub> hypothesis was tested by the analysis of variance (ANOVA) in STATISTICA 12 software. The results are shown in Table 2. These results show that there are statistically significant differences in the results of separate test tasks (p=0.025) between the three groups of pupils. H<sub>1</sub> hypothesis was proven true (despite the fact that the pre-research sample was not very large).

The above mentioned differences show the most significantly in test tasks B2 – 5 (p=0.001), C2 (p=0.002), and F2a (p=0.015). For these, the comparisons of the results in individual groups were recorded in charts (see Fig.1 – 3). Vertical bars in these charts denote 0.95 confidence intervals for the results of the test task in the given group. The results clearly show that the group of pupils with visual impairment (ZRP) achieved significantly different results in the tests from the group of pupils at risk of school failure (DBF) and the group of pupils with no obvious risks of school failure (INT) – the results of the latter groups in test tasks were similar.

Table 2

**Comparison of the results achieved by Year 1 pupils in the groups  
for individual test tasks, processed by ANOVA**

Results of ANOVA Group; LS Means (DATA Research, CLASS 1) Wilks lambda=0.1321, p=0.025 Effective hypothesis decomposition		Group			Significance <b>p</b>
<b>Level of (Factor)</b>	Total (n=36)	DDF (n=5)	INT (n=15)	ZRP (n=16)	
A2a (Mean)	18.78	19.80	17.67	19.50	0.324
A2b (Mean)	17.64	18.40	16.33	18.63	0.251
B2 - 1. (Mean)	0.82	1.20	0.90	0.63	0.172
B2 - 2. (Mean)	1.08	1.20	1.37	0.78	0.074
B2 - 3. (Mean)	0.69	1.00	0.73	0.56	0.290
B2 - 4. (Mean)	0.69	1.20	0.70	0.53	0.082
<b>B2 - 5. (Mean)</b>	<b>1.17</b>	<b>1.50</b>	<b>1.53</b>	<b>0.72</b>	<b>0.001</b>
<b>C2 (Mean)</b>	<b>16.67</b>	<b>17.20</b>	<b>18.13</b>	<b>15.13</b>	<b>0.002</b>
D2 (Mean)	14.67	13.80	15.67	14.00	0.378
E2 (Mean)	4.89	4.80	4.73	5.06	0.958
<b>F2a (Mean)</b>	<b>3.92</b>	<b>2.40</b>	<b>2.87</b>	<b>5.38</b>	<b>0.015</b>
F2b (Mean)	1.61	1.60	1.40	1.81	0.595
G2a (Mean)	5.58	5.00	6.13	5.25	0.385
G2b (Mean)	3.86	5.20	4.07	3.25	0.181
H2 (Mean)	4.69	5.40	4.93	4.25	0.254

CH2 (Mean)	5.11	5.40	5.47	4.69	0.319
Total (Mean)	101.88	105.10	102.63	100.16	0.753

*Note:* only complete data collected from the pupils were used for the comparison (that is the reason why the number of pupils in DBF group is lower than the total number of respondents in this category).

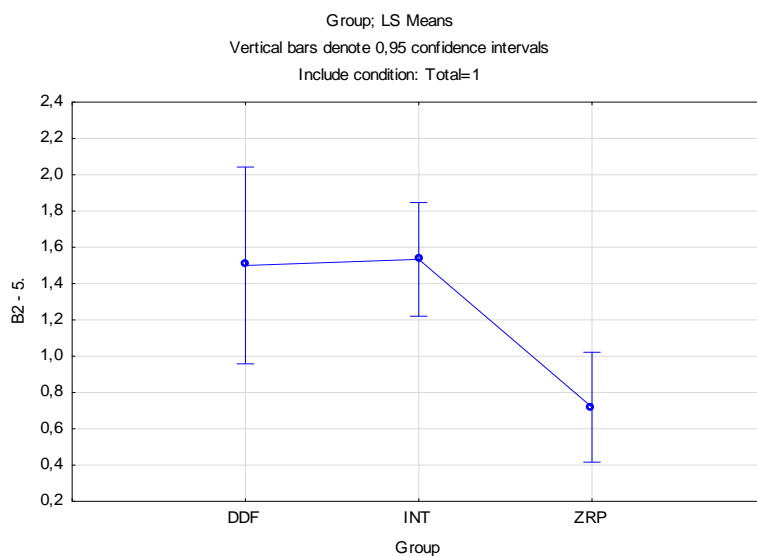


Figure 1. Comparison of the results for test task B2-5 in groups of pupils, processed by ANOVA

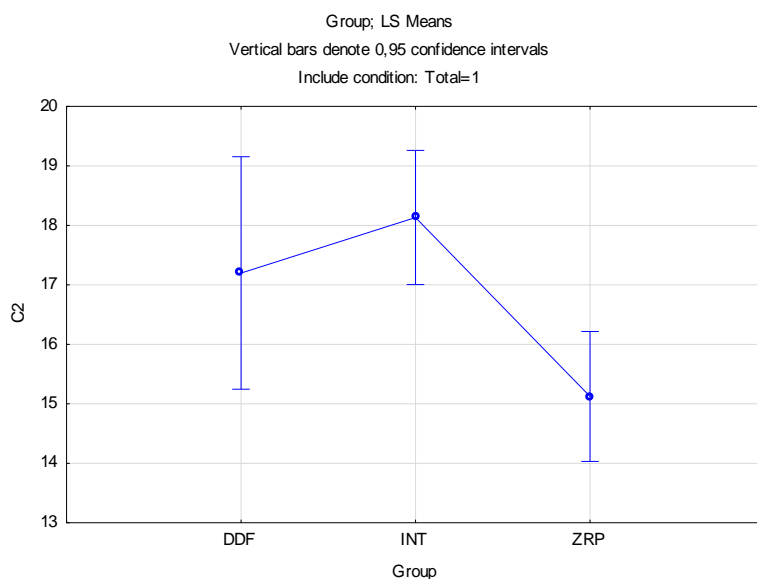


Figure 2. Comparison of the results for test task C-5 in groups of pupils, processed by ANOVA

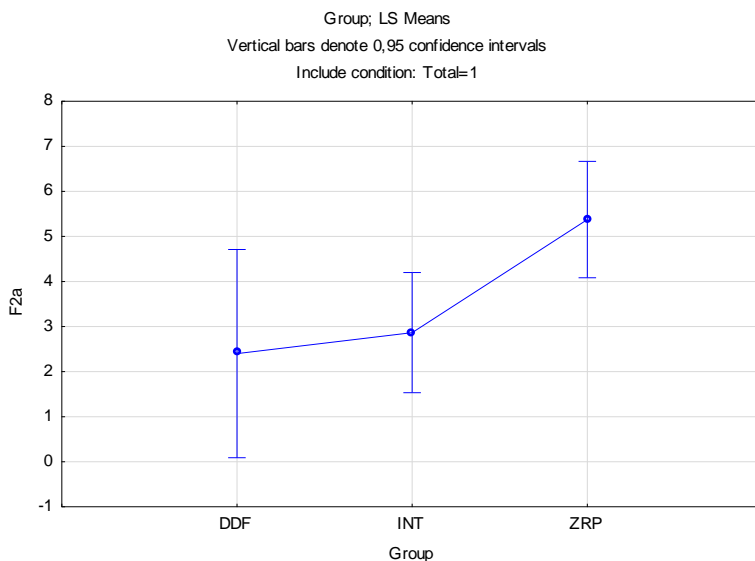


Figure 3. Comparison of the results for test task F2a in groups of pupils, processed by ANOVA

**Ad H<sub>2</sub>:** Pupils in Year 1 at primary school with no obvious risks of school failure (INT) achieve better results in individual test tasks than pupils at risk of school failure (DBF).

H<sub>2</sub> hypothesis was tested by t-test that was processed by STATISTICA 12. The results of comparison are shown in Table 3.

Table 3

**Comparison of the results in individual test tasks in pupils in Year 1 at primary school in DBF groups (pupils at risk of school failure) and INT (pupils with no obvious risks of school failure), processed by t-test.**

Variable	T-tests; Grouping: Group (DATA PROJECT CLASS 1) Group 1: DDF; Group 2: INT; Include condition: Total=1										
	Mean (DDF)	Mean (INT)	t-value	df	p	Valid N (DDF)	Valid N (INT)	Std.Dev. (DDF)	Std.Dev. (INT)	F-ratio (Variances)	p (Variances)
<b>A2a</b>	19.80	17.67	1.31	18	0.21	5	15	3.56	3.02	1.40	0.57
<b>A2b</b>	18.40	16.33	1.12	18	0.28	5	15	1.95	3.90	4.01	0.19
<b>B2 - 1.</b>	1.20	0.90	0.97	18	0.34	5	15	0.84	0.51	2.72	0.14
<b>B2 - 2.</b>	1.20	1.37	-0.46	18	0.65	5	15	0.84	0.67	1.57	0.47
<b>B2 - 3.</b>	1.00	0.73	1.18	18	0.25	5	15	0.71	0.32	4.88	0.02
<b>B2 - 4.</b>	<b>1.20</b>	<b>0.70</b>	2.14	18	<b>0.05</b>	5	15	0.84	0.25	10.89	0.00

Variable	Mean (DDF)	Mean (INT)	t-value	df	p	Valid N (DDF)	Valid N (INT)	Std.Dev. (DDF)	Std.Dev. (INT)	F-ratio (Variances)	p (Variances)
<b>C2</b>	17.20	18.13	-1.30	18	0.21	5	15	1.10	1.46	1.77	0.62
<b>D2</b>	13.80	15.67	-1.69	18	0.11	5	15	1.92	2.19	1.30	0.87
<b>E2</b>	4.80	4.73	0.05	18	0.96	5	15	2.77	2.28	1.48	0.52
<b>F2a</b>	2.40	2.87	-1.07	18	0.30	5	15	0.89	0.83	1.15	0.75
<b>F2b</b>	1.60	1.40	0.75	18	0.46	5	15	0.55	0.51	1.17	0.73
<b>G2a</b>	5.00	6.13	-1.20	18	0.24	5	15	2.00	1.77	1.28	0.65
<b>G2b</b>	5.20	4.07	1.29	18	0.21	5	15	1.79	1.67	1.15	0.75
<b>H2</b>	5.40	4.93	0.75	18	0.46	5	15	1.67	1.03	2.63	0.16
<b>CH2</b>	5.40	5.47	-0.12	18	0.91	5	15	1.34	0.99	1.83	0.36
<b>Total</b>	105.10	102.63	0.43	18	0.67	5	15	8.79	11.61	1.74	0.63

Statistically significant differences between the results of pupils in groups DBF and INT were only proved with the results of the test task B2- 4 ( $p=0.05$ ), in which the pupils at risk of school failure (DBF) achieved better results than pupils with no obvious risks of school failure (INT). Comparison of the results in this test task in graphic form is shown in box plot (Fig. 4).

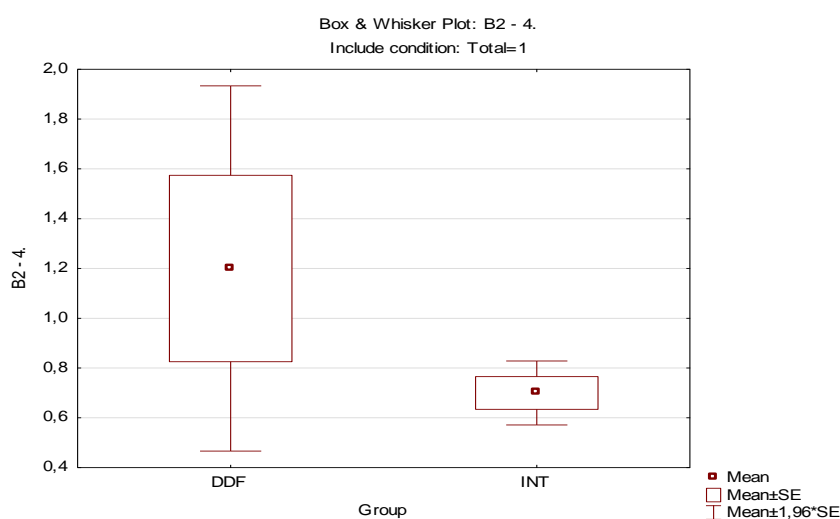


Figure 4. Comparison of the results in test task B2 – 4 in DBF group (pupils at risk of school failure at primary school) and INT (pupils with no obvious risks of school failure at primary school) in the form of a box plot.

However, H<sub>2</sub> hypothesis was not proved. Pupils with no obvious risks of school failure (INT) mostly achieve even worse results in separate test tasks than pupils at risk of school failure (DBF). Nevertheless, this result might be caused by very small sample in DBF group used for the pre-research.

### Pre-research conclusion

Pre-research tested relevance and adequacy of the stimulus material in relation to the age and disabilities or disadvantages of individual groups of respondents. Statistical processing of the collected data revealed a surprising fact that pupils with no obvious risks of school failure (INT) mostly achieve lower scores in individual test tasks than pupils at risk of school failure (DBF). This result might be caused by very small sample of pupils in DBF group in the pre-research. Another possible interpretation of this result is the fact that the respondents are exposed to re-education and targeted intervention and are used to similar types of tasks so they can be more successful in them than the intact, “non-trained” group. Considering the fact that this is pre-research, this result has to be taken into consideration in the following stage – actual research. The research team will try to form two groups of research and comparison groups of respondents with DBF:

1. Group of children and pupils with DBF exposed to re-education
2. Group of children (and pupils) with compromised development related to DBF who are not exposed to any activities focused on eliminating the deficits (predominantly children in nurseries and those with deferred school entry)

In case that it is difficult to find sufficient number of respondents for both groups, it will be necessary to include at least one more group of respondents in the research – children and pupils with problems adequate to DBF and with no intervention.

### References

1. *Arnbak, E., Elbro, C.* The Effects of Morphological Awareness Training on the Reading and Spelling Skills of Young Dyslexics. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2000. Vol. 44. № 3. Pp. 229–251.
2. *Carroll, J.M., Snowling, M.J., Hulme, C., Stevenson, J.* The Development of Phonological Awareness in Preschool Children. *Developmental Psychology*. 2000. Vol. 39. № 5. Pp. 913–923.
3. *Feuerstein, R., Feuerstein, Ra.S., Falik, L.* *Beyond Smarter: Mediated Learning and the Brain's Capacity for Change*, 2010. New York: Teachers College Press.

Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж.,  
Храстина Я., Храска М., Финкова Д., Лангер Г.  
Исследование факторов, определяющих динамику  
обучаемости у детей с особыми образовательными  
потребностями (подготовительный этап)  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 93–110.

Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J.,  
Chrastina, J., Chráska, M., Finková, D., Langer, J.  
Factors Affecting Dynamics of Educability in  
Children and Pupils in Need of Special Educational  
Support – Research Report (Part I – Pre-Research)  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 93–110.

4. Feuerstein, R., Falik, L., Rand, Y., Feuerstein, Ra. S. The Dynamic Assessment of Cognitive Modifiability: The Learning Propensity Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques. 2002. Jerusalem: Icelp Press.
5. Goryacheva T.G., Makarova O.N. Characterization of Age Dynamics of Spatial Representations in Children 6–9 Years Old. *Psikhologicheskaya Nauka I Obrazovaniye*. 2013. №2. Pp. 76–86.
6. Graichen, J. Teilleistungsschwächen Dargestellt an Beispielen Aus Dem Bereich der Sprachbenützung. *Zeitschrift Für Kinder-Und Jugendpsychiatrie*. 1973. № 1. Pp. 113–143.
7. Graichen, J. Teilleistungsschwächen in Den Hierarchisch-Sequentiellen Auditiven, Kinästhetischen und Rhythmischen Regulationssystemen der Sprachproduktion. In: G.Lotzmann (Hg.) *Aspekte Auditiver Rhythmischer und Sensomotorischer Diagnostik, Erziehung Und Therapie*, 1978. München/Basel, pp. 9–13.
8. Graichen, J. Teilleistungsschwächen, Dargestell an Beispielen Aus Dem Bereich der Sprachbenützung. *Zeitschrift Für Kinder-Und Jugenpsychiatrie*. 1973. № 1.
9. Haywood, H.C., Lidz, C. *Dynamic Assessment in Practice: Clinical and Educational Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
10. Janzen, T.M.; Saklofske, D.H., Das, J.P. Cognitive and Reading Profiles of Two Samples of Canadian First Nations Children: Comparing Two Models for Identifying Reading Disability. *Canadian Journal of School Psychology* 2013. Vol. 28. № 3. Pp. 323–344.
11. Scharinger, W., Scharinger, S.J. *Dílčí Oslabení Výkonu a Jeho Vliv Na Školní Praxi*. Praha: Atem, 1995.
12. Sindelar, B. *Deficity Dílčích Funkcí (Teoretická Část)*. Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007.
13. Sindelar, B. *Diagnostická Metoda k Zjišťování Deficitů Dílčích Funkcí u Školních Děti (Příručka)*. Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007.
14. Sindelar, B. *Předcházíme Poruchám Učení*. Praha: Portál, 2007.
15. Sindelar, B. *Diagnosis and Treatment Practices in the Field of Add/Adhd/Hd In Europe*. Strasbourg: Council Of Europe Publishing, 2000.
16. Sindelar, B. *Vefahren Zur Effasung von Teilleistungsschwächen*, Eigenferlag, 1985.
17. Sindelar, B. *Diagnosis and Treatment Practices in the Field of Add/Adhd/Hd In Europe*, Council of Europe Publishing, 2000.



Валента М., Лудикова Л., Крейчова Л., Михалик Дж.,  
Храстина Я., Храска М., Финкова Д., Лангер Г.  
Исследование факторов, определяющих динамику  
обучаемости у детей с особыми образовательными  
потребностями (подготовительный этап)  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 93–110.

Valenta, M., Ludíková, L., Krejčová, L., Michalík, J.,  
Chrastina, J., Chráška, M., Finková, D., Langer, J.  
Factors Affecting Dynamics of Educability in  
Children and Pupils in Need of Special Educational  
Support – Research Report (Part I – Pre-Research)  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 93–110.

18. *Tzurie, D.* Dynamická Diagnostika Učebního Potenciálu: Teoretické a Výzkumné Pohledy. *Psychologie Pro Praxi*. 2015. Vol. 50. № 1–2. Pp. 9–35.
19. *Vygotsky, L.* *Human Development Psychology*. Moscow: Smisl, Eksmo, 2005

# Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра

**Овсянникова Т.М.,**

*аспирантка факультета клинической и специальной психологии, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, sp.psychology@gmail.com*

В статье описывается метод функциональной оценки поведения (Functional Behaviour Assessment), позволяющий исследователям и практикам определить причину, из-за которой возникает то или иное нежелательное (проблемное) поведение. Данный метод достаточно давно включен в стандарт знаний профессионального американского психолога и педагога, работающего с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС). На сегодняшний день метод применяется и в отечественной практике. Функциональная оценка поведения используется при исследовании сложных поведенческих проблем, таких как агрессивное и деструктивное, в частности, самоповреждающее поведение. В статье подробно описывается случай применения метода функциональной оценки поведения для определения функций поведения у ребенка 9 лет с диагнозом расстройства аутистического спектра с целью составления программы коррекции нежелательного поведения. В заключении отражены возможности и ограничения применяемого метода.

**Ключевые слова:** прикладной анализ поведения, аутизм, функциональная оценка поведения, поведенческие нарушения.

## Для цитаты:

Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 111–126. doi: 10.17759/psyclin.2016050108

Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 111–126.

Ovsyannikova, T.M. Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 111–126.

**For citation:**

Ovsyannikova, T.M. Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 111–126. doi: 10.17759/psycljn.2016050108 (In Russ., abstr. in Engl.)

*People do not engage in self-injury [or] aggression... solely because they have...developmental disabilities. There is logic to their behaviour, and functional assessment is an attempt to understand that logic*

Люди не занимаются лечением травмы [или] агрессии... только потому, что у них есть... отклонения в развитии. Существует логика в их поведении, и функциональная оценка является попыткой понять эту логику

*P. O'Нил и др., 1997, стр. 8*

## **Введение**

Трудности, сопряженные с коррекцией поведенческих нарушений у детей с аутизмом, зачастую связаны с непониманием причин проблемного поведения. Попытки справиться с проблемным поведением привычным способом иногда не приносят результата. В последние годы отечественные специалисты все чаще обращаются к методам функционального анализа поведения для коррекции проблемного поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

**Функциональная оценка поведения** (Functional Behaviour Assessment, FBA) – широкое понятие, используемое для описания ряда различных методов, позволяющих исследователям и практикам определить причину, из-за которой возникает то или иное нежелательное (проблемное) поведение [12].

Как правило, функциональная оценка поведения используется при исследовании сложных поведенческих проблем, таких как самоповреждающее поведение или агрессия, направленная на других людей, а также деструктивное поведение. Существуют различные методы проведения функциональной оценки поведения. Все методы преследуют одну цель – *определение функции поведения* [11]. Когда функция поведения определена, становится возможным составление коррекционной программы с целью уменьшения нежелательного поведения и увеличения количества эпизодов адаптивного поведения.

В настоящее время использование функциональной оценки поведения входит в профессиональный стандарт американских специалистов и педагогов, которые

применяют прикладной анализ поведения в работе со взрослыми и детьми с ОВЗ [16]. Для проведения функциональной оценки поведения используют следующие методы: прямое наблюдение, сбор данных и функциональный анализ. В зависимости от ситуации и целей исследования возможно использование одного или более методов функциональной оценки поведения.

*Прямое наблюдение* и сбор данных относятся к описательным методам. Для метода прямого наблюдения характерно присутствие экспериментатора в естественной среде клиента. В момент наблюдения задача экспериментатора состоит в регистрации данных – факторов, предшествующих эпизодам исследуемого поведения, особенностей самого поведения и его ближайших последствий. Также экспериментатору необходимо фиксировать собственные предположения о возможных причинах поведения. На практике метод прямого наблюдения чаще всего используется для верификации гипотез о функциях поведения. В литературе можно встретить следующие термины, используемые для описания этого метода:

- наблюдение [16];
- описательная функциональная оценка поведения [12];
- прямое наблюдение [15].

*Метод сбора данных* предполагает использование различных опросников и анкет, а также проведение интервью с преподавателями, родителями, специалистами и другими людьми, взаимодействующими с клиентом. Сам клиент по возможности и по необходимости также может принять участие в исследовании. Собранные данные используются для того, чтобы определить, что происходит до того, как поведение началось, во время поведения и после него. Так же как и метод прямого наблюдения, этот метод используется для формулировки и проверки гипотезы о функциях поведения. Для описания данного метода разными авторами используются такие термины, как:

- косвенный метод [15];
- косвенная функциональная оценка поведения [12];
- информационный метод [16].

Третий метод классифицируется как экспериментальный. При использовании *функционального анализа поведения* экспериментатор сознательно производит изменения во внешних факторах, которые, по его мнению, мотивируют поведение, с целью выявления функции поведения [15]. Р. Милтенбергер, Дж. Купер, Р. О'Нэйл и другие авторы в вопросах использования терминологии для описания этого метода

пришли к консенсусу: в литературе, посвященной прикладному анализу поведения, данный метод носит название функционального анализа поведения.

В 1997 году конгресс США принял закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями». В нем содержится раздел, описывающий необходимость применения функциональной оценки поведения учащегося, в связи с чем функциональная оценка поведения вошла в профессиональный стандарт педагогов и других специалистов, работающих с людьми с РАС.

Перед проведением функционального анализа поведения необходимо ознакомиться с кодексом этики и профессиональной ответственности для практикующих специалистов, работодателей и потребителей услуг прикладного анализа поведения [18]. Например, неэтично использовать функциональную оценку, в частности, метод функционального анализа поведения в случаях, когда имеют место преднамеренные манипуляции с внешними факторами среды, провоцирующими проявление нежелательного поведения у клиента. Р. О'Нэйл и соавторы утверждают, что до проведения манипуляций, связанных с изменениями факторов, влияющих на нежелательное поведение, необходимо определить уровень потенциального риска и принять решение о том, оправдан ли риск для достижения потенциального результата или нет [16].

### Процедура исследования

В нашем исследовании принял участие мальчик 9 лет, обучающийся в первом классе школьного отделения в Центре психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков с аутизмом (ГБОУ ВО МГППУ ЦПМССДиП). У мальчика оформлена инвалидность, по медицинской классификации аутизма и нарушений, включающей в себя РАС (МКБ-10), особенности его развития отнесены к атипичному аутизму (F84.1). Вследствие проблем в поведении, которые ребенок демонстрировал в классе, по настоянию учителя ученик был переведен на домашнюю форму обучения. Также были даны рекомендации по посещению индивидуальных коррекционно-развивающих занятий с учителем-дефектологом с целью формирования учебного стереотипа.

Нами была проведена функциональная оценка поведения с целью выявления причин, мешающих ребенку посещать классные занятия вместе со сверстниками.

*На первом этапе* функциональной оценки поведения – сборе данных – был использован метод интервьюирования. Интервью проводилось с учителем регулярного класса и ближайшими родственниками ребенка – мамой, папой и старшим братом. При составлении списка вопросов для интервью, помимо вопросов общего характера касательно биографических данных, были включены вопросы о проблемном поведении: опасно ли поведение для ребенка или окружающих; мешает ли поведение самому ребенку или другим детям учиться в классе; препятствует ли

поведение нахождению среди других детей и участию в учебных или досуговых мероприятиях; может ли поведение повлиять на восприятие ребенком самого себя.

После завершения первого этапа было составлено первоначальное представление о проблемном поведении школьника. Прежде всего, было определено, что его поведение не опасно для самого ребенка и для окружающих. Не были отмечены эпизоды проявления агрессии ко взрослым и детям, так же как и актов самоповреждающего поведения. Но педагог и родители были единодушны в том, что особенности поведения мешают ребенку и окружающим его сверстникам приобретать академические навыки. Ребенок кричал во время уроков и вскакивал со своего места, отвлекая других учеников от учебного процесса. Вследствие неоднократных проявлений подобного поведения решением школьного консилиума мальчик был переведен на индивидуальную форму обучения. При индивидуальном обучении в школе ребенок продолжал кричать и вскакивать из-за парты во время занятий. Аналогичное поведение ребенок демонстрировал и дома при выполнении домашних заданий вне зависимости от того, с кем вместе выполнялась его домашняя работа.

Таким образом, проблемное поведение препятствовало усвоению знаний и развитию социализации. Проявления поведения могли негативно сказаться на восприятии ребенком самого себя и на развитии его коммуникативных навыков, так как ребенок был исключен из среды сверстников.

*На втором этапе* исследования мы провели подробное наблюдение, фиксируя на протяжении длительного времени и при разном социальном окружении частоту и интенсивность проблемного поведения. Для фиксации данных использовались следующие формы:

1. Трехзвенная схема «До–Поведение–После», ДПП (Antecedent Behavior Consequence, ABC) – форма, в которой отмечается, что (событие или ситуация) предшествовало поведению, само поведение (что ученик делает, как реагирует) и последствия поведения (см. таблицу). Форма ДПП чрезвычайно продуктивна, так как позволяет проанализировать, в каких случаях возникает проблемное поведение, когда его проявлений становится больше и когда оно проявляется с меньшей интенсивностью или не отмечается вовсе [5]. Также она позволяет описать, с какими последствиями своего проблемного поведения сталкивается ребенок, и, в частности, не закрепляют ли его окружающие взрослые своими реакциями.

2. «Дневная сетка» – форма, в которой время бодрствования ребенка разбито на временные интервалы с шагом в 30 минут. Если поведение наблюдается в какой-то из временных интервалов, ячейка заполняется графическим символом. Таким образом, получается сетка из дней недели, времени дня и зафиксированных эпизодов нежелательного поведения.

Таблица

**Фрагмент заполненной формы ДПП**

Дата, начало/окончание	Место, присутствующие	До	Поведение	После
11.02 8:25–8:35	Школа, учитель, ребенок	Ребенок сидел рядом с учителем за партой и открывал тетрадь по русскому языку. Учительница сказала: «Возьми ручку, сейчас будем писать».	Ребенок вскочил из-за стола, начал трясти руками и кричать.	Учительница сказала: «Сядь за стол». Ребенок начал топтать ногами. Учительница при помощи физического воздействия усадила ребенка за стол и продолжила урок.
11.02 14:10–14:13	Дом, мама, ребенок	Ребенок сидел за столом рядом с мамой и писал в прописях заглавную букву «М». Мама сказала: «Пиши аккуратнее, а то будешь все переписывать».	Ребенок вскочил из-за стола, говоря при этом «мульттики», подбежал к компьютеру, открыл страницу «YouTube» и стал хаотично просматривать видеоролики.	Мама подошла к компьютеру и выключила его из розетки. Компьютер выключился, ребенок начал топтать ногами и выкрикивать слово «мульттик». Мама взяла ребенка за руку и вернула за стол, говоря: «Переписывать ничего не будем».
11.02 14:45–14:46	Дом, мама, ребенок	Ребенок сидел за столом рядом с мамой и пытался решить пример по математике. Мама оказывала вербальную помощь.	Ребенок вскочил из-за стола, говоря при этом «колбаска». Активно размахивал руками.	Мама дала кусочек колбасы и вернула за стол при помощи физического воздействия.
14.02 9:10–9:15	Школа, учитель, ребенок	Ребенок сидел за партой рядом с учительницей и писал в прописях.	Ребенок вскочил из-за стола, начал трясти руками и топтать ногами.	Ребенок вернулся и сел за стол при помощи минимального

			Учительница сказала: «Вернись за стол». Ребенок сказал: «Не хочу, хочу мультики».	физического воздействия со стороны учительницы. Урок продолжился.
18:02 15:05–15:10	Дом, папа, ребенок	Ребенок сидел за столом рядом с папой и выполнял домашнюю работу по математике. Решал пример на сложение.	Ребенок вскочил из-за стола, произнося при этом слово «пастила». Размахивал руками.	Папа встал из-за стола, взял ребенка за руку и вернул за стол. Ребенок начал писать решение примера под папину диктовку.
18.02 15:30–15:36	Дом, папа, ребенок	Ребенок сидел за столом, рядом с папой и занимался целенаправленной деятельностью. Читал учебник по окружающему миру.	Ребенок вскочил из-за стола, говоря при этом «мультики», подбежал к компьютеру и включил его.	Папа встал из-за стола, пока компьютер загружался, взял ребенка за руку и вернул за стол. Пообещал просмотр мультфильмов после выполнения домашней работы.
25:02 8:30–8:35	Школа, учитель, ребенок	Ребенок сидел за столом, рядом с учительницей и читал предложения по русскому языку. Учительница спросила: «О чем ты прочитал?»	Ребенок вскочил из-за стола, начал трясти руками и кричать. Учитель сказал: «Сядь за стол». Ребенок начал топтать ногами.	Учительница, повысив голос, сказала: «Сядь за стол!» Ребенок начал топтать ногами и кричать с большей интенсивностью. Учительница повторила свою просьбу. Ребенок продолжил трясти руками, кричать и топтать ногами. Учительница встала из-за парты, поймала ребенка за руку и при помощи физической силы вернула его за парту. Начался новый урок.



На заключительном этапе функциональной оценки поведения был проведен мотивационный анализ с целью повысить внешнюю мотивацию учебной деятельности. Мы искали подкрепления, которые могли бы выступать в качестве моментального поощрения (сделал – получил) и отсроченного (в конце урока или по истечении определенного временного интервала). В результате был составлен список из предпочитаемых ребенком видов активности и предметов: качаться в кресле-качалке; массажер в виде змеи; планшет с мультфильмами и кусочки сухофруктов.

### Результаты и их интерпретация

После сбора всех данных было составлено рабочее описание поведения: ребенок вскакивает из-за стола, когда он занят целенаправленной деятельностью и начинает кричать, просить чипсы, колбасу или пастилу, хватать различные предметы, топтать ногами и размахивать руками. Если поведение имеет место в домашней обстановке, то ребенок может подбежать к компьютеру и включить мультфильмы или, упав на кровать, завернуться в одеяло. Такое поведение будет продолжаться, если не вернуть ребенка за стол, взяв его за руку. Одной словесной инструкции недостаточно для того, чтобы ребенок самостоятельно вернулся за стол и продолжил заниматься учебной деятельностью. В школе поведение проявляется с меньшей интенсивностью, нежели дома. Поведение начинается резко и заканчивается, когда взрослый, занимающийся с ребенком или находящийся рядом в этот момент, возвращает его за стол, применяя физическую силу. Если ребенок находится за рабочим столом и в этот момент не делает уроки, подобное проблемное поведение отсутствует.

После анализа связи между собранными данными была выдвинута гипотеза о том, что причиной проблемного поведения является избегание нежелательных для ребенка действий. Ребенок избегает выполнения учебных заданий, которые вызывают у него трудности. Дома ребенок избегает выполнять домашнюю работу по изучаемым в школе предметам (русский язык, математика, чтение). При выполнении домашней работы мама оказывает на ребенка сильное эмоциональное и иногда физическое давление, требует выполнения упражнений, которые ребенку на данном этапе не доступны. В классе при индивидуальном режиме работы учитель настаивает на самостоятельном выполнении ребенком заданий по всем изучаемым предметам. Проблемное поведение отмечается у ребенка на всех уроках.

При составлении плана работы с проблемным поведением особое внимание было уделено *выработке* так называемого *рабочего поведения* (on-task behavior) – способности усидеть на рабочем месте хотя бы недолго и выполнять простые, заведомо доступные инструкции, интенсивно подкрепляя каждый шаг в правильном направлении. С целью формирования причинно-следственных связей между заданием и подкреплением, а также мотивирования к выполнению вызывающих трудности действий использовалась схема «*сначала–потом*». Схема

представляет собой визуальное отображение деятельности, которую ребенку предстоит выполнять, и подкрепления, которое он получит по ее завершении [7].

При построении учебного процесса планировалось использовать метод «обучения отдельными пробами» (Discrete Trial Teaching). Метод заключается в том, что каждая проба состоит из инструкции взрослого, ответа ученика и обратной связи со стороны взрослого. Отработка нового навыка включает обычно порядка 10 проб, а критерием освоенности нового навыка при обучении является самостоятельное выполнение заданий в 80% случаев [8]. Немаловажную роль в процессе обучения наравне с подкреплением играет помощь, оказываемая взрослым (педагогом или родителями) при выполнении ребенком задания. Она определяется как «действия, направляющие ребенка к желаемой реакции» [9, 54]. Выделяются следующие виды помощи: физическая, вербальная, непрямо вербальная, моделирование, жестовая, средовые подсказки или определенные звуковые сигналы, направляющие ребенка к правильному ответу.

При обучении отдельными пробами одна сложная задача разбивается на несколько простых. Четкая пошаговость обучения, точно проработанные системы подкреплений и помощи взрослого позволяют делать процесс обучения безошибочным для ученика (errorless learning). Ситуация успеха ребенка становится доминирующей в процессе обучения.

В плане было приведено описание того, как в дальнейшем проводить занятия с ребенком, учитывая проведенную функциональную оценку нежелательного поведения. За пять минут до начала занятия в классе или дома взрослый должен предупредить ребенка о предстоящей деятельности. Взрослый напоминает о начале занятия каждую минуту, а в последнюю минуту ведет обратный отсчет времени. По истечении времени, если ребенок самостоятельно садится за стол, взрослый незамедлительно дает социальное (похвала) или пищевое (кусочек сухофрукта) подкрепление. Если ребенок не садится за стол, взрослый напоминает об этом физической или вербальной подсказкой.

За столом взрослый использует схему «сначала–потом» [6]. Ребенку предоставляется возможность самостоятельного выбора подкрепления. Сначала урок длится не более пяти минут, ребенок выполняет заведомо простые и знакомые задания, с которыми он точно может самостоятельно справиться. На данном этапе акцент делается на формировании рабочего поведения. После того, как ребенок способен находиться за столом от пяти минут и более, в течение которых успешно выполняет инструкции педагога, время занятия постепенно, путем прибавления по пять минут, доводится до стандартной продолжительности урока в школе. Применяя метод отдельных проб, учитель и родители адаптируют задания, вызывающие наибольшие трудности, путем разбиения сложной задачи на несколько простых. Во время обучения обязательно нужно использовать подкрепления и при необходимости оказывать помощь. Ниже приводятся

*рекомендации учителю и родителям по предъявлению ребенку инструкций при проведении занятий:*

1. инструкции должны быть четкими и короткими;
2. после подачи инструкции нужно подождать три секунды ответа;
3. если по истечении трех секунд ответа не последовало, следует повторить инструкцию и оказать один из видов помощи (в зависимости от ситуации);
4. серия проб начинается с наиболее легкого задания и затем постепенно усложняется;
5. каждая серия проб должна завершаться успехом;
6. обязательно нужно сообщать ребенку о том, сколько проб еще предстоит сделать или сколько времени он будет заниматься данным заданием.

Впоследствии, когда длительность урока будет доведена до принятой в школе, учитель каждые 5–10 минут во время занятия при отсутствии нежелательного поведения подкрепляет поведение ребенка, используя для этого похвалу или пищевое подкрепление в виде сухофруктов. На протяжении двух недель дома и в школе постоянно фиксируются данные по частоте проявлений нежелательного поведения (см. рисунок).

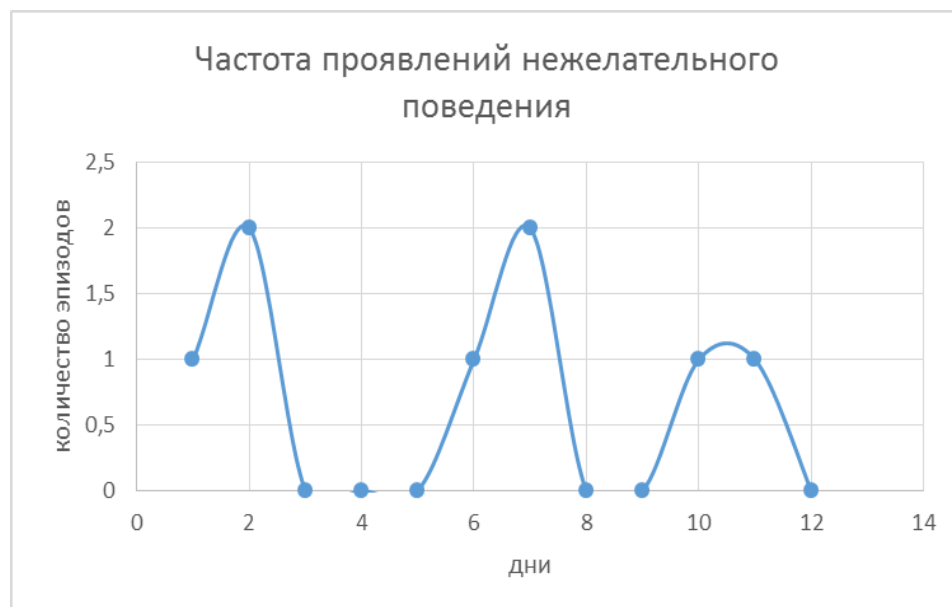


Рисунок. Частота проявлений нежелательного поведения школьника после начала коррекционной программы

На графике видно, что случаи проявления нежелательного поведения уменьшились к десятому дню, а в конце второй недели не отмечались совсем. Время урока было увеличено до принятого в школе в течение первой недели. Данная динамика дает основание говорить о том, что выдвинутая гипотеза о функции проблемного поведения была верной, и план работы был составлен корректно. На протяжении трех следующих месяцев собирались данные о динамике. Со слов учителя и родителей, количество эпизодов нежелательного поведения резко сократилось. Также причины, по которым ребенок отказывался сотрудничать со взрослыми, стали понятны окружающим. Например, учитель забыл предупредить ребенка о начале урока, или не оказалось в наличии выбранного ребенком подкрепления.

### Выводы

Поведение – динамичное и непрерывно изменяемое явление, которое зависит от характера взаимодействия человека с миром. Многие называемые учителями или родителями «причины» поведения – «непослушный», «неусидчивый», «гиперактивный» – не могут объяснить функции такого поведения [17]. Описанный нами случай наглядно показывает, что проведение функциональной оценки поведения позволяет выявить функцию поведения и составить эффективный план коррекционной работы. Одной из сильных сторон современного прикладного анализа поведения является позитивная направленность обучения: обучающие задачи ставятся всегда с целью научить чему-то ученика, а не избавить его от чего-либо. Для того чтобы понять истинную причину поведения и помочь ребенку адаптироваться и социализироваться в школьной среде, необходимо обратиться к науке о поведении и найти движущие силы поведения – цели поведения. Рассмотрение процесса обучения как условия для формирования поведения, а не как передачу знаний и фактов, позволяет сосредоточить внимание на условиях, необходимых для приобретения оптимальных форм поведения и способах их поддержания. Наконец, использование подкрепления позволяет учителю формировать желательное поведение учащихся, одновременно подавая пример положительного взаимодействия с окружающими.

### Литература

1. Белопольская Н.Л. Проблемы психологической диагностики и коррекции нарушений поведения у детей / Под ред. Т.А. Басиловой, Н.Л. Белопольской, В.А. Лониной // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. Материалы I Всероссийской научно-практической конференции. М.: МГППУ, 2011. С. 10–15.
2. Веденина М.Ю., Окунева О.Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации // Дефектология. 1997. № 2. С. 31–40.

Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 111–126.

Ovsyannikova, T.M. Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 111–126.

3. Девульф М. Дж., Андреа Л., Лайтон М.А. Поддержка позитивного поведения в психологической науке и образовании [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование: psyedu.ru. 2012. №4. URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n4/57098.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57098.shtml) (дата обращения: 17.03.2016).

4. Дробинская А.О. Дифференцированный подход к коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра / Под ред. Т.А. Басиловой, Н.Л. Белопольской, В.А. Лониной // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. Материалы I Всероссийской научно-практической конференции. М.: МГППУ, 2011. С. 20–23.

5. Костин И.А. Поведенческий подход к коррекции детского аутизма: основные понятия // Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии. 2009. № 1. С. 54–60.

6. МакКланнахан Л., Крантц П. Расписания для детей с аутизмом. М.: ОП Добро, 2013. 124 с.

7. Мелешкевич О., Эрц Ю. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития. Самара: издательский дом «Бахрах-М», 2014. 208 с.

8. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога. М.: ВЛАДОС, 2007. 176 с.

9. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра: учебно-методическое пособие для учителей и специалистов образовательных организаций / сост. Л.М. Беткер. Ханты-Мансийск: РИО ИРО, 2013. 82 с.

10. Рихмаер Е.А. Построение программы коррекции школьной дезадаптации (на примере случая из практики) // Психологическая наука и образование. 2007. № 5. С. 62–70.

11. Эрц-Нафтульева Ю.М. Наглядные материалы и расстройства аутистического спектра. [Электронный ресурс] // Аутизм/АВА-терапия, 2013, № 5. URL: <http://autism-aba.blogspot.ru/2013/05/visual-support-and-asd-p1.html> (дата обращения: 29.05.2015).

12. Эрц-Нафтульева Ю.М., Жесткова Е.Б. Проведение процедуры «функциональный анализ поведения» // Аутизм и нарушения развития. 2014. № 4. С. 24–31.

13. BACB Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts. January 1, 2016 [Электронный ресурс]: URL: <http://bacb.com/ethics-code/> (дата обращения: 05.02.2016).

Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 111–126.

Ovsyannikova, T.M. Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 111–126.

14. *Cooper J., Heron T., Heward W.* Applied Behaviour Analysis. NJ: Pearson Education, 2007. 800 p.

15. *Iwata B., et al.* The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis // *Journal of Applied Behaviour Analysis*. 1994. Vol. 27. Pp. 215–240.

16. *Kokina A., Kern L.* Social Story Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010. Vol. 40. Pp. 812–826.

17. *Miltenberger R.G.* Behaviour Modification. Belmont, CA: Wadsworth Publishing, 2008. 688 p.

18. *O'Neill R., et al.* Functional Assessment and Programme Development for Problem Behaviour: A Practical Handbook. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company, 1997. 144 p.

19. *Smith T.* Making Inclusion Work for Students with Autism Spectrum Disorders: An Evidence-Based Guide. NY: Guilford press, 2011. 380 p.

20. The functional behavior assessment. (FBA) [Web source]: Educate autism URL: <http://www.educateautism.com/functional-behaviour-assessment.html> (дата обращения: 05.02.2016).

# Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder

**Ovsyannikova, T.M.,**

Post-graduate student, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, sp.psychology@gmail.com

---

The article describes the method of functional behavior assessment (FBA) used to describe a number of different ways which allow to determine the cause of undesirable (problematic) behavior. This method quite a long time has been included in the Standard of professional knowledge of the American psychologist and teachers working with children with autism spectrum disorders (ASD). Today the method is used in domestic practice too. Functional assessment of behavior is used to study complex behavioral problems such as self-injurious or aggressive behavior. The case of using functional assessment of behavior to determine functions of behavior of a child with a diagnosis of ASD is described. The plan for correcting undesirable behavior is also presented.

**Keywords:** applied behavioral analysis, autism, functional behavioral assessment, behavioral disorders.

---

## References

1. *Belopol'skaja, N.L.* Problemy psihologicheskoy diagnostiki i korrekcii narushenij povedeniya u detej / T.A. Basilova, N.L. Belopol'skaja, V.A. Lonina (eds.) // *Korrekcija i profilaktika narushenij povedeniya u detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja. Materialy I Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii.* Moscow: MGPPU, pp. 10–15.
2. *Vedenina, M.Ju., Okuneva, O.N.* Ispol'zovanie povedencheskoj terapii autichnyhdetej dlja formirovanija navykov bytovoj adaptacii. *Defektologija*, 1997, no 2. pp. 31–40.

Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 111–126.

Ovsyannikova, T.M. Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 111–126.

3. *Devul'f, M. Dzh., Andrea, L., Lajton, M.A.* Podderzhka pozitivnogo povedenija v psihologicheskoj nauke i obrazovanii. Psihologicheskaja nauka i obrazovanie: psyedu.ru, 2012, no 4. Available at: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n4/57098.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57098.shtml) (Accessed: 17.03.2016).

4. *Drobinskaja, A.O.* Differencirovannyj podhod k korrekcii agressivnogo povedenija u detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra / T.A. Basilova, N.L. Belopol'skaja, V.A. Lonina (eds.) // Korrekcija i profilaktika narusenij povedenija u detej s ogranicennymi vozmozhnostjami zdorov'ja. Materialy I Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii. Moscow: MGPPU, pp. 20–23.

5. *Kostin, I.A.* Povedencheskij podhod k korrekcii detskogo autizma: osnovnye ponjatija. Vospitanie i obuchenie detej s narusenijami v razvitii, 2009, no 1, pp. 54–60.

6. *MakKlannahan, L., Krantc, P.* Raspisanija dlja detej s autizmom. Moscow: OP Dobro publ., 2013. 124 p.

7. *Meleshkevich, O., Jerc, Ju.* Osobyje deti. Vvedenie v prikladnoj analiz povedenija (AVA): principy korrekcii problemnogo povedenija i strategii obuchenija detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra i drugimi osobennostjami razvitija. Samara: Bahrah-M publ., 2014. 208 p.

8. *Morozova, S.S.* Autizm: korrekcionnaja rabota pri tjazhelyh i oslozhnennyh formah : posobie dlja uchitelja-defektologa. Moscow: VLADOS publ., 2007. 176 p.

9. Psihologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie detej s rasstrojstvom autisticheskogo spektra: uchebno-metodicheskoe posobie dlja uchitelej i specialistov obrazovatel'nyh organizacij / L.M. Betker (ed.). Hanty-Mansijsk: RIO IRO publ., 2013. 82 p.

10. *Rihmaer E.A.* Postroenie programmy korrekcii shkol'noj dezadaptacii (na primere sluchaja iz praktiki). Psihologicheskaja nauka i obrazovanie, 2007, no 5, pp. 62–70.

11. *Jerc-Naftul'eva, Ju.M.* Nagljadnye materialy i rasstrojstva autisticheskogo spektra. [Web source] // Autizm/AVA-terapija. URL: <http://autism-aba.blogspot.ru/2013/05/visual-support-and-asd-p1.html> (Accessed: 29.05.2015).

12. *Jerc-Naftul'eva, Ju.M., Zhestkova, E.B.* Provedenie procedury "funkcional'nyj analiz povedenija". Autizm i narushenija razvitija, 2014, no 4, pp. 24–31.

13. BACB Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts. January, 2016: Available at: <http://bacb.com/ethics-code/> (Accessed: 05.02.2016).

14. *Cooper, J., Heron, T., Heward, W.* Applied Behaviour Analysis. NJ: Pearson Education, 2007. 800 p.

15. *Iwata, B., et al.* The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. Journal of Applied Behaviour Analysis, 1994, vol. 27, pp. 215–240.



Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 111–126.

Ovsyannikova, T.M. Using the method of Functional Behavior Assessment to correct undesirable behavior of a child with autism spectrum disorder  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 111–126.

16. *Kokina, A., Kern, L.* Social Story Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010, vol. 40, pp. 812–826.
17. *Miltenberger, R.G.* Behaviour Modification. Belmont, CA: Wadsworth Publishing, 2008. 688 p.
18. *O'Neill, R., et al.* Functional Assessment and Programme Development for Problem Behaviour: A Practical Handbook. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company, 1997. 144 p.
19. *Smith, T.* Making Inclusion Work for Students with Autism Spectrum Disorders: An Evidence-Based Guide. NY: Guilford press, 2011. 380 p.
20. The functional behavior assessment. (FBA): Educateautism. Available at: <http://www.educateautism.com/functional-behaviour-assessment.html> (Accessed: 05.02.2016)

# Сказочная группа в психоневрологическом санатории

**Радионова М.С.,**

*кандидат психологических наук, доцент факультета консультативной и клинической психологии, ГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, radionova.m@list.ru*

Статья описывает опыт проведения психотерапевтической группы, построенной по принципу проживания участниками комбинированного сказочного сюжета. Группа проводилась в форме театра сказки с детьми младшего школьного возраста, у которых наблюдались невротические симптомы и задержка психического развития. Дети находились на лечении в детском психоневрологическом санатории г. Москвы. Описываются общие теоретические и методические предпосылки разработки сказочно-театрально-игрового метода психотерапии. Раскрываются три уровня психотерапевтической работы: работа в группе с общими проблемами участников, работа в сказочном кукольном театре с проблемами отдельного ребенка и индивидуальная работа с детьми методами сказкотерапии. Обсуждается проблема оценки терапевтической эффективности метода в контексте общей ситуации пребывания в санатории. У детей отмечались снижение конфликтности, тревожности, невротизма, бóльшая реалистичность самооценки и сглаживание имеющейся невротической симптоматики.

**Ключевые слова:** психотерапия детей, кукольный театр, сказка, групповая психотерапия.

## Для цитаты:

Радионова М.С. Сказочная группа в психоневрологическом санатории [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 127–147. doi: 10.17759/psyclin.2016050109

## For citation:

Radionova, M.S. Fairy tale group in the children's psycho-neurological sanatorium [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 127–147. doi: 10.17759/psycljn.2016050109 (In Russ., abstr. in Engl.)

Скоро сказка сказывается,  
да не скоро дело делается.

*Народная пословица*

## **Введение**

В эпоху переоценки ценностей естественно обращение к культурному наследию, к корням национальным и общечеловеческим. Всплывают забытые имена, возрождается интерес к традиционным видам искусства. Беспроигрышным материалом для книгоиздательств стали замешанные на сказочно-эпических мотивах бестселлеры; киносценаристы используют сказочные сюжеты для кинофильмов; сказке посвящают научные диспуты, семинары; психологи проводят тренинги, применяя волшебные истории в психотерапевтических целях.

Сказка подобна драгоценному ожерелью, извлеченному из бабушкиного сундука, которое переливается и играет камнями, как будто только что вышло из рук искусного ювелира. Сказки всегда занимали особое место в культуре и сознании людей. Обратимся хотя бы к фразеологии: «прямо сказка!», «хорошо, как в сказке!», «хватит сказки рассказывать!». В нас существует отношение к сказке одновременно и как к вымыслу, и как к волшебству, в которое хочется верить.

Издавна сказка является синкретическим средством народной психотерапии. Она заменяет совет и строгое порицание («сказка – ложь, да в ней намек...»), она вселяет веру в собственные силы и помогает разобраться в жизненных затруднениях, представляя собой модель человеческих взаимоотношений. С развитием современной психотерапии сказку не обошли вниманием исследователи и практикующие психологи. История развития методов использования сказок в психотерапии, а также их научного осмысления связана с именами З. Фрейда, К.Г. Юнга, Б. Беттельгейма, Э.Берна, Н. Пезешкяна и других. Несмотря на фундаментальное значение и эффективность разработанных методов, их шаблонный перенос из одной культурной среды в другую не всегда продуктивен. Поэтому перед психологом, желающим применять сказки в своей практике, возникает необходимость синтеза, приспособления, видоизменения разработанных приемов и форм с учетом конкретных условий и задач [2; 3; 4; 6; 10].

В статье мы описываем попытки нащупать такую форму или метод психотерапевтической работы, который позволил бы в доступном для детей виде прорабатывать их проблемы с привлечением сказочного материала. Пока нами сделаны первые шаги, поэтому говорить о каком-то оформленном и сложившемся методе преждевременно, это, скорее, описание творческого процесса его создания.

## **Психокоррекционная работа: участники, основания, цели**

Психокоррекционная работа с детьми велась на базе детского психоневрологического санатория № 44 г. Москвы, куда направляются дети с трудностями школьного обучения и нарушениями поведения, и определялась

практическими нуждами этого учреждения. Основным контингентом санатория являются дети школьного возраста с задержкой психического развития вследствие органических нарушений ЦНС, дети с педагогической запущенностью, с характерологическими особенностями (психопатическими чертами личности), с невротическими реакциями (энурезами, тиками, нарушениями сна). Все эти явления встречаются в разных сочетаниях и осложняются дисфункциональными семейными отношениями и негативным отношением со стороны школьного окружения.

Дети находятся в санатории от 1,5 до 2 месяцев и продолжают учиться по школьной программе в щадящем режиме (обязательный дневной сон, прогулка, дополнительные возможности разрядки – лечебная физкультура, ритмика, посещение различных кружков, дискотеки) и одновременно находятся под наблюдением психиатров, которые регулируют медикаментозное воздействие, поддерживают контакт с родителями. Но эти меры часто оказываются недостаточными, чтобы устранить имеющиеся у ребенка сложности. Для этого нужна направленная психокоррекционная и психотерапевтическая работа как с детьми, так и с родителями, учитывающая специфику данного лечебного учреждения (содержание детей вне семьи; родители могут навещать детей раз в неделю; родители, как правило, низко мотивированы на активное участие в процессе помощи ребенку).

Нашей целью была разработка психотерапевтического метода работы с детьми младшего школьного возраста, но в дальнейшем требуется организовать параллельную работу с родителями.

От психиатров и учителей исходил запрос на повышение мотивации детей к обучению, коррекцию трудностей школьного обучения, снижение конфликтности и общей тревожности. Однако, учитывая весь комплекс проблем детей, мы выделили следующие задачи психотерапевтического (психокоррекционного) воздействия:

- снижение конфликтности в общении со сверстниками и учителями;
- повышение осознания ребенком своих отношений с окружающими;
- достижение бóльшей произвольности в поведении, снятие неадекватных стереотипов поведения;
- повышение уверенности в себе и уменьшение тревожности;
- мотивирование на учебную деятельность.

При решении этих задач мы старались действовать в сотрудничестве с психиатрами и педагогами, имеющими большой опыт работы со «сложными» детьми, чтобы, с одной стороны, использовать удачные приемы регуляции поведения, найденные ими в ходе повседневного общения, а с другой – поддерживать согласованную работу специалистов, оказывающих воздействие на ребенка, и стремиться к созданию поддерживающей терапевтической среды.

В качестве основной формы воздействия мы избрали проведение детской психотерапевтической группы, поскольку нормализовать отношения и получить навыки адаптивного поведения ребенок может только в ходе активного взаимодействия со сверстниками и ведущими, что также создает благоприятные предпосылки для проработки внутренних конфликтов. Дополнительным методом была индивидуальная работа с отдельными участниками группы.

В течение полугода нами были проведены три серии занятий с детьми по десять занятий каждая, продолжительность одного занятия – 1,5–2 часа. Периодичность занятий – два раза в неделю. Всего курс прошли двадцать детей 8–9 лет, шесть из которых имели диагноз астено-невротические реакции, еще шесть человек – энурез невротической природы, пять человек имели диагноз ЗПР вследствие раннего органического поражения ЦНС, два человека – синдром дефицита внимания и гиперактивности и один ребенок – церебрастенический синдром. Для детей были характерны эгоцентризм, расторможенность или, наоборот, скованность, недостаточная произвольность поведения, неумение эффективно общаться с взрослыми и со сверстниками.

### **Создание сказочно-театрально-игрового метода**

Для того чтобы, с одной стороны, мотивировать и заинтересовать детей, а с другой – иметь возможность направленно работать с выделенными проблемами, требовалось создание особой формы психотерапевтической работы. Так возник «Театр Сказки», в котором мы пытались объединить три методических основания: игру, сказку и театр.

Почему игра? Игра – это то, что любят практически все дети, она дает возможность активного, творческого взаимодействия с другими. Традиционные игровые психологические группы с дошкольниками и школьниками – наиболее удобная форма, микросреда для тренинга коммуникативных навыков, преодоления неэффективных стереотипов поведения и формирования адекватного отношения к себе.

Почему сказка? Мы исходим из двух соображений. Во-первых, синкретический язык мифологемы, запечатленный в сказке, содержит архетипическую информацию с глубинным психотерапевтическим потенциалом [5; 13; 14]. Во-вторых, реализация этого потенциала возможна не только путем прояснения смысла мифологемы или поиска аналогий из жизни клиента, но и путем ее активного проживания, что обладает целительным эффектом [15]. Кроме того, ролевая игра, построенная на основе сказочного сюжета, позволяет структурировать психотерапевтическое занятие, а также создает поле для экспериментирования с различными ролями и формами поведения.

Почему театр? Потому что сама идея театра и возможность побыть актером чрезвычайно привлекательны для ребенка, они создают хорошую мотивацию, поднимают самооценку и социальный престиж. Принятие ребенком какой-нибудь

роли опосредует взаимодействие и позволяет преодолеть барьеры в общении. Игра на сцене увеличивает степени произвольности и осознанности своих действий, что было особенно актуально для тех детей, с которыми мы имели дело.

Из всего многообразия театральных форм значительное место в группе занимал кукольный театр. Это не вполне обычно для детских игровых психотерапевтических групп, поэтому есть смысл подробнее остановиться на его функциях.

1. Кукольный театр, как уже было сказано, опосредует, облегчает и структурирует контакт между участниками группы.
2. В кукольном театре присутствующие в актере два «Я» – «Я-творящее» и «Я-материал» – пространственно разделены, что приводит к эффекту «отчуждения» [12]. Это облегчает эмоциональное самовыражение, канализацию отрицательных эмоций, конфликтных переживаний, овладение ими, ведь выражает их кукла, а не сам актер.
3. Кукольный театр выполняет обучающую и развивающую функции путем проигрывания спектакля определенного содержания. Кроме того, спонтанная игра дает возможность терапевту получить диагностическую информацию о ребенке, а ребенку самостоятельно воссоздать тревожащие его ситуации, пережить их с терапевтом и моделировать свое поведение.

Кукольный театр был нами выбран еще и потому, что благодаря своей внешней прямоте, бесхитрости, схематичности и в то же время выпуклости изображенных характеров и взаимодействий, он в сочетании со сказкой особенно сильно воздействует на детей, в понятной форме передавая сложное содержание. И, конечно, особенно привлекательным в этой форме традиционного искусства является чудо одушевления неживой материи. Ребенок, управляющий куклой, становится настоящим магом, по велению которого кукла говорит и действует.

К идее сказочного театра мы приходили постепенно, применяя сначала отдельные приемы введения сказок и элементов кукольного театра в игровую детскую группу<sup>1</sup>. Стиль группы был недирективным. При этом опробовали несколько способов включения сказки в психотерапевтический процесс: 1) включение сказки в конце занятия как средства релаксации; 2) спонтанное развертывание сказочных сюжетов с помощью кукол; 3) игры-драматизации на основе сюжетов сказок.

Из этих трех форм наибольший энтузиазм у детей вызвал кукольный театр. Даже самые молчаливые и застенчивые или негативно настроенные члены группы, отказывающиеся до этого участвовать в общих играх, взяв в руки куклу,

<sup>1</sup> Первая группа была проведена М.С. Радионовой совместно с Л.В. Милединой.

неожиданно преобразались и начинали взаимодействовать с другими. Развернутые драматизации без кукол по сказочным сюжетам, предложенным ведущим, не были столь охотно приняты детьми и нуждались в специальных разъяснениях, в то время как совершенно спонтанно и с большим удовольствием разыгрывались несказочные сюжеты. Наконец, чтение сказки как средство релаксации требовало слишком долгого времени вхождения в смысл. Так рождалась идея проведения группы в форме занятий в театральной студии<sup>2</sup>. При этом удельный вес каждого из элементов – театра, сказки и игры – изменялся. Стиль ведения группы становился более директивным. Разрабатывался четкий план занятия, ориентированный на целенаправленное применение сказки. По целям вторая и третья группы приближались к поведенческому тренингу. Но стержнем проведения группы был сказочно-мифологический сюжет о придворном театре короля Артура и его актерах, которые отправляются в путешествие за Граалем – чашей, исполняющей желания, который как бы выстраивал всю цепь занятий и подчинял их единой цели – поиску Грааля. Уже внутри и по ходу развития этого сюжета разыгрывались сказочные представления и применялись различные игры: сюжетные, ролевые, игры-драматизации, игры с правилами и т.д. Такая структура занятий, напоминающая «матрешку», с вложенными друг в друга реальностями была призвана оказать более глубокое эмоциональное воздействие на ребенка, и позволяла работать с проблемами разных уровней.

## Этапы работы

### I. Диагностика

Психотерапевтический процесс – сложная динамическая система и для большего удобства ее описания воспользуемся блоковой схемой, приведенной А.С. Спиваковской в книге «Профилактика детских неврозов». Согласно ей, психокоррекционный комплекс состоит из четырех взаимосвязанных блоков, реализующих разные задачи и включающих специфически организованные методы и приемы:

- I. диагностический;
- II. установочный;
- III. коррекционный (психотерапевтический);
- IV. оценка эффективности.

**Задачами** диагностического этапа были следующие:

- Знакомство и установление контакта с ребенком.
- Диагностика эмоционально-личностных особенностей ребенка (темперамента, самооценки, эмоциональной сферы, отношений в социуме,

---

<sup>2</sup> Последующие группы были проведены М.С. Радионовой совместно с В.Н. Златопольским.

отношения к ситуации обследования).

- Обследование познавательной сферы (внимания, памяти, мыслительных функций, работоспособности).
- Выявление структуры нарушенных и сохранных психических функций. Выявление ресурсов ребенка.
- Отбор в группу. Критериями отбора были: сохранный интеллект или невыраженная задержка интеллектуального развития и ненарушенная критичность к своему состоянию как внутренние ресурсы для опоры в психокоррекционной работе.
- Выявление психологических трудностей. Более углубленная диагностика проводилась после проведения установочного блока и была направлена на выявление психологических трудностей ребенка, которые проявлялись во внешних и внутренних конфликтах. При определении конфликтов учитывались три параметра: зона конфликта, содержание конфликта и стиль конфликтного поведения [8].

Для решения диагностических задач использовались следующие **методы**: опрос учителей, анализ данных медицинских карт, беседа с ребенком, психометрическая диагностика познавательных способностей (запоминание слов, исключение лишнего предмета, пиктограмма, простые аналогии, составление рассказа по картинкам, счет по Крепелину), проективные методы исследования личности (КАТ или подростковый ТАТ, рисунок семьи, рисунок несуществующего животного, тест Люшера), тест Розенцвейга, метод построения репертуарных решеток.

Учитывая основной запрос психиатров и учителей на коррекцию именно школьных сложностей детей, требовалось различать причины школьной дезадаптации у детей, отобранных в группу.

Мы различали три основные *причины школьных трудностей*.

1. Слабая подготовка к школе, нехватка навыков чтения, счета, письма. Недостаточный запас знаний из-за педагогической запущенности, которая коренится в семейной ситуации ребенка. Следствием этого являлись отставание в учебе от других детей и снижение мотивации учебной деятельности. Потенциальными психологическими задачами психотерапевтической работы являлись пробуждение интереса к учебе, коррекция отрицательного отношения к школьным требованиям.
2. Психоорганические нарушения у ребенка, которые проявляются в трудностях переключения с одного вида деятельности на другой, трудностях концентрации внимания, повышенной утомляемости, расторможенности, снижении контроля за своими эмоциями и поведением. Целью



психологического воздействия являлось формирование навыков саморегуляции, произвольности поведения.

3. Сложности контактов со сверстниками, повышенная конфликтность или изоляция в коллективе, связанные с особенностями темперамента ребенка, недостаточными навыками общения среди сверстников и внутренними конфликтами самого ребенка. В этом случае психологическая помощь направлена на осознание ребенком своего поведения, перестройку неэффективных коммуникативных паттернов или ослабление их внутренних причин.

В зависимости от полученных результатов определялись психологические задачи, касающиеся каждого конкретного ребенка. При подготовке ведущие таким образом продумывали очередное занятие, чтобы «зацепить» и раскрыть выявленные с помощью диагностики проблемы.

## **II. «Вдруг откуда ни возьмись...» (установочный блок)**

Важной задачей начального этапа было создание у детей активной установки на участие в группе. Косвенной мотивировкой служила внешняя форма групповой работы – сказочный театр. Но перед началом занятий было важно создать настрой. Для этого был подготовлен и разыгран ведущими кукольный мини-спектакль – диалог между Псом и Лягушкой, которую он вдохновляет участвовать в занятиях.

### **Пес:**

Ребята! Привет!  
Слышали новость из последних газет?  
Я – пес ученый, грамоту знаю.  
Хотите, я Вам почитаю?  
*(надевает очки, читает)*  
– Мы рады вас приветствовать  
У нас в театре Сказки!  
Мы вас научим выходить  
На сцену без опаски.  
Научим куклы мастерить,  
Их рисовать, кроить, лепить,  
Разучим роль злодея, принцессы, короля,  
Отважного героя и верного коня.  
Скорее расскажите  
Знакомым и друзьям.  
Пусть те, кто любит сказки,  
Придут в театр к нам!

### **Лягушка:**

Какой театр, куда скакать?  
И где билетик покупать?

**Пес:**

Постой, лягушка, не зевай,  
Газету лучше почитай.

**Лягушка (читает):**

Вот это да! Нас ждет успех.  
На сцене будем лучше всех,  
Сыграю роль, наверно,  
Прекрасной королевы!

**Пес:**

Успех не дастся без труда!

**Лягушка:**

Какая это ерунда!  
Пускай назначат роли –  
И сразу на гастроли!

**Пес:**

Ты все, зеленая, спешишь,  
Так дело вовсе не решишь,  
Чтобы в театре нам играть,  
Вниманием надо обладать  
И слушать режиссера.

**Лягушка:**

Ну, выдумал! Умора...  
А что такое «режиссер»?

**Пес:**

Он маг и чародей,  
Он знает все повадки  
Животных и людей.  
Он нам поможет создавать  
На сцене волшебство.  
Нам надо только выполнять задания его.

**Лягушка:**

Задания, уроки нам в школе задают.  
Еще одна забота – покоя не дают.  
Мне что-то неохота,  
пойду опять в болото.

**Пес:**

Но если интересно – все это не беда!

А без труда не вытащишь и рыбку из пруда,  
Ведь глупых и ленивых в театр не берут.  
Сначала будет конкурс,  
и нас уже там ждут.

**Лягушка** (*крутит головой, думает*):

Попробуем, пожалуй, а то, того глядишь,  
Всю жизнь свою в болоте  
Без сцены просидишь,  
Видать, на конкурс уж спешат –  
Вон скачут там подружки.  
Ребят, возьмут меня на роль  
Царевны-лягушки?

*Конкурс*, о котором объявляет Пес, нужен для того, чтобы повысить престижность группы и создать возможность выбора мотивированных участников. Каждый ребенок, прошедший конкурс, получал специальный билет, на котором стояла «печать» театра Сказки и было написано, в какой должности он туда зачисляется: «актером», «художником» или «писателем». В группу попадали только «актеры», а остальным предполагалось давать специальные задания, чтобы они не чувствовали себя ущемленными.

### **III. Коррекционный блок.**

*Общий замысел*

По замыслу ведущих, дети оказывались при дворе короля Артура и становились актерами его придворного театра. Король Артур задумал отправить своих актеров странствовать по белу свету, посмотреть, как живут люди в других царствах, чтобы потом увидеть это своими глазами в живом сценическом действии. Кроме того, от своих друзей, рыцарей Круглого стола, король много раз слышал легенду или быль о невиданном сокровище – волшебной чаше или кубке, называемом Граалем, который имел силу исполнять заветные желания людей. Многие герои и рыцари пытались найти Грааль, но удалось ли это кому-нибудь – никто точно сказать не мог. Известно лишь, что кубок невидим для плохих людей, и только самые достойные могут его увидеть. И задумал тогда король, чтобы во время путешествия его верные подданные постарались узнать что-то о Граале, как до него добраться и где его искать.

Для того чтобы отправиться в это сказочное путешествие, участники группы должны были перенестись из реальности санатория в воображаемое пространство Сказки. Это достигалось с помощью ряда приемов. Ребятам сообщалось, что для того чтобы попасть в сказочный мир, надо будет выполнить определенные действия. Перед входом в зал, где проходило занятие, всем завязывали глаза. Переход в сказочный мир символизировался проползанием под стульями, не снимая повязок. Дети по очереди с помощью ведущих совершали этот переход, после которого произносилось «заклинание» и повязки снимались. Для усиления эффекта ведущие в этот момент, надевая костюмы, превращались в слуг короля Артура – Мерлина и

Лучиэль. Они сообщали ребятам, что те попали в королевство короля Артура и что здесь надо выбрать себе вымышленное имя, которое прописывалось на эмблеме, а сама эмблема прикреплялась к одежде ребенка. Затем ведущие сообщали о замысле короля Артура и о том, что для начала путешествия необходимо собрать и прочесть магический текст, состоящий из отдельных кусков. Части магического текста вручались победителям состязаний в силе, ловкости, быстроте и сообразительности. В состязаниях были задействованы задания на академические знания: кто сделает меньше ошибок во фразе, кто назовет шесть слов на букву «а» и т.д. В конце занятия дети объединились и прочитали текст. Данное занятие было жестко структурированным, но прошло очень динамично и выполнило ряд важных задач. Оно позволило:

- донести общую идею занятий и ввести участников группы в сказочно-мифологическое пространство;
- заинтересовать и вовлечь всех участников группы;
- выявить возможные социальные статусы детей в группе: лидер, товарищ лидера, «козел отпущения» и т.д.;
- привлечь разнообразный развивающий материал: школьную программу, игры, развивающие воображение, мышление и наблюдательность.

Общее композиционное построение группы удобнее всего представить в форме кольца, где первое и последнее занятия выполняли функцию входа и выхода из сказочного пространства, завязки сюжета и его кульминации и были более структурированными. В то время как промежуточные занятия имели свой самостоятельный сюжет, связанный с общей идеей путешествия в поисках Грааля, и были направлены на проработку определенной проблемы.

#### *Уровни работы с проблемами*

Помимо общего замысла – воссоединение с глубинными архетипическими ресурсами через проживание сказочно-мифологического сюжета – психокоррекционная работа предполагала решение общих и индивидуальных проблем участников. Работа проходила на трех уровнях.

#### *1. Общие проблемы участников*

Схематично этот уровень можно было бы представить следующим образом:

- групповая динамика выдвигала на повестку дня проблему, значимую для большинства участников, либо такая проблема намечалась ведущими, например, проблемы агрессии или страхов;
- для обозначения проблемы формировался сказочный «сюжет-матрешка», вложенный в общий сценарий;

- разрабатывались приемы реализации сюжета: введение участников в условную ситуацию, подача зачина, мотивировка развития действия и так далее. Чаще всего ведущими формировался лишь зачин; развитие же сценария – продукт коллективного творчества;
- проводилось занятие, причем одной из задач была интеграция поведения и действий участников в развитии сюжета;
- анализировались результаты занятия: поведение участников по материалам наблюдений и магнитофонных записей, творческая продукция (рисунки, изделия из пластилина и поролон).

Проиллюстрируем, как это происходило на группе на примере работы с агрессией. Динамика группы в качестве актуальной проблемы отразила агрессивность. Кроме того, по результатам наблюдения и предварительной диагностики для многих детей из группы был характерен активно-наступательный, агрессивный стиль поведения в конфликте.

При подготовке занятия был применен прием парадоксальной интенции В. Франкла, состоящий в том, что терапевт предписывает клиенту неэффективный способ поведения, от которого тот страдает, в качестве обязательного, добиваясь тем самым его управляемости и осознанности. Так, в нашем случае путешественники, попадая в заколдованное царство Трояна, поневоле становятся недружными, ссорятся друг с другом. По замыслу ведущие должны были отметить в конце занятия те моменты, когда дети не поддались чарам злого волшебника, что помогло расколдовать царство. Однако действие развивалось иначе. Агрессивность некоторых членов группы превысила уровень нашей не столь уж высокой компетентности, и избежать прямого столкновения некоторых участников не удалось. После этого мы предложили наш способ выбраться из этого положения всем вместе. Один из членов группы пожелал остаться в царстве, остальные предлагали различные символические действия, которые должны были выполнять сообща, но участники друг друга не поддерживали. В конце концов удалось прийти к частичному объединению участников, но задуманная цель – расколдовать царство – достигнута не была.

## *2. Работа с проблемой отдельного ребенка в сказочном кукольном театре*

Кукольный театр был связан с общей сюжетной линией – идеей путешествия, тем не менее, он представлял собой достаточно самостоятельное ответвление. Разыграны были две сказки – «Белая уточка» из сборника А.Н. Афанасьева и «Мальчик-с-пальчик» из сказок братьев Гримм [1; 9]. В первом случае выбор определялся ситуацией конфликта, возникшего между двумя участницами группы. Во втором – был вызван двумя причинами. С одной стороны, аналогия между ситуациями отправки детей в лес и помещения их в санаторий давал возможность проработать агрессию, направленную на родителей, тревогу, страх одиночества. С другой стороны, выбор именно этой сказки определялся содержанием

индивидуальной проблемы одного из участников группы – Олега П. Проблема была выявлена в ходе диагностики, бесед с учителями и психиатрами, но в группе не проявлялась. Расскажем об этом немного подробнее.

По оценкам педагогов и психиатров, Олег интеллектуально развит, но по характеру индивидуалистичен, к детям не тянется. Натура у Олега отличается двойственностью: в обычной ситуации спокойный, очень развита творческая составляющая, но в конфликтах проявляет жестокость и мстительность, неоправданную ситуацией, «может наговорить гадостей», нарушает дисциплину на уроке, проявляет другие реакции протеста. В то же время он способен управлять своим поведением. По результатам психодиагностики отмечается амбивалентное отношение к родителям, ожидание агрессии с их стороны (особенно отцовской) и связанное с этим чувство вины. Эти особенности привели к фиксации защитного механизма идентификации с агрессором. Понятия «злой», «бешеный», «бодрый», «хитрый», «умеющий управлять другими» противопоставляются для Олега понятиям «добрый», «трусливый», «глупый», «любящий спать», «тот, кем управляют». Первый комплекс, обладая большей привлекательностью, создал агрессивную установку в поведении. При выборе сказки, адекватной сути проблемы Олега, мы преследовали цель разрушить сложившиеся у него когнитивный и эмоциональный стереотипы отношения к окружающим. Мальчик-с-пальчик – альтернатива сильному, активному, жестокому и глупому Людоеду. Успеха он добивается не силой, а умом и смекалкой; несмотря на свой малый рост, обладает активностью, предприимчивостью, способен оказать поддержку старшим.

Проигрывание сказки в группе, кроме возможности взглянуть со стороны на исполнение ролей другими детьми, позволило Олегу вжиться в образы сказки, прочувствовать их изнутри, ощутить гибкость при смене позиций. Вначале он занял позицию стороннего наблюдателя, отказывался исполнять какую-либо роль, демонстрируя негативизм. Потом стал играть роль старших братьев, причем использовал для этого морды волков, надетые на пальцы рук. В тот момент, когда отец с матерью сговорились отправить детей в лес, Олег положил всех «братьев-волков» в игрушечную стиральную машину и заявил: «Им всем сейчас страшные сны снятся, их всех машина изрубила, злая сила». Тема ночных кошмаров присутствовала в его репликах и образах на протяжении всего спектакля. К середине действия он взял на себя роль Мальчика-с-пальчика, привел братьев к замку Людоеда, где, по предложению ведущего, сыграл роль хозяина, но расправиться с мальчишками не захотел, сославшись на усталость.

Оценить эффект, произведенный на него сказкой, было сложно. По субъективным оценкам ведущих, его внутреннее состояние на протяжении занятия менялось от негативизма и символически проявляемой агрессии к заинтересованности и расположенности к общению, и в конце, уходя с занятия, Олег выглядел озабоченным. На вопрос ведущих, какая роль ему больше понравилась, он ответил, что братья-волки, которые, несмотря на свой устрашающий вид, были страдательными, пассивными персонажами. Это побудило нас к поиску другой

сказки, которая могла бы быть для него более показательной. Дальнейшая работа с новой сказкой происходила на третьем, индивидуальном уровне, описанном в следующем разделе. В отличие от Мальчика-с-пальчика, враждующего и побеждающего Лядоеда (образ отца), образ Маленького Мука дал Олегу возможность найти с отцом общие черты – спокойствие и достоинство.

Для остальных участников группы разыгрывание сказки, помимо диагностических, выявило большие терапевтические возможности кукольного театра. Например, школьный конфликт двух девочек, перенесенный на группу, был если не разрешен, то значительно смягчен после спектакля. При совместном разыгрывании сцены в доме Лядоеда их отношения были преобразованы в отношения матери и дочери, что является наиболее удобным способом разрешения такого типа конфликтов:

**Люба.** Я не хочу быть дочкой Лядоеда... Ладно, я дочка, а ты, Настя, мама.

**Настя.** Я – дочка Лядоеда! *(Надела его плащ.)*

**Ведущий.** Так ты спаслась, молодая Лядоедка?

**Настя.** Да, я выросла добрая!

**Люба.** Покорми меня, добрая лядоедка!

*(Настя бьет ее.)*

**Ведущий.** Ничего себе добрая!

**Настя.** На тебе полную тарелку! *(дает Любе.)*

Так, в игровой ситуации удалось купировать агрессию и преобразовать отношения соперничества в заботу и в сотрудничество. Продолжая работу с Настей уже индивидуально, мы попытались глубже затронуть проблему соперничества, выбрав в качестве терапевтического материала сказку «Белоснежка и семь гномов». Образ мачехи был ею воспринят очень негативно, но спустя некоторое время неожиданно она попросила прощения у Любы, с которой была в длительном конфликте.

### *3. Индивидуальная работа со сказкой*

При разыгрывании в группе сказочных сюжетов с помощью кукол возникает много новой и неожиданной информации о проблемах детей, которую невозможно было получить с помощью обычных диагностических методов. Наглядно проступают внутренние и внешние конфликты ребенка, которые он пытается разрешить сам, спонтанно взаимодействуя с другими детьми на сцене или с помощью психолога. Для более эффективной и углубленной проработки проблемы кого-либо из членов группы работу можно продолжать индивидуально. Так, используя информацию, полученную при проигрывании сюжета сказки «Мальчик-с-пальчик», мы наметили задачи для индивидуальной терапии трех участников группы. В этих случаях мы двигались по единой схеме:

- С помощью анализа диагностического материала выявлялись неадекватные стереотипы отношений и поведения.
- Далее конструировалась незаконченная сказочная ситуация, блокирующая привычный способ поведения. Для этого перед ребенком ставилась задача завершить сказку так, как ему хочется.
- Потом подбирались сказка, содержащая альтернативный способ поведения, и прочитывалась вместе с ребенком. Затем проводилась беседа по ее содержанию.

В качестве примера расскажем о том, как строилась индивидуальная работа с Леной Т. Исполняя роль Мальчика-с-пальчика в кукольном представлении, Лена хотела оставить братьев в лесу, чтобы одной вернуться домой. Эта ситуация нашла подтверждение в реальных отношениях Лены с младшим братом. Мы попробовали на материале той же сказки создать незаконченную ситуацию, в которой заданные условия были перегруппированы, и дали Лене задание сочинить продолжение этой истории.

Незаконченная ситуация звучала следующим образом: «Как только первый луч солнца осветил верхушки деревьев, дровосек с женой повели детей по тропинке в лес. По дороге Мальчик-с-пальчик все время оборачивался и так, чтобы никто не видел – ни братья, ни родители – бросал камушки на дорогу. Когда они зашли далеко в лес, дровосек принялся рубить дрова, а детям сказал вязать хворост. Пока они это делали, отец с матерью незаметно ушли. Заметив, что они остались одни, Мальчик-с-пальчик не испугался: он точно знал, что по камушкам легко найдет дорогу домой. Он хотел также незаметно улизнуть от своих братьев, но, не пройдя и нескольких шагов по дорожке, споткнулся о корень и так расшиб себе ноги, что не мог больше двигаться...»

Помимо этого для прочтения была выбрана сказка «О девяти белых барашках и их сестре» [11]. Главная героиня – Левенес – не только спасает своих братьев от злой колдуньи (которая желала, чтобы один из братьев на ней женился), но и жертвует при этом своим богатством, владениями, замком. Злая колдунья превращает ее братьев в барашков, но барашки также выручают Левенес из беды, когда после ее свадьбы с королем, коварная прислужница бросает ее в колодец, чтобы самой стать королевой. Тогда один из заколдованных братьев дает понять королю, что совершился подлог. Таким образом, сказка предлагает альтернативный образ героини и характер отношений между сестрой и братьями.

Обратимся теперь к тому, как проходила беседа с Леной, как она выполняла задание и каким было ее отношение к прочитанной сказке. Во время индивидуального занятия Лена была спокойна и держалась без вызова, в отличие от ситуации спектакля. Незаконченную ситуацию она завершила так: «...Братья увидели и помогли ему. Он им сказал, что бросал камушки, и так потихоньку они дошли до дома. Потом они стояли и слушали, что говорили отец и мать. А мать



говорила в это время: "Как там мои дети поживают?". А отец: "Не бойся, с ними все хорошо". А ребята как закричат: "Мама! Мы здесь!" С этой радостью мама побежала к двери, открыла и увидела своих сыновей...»

Тот факт, что Лена в этот раз предпочла традиционное и счастливое разрешение трудной ситуации и не стала настаивать на своей прошлой «эгоистической» позиции, комментировать пока сложно. Затем Лене была прочитана вслух заготовленная сказка. Последующая беседа строилась в форме ответов на вопросы психолога, которые были направлены на то, чтобы обсудить основные смысловые узлы сказки. В ходе беседы выяснилось, что больше всего Лене понравился король, потому что он женился на Левенес, спас ее из колодца, полюбил барашков, а не понравилась – ведьма, превратившая людей в барашков. Приведем несколько выдержек из обсуждения сказки.

**Психолог.** Как ты думаешь, почему сестра отказала колдунье, ведь она знала, что лишается всего своего имущества?

**Лена.** Она не захотела, чтобы он на ней женился, она хотела заступиться за братьев.

**Психолог.** Помог ли барашек своей сестре?

**Лена.** Он бегал вокруг колодца, чтобы царь узнал, где его жена.

**Психолог.** Почему барашек решил стать человеком?

**Лена.** Они вышли из церкви, и заветье прошло. Наверное, Бог помог.

**Психолог.** Скажи, Лена, а если бы мы ставили эту сказку как спектакль, какую бы роль ты хотела сыграть?

**Лена.** Козленка, вернее, старшего барашка.

**Психолог.** А если бы со своим братом разыгрывала сказку, кем бы он был?

**Лена.** Королем, он как будто бы превратился.

**Психолог.** А Левенес?

**Лена.** Мама. А злой ведьмой – папа. У него голос такой грубый.

**Психолог.** Только поэтому? А ты сама могла бы сыграть эту ведьму?

**Лена.** Нет, это только папа может.

В беседе выяснилось, какие способы успокоения лучше действуют, чтобы зло ушло: валериана, ремень или когда приласкают, пожалеют. По словам Лены, в брате зла больше, чем в ней. В беседе мы постарались усилить акцент на добрых проявлениях ее и брата. При рассказе о семейных конфликтах Лена замечает, что она как будто бы становится добрее, ей жалко, что она поступала плохо и хочется стать хорошей. Это желание подтверждает и окончание незавершенной ситуации. Обычно Лене трудно бывает контролировать свои аффективные вспышки, агрессия выплескивается, минуя сознание. Кукольный спектакль позволил осознанно выразить свои негативные чувства по отношению к брату, свои эгоистические устремления и взять их под контроль.

Итак, сказка дала возможность подойти к наиболее существенным проблемам ребенка, обсуждение которых было глубоким и эмоциональным. Субъективное ощущение успешно проведенной работы было, как нам кажется, подтверждено на следующем занятии в группе, на котором Лена, в отличие от своего обычного пассивного следования за лидером, держалась самостоятельно, но при этом была доброжелательна и спокойна, как обычно бывает у человека, который нашел точку опоры в себе самом. Спустя некоторое время из беседы с учительницей выяснилось, что Лена стала ровнее и приветливее с братом.

#### **IV. Оценка эффективности**

Задача оценки эффективности решалась нами двояко.

1. Осуществлялась общая оценка эффективности проводимого цикла занятий с помощью диагностических методов (тесты Кеттелла, Люшера, методика самооценки Дембо–Рубинштейн, метод репертуарных решеток Дж. Келли), опроса учителей и врачей о каждом участнике группы до и после проведения занятий и с помощью наблюдения ведущих за динамикой отдельных участников.
2. Оценка эффективности отдельных приемов, применяемых при решении определенных проблем, реализовывалась на основе наблюдения за поведением детей на занятиях, анализа диктофонных записей и направленного опроса учителей.

Среди чувствительных и используемых в психотерапии инструментов оценки эффективности наиболее перспективным представляется использование метода репертуарных решеток Дж. Келли, который позволяет выявить целостную систему представлений ребенка об окружающем мире и также может служить ценным средством выявления проблем.

Делать окончательные выводы относительно эффективности тех или иных приемов использования сказки пока преждевременно из-за небольшого количества материала. В своей работе мы подчас двигались интуитивно, и моменты, когда появлялось ощущение «попадания в точку», являлись основными ориентирами, которые, может быть, со временем позволят выбраться на твердую дорогу.

Отметим, что с помощью кукольного театра удавалось включить в работу наиболее пассивных и испытывающих трудности в общении членов группы, успешно решать проблемы лидерства и соперничества, которые возникали в основном между девочками. Причем путь разрешения конфликта с помощью сказки был связан с принятием ролей матери и дочери или красавицы и ее помощника (Белоснежка и гном). Использование кукол помогало моделировать разные стратегии поведения во фрустрирующих и конфликтных ситуациях, отбирая более эффективные.

В то же время индивидуальная работа со сказкой позволяла разрешать внутренние и внешние конфликты, предлагая альтернативу конфликтному поведению или утрируя в сказочном образе черты ребенка, провоцирующие эти конфликты, и давая ему возможность взглянуть на них со стороны. И индивидуальная работа со сказкой, и разыгрывание сцен в кукольном театре увеличивали осознанность и произвольность стратегий поведения.

Благодаря приданию смысла, переключению и элементам соревнования удавалось купировать расторможенное поведение участников группы и в то же время задействовать учебный материал: так, о двух мальчиках, которые были очень возбуждены и мешали занятию, было сказано, что они «заколдованы». Чтобы их расколдовать, нужно выполнить специальное задание – решить математические примеры. Ситуация мгновенно изменилась: из неуправляемых они тут же превратились в сосредоточенных и разошлись по углам решать примеры. Поскольку им это не удалось, ведущие обратились за помощью к группе, и совместными усилиями мальчики были «расколдованы».

Включение различных заданий учебного характера в проживание сказочного сюжета, а также элемент соревнования при их выполнении хорошо стимулирует усвоение школьного материала.

Кратко перечислим выводы, которые можно было бы сделать относительно общего эффекта апробируемого метода с помощью личностной диагностики и опроса экспертов. По сравнению с исходным было выявлено снижение показателей тревожности и невротизма (по результатам тестов Р. Кеттелла и М. Люшера), изменение самооценки в сторону ее большей реалистичности у детей (по данным методики Т. Дембо и С.Я. Рубинштейн), прошедших психокоррекционные мероприятия. Психиатры и педагоги отмечали сглаживание симптоматики страхов, энурезов, тиков, а также усиление учебной мотивации. Что касается изменений в поведении и стиле общения, они зависели во многом от индивидуальных особенностей ребенка; общим являлось снижение конфликтности.

В заключение хотелось бы отметить, что форма театра Сказки, выбранная нами для проведения занятий, была достаточно удачной, так как позволяла в доступном и осмысленном для детей виде прорабатывать имеющиеся у них проблемы, привлекая для этого ценный сказочный материал.

## Литература

1. *Афанасьев А.Н.* Народные русские сказки в трех книгах. М.: Библиотека «Московские новости», 1992. 239 с.
2. *Вачков И.В.* Сказкотерапия: развитие самосознания через психологическую сказку. М: Ось-89, 2003. 144 с.

3. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Практикум по сказкотерапии. Спб.: Речь, 2000. 310 с.
4. *Медведева И., Шишова Т.* Разноцветные «белые вороны». М.: Христианская жизнь, 2007. 229 с.
5. *Пезешкиан Н.* Торговец и попугай. М.: Прогресс, 1992. 240 с.
6. *Петрова Е.Ю.* Проблема использования сюжетов народной волшебной сказки в психокоррекционной и педагогической работе // Журнал практического психолога. 1999. № 10–11. С. 207–255.
7. *Пропп В.Я.* Морфология сказки. Исторические корни волшебной сказки. М.: Лабиринт, 1998. 512 с.
8. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Педагогика, 1989.
9. Сказки Братьев Гримм. Авторский сборник. М.: Фора-П, 1992. 256 с.
10. *Соколов Д.Ю.* Сказки и сказкотерапия. М.: Эксмо-Пресс, 2000. 304 с.
11. Французские народные сказки / Сост. и ред. Е.А. Лопыревой. М.–Л.: ГИХЛ, 1959. 360 с.
12. *Шкловский В.* За 60 лет работы в кино. М.: Искусство, 1985. 573 с.
13. *Юнг К.* Проблемы души нашего времени. М.: Прогресс, 1994. 336 с.
14. *Freud S.* Der Witz und seine Beziehung zum *Umbewussten*. *Gesammelte Werke*: Bd. 6. Frankfurt: Fischer, 1973.
15. *Zlatopolsky V.* Fantastic images / V. Samohvalov, V. Egorov (Eds.). Evolution of Human Behavior. Simferopol: *Crimea*, 1992. Pp. 31–32.

# Fairy tale group in the children's psycho-neurological sanatorium

**Radionova, M.S.**

*Ph.D in Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, radionova.m@list.ru*

---

The article is devoted to conducting a psychotherapy group performing a combined fairy-tale plot. The participants were primary schoolers with neurotic symptoms and developmental delay, they were patients of a psycho-neurological sanatorium (Moscow). The group was working through rehearsing in a fairy tale puppet theatre. General theoretical and methodical basis of fairy-tale performing as a psychotherapy approach is described. Three levels of the psychotherapeutic work are developed: 1) working with a group as a whole with common problems of participants, 2) working on problems of a child as an individual and 3) working on a fairy tale individually. The assessment of the therapeutic approach effectiveness is discussed in the context of children's being at the institution. As the result of the psychotherapy the children's proneness to conflict, anxiety, neuroticism, neurotic symptoms were observed to have decreased and their self-esteem appeared to have become more realistic.

**Keywords:** psychotherapy of children, puppet theater, fairy tale, group psychotherapy.

---

## References

1. *Afanas'ev, A.N.* Narodnye russkie skazki v treh knigah. Moscow: Biblioteka "Moskovskie novosti", 1992. 239 p.
2. *Vachkov, I.V.* Skazkoterapija: razvitie samosoznanija cherez psihologicheskiju skazku. Moscow: Os'-89, 2003. 144 p.
3. *Zinkevich-Evstigneeva, T.D.* Praktikum po skazkoterapii. St. Peterburg: Rech', 2000. 310 p.
4. *Medvedeva, I., Shishova, T.* Raznocvetnye "belye vorony". Moscow: Hristianskaja zhizn', 2007. 229 p.
5. *Pezeshkian, H.* Torgovec i popugaj. Moscow: Progress, 1992. 240 p.
6. *Petrova, E.Ju.* Problema ispol'zovanija sjuzhetov narodnoj volshebnoj skazki v psihokorrekcionnoj i pedagogicheskoj rabote. Zhurnal prakticheskogo psihologa, 1999, no 10–11, pp. 207–255.

7. Propp, V.Ja. Morfologija skazki. Istoricheskie korni volshebnoj skazki. Moscow: Labirint, 1998. 512 p.
8. Sem'ja v psihologicheskoj konsul'tacii. Opyt i problemy psihologicheskogo konsul'tirovanija / A.A. Bodalev, V.V. Stolin (eds.). Moscow: Pedagogika, 1989.
9. Skazki Brat'ev Grimm. Avtorskij sbornik. Moscow: Fora-II, 1992. 256 p.
10. Sokolov, D.Ju. Skazki i skazkoterapija. Moscow: Jeksmo-Press, 2000. 304 p.
11. Francuzskie narodnye skazki / E.A. Lopyreva (ed.). Moscow, Leningrad: GIHL, 1959. 360 p.
12. Shklovskij, V. Za 60 let raboty v kino. Moscow: Iskusstvo, 1985. 573 p.
13. Jung, K. Problemy dushi nashego vremeni. Moscow: Progress, 1994. 336 p.
14. Freud, S. Der Witz und seine Beziehung zum Umbewussten. Gesammelte Werke: Bd.6. Frankfurt: Fischer, 1973.
15. Zlatopolsky, V. Fantastic images / V. Samohvalov, V. Egorov (Eds). Evolution of Human Behavior. Simferopol: Crimea, 1992. Pp. 31–32.

# «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии<sup>3</sup>

**Бочавер К.А.,**

*кандидат психологических наук, научный сотрудник МНПЦ реабилитации, спортивной и восстановительной медицины, Москва, Россия,  
konstantin.bochaver@gmail.com*

---

В рецензии раскрываются содержание и направленность научно-популярной книги, написанной профессором Татьяной Александровной Басиловой и посвященной истории обучения слепоглухих детей в Российской империи, СССР и современной России. Научно-методические проблемы сопровождения слепоглухих описаны через призму трудовой биографии трех знаменитых отечественных дефектологов: И.А. Соколянского, А.В. Ярмоленко и А.И. Мещерякова.

**Ключевые слова:** слепоглухие дети, коррекционная психология, история психологии, история педагогики, И.А. Соколянский, А.В. Ярмоленко, А.И. Мещеряков, Т.А. Басилова

---

## **Для цитаты:**

Бочавер К.А. «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 148–152. doi: 10.17759/psyclin.2016050110

## **For citation:**

Bochaver, K.A. "The History of Deaf-blind Children Education in Russia": the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 148–152. doi: 10.17759/psycljn.2016050110 (In Russ., abstr. in Engl.)

---

<sup>3</sup> История обучения слепоглухих детей в России / Т.А. Басилова. Научно-популярное издание. – Москва: Эксмо, 2015. – 208 с.

*Бочавер К.А. «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии*  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 148–152.

*Bochaver, K.A. "The History of Deaf-blind Children Education in Russia": the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy*  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 148–152.

Книга Татьяны Александровны Басиловой, кандидата психологических наук, профессора посвящена появлению и развитию педагогического и психологического сопровождения слепоглухих в нашей стране. Написанная легко и интересно, книга дает представление о жизненном пути и профессиональном становлении трех мастеров этой области: Ивана Афанасьевича Соколянского, Августы Викторовны Ярмоленко и Александра Ивановича Мещерякова. Через развернутую картину их успехов и трудностей можно сложить не мозаичное, а достаточно цельное представление о том, как в Российской империи, Советском Союзе и России получали помощь люди, не имевшие слуха и зрения.

В различные периоды основная работа велась в Санкт-Петербурге, Харькове и Москве. Первые опыты работы со слепоглухими, известные в России, были американскими, это: описанная Чарльзом Диккенсом история слепоглухой Лауры Бриджмен (1829–1889) и жизнь Елены Келлер (1880–1968), чьи собственные книги переводились и публиковались у нас. В начале двадцатого века в России становятся известны истории больных и практика работы с ними в Бельгии, Франции, Норвегии, Шотландии, Швеции и США. Ближайшими к нам заведениями стали открытая в 1887 году в Потсдаме клиника и специальная школа для слепоглухих «Оберлинхауз» в Прусском королевстве.

Примерно в 1900 году в России слепоглухота начала профессионально интересовать физиологов и врачей, что отражено в работах И.М. Сеченова. В 1908 году доктор А.В. Владимирский выступил с лекцией в Императорской Военно-медицинской академии. Одну из последующих его лекций слышал 19-летний студент Иван Афанасьевич Соколянский. Первые организации помощи слепоглухим открылись в Петербурге при Обществе бедных и больных детей, первым местом практики будущих ученых стала школа «Приют Братства во имя Царицы Небесной», где безвозмездно консультировал сам Владимир Бехтерев. На средства меценатов-дворян в 1909 году было создано Общество попечения о слепоглухонемых в России. До Первой мировой войны это направление работы развивалось, русские специалисты ездили учиться и обмениваться опытом за рубежом. С началом войны денег стало меньше, а после революции сама благотворительность была запрещена.

Первый герой книги Татьяны Александровны Иван Афанасьевич Соколянский родился в 1889 году, обучался в Психоневрологическом институте, не застал И.М. Сеченова, но застал И.П. Павлова, читал А.А. Потебню. Воевал, вступал в революционные организации и в партию большевиков, стал видным специалистом

в области сенсомоторного развития и дальнейшего обучения слепоглухих детей. После признания переехал в Харьков и, не являясь сторонником методов Ленинградской школы, создал собственную методику обучения слепоглухих детей, в которой начальный упор сделал на механизмах социализации и формировании навыков самообслуживания, а затем на планомерном развитии ориентации в пространстве, времени и понятийной среде. Собственной методикой он формировал понимание календаря, смены времен года и иных временных периодов. В 1933 году



*Бочавер К.А. «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии*  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 148–152.

*Bochaver, K.A. "The History of Deaf-blind Children Education in Russia": the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy*  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 148–152.

ему «припомнили» ранние высказывания о том, что педагогика и школы должны быть чужды политике, и осудили, но «мягко», на три года заключения. Однако его быстро выпустили благодаря ходатайствам известных профессоров и самого Максима Горького. С 1939 года Соколянский работал в Москве, где его труд был высоко оценен многими, среди выдающихся ученых его отметил, например, А.Р. Лурия. Войну он провел в эвакуации и, практически не прерывая научной деятельности, продолжил заниматься проблемой обучения слепоглухих, в том числе переходом от добукварного к букварному периоду развития. В 1958 году он был официально реабилитирован, а в 1960 году умер, будучи признанным научным светилом.

Второй герой книги – Августа Викторовна Ярмоленко – родилась в 1900 году в Петербурге, училась и начала практику дефектолога в Екатеринославе (Днепропетровске), а в 1922 году переехала в родной Петербург и завершила обучение, защитив диплом о хватательном рефлексе и диссертацию о моторной сфере нормальных и больных детей (диссертация была защищена по совокупности работ). Под влиянием учителей, В.М. Бехтерева и В.Н. Мясищева, зная более десяти иностранных языков, Августа Викторовна систематизировала имеющиеся сведения о случаях слепоглухоты, разделила их, впервые выявив неоднородность этой группы и обосновав различные методы работы. Долгие годы занималась чувственным познанием и речевым развитием больных детей преимущественно через их сохраненные тактильные ощущения. Не переставая интересоваться работой Ивана Афанасьевича Соколянского, она фактически основала свою ленинградскую дефектологическую школу и была ведущим специалистом по слепоглухим детям в ЛГУ. Скончалась в 1972 году.

Александр Иванович Мещеряков родился в 1923 году в крестьянской семье, в годы Великой Отечественной войны воевал и в 1944 после тяжелого ранения был демобилизован. Поступив в «керосинку», через год перешел в МГУ и, выучившись на психолога, защитил диплом о произвольности движений (на примере поднятия тяжестей). Поступив в аспирантуру (научным руководителем был А.Р. Лурия), Александр Иванович до 1957 года занимался различными проблемами, связанными с речью, пока не познакомился с И.А. Соколянским. Продолжив его дело, он открыл школу для слепоглухих, которой в СССР не было с 1939 года, а работы, выполненные его лабораторией, получили всемирное признание и были переведены на английский. Стараниями его учеников в МГУ стали проходить обучение слепоглухие студенты.

В общем и целом, современная дефектология в области слепоглухоты зиждется на фундаменте, построенном Мещеряковым.

Книга Татьяны Александровны Басиловой – это не только исторический очерк. Прочитав ее, можно составить мнение о том, как проблема слепоглухих детей (и взрослых) развивалась в российском обществе и в науке на протяжении века. Сейчас физиологические основы обучения стали понятнее, чем раньше; появились технологии, позволяющие трансформировать информационные сигналы в форму,

*Бочавер К.А. «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии*  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 148–152.

*Bochaver, K.A. "The History of Deaf-blind Children Education in Russia": the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy*  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 148–152.

адекватную для восприятия больными. Однако фундаментальные основы познания слепоглухими окружающего мира и себя были выстроены мастерами старой школы. Именно в их работах мы находим решение или обозначение таких вопросов, как личность и понимание себя слепоглухим, его восприятие времени и пространства, периодов жизни, особенности творчества, мышления, воображения и речи. Специальные сведения можно почерпнуть в обширной библиографии самой Т.А. Басиловой и ее коллег-дефектологов и клиницистов, а благодаря данной книге специалист у любого заинтересованного читателя может сложиться впечатление о драматической и динамичной истории возникновения и развития работы со слепоглухими в нашей стране.

Бочавер К.А. «История обучения слепоглухих детей в России»: очерки о науке и таланте в отечественной коррекционной педагогике и психологии  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 148–152.

Bochaver, K.A. "The History of Deaf-blind Children Education in Russia": the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 148–152.

# “History of Deaf-blind Children Education in Russia”: the Outlines of Science and Great Talent in Domestic Correctional Psychology and Pedagogy

**Bochaver, K.A.,**

*PhD, sport psychologist in Sports Center of Innovative Technologies, research fellow in Moscow Research and Practical Center of Sport Medicine and Medical Rehabilitation, coach in Climbing National team, konstantin.bochaver@gmail.com*

---

The review reveals the content and the directions of the non-fiction book written by a professor Basilova; this book is written about the history of teaching deaf-blind children in the Russian Empire, the Soviet Union and modern Russia. The problems of scientific and methodological supporting the deafblind children are described through the prism of a working career of the three famous domestic speech pathologists and psychologists: Ivan Sokoliansky, Augusta Yarmolenko and Alexander Meshcheryakov.

**Keywords:** deaf-blind children, correctional psychology, history of psychology, history of educational science, Ivan Sokoliansky, Augusta Yarmolenko, Alexander Meshcheryakov, Tatiana Basilova.

---