

ISSN (online): 2304-0394



КЛИНИЧЕСКАЯ И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Clinical Psychology and Special Education

РЕАБИЛИТАЦИЯ, КОРРЕКЦИЯ И СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОВЗ

REHABILITATION, CORRECTION AND SUPPORT OF PERSONS WITH DISABILITIES

2021. Том 10. № 2

2021. Vol. 10, no. 2

Международный научный электронный журнал

International Scientific Electronic Journal

Клиническая и специальная психология

РЕАБИЛИТАЦИЯ, КОРРЕКЦИЯ
И СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОВЗ

2021. Том 10. № 2

Тематические редакторы: И.В. Вачков, С.И. Резниченко

Clinical Psychology and Special Education

REHABILITATION, CORRECTION AND SUPPORT
OF PERSONS WITH DISABILITIES

2021. Vol. 10, no. 2

Issue editors: I.V. Vachkov, S.I. Reznichenko

Московский государственный психолого-педагогический университет

Moscow State University of Psychology & Education



СОДЕРЖАНИЕ

Вачков И.В. Предисловие тематического редактора	1–2
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Богданова Т.Г. Жестовая речь и психическое развитие глухих детей: современное состояние вопроса (обзор зарубежных исследований)	3–22
Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С., Варако Н.А. Групповые и макросоциальные интервенции в программах изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения	23–46
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Валитова И.Е. Представления матерей о неврологических заболеваниях раннего возраста в структуре отношения к болезни ребенка	47–62
Хемати Аламдарлоо Г., Моради С. Эмоциональное выгорание на работе среди учителей государственных и специальных школ	63–75
Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста	76–94
Одинцова М.А., Сорокова М.Г. Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний)	95–123
Смирнова Я.К. Особенности развития модели психического у дошкольников с нарушением слуха	124–144
Фатихова Л.Ф., Сайфутдиярова Е.Ф. Эмоциональные состояния учащихся подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом при восприятии опасных ситуаций	145–164
ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Самсонова Е.В., Мельник Ю.В., Карпенкова И.В. Тьюторское сопровождение обучающихся с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования	165–182
Седлачкова Д., Кантор И. Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя	183–220
МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ	
Казьмин А.М. Компетентностный подход в ранней помощи детям и их семьям	221–238

- Коробейников И.А., Бабкина Н.В.** Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде 239–252
- Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е.** Диагностическое значение пробы «Рисунок стола» при проведении нейропсихологического обследования детей 4–17 лет 253–270

CONTENT

<i>Vachkov I.V.</i> Issue Editor Foreword	1–2
THEORETICAL RESEARCH	
<i>Bogdanova T.G.</i> Sign Language and Psychological Development of Deaf Children: State-of-the-Art (Foreign Studies Review)	3–22
<i>Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S., Varako N.A.</i> Group and Macro-Social Interventions in Health-Related Behavior Change Programs: Opportunities and Limitations	23–46
EMPIRICAL RESEARCH	
<i>Valitova I.E.</i> Mothers' Representations of the Neurological Conditions of Early Age in the Structure of Attitudes to the Child's Illness	47–62
<i>Hemati Alamdarloo G., Moradi S.</i> Job Burnout in Public and Special School Teachers	63–75
<i>Molchanova L.N., Blinova C.V.</i> Features of the Body Scheme in Hearing Impaired Children of Primary School Age	76–94
<i>Odintsova M.A., Sorokova M.G.</i> Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis)	95–123
<i>Smirnova Ya.K.</i> Theory of Mind Development in Preschoolers with Hearing Impairment	124–144
<i>Fatikhova L.F., Sayfutdiyeva E.F.</i> Emotional States of Teenagers and Adolescents with Intact and Impaired Intelligence in Dangerous Situations Perception	145–164
APPLIED RESEARCH	
<i>Samsonova E.V., Mel'nik Yu.V., Karpenkova I.V.</i> Tutor Support of Learners with Special Educational Needs in Conditions of Inclusive Education	165–182
<i>Sedláčková D., Kantor J.</i> The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher	183–220
METHODS AND TECHNIQUES	
<i>Kazmin A.M.</i> Competency-Based Approach in Early Interventions Aimed to Children and Families	221–238
<i>Korobeynikov I.A., Babkina N.V.</i> Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment	239–252

Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D., Maslova K.E. Diagnostic Value
of the "Table Drawing" Technique during Neuropsychological Assessment
of Children Aged 4–17 Years

253–270

Предисловие тематического редактора

Когда выходит особый — тематический — номер журнала, это большое и важное событие для всей редакции. Такой номер готовится с особой тщательностью. Статьи подбираются (разумеется, с учетом очереди поступления) в соответствии с выбранной тематикой и рассматриваются очень строго и членами редколлегии, и специально обобранными рецензентами.

Перед вами, уважаемые читатели, именно такой тематический номер — «Реабилитация, коррекция и сопровождение лиц с ОВЗ». Для нашего журнала эта тема, конечно же, не нова. Но впервые за почти десять лет существования издания мы решили посвятить ей специальный номер. Это решение связано с непреходящей актуальностью проблемы оказания помощи людям, имеющим ограниченные возможности здоровья. К сожалению, таких людей не становится меньше. И особенно важно обратить внимание на детей с ОВЗ, кому посвящены многие статьи этого номера.

В рубрике «Теоретические исследования» вы найдете чрезвычайно интересный материал Т.Г. Богдановой «Жестовая речь и психическое развитие глухих детей: современное состояние вопроса (обзор зарубежных исследований)». В этой статье идет речь о роли жестового языка в коммуникативном, когнитивном и социальном развитии детей с нарушениями слуха. Каждый национальный жестовый язык — это своеобразная лингвистическая система, которая имеет сложную грамматику, специфические лексику и синтаксис. Обсуждаются основные проблемы, возникающие у глухих детей в ситуации игнорирования возможностей жестовой речи. В этой же рубрике мы представим глубокое теоретическое исследование специалистов Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, посвященное групповым и макросоциальным интервенциям в программах изменения поведения, связанного со здоровьем, их возможностям и ограничениям. Авторы этой работы указывают, что учет существующего в психологии здоровья и реабилитации опыта развития социальных сетей по типу привлечения «естественных» помощников и фасилитации развития групп может способствовать большей эффективности социально-психологических программ изменения поведения, связанного со здоровьем.

Традиционно в нашем журнале особое место уделяется публикациям эмпирических материалов. В тематическом номере представлены результаты целого ряда интересных исследований, посвященных изучению лиц дошкольного, младшего школьного, подросткового и юношеского возрастов, имеющих различные нарушения здоровья. Так, в статье И.Е. Валитовой раскрывается сущность представлений матерей о неврологических заболеваниях раннего возраста в структуре отношения к болезни ребенка, Л.Н. Молчанова, К.В. Блинова описывают особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста, а М.А. Одинцова и М.Г. Сорокова проводят сравнение копинг-стратегий и копинг-стилей подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний). Я.К. Смирнова раскрывает особенности развития модели психического у дошкольников с нарушением слуха. В статье Л.Ф. Фатиховой и Е.Ф. Сайфутдиаровой представлен яркий материал об

эмоциональных состояниях учащихся подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом при восприятии опасных ситуаций.

В области прикладных исследований как всегда пристальное внимание редакции направлено на проблемы инклюзивного образования. Тьюторскому сопровождению обучающихся с особыми образовательными потребностями посвящена статья Е.В. Самсоновой, Ю.В. Мельник, И.В. Карпенковой. Не совсем обычный для нашего журнала материал содержится в статье Д. Седлачковой, И. Кантор. Наши зарубежные коллеги предложили описание живого опыта инклюзивного образования. Они провели тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя. Такого рода исследования конкретных, единичных случаев имеет для специальной психологии не меньшее значение, чем изучение больших выборок, и приобретает в международных изданиях все бóльшую популярность.

О компетентностном подходе в ранней помощи детям и их семьям рассказывает А.М. Казьмин в рубрике «Методы и методики». Этот подход давно позитивно зарекомендовал себя в разных областях современного образования, но в системе ранней помощи он является инновацией. Еще одна нестандартная работа — это статья И.А. Коробейников и Н.В. Бабкиной, темой которой выступило прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В ней фактически речь идет о планируемых, но еще не осуществленных исследованиях. Такой взгляд в будущее представляется очень важным и перспективным для научных изданий.

Наша редакция всегда приветствует работы конкретно-практического характера, имеющие серьезные научные основания. Именно такой является статья Н.А. Хохлова, Е.Д. Фёдоровой, А.Д. Жалниной, К.Е. Масловой, посвященная диагностическому значению пробы «Рисунок стола» при проведении нейропсихологического обследования детей 4–17 лет.

Становится традицией для нас публикация работ на английском языке, что способствует распространению материалов нашего журнала среди зарубежных читателей. В этом тематическом номере таковой выступила статья Н.А. Ghorban, M. Sajedeh «Job burnout in Public and Special School Teachers».

Желаем вам приятного прочтения тематического номера нашего журнала и нахождения новых для вас интересных научных данных!

И.В. Вачков

Для цитаты: Вачков И.В. Предисловие тематического редактора [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 1–2. DOI: 10.17759/cpse.2021100201

For citation: Vachkov I.V. Issue Editor Foreword. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiii*=Clinical Psychology and Special Education, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 1–2. DOI: 10.17759/cpse.2021100201 (In Russ.)

Жестовая речь и психическое развитие глухих детей: современное состояние вопроса (обзор зарубежных исследований)

Богданова Т.Г.

*Московский городской педагогический университет (ГАОУ ВО МГПУ),
г. Москва, Российская Федерация,*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5886-6494>, e-mail: bogdanovatg@mgpu.ru

В статье представлен обзор исследований, проведенных зарубежными психологами, о роли жестового языка в коммуникативном, когнитивном и социальном развитии детей с нарушениями слуха. Каждый национальный жестовый язык — это своеобразная лингвистическая система, которая имеет сложную грамматику, специфические лексику и синтаксис. Обсуждаются основные проблемы, возникающие у глухих детей в ситуации игнорирования возможностей жестовой речи. В ряде исследований показано, что глухие дети глухих родителей не уступают слышащим детям по уровню когнитивных возможностей и что владение жестовой речью положительно влияет на когнитивные функции и приводит к большей творческой активности, к лучшему пониманию пространственных отношений, к большей гибкости при решении задач. Исследователи признают необходимость раннего освоения жестовой речи глухими детьми даже в случае использования современных способов реабилитации. Именно жестовая речь могла бы восполнить дефицит средств общения, характерный для начальных этапов психического развития ребенка, и способствовать развитию познавательной и личностной сферы, созданию условий для эмоционального благополучия. В обзоре уделяется внимание тем трудностям в использовании жестовой речи, которые наблюдаются при подборе диагностического инструментария и проведении психологического обследования.

Ключевые слова: глухие дети, жестовая речь, коммуникация глухих, эмоциональное благополучие, когнитивное развитие.

Для цитаты: Богданова Т.Г. Жестовая речь и психическое развитие глухих детей: современное состояние вопроса (обзор зарубежных исследований) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 3–22. DOI: 10.17759/cpse.2021100202

Sign Language and Psychological Development of Deaf Children: State-of-the-Art (Foreign Studies Review)

Tamara G. Bogdanova

Moscow City University, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5886-6494>, e-mail: bogdanovatg@mgpu.ru

The article presents a review of research conducted by foreign psychologists on the role of sign language in the communicative, cognitive and social development of children with hearing disorders. Each national sign language is a kind of linguistic system that has a complex grammar, specific vocabulary and syntax. The main problems that arise in deaf children in the situation of ignoring the possibilities of sign language are discussed. A number of studies have shown that deaf children of deaf parents are not inferior to hearing children in their cognitive capabilities, that the use of sign language has a positive effect on cognitive functions and leads to greater creative activity, a better understanding of spatial relationships, and greater flexibility in solving problems. Researchers recognize the need for early acquisition of sign language by deaf children, even in case of use of modern rehabilitation techniques. It is sign language that could make up for the lack of communication tools characteristic of the initial stages of a child's mental development, which would serve to develop the cognitive sphere and personality and create conditions for emotional well-being. The review focuses on the difficulties in using sign language that are observed when selecting diagnostic tools and conducting psychological examinations.

Keywords: deaf children, sign language, communication of the deaf, emotional well-being, cognitive development.

For citation: Bogdanova T.G. Sign Language and Psychological Development of Deaf Children: State-of-the-Art (Foreign Studies Review). *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 3–22. DOI: 10.17759/cpse.2021100202 (In Russ.)

Введение

Жестовая речь и ее роль в развитии глухих — одна из самых дискуссионных тем зарубежной и отечественной сурдопсихологии и сурдопедагогики и продолжает находиться в фокусе исследовательского внимания на протяжении последних двух столетий. Возрастание интереса к этой проблеме связано с усилением гуманистических тенденций в современном обществе в отношении лиц с ограниченными возможностями, повышением внимания ко всем категориям детей с особыми образовательными потребностями, в том числе с нарушениями слуха,

с распространением практики инклюзивного обучения, требующей создания оптимальных условий для его организации [29]. Кроме того, важными являются тенденции, связанные с «борьбой» сообщества неслышащих за признание статуса жестового языка. Во второй половине XX века в России наметились тенденции к увеличению использования жестового языка, которые сопровождались составлением словарей, расцветом театра Мимики и Жеста, открытием клубов, где жестовый язык служил основой живого общения. Таким образом, с одной стороны, жестовый язык стал основой формирования идентичности сообщества глухих, отражая наметившееся во всем мире усиление влияния представлений о культуре глухих («deaf culture»). С другой стороны, применение жестового языка стало своеобразным коммуникативным барьером для взаимодействия с миром слышащих, определяя границы сообщества неслышащих и в определенной степени приводя к их маргинализации [50].

Можно с уверенностью утверждать, что у каждого педагога, психолога, исследователя, родителя, которые имеют отношение к глухоте, есть своя точка зрения по этому вопросу. В России исследования психологических аспектов проблемы развития словесной и жестовой речи глухих детей и взаимоотношений между ними основаны в первую очередь на идеях Л.С. Выготского, которым были изучены взаимосвязь речи и мышления в онтогенезе, формирование знаковых систем и их роль в становлении психики. Существенной особенностью психического развития глухих детей Л.С. Выготский считал почти одновременное овладение ими несколькими различными видами речи — словесной в ее разных формах (устной, письменной, дактильной) и жестовой, т.е. «полигlossию» глухих, которая является неизбежным и наиболее плодотворным путем речевого развития и воспитания глухого ребенка [3]. Именно эти положения стали основой дальнейших исследований жестовой речи и ее использования в обучении, а также исследований психологических особенностей развития разных форм речи глухих детей в российской науке [1; 2; 4; 5].

В зарубежной науке уделяется особое внимание вопросам, связанным с жестовой речью глухих, ее влиянием на психическое развитие глухих детей и использованием ее возможностей в педагогическом процессе [6; 17; 35; 45; 55]. На основании анализа современных зарубежных исследований по теме жестовой речи можно выделить несколько наиболее важных, взаимосвязанных друг с другом аспектов: связь жестового языка с коммуникативным, когнитивным и социально-личностным развитием глухого ребенка; роль жестовой речи в обучении и воспитании глухих; различия в коммуникации детей с нарушениями слуха в зависимости от времени его усвоения, а также лингвистические и психолингвистические исследования жестового языка, включая вопросы унификации жестового языка в практических целях [4; 13; 47; 49].

Неоднозначность и противоречивость дискурсов при изучении роли жестового языка в психическом развитии глухих не только не уменьшилась, но и усилилась в связи с развитием технологий в области слухопротезирования и новых способов реабилитации детей и подростков с нарушениями слуха, в частности, с внедрением и активным распространением кохлеарной имплантации.

В этом обзоре мы сосредоточимся на данных зарубежных исследований о роли жестовой речи в психическом развитии глухих детей, которые могут помочь ответить на некоторые из этих вопросов и опровергнуть укоренившиеся мифы и стереотипы. Наиболее дискуссионными остаются такие проблемы, как влияние жестовой речи на когнитивное развитие глухих детей и на развитие их личности, роль жестовой речи в жизни детей с имплантами.

Жестовая речь и когнитивное развитие ребенка

Исследования жестовых языков, проведенные во многих странах мира, начиная с 60-х годов XX века, свидетельствуют о том, что каждый национальный жестовый язык — это своеобразная лингвистическая система, которая, как и любая словесная речь, имеет сложную грамматику, специфические лексику и синтаксис [4; 38; 44; 45]. Как и любая полноценная знаковая система жестовый язык играет важную роль в когнитивной деятельности и развитии личностной сферы глухих [7; 9; 19; 21; 33; 37].

Среди исследований развития интеллекта у лиц с нарушениями слуха разного возраста имеется мало работ, позволяющих развести влияние речи, жестовой или словесной, и других факторов (особенностей развития восприятия, оперативной памяти, внимания, трудностей хранения и интеграции как невербальной, так и вербальной информации) на интеллектуальное развитие [29; 34; 35]. Этому есть как минимум две причины. Первая связана с проблемами диагностики, подбором адекватных методик, ориентацией только на невербальные их варианты. Проведенный М. Верноном анализ исследований интеллекта восьми тысяч глухих детей с помощью различных тестов показал, что по 13 тестам глухие дети показали такие же результаты, как их слышащие сверстники, по 11 текстам их показатели были ниже [2]. Вторая причина связана с тем, что большая часть лиц с нарушениями слуха в той или иной степени владеют и жестовой, и словесной речью. Нельзя не учитывать и тот факт, что дети с нарушениями слуха представляют собой гетерогенную популяцию, разнообразие которой увеличивается год от года. Поэтому многие психологи предполагают, что неверно опираться на результаты только невербальных тестов [3].

Анализ роли жестовой речи в когнитивном развитии глухих представлены в работе французского психолога С. Куртена, который описывает эволюцию взглядов на особенности когнитивной сферы глухих, начиная с работ П. Олерона [19]. С. Куртен подчеркивает, что большинство авторов пришли к выводу, что глухие дети глухих родителей не уступают слышащим детям по своим когнитивным возможностям, что владение жестовой речью положительно влияет на когнитивные функции и приводит к большей творческой активности, к лучшему пониманию пространственных отношений, к большей гибкости при решении задач, к улучшению произвольного запоминания [23; 36]. С. Куртен описывает эксперимент, направленный на изучение влияния жестовой речи на когнитивное развитие ребенка, на примере Теории разума (Theory of mind) — концепции, сформулированной в 1978 году психологами Д. Примаком и Г. Вудруфом, которая объясняет, как ребенок понимает свои психические состояния и состояния окружающих его людей. В эксперименте приняли участие глухие дети 5–8 лет из

семей глухих и семей слышащих, а также дети без нарушений слуха. В качестве методик исследования были выбраны наиболее часто используемые задания на проверку понимания психического состояния других. В частности, было предложено задание на «неожиданное местонахождение». Процедура исследования заключалась в следующем: каждому испытуемому были продемонстрированы три коробки и две куклы, которые «играли» в шарики. Затем одна из кукол положила шарик в одну из трех коробок и ушла. Пока ее не было, другая кукла решила продолжить игру и переложила шарик в одну из двух оставшихся коробок. Затем вернулась вторая кукла, и испытуемому был задан вопрос: «где кукла будет искать шарик?». Все инструкции давались детям на доступном для них языке (глухим из семей глухих — на французском жестовом языке, глухим детям, воспитывающимся слышащими родителями, — на французском жестовом, если он является для них предпочтительным, или на французском словесном языках).

Исследование показало, что результаты выполнения заданий слышащими и глухими детьми из семей глухих практически не отличались друг от друга: дети продемонстрировали адекватное возрасту понимание психического состояния других. Глухие дети слышащих родителей показали более низкие результаты, причем наибольшее количество трудностей возникло у глухих детей, не владеющих жестовой речью. Лучшее понимание ситуаций показали глухие дети из семей слышащих, которые общались с другими детьми и немного владели жестовой речью. Таким образом, автор делает вывод о положительном влиянии жестового языка на формирование когнитивных функций глухого ребенка и о необходимости «раннего воздействия языка» [19].

Жестовая речь и развитие детей после кохлеарной имплантации

По последним данным в США и других странах ежегодно рождается около 10 000 детей с диагнозом «сенсоневральная глухота» [32; 44]. Многие дети теряют слух в возрасте до двух лет. При этом около 96% всех детей с нарушениями слуха имеют слышащих родителей [31]. Родители без нарушений слуха чаще всего мало информированы, испытывают стресс из-за диагноза своего ребенка и не готовы принимать его особенности. В этом случае они обычно обращаются к специалистам медицинского профиля. Все чаще в такой ситуации родители в первую очередь получают информацию о возможностях кохлеарной имплантации: в настоящий момент в США и во многих европейских странах более половины детей с врожденной глухотой и рано оглохших детей прибегают к имплантации в возрасте до 12 месяцев, и количество таких детей увеличивается [10; 11; 18]. Вопрос о применении жестовой речи в общении с этими детьми является одним из самых мало изученных и дискуссионных.

Как известно, дети с кохлеарными имплантами нуждаются в интенсивной реабилитации по слуху и речи в течение всего дошкольного периода, чтобы научиться общаться посредством устной речи. Это очень длительный и сложный процесс, поэтому на ранних этапах развития такого ребенка словесная речь еще не может служить для него основным средством общения и познания. Отсутствие или дефицит средств общения в этот период приводит к отставанию, в первую очередь — в развитии познавательной сферы. Жестовая речь могла бы восполнить

этот дефицит. Тем не менее некоторые специалисты категорически не рекомендуют родителям использовать в этот период в общении с детьми жестовую речь, так как полагают, что она может затормозить развитие словесной речи и помешать процессу реабилитации. Однако в современной научной литературе не представлены авторитетные исследования, доказывающие это предположение. Многие эксперты находят эти рекомендации «ложными» и связывают их с тем, что в медицинских учреждениях специалистов не учат нейропсихологическим основам освоения речи, не информируют о возможном вреде отсутствия языковых средств для когнитивного развития, не знакомят с последними лингвистическими исследованиями в области жестового языка. Именно поэтому медики часто рассматривают глухоту как патологию, которую необходимо только «лечить» [14; 26–28]. Таким образом, в большинстве случаев в образовании и воспитании детей с кохлеарными имплантами применяется только словесная речь. В то время как современные исследования в области психологии [41], теории развития детской речи [43], нейролингвистики [15; 16] убедительно доказывают, что язык — это система знаков, которая может усваиваться в разных модальностях: орально-слуховой (словесная речь) и мануально-зрительной (жестовая речь). Для полноценного когнитивного развития детям необходимо освоение знаковой системы в доступной для них форме. Под доступным языком специалисты понимают язык, которым, во-первых, дети могут овладеть естественным путем, по подражанию, а во-вторых, который преимущественно используется в окружении ребенка. Именно таким языком для маленького глухого необученного ребенка может стать жестовый язык [26; 27].

Отставание глухих детей в развитии всех видов речи приводит к трудностям становления символической функции, поскольку отсутствие и непостоянство связей между предметами и их обозначениями (жестовыми или словесными) минимизируют использование источников символического научения [2; 4, 34; 35].

Многие зарубежные эксперты рекомендуют родителям всех глухих детей — как с кохлеарными имплантами, так и со слуховыми аппаратами — сразу начинать использовать в общении с ребенком и словесный, и жестовый языки [39]. При принятии такого решения специалисты опираются на современные исследования в области неврологии и нейролингвистики, которые доказывают, что человек обладает одинаковой биологической способностью осваивать разные виды речи [32]. Кроме того, усвоение жестовой речи не только не вредит развитию словесной, но и может эффективно способствовать ее развитию у глухого ребенка, поскольку бимодальная двуязычная обстановка обеспечивает более богатую языковую среду, которая стимулирует когнитивное развитие ребенка [34]. Интенсивное и начатое в самом раннем возрасте освоение ребенком жестовой речи способствует лучшему овладению чтением [30]. Таким образом, жестовая речь рассматривается как поддержка, своеобразный «мостик» к словесной речи [8].

Важно отметить, что даже те исследователи, которые склонны считать, что жестовый язык может стать фактором, тормозящим обучение устной речи детей с кохлеарными имплантами, признают безусловную пользу жестовой речи как наиболее эффективного инструмента коммуникации с близкими [40]. Это становится особенно актуальным в ситуации, когда ребенок в силу разных причин

перестает использовать импланты или не может в них слышать из-за высокого уровня фонового шума [18].

Отдельный интерес представляют совместные исследования разных лабораторий Национального научного фонда Центра Визуального языка и Визуального обучения (VL2) при Галлодетском университете (Вашингтон). Разработки Центра в области трех основных научных тем, связанных с жестовой речью, сводятся к нескольким стратегически важным положениям, которые могут повлиять как на отношение к жестовому языку в родительском и профессиональном сообществе, так и на образовательную политику в целом.

Первая тема — это доказательство влияния разнообразного визуального сенсорного опыта в раннем возрасте на мозговые структуры и связанная с этим стимуляция развития всех когнитивных процессов. При этом жесты, которые воспринимает маленький глухой ребенок, как раз рассматриваются исследователями как разнообразные зрительные сенсорные стимулы [42].

Вторая тема — изучение воздействия билингвизма (одновременное владение американским жестовым языком (ASL) и английским словесным) на лингвистическую компетенцию глухого ребенка. Глухие дети, по мнению авторов исследования, могут одновременно овладеть двумя языками, если взрослые в общении с ними применяют стратегию распределения языков, которая заключается в следующем: ASL во многих случаях функционирует как первый язык (L1), а английский язык в устной и письменной формах — как второй (L2). По мере того как ребенок приобретает знание первого, жестового языка, степень его положительного воздействия на усвоение словесной речи увеличивается (как и в ситуации с одновременным освоением разных языков у билингвальных слышащих детей) [22].

Третье приоритетное направление исследований Центра — изучение взаимодействия жестовой речи и навыков чтения у глухих детей. Специалисты утверждают, что на успешность обучения чтению также влияет уровень владения жестовым языком, который служит важным связующим звеном между текстом и пониманием его смысла. Ученые Центра представляют убедительные доказательства того, что раннее владение двумя «разномодальными» языками является ключевым предиктором успешности ребенка в усвоении словесной речи в дальнейшем [43]. Это совпадает с полученными нами данными о возможностях обучения глухих детей пониманию текста на русском языке [5].

Жестовая речь и развитие личности ребенка с нарушенным слухом

Раннее полноценное развитие социальных навыков и личности ребенка является залогом его дальнейшего успеха в различных областях жизни, а также его эмоционального благополучия. Исследования показывают, что, как и пятьдесят лет назад, люди с нарушенным слухом в любом возрасте в два раза чаще, чем слышащие, испытывают проблемы с психическим здоровьем, например, такие, как депрессия и тревожное расстройство [33; 55]. Ситуацию усугубляет тот факт, что глухим труднее получить доступ к поддержке и лечению. Когда они идут к врачу, то

сталкиваются с коммуникативными трудностями, что только усиливает их симптомы.

Данные о развитии личности при нарушениях слуха, полученные зарубежными психологами, противоречивы: одни говорят о преобладании завышенной самооценки, другие — заниженной, одни — об эмоциональной впечатлительности, другие — об ее отсутствии [33; 34]. Неоднозначность связана, также как при исследовании познавательной сферы, с применяемыми методиками. Правомерность применения тех же опросников, что и в работе с нормально слышащими людьми (например, ММРІ), вызывает сомнения, так как ответы на вопросы требуют высокого уровня развития словесной речи. При использовании многих проективных методов требования к речевой продукции также достаточно высоки, при этом от испытуемых ждут развернутых высказываний, в которых должны быть описаны события реальной или внутренней жизни человека. Перевод на жестовую речь или с жестовой речи, его однозначность при толковании материала, полученного с помощью проективных методик, недостаточно отработаны. В трактовку результатов вносят искажения и особенности ситуации развития: непринятие и даже враждебность со стороны собственной семьи, социума; экономическая и социальная дискриминация приводят к тому, что ответы глухих, говорящие о наличии у них чувства недоверия к миру и агрессивности, — это особые типы приспособления к «аномальному» окружению; это здоровая, а не психопатологическая реакция. Кроме того, ситуация обследования сама по себе травмирует глухого человека, так как большая часть психологов — люди слышащие, использующие устную речь, в которой для глухого человека много незнакомых слов. Даже при использовании жестовой речи ситуация выглядит искусственной: исследователь использует устную речь, глухой человек — и устную, с помощью которой привык общаться со слышащими, и письменную, и жестовую. И наконец, во всех случаях возникает проблема, о которой мы уже упоминали, — установление соответствия при переводе [24; 34].

Существует очевидная связь между уровнем социальной компетентности детей и их академическими результатами [20]. Именно поэтому тема социально-личностного развития является такой значимой для понимания особенностей глухого ребенка. Главную роль в социально-эмоциональном развитии детей играет коммуникация с родителями и другими взрослыми. Социальное развитие глухих детей не является в этом смысле исключением. Так, в первые годы жизни тип коммуникации оказывает влияние на развитие эмоциональной сферы детей с нарушениями слуха, на их эмоциональное благополучие. Использование жестовой речи не только способствует развитию взаимопонимания между детьми и родителями (как с нарушениями слуха, так и без них), которое приводит к психологическому комфорту, но и помогает формированию у детей предпосылок использования символов, каковыми являются жестовые обозначения [21; 33; 34; 51].

Для того чтобы уточнить теоретические и практические представления о роли и возможностях родителей в формировании социально-личностной сферы глухих и слабослышащих детей, в Германии было проведено масштабное исследование, в котором изучалась корреляция между родительскими ресурсами и социально-эмоциональными проблемами ребенка. В исследовании приняли участие 213

матерей и 213 отцов детей с нарушениями слуха, психологическое благополучие которых оценивалось с помощью ряда опросников. Результаты показали, что высокий уровень родительского стресса всегда вызывает социально-эмоциональные проблемы у детей. Это доказывает необходимость консультирования и поддержки родителей, особенно на раннем этапе развития ребенка. Более подробный анализ показал, что такой стресс в процессе общения со своим ребенком демонстрирует группа слышащих родителей. Кроме того, исследование доказывает важный факт: коммуникативные компетенции ребенка являются более важными индикаторами развития, чем его речевые навыки в каком-либо языке [25].

Одним из ключевых аспектов этой проблемы является развитие и использование жестовой речи как доступного средства коммуникации. Доказано, что раннее использование жестовой речи положительно влияет на социально-эмоциональное развитие, способствует формированию у ребенка адекватной самооценки, уверенности в себе, навыков эффективной коммуникации, умения включаться в коллективную деятельность, доверия к окружающим [7; 11; 46]. В связи с этим становится актуальным вопрос использования жестового языка в программах ранней помощи. Так, на международном конгрессе по раннему вмешательству было определено, что программы ранней помощи глухим и слабослышащим детям и их семьям обязательно должны включать участие в качестве специалистов глухих и слабослышащих взрослых для оказания социальной и эмоциональной поддержки, а также коммуникации с ребенком и взрослыми на жестовом языке. К сожалению, в настоящее время и в России, и за рубежом практически нет исследований, изучающих роль взрослых глухих в таких программах. Американские ученые Галлодетского университета Э. Гейл, Б. Бенедикт и другие опубликовали данные международного онлайн-опроса, в котором приняли участие 48 респондентов из разных стран. Опрос был направлен на изучение роли взрослого глухого, работающего с маленьким ребенком и его семьей. Результаты показали, что глухие взрослые, по мнению слышащих родителей, выполняют в таких программах несколько функций: образовательную, коммуникационную, а также выступают социальными моделями поведения и «поставщиками» языка. Кроме того, такой специалист выполнял и психотерапевтическую функцию, так как слышащие родители до этого часто не видели образованного и социализированного глухого человека, что позволяло сломать сложившийся стереотип в восприятии глухих и создать оптимистические ожидания в отношении перспектив развития своего ребенка. При этом родители жаловались на то, что такие неслышащие специалисты на данный момент редко принимают экспертное участие в программах раннего вмешательства. Таким образом, одна из основных задач — включение взрослых глухих в программы ранней помощи с целью обучения родителей эффективным средствам коммуникации, положительно влияющих на социально-эмоциональное развитие детей [23].

При этом отсутствие или недоразвитие речевых навыков приводит к эмоциональной депривации, депрессиям, делает ребенка крайне безынициативным, зависимым и уязвимым для психического или даже физического насилия. Глухой ребенок, не владеющий на достаточном уровне средствами коммуникации, лишен возможности рассказать о своих проблемах взрослому [26].

Во многих зарубежных исследованиях в последнее время поднимается вопрос о жестоком обращении с детьми и молодежью с нарушениями развития. Особенному риску подвергаются те дети и подростки, которые имеют серьезные коммуникативные трудности, в частности, при нарушениях слуха. Согласно данным исследования, проведенного в 2014 году, 48% глухих студентов колледжа подвергались в детстве эмоциональному насилию, 44% — чувствовали дефицит заботы, 40% — испытали физическое насилие и 31% — были подвергнуты сексуальному насилию [47]. Аналогичные результаты были получены и в исследованиях прошлых лет [51; 53; 54]. Кроме того, современные американские исследователи приходят к мнению, что лишение глухого ребенка возможности изучать жестовый язык, который для глухих детей является доступным, само по себе есть нарушение прав ребенка и игнорирование взрослыми своих родительских обязанностей, что рассматривается как форма жестокого обращения [25; 48].

В этом контексте значимыми также оказываются результаты сравнительного исследования способов наказания, используемых родителями маленьких глухих и маленьких слышащих детей [31]. У слышащих матерей глухих детей преобладают физические наказания по сравнению с глухими матерями глухих детей и слышащими матерями слышащих детей. По мнению ученых, полученные данные подтверждают предположение о наличии связи между детской инвалидностью и жестоким обращением с ребенком, а также гипотезу о том, что дети, у которых есть проблемы в общении, могут подвергаться большему риску физического насилия.

Таким образом, на психическое развитие глухих детей влияет создание условий для овладения речью. При этом не имеет значения, каким видом речи овладел глухой ребенок, — жестовой или словесной, главное, чтобы это помогло в реализации потенциальных возможностей детей [32; 44]. Необходимо разнообразие опыта, которое приобретается благодаря активному взаимодействию с людьми, предметами, в том числе с помощью и на основе разных видов речи. Именно так глухой ребенок приобретет знания и умения, необходимые для жизни в обществе, включая желание и умение учиться. Без этого разнообразия не будет проблем, которые необходимо решать, и не будет нужды в гибком поведении. Кроме того, жестовая речь может обеспечить активные социальные взаимодействия [52]. Взаимоотношения глухих детей с окружающими часто характеризуются как поверхностные, импульсивные, отдаленные, так как из-за коммуникативных проблем затрудняется понимание мотивов и следствий поступков других людей [12]. В то же время глухие дети глухих родителей и глухие дети слышащих родителей, включенные в программы ранней помощи, демонстрируют нормальные образцы социально-личностного развития. Социальные взаимодействия делают детей частью соответствующей возрастной и культурной группы, приводят к формированию адекватной самооценки, реализации мотивации достижения и моральному развитию [32; 42].

Заключение

Можно констатировать, что на современном этапе развития зарубежной психологии и педагогики вопросы, связанные с ролью жестовой речи в психическом

развитии глухого ребенка, представлены достаточно широко и не теряют своей актуальности, несмотря на активное развитие высоких технологий слухопротезирования. Более того, большинство зарубежных экспертов говорят о «гибком» подходе к развитию глухого и приходят к выводу о необходимости учета возможностей жестовой речи и ее использовании как инструмента (в сочетании со словесной речью) для формирования разнообразных способов коммуникации с целью обеспечения полноценного развития и воспитания глухого ребенка. Далеко не все дети с нарушениями слуха могут пользоваться расширяющимися возможностями современной медицины, такими как кохлеарная имплантация, некоторые имеют медицинские противопоказания, а общаться и взаимодействовать с другими людьми необходимо всем — это способствует развитию личности, создает основу ее эмоционального благополучия.

Необходим ранний опыт обучения жестовой речи, благодаря которому дети с нарушениями слуха могут освоить эффективные способы решения когнитивных задач, овладеть стратегиями социальных взаимодействий, приобрести знания о себе и других людях, осознать свое место в меняющемся мире. В зарубежной психологии признается важность разработки диагностических методик, исследующих особенности психического развития у лиц с нарушением слуха, в том числе направленных на дифференциацию влияния разных видов речи на развитие интеллекта и личности.

Для преодоления многих сложностей и включения жестового языка в систему обучения и воспитания глухих представляется необходимым продолжать анализ зарубежного опыта в области использования жестовой речи и изучения психолингвистических особенностей жестового языка, а также проводить апробацию альтернативных программ обучения и воспитания с использованием жестового языка.

Литература

1. *Басилова Т.А., Моисеева И.В., Саприна Е.А. и др.* Особенности глухих учащихся современной специальной школы и факторы, влияющие на сохранность их психического здоровья // Психологическая наука и образование. 2010. Том 15. № 2. С. 82–90.
2. *Богданова Т.Г.* Структурно-динамические изменения интеллектуальной деятельности лиц с нарушениями слуха в онтогенезе // Психологический журнал. 2013. Том 34. № 3. С. 101–109.
3. *Выготский Л.С.* Коллектив как фактор развития дефективного ребенка. Собр. соч. в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / М.: Педагогика, 1983. С. 196–218.
4. *Зайцева Г.Л.* Диалог с Л.С. Выготским о проблемах современной сурдопедагогики // Культурно-историческая психология. 2006. Том 2. № 3. С. 21–27.
5. *Томсон В.А.* К вопросу об обучении русскому языку глухих школьников // Специальное образование. 2012. № 3 (27). С. 114–121.

6. Хохлова А.Ю. Роль жестового языка в интеллектуальном и социальном развитии глухих детей: обзор зарубежных публикаций [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2013. Том 2. № 4. С. 59–68. URL: <https://psyjournals.ru/jmfp/2013/n4/65488.shtml> (дата обращения: 13.06.2021)
7. Antia S.D., Kreimeyer K.H. Social competence of deaf and hard of hearing children. NY: Oxford University Press, 2015, 315 p.
8. Arnaud S. From gesture to sign: Sign language dictionaries and the invention of a language // Sign Language Studies. 2019. Vol. 20. № 1. P. 41–82. DOI: 10.1353/sls.2019.0014.
9. Arnaud S. The order of signs: Perspectives on the relationship between language and thought during the first century of widespread sign language teaching // History of Education Quarterly. 2020. Vol. 60. № 4. P. 520–545. DOI: 10.1017/heq.2020.46.
10. Bradham T., Jones J. Cochlear implant candidacy in the United States: Prevalence in children 12 months to 6 years of age // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2008. Vol. 72. № 7. P. 1023–1028. DOI: 10.1016/j.ijporl.2008.03.005.
11. Branson J., Miller D. Damned for their difference: The cultural construction of deaf people as "disabled" // Scandinavian Journal of Disability Research. 2005. Vol. 7. № 2. P. 129–132. DOI: 10.1080/15017410510032244.
12. Björkqvist K. Gender differences in aggression (Review) // Current Opinion in Psychology. 2018. Vol. 19. P. 39–42. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.03.030.
13. Burkova S., Filimonova E. Lexical expressions of time in Russian sign language // Sign Language Studies. 2018. Vol. 19. № 2. P. 175–203. DOI: 10.1353/sls.2018.0031.
14. Campbell R., MacSweeney M., Waters D. Sign language and the brain: A review // Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2008. Vol. 13. № 1. P. 3–20. DOI: 10.1093/deafed/enm035.
15. Calderon R. Parental involvement in deaf children's education programs as a predictor of child's language, early reading, and social-emotional development // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2000. Vol. 5. № 2. P. 140–155. DOI: 10.1093/deafed/5.2.140.
16. Calderon R. Successful partnerships with families of children who are deaf // Teaching Exceptional Children. 2007. Vol. 39. № 3. P. 130–143. DOI: 10.1177/004005990703900308.
17. Charlene Ch., Morford J.P., Mayberry R. Language acquisition by eye. NJ: Erlbaum, 2000. 275 p.
18. Christiansen J.B. Fifteen cochlear implant stories // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2014. Vol. 19. № 4. p. 560.
19. Courtin C. The impact of sign language on the cognitive development of deaf children: The case of theories of mind // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2000. Vol. 5. № 3. P. 266–276. DOI: 10.1093/deafed/5.3.266.

20. *Cummins J.* Language, power and pedagogy: Bilingual children in the crossfire // *Language Policy*. 2002. Vol. 1. № 2. P. 193–195. DOI: 10.1023/A:1016129519220.
21. *Devise I., Loots G.* Early interaction and early intervention: A visual communication course for hearing parents and families of deaf and hard of hearing children // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2005. Vol.10. №4. P. 357–375. DOI: 10.1093/deafed/eni036.
22. *Emmorey K., Harlan L.* The signs of language revisited: An anthology to honor Ursula Bellugi and Edward Klima // *Language*. 2013. Vol. 77. № 4. P. 845–846. DOI: 10.1353/lan.2001.0231.
23. *Gale E., Benedict B.* Deaf adults in early intervention program // *Deafness & Education International*. 2019. Vol.23. № 1. P. 1–22. DOI: 10.1080/14643154.2019.1664795.
24. *Greenberg M.T., Kusché C.A.* Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS project. Seattle, WA: University of Washington Press, 1993. 250 p.
25. *Hintermair M.* Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children // *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2006. Vol. 11. № 4. P. 493–513. DOI: 10.1093/deafed/enl005.
26. *Humphries M., Kushalnagar P.* Avoiding linguistic neglect of deaf children // *Social Service Review*. 2016. Vol. 90. № 4. P. 589–619. DOI: 10.1086/689543.
27. *Humphries T., Kushalnagar P., Mathur G.* Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches // *Harm Reduction Journal*. 2012. Vol. 9(1). № 16. P. 9–16. DOI: 10.1186/1477-7517-9-16.
28. *Humphries T., Kushalnagar P., Mathur G.* Language choices for deaf infants: Advice for parents regarding sign languages // *Clinical Pediatrics*. 2016. Vol. 55. № 6. P. 513–517. DOI: 10.1177/0009922815616891.
29. *Humphries T., Kushalnagar P., Mathur G.* The right to language // *Journal of Law Medicine & Ethics*. 2013. Vol. 41. № 4. P. 872–884. DOI: 10.1111/jlme.12097.
30. *Keck T., Wolgemuth K.* American sign language phonological awareness and English reading abilities: Continuing to explore new relationships // *Sign Language Studies*. 2020. Vol. 20. № 2. P. 334–352. DOI: 10.1353/sls.2020.0004.
31. *Knutson J.F., Johnson C.R., Sullivan P.M.* Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children // *Journal Child Abuse & Neglect*. 2004. Vol. 28. № 9. P. 925–937. DOI: 10.1016/j.chiabu.2004.04.005.
32. *Kovelman I., Shalinsky M.H., White K.S.* Dual language use in sign-speech bimodal bilinguals // *Brain & Language*. 2009. Vol. 109. № 2-3. P. 112–123. DOI: 10.1016/j.bandl.2008.09.008.
33. *Levine E.* The Psychology of Deafness. Techniques of appraisal for rehabilitation. NY: Columbia University Press. 1960. 383 p.

34. *Marschark M.* Psychological development of deaf children. NY: Oxford University Press, 1997. 275 p.
35. *Marschark M., Hauser P.C.* Deaf cognition: Foundation and outcomes. NY: Oxford University Press, 2008. 480 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195368673.001.0001.
36. *Marschark M., Sapere P.* Access to postsecondary education through sign interpreting // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2007. Vol. 12. № 1. P. 38–50. DOI: 10.1093/deafed/eni002.
37. *Mayberry R.I.* Cognitive development in deaf children: The interface of language and perception in neuropsychology // *Handbook of Neuropsychology*, 2nd ed., vol. 8, part II // J. Segalowitz and I. Rapin (eds). Amsterdam: Elsevier, 2002. P. 71–107.
38. *Mitchell R., Karchmer M.A.* Demographics of deaf education: More students in more places // *American Annals of the Deaf*. 2006. Vol.151. № 2. P. 95–104. DOI: 10.1353/aad.2006.0029.
39. *Mitchiner J., Berlin D.* The implications of bimodal bilingual approaches for children with cochlear implants // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2014. Vol. 20. № 1. P. 51–66. DOI: 10.1093/deafed/enu028.
40. *Napoli D., Mellon Nancy K.* Should all deaf children learn sign language? // *Lantos Pediatrics*. 2015. Vol. 136. № 1. P. 170–176. DOI: 10.1542/peds.2014-1632.
41. *Olusanya B., Wirz S.L., Luxon L.M.* Community-based infant hearing screening for early detection of permanent hearing loss in Lagos, Nigeria: a cross-sectional study // *Bull World Health Organization*. 2008. Vol. 86. № 12. P. 956–963. DOI: 10.2471/blt.07.050005.
42. *Padden, C.* Grammatical theory and signed languages. In F. Newmeyer (ed.), *Linguistics: The Cambridge Survey*. Cambridge: Cambridge University Press. 2008. P. 250–266. DOI: 10.1017/CBO9780511621055.014.
43. *Perfetti Ch.* Reading optimally builds on spoken language: Implications for deaf readers // *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2000. Vol. 5. № 1. P. 32–50. DOI: 10.1093/deafed/5.1.32.
44. *Petitto L.A., Katerelos M., Levy B.G.* Bilingual signed and spoken language acquisition from birth: Implications for the mechanisms underlying early bilingual language acquisition // *Journal of Child Language*. 2001. Vol. 28. № 2. P. 453–496. DOI: 10.1017/S0305000901004718.
45. *Pizzo L.* Vocabulary instruction for the development of American sign language in young deaf children: An investigation into teacher knowledge and Practice // *Sign Language Studies*. 2018. Vol. 18. № 2. P. 238–265. DOI: 10.1353/sls.2018.0002.
46. *Sass-Lehrer M.* Families: Partnerships in practice. Early intervention for deaf and hard-of-hearing infants, toddlers, and their families: Interdisciplinary perspectives. NY: Oxford University Press, 2015. 384 p.

47. *Schenkel L.S.* Child maltreatment and trauma exposure among deaf and hard of hearing young adults // *Journal Child Abuse and Neglect*. 2014. Vol. 38. № 10. P. 1581–1589. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.04.010.
48. *Sebald A.M.* Child abuse and deafness: an overview // *American Annals of the Deaf*. 2008. Vol. 153. № 4. P. 376–383. DOI: 10.1353/aad.0.0059.
49. *Semushina N., Mayberry R.* Numeral incorporation in Russian sign language: Phonological constraints on simultaneous morphology // *Sign Language Studies*. 2019. Vol. 20. № 1. P. 83–98. DOI: 10.1353/sls.2019.0015.
50. *Shaw C.* Deaf in the USSR: Marginality, community, and soviet identity, 1917–1991. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2017. 310 p. DOI: 10.25285/2078-1938-2019-11-2-167-173.
51. *Stokoe W.* Sign language structure: an outline of the visual communication systems of the American deaf // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2005. Vol. 10. № 1. P. 3–37. DOI: 10.1093/deafed/eni001.
52. *Vaccari C., Marschark M.* Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development // *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 1997. Vol. 38. № 7. P. 793–801. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01597.
53. *Vernon M., Miller K.* Issues in the sexual molestation of deaf youth // *American Annals of the Deaf*. 2002. Vol. 147. № 5. P. 28–36. DOI: 10.1353/aad.2012.0218.
54. *Vernon M., Miller K.* Obstacles faced by deaf people in the criminal justice system // *American Annals of the Deaf*. 2005. Vol. 150. № 3. P. 283–291. DOI: 10.1353/aad.2005.0036.
55. *Walker R.* Child mental health and deafness // *Advances in Mental Health*. 2013. Vol. 11. № 1. P. 2141–2163 DOI: 10.5172/jamh.2012.2141.

References

1. Basilova T.A., Moiseeva I.V., Saprina E.A. i dr. Osobennosti gluhih uchashhihsja sovremennoj special'noj shkoly i faktory, vlijajushhie na sohrannost' ih psihicheskogo zdorov'ja // [Features of deaf students in modern special schools and factors affecting their mental health]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2010, vol. 15, no. 2, pp. 82–90.
2. Bogdanova T.G. Strukturno-dinamicheskie izmenenija intellektual'noj dejatel'nosti lic s narushenijami sluha v ontogeneze [Structural and dynamic changes in the intellectual activity of persons with hearing disorders in ontogenesis]. *Psihologicheskij zhurnal=Psychological Journal*, 2013, vol. 34, no. 3, pp. 101–109.
3. Vygotskij L.S. Kollektiv kak faktor razvitija defektivnogo rebenka. [Collective as a factor in the development of a defective child] *Sobr. soch. v 6 t. T. 5. Osnovy defektologii*. Moscow: Pedagogika, vol. 5, pp. 196–218.

4. Zajceva G.L. Dialog s L.S. Vygotskim o problemah sovremennoj surdopedagogiki [Dialogue with L.S. Vygotsky on the problems of modern sign language teaching]. *Kul'turno-istoricheskaja psihologija = Cultural-Historical Psychology*, 2006, vol. 2, no. 3, pp. 21–27.
5. Tomson V.A. K voprosu ob obuchenii russkomu jazyku gluhih shkol'nikov [On the issue of teaching Russian to deaf students]. *Special'noe obrazovanie = Special Education*. 2012, no. 3, pp. 114–121.
6. Hohlova A.Ju. Rol' zhestovogo jazyka v intellektual'nom i social'nom razvitii gluhih detey: obzor zarubezhnyh publikacij [The role of sign language in the intellectual and social development of deaf children: a review of foreign publications]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija = Journal of Modern Foreign Psychology*, 2013, vol. 2, no. 4, pp. 59–68. URL: <https://psyjournals.ru/jmfp/2013/n4/65488.shtml> (Accessed: 24.11.2020).
7. Antia S.D., Kreimeyer K.H. Social competence of deaf and hard of hearing children. NY: Oxford University Press, 2015. 315 p.
8. Arnaud S. From gesture to sign: Sign language dictionaries and the invention of a language. *Sign Language Studies*, 2019, vol. 20, no. 1, pp. 41–82. DOI: 10.1353/sls.2019.0014.
9. Arnaud S. The order of signs: Perspectives on the relationship between language and thought during the first century of widespread sign language teaching. *History of Education Quarterly*, 2020, vol. 60, no. 4, pp. 520–545. DOI: 10.1017/heq.2020.46.
10. Bradham T., Jones J. Cochlear implant candidacy in the United States: Prevalence in children 12 months to 6 years of age. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2008, vol. 72, no. 7, pp. 1023–1028. DOI: 10.1016/j.ijporl.2008.03.005.
11. Branson J., Miller D. Damned for their difference: The cultural construction of deaf people as "disabled". *Scandinavian Journal of Disability Research*, 2005, vol. 7, no. 2, pp. 129–132. DOI: 10.1080/15017410510032244.
12. Björkqvist K. Gender differences in aggression (Review). *Current Opinion in Psychology*, 2018, vol. 19, pp. 39–42. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.03.030.
13. Burkova S., Filimonova E. Lexical expressions of time in Russian sign language. *Sign Language Studies*, 2018, vol. 19, no. 2, pp. 175–203. DOI: 10.1353/sls.2018.0031.
14. Campbell R., MacSweeney M., Waters D. Sign language and the brain: A review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2008, vol. 13, no. 1, pp. 3–20. DOI: 10.1093/deafed/enm035.
15. Calderon R. Parental involvement in deaf children's education programs as a predictor of child's language, early reading, and social-emotional development. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2000, vol. 5, no. 2, pp. 140–155. DOI: 10.1093/deafed/5.2.140.
16. Calderon R. Successful partnerships with families of children who are deaf. *Teaching Exceptional Children*, 2007, vol. 39, no. 3, pp. 130–143. DOI: 10.1177/004005990703900308.

17. Charlene Ch., Morford J.P., Mayberry R. Language acquisition by eye. NJ: Erlbaum, 2000. 275 p.
18. Christiansen J.B. Fifteen cochlear implant stories. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2014, vol. 19, no. 4, p. 560.
19. Courtin C. The impact of sign language on the cognitive development of deaf children: The case of theories of mind. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2000, vol. 5, no. 3, pp. 266–276. DOI: 10.1093/deafed/5.3.266.
20. Cummins J. Language, power and pedagogy: Bilingual children in the crossfire. *Language Policy*, 2002, vol. 1, no. 2, pp. 193–195. DOI: 10.1023/A:1016129519220.
21. Devise I., Loots G. Early interaction and early intervention: A visual communication course for hearing parents and families of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2005, vol. 10, no. 4, pp. 357–375. DOI: 10.1093/deafed/eni036.
22. Emmorey K., Harlan L. The signs of language revisited: An anthology to honor Ursula Bellugi and Edward Klima. *Language*, 2013, vol. 77, no. 4, pp. 845–846. DOI: 10.1353/lan.2001.0231.
23. Gale E., Benedict B. Deaf adults in early intervention program. *Deafness & Education International*, 2019, vol. 23, no. 1, pp. 1–22. DOI: 10.1080/14643154.2019.1664795.
24. Greenberg M.T., Kusché C.A. Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS project. Seattle, WA: University of Washington Press, 1993. 250 p.
25. Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2006, vol. 11, no. 4, pp. 493–513. DOI: 10.1093/deafed/enl005.
26. Humphries M., Kushalnagar P. Avoiding linguistic neglect of deaf children. *Social Service Review*, 2016, vol. 90, no. 4, pp. 589–619. DOI: 10.1086/689543.
27. Humphries T., Kushalnagar P., Mathur G. Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches. *Harm Reduction Journal*, 2012, vol. 9(1), no. 16, pp. 9–16. DOI: 10.1186/1477-7517-9-16.
28. Humphries T., Kushalnagar P., Mathur G. Language choices for deaf infants: Advice for parents regarding sign languages. *Clinical Pediatrics*, 2016, vol. 55, no. 6, pp. 513–517. DOI: 10.1177/0009922815616891.
29. Humphries T., Kushalnagar P., Mathur G. The right to language. *Journal of Law Medicine & Ethics*, 2013, vol. 41, no. 4, pp. 872–884. DOI: 10.1111/jlme.12097.
30. Keck T., Wolgemuth K. American sign language phonological awareness and English reading abilities: Continuing to explore new relationships. *Sign Language Studies*, 2020, vol. 20, no. 2, pp. 334–352. DOI: 10.1353/sls.2020.0004.

31. Knutson J.F., Johnson C.R., Sullivan P.M. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Journal Child Abuse & Neglect*, 2004, vol. 28, no. 9, pp. 925–937. DOI: 10.1016/j.chiabu.2004.04.005.
32. Kovelman I., Shalinsky M.H., White K.S. Dual language use in sign-speech bimodal bilinguals. *Brain & Language*, 2009, vol. 109, no. 2-3, pp. 112–123. DOI: 10.1016/j.bandl.2008.09.008.
33. Levine E. *The Psychology of Deafness. Techniques of appraisal for rehabilitation.* NY: Columbia University Press. 1960. 383 p.
34. Marschark M. *Psychological development of deaf children.* NY: Oxford University Press, 1997. 275 p.
35. Marschark M., Hauser P.C. *Deaf cognition: Foundation and outcomes.* NY: Oxford University Press, 2008. 480 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195368673.001.0001.
36. Marschark M., Sapere P. Access to postsecondary education through sign interpreting. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2007, vol. 12, no. 1, pp. 38–50. DOI: 10.1093/deafed/eni002.
37. Mayberry R.I. Cognitive development in deaf children: The interface of language and perception in neuropsychology. In J. Segalowitz and I. Rapin (eds.), *Handbook of Neuropsychology*, 2nd ed., vol. 8, part II, pp. 71–107. Amsterdam: Elsevier, 2002.
38. Mitchell R., Karchmer M.A. Demographics of deaf education: More students in more places. *American Annals of the Deaf*, 2006, vol. 151, no. 2, pp. 95–104. DOI: 10.1353/aad.2006.0029.
39. Mitchiner J., Berlin D. The implications of bimodal bilingual approaches for children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2014, vol. 20, no. 1, pp. 51–66. DOI: 10.1093/deafed/enu028.
40. Napoli D., Mellon Nancy K. Should all deaf children learn sign language? *Lantos Pediatrics*, 2015, vol. 136, no. 1, pp. 170–176. DOI: 10.1542/peds.2014-1632.
41. Olusanya B., Wirz S.L., Luxon L.M. Community-based infant hearing screening for early detection of permanent hearing loss in Lagos, Nigeria: a cross-sectional study. *Bull World Health Organization*, 2008, vol. 86, no. 12, pp. 956–963. DOI: 10.2471/blt.07.050005.
42. Padden, C. Grammatical theory and signed languages. In F. Newmeyer (ed.), *Linguistics: The Cambridge Survey.* Cambridge: Cambridge University Press. 2008, pp. 250–266. DOI: 10.1017/CBO9780511621055.014.
43. Perfetti Ch. Reading optimally builds on spoken language: Implications for deaf readers. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2000, vol. 5, no. 1, pp. 32–50. DOI: 10.1093/deafed/5.1.32.
44. Petitto L.A., Katerelos M., Levy B.G. Bilingual signed and spoken language acquisition from birth: Implications for the mechanisms underlying early bilingual

language acquisition. *Journal of Child Language*, 2001, vol. 28, no. 2, pp. 453–496. DOI: 10.1017/S0305000901004718.

45. Pizzo L. Vocabulary instruction for the development of American sign language in young deaf children: An investigation into teacher knowledge and Practice. *Sign Language Studies*, 2018, vol. 18, no. 2, pp. 238–265. DOI: 10.1353/sls.2018.0002.

46. Sass-Lehrer M. Families: Partnerships in practice. Early intervention for deaf and hard-of-hearing infants, toddlers, and their families: Interdisciplinary perspectives. NY: Oxford University Press, 2015. 384 p.

47. Schenkel L.S. Child maltreatment and trauma exposure among deaf and hard of hearing young adults. *Journal Child Abuse and Neglect*, 2014, vol. 38, no. 10, pp. 1581–1589. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.04.010.

48. Sebald A.M. Child abuse and deafness: an overview. *American Annals of the Deaf*, 2008, vol. 153, no. 4, pp. 376–383. DOI: 10.1353/aad.0.0059.

49. Semushina N., Mayberry R. Numeral incorporation in Russian sign language: Phonological constraints on simultaneous morphology. *Sign Language Studies*, 2019, vol. 20, no. 1, pp. 83–98. DOI: 10.1353/sls.2019.0015.

50. Shaw C. Deaf in the USSR: Marginality, community, and soviet identity, 1917–1991. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2017. 310 p. DOI: 10.25285/2078-1938-2019-11-2-167-173.

51. Stokoe W. Sign language structure: an outline of the visual communication systems of the American deaf. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2005, vol. 10, no. 1, pp. 3–37. DOI: 10.1093/deafed/eni001.

52. Vaccari C., Marschark M. Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1997, vol. 38, no. 7, pp. 793–801. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01597.

53. Vernon M., Miller K. Issues in the sexual molestation of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 2002, vol. 147, no. 5, pp. 28–36. DOI: 10.1353/aad.2012.0218.

54. Vernon M., Miller K. Obstacles faced by deaf people in the criminal justice system. *American Annals of the Deaf*, 2005, vol. 150, no. 3, pp. 283–291. DOI: 10.1353/aad.2005.0036.

55. Walker R. Child mental health and deafness. *Advances in Mental Health*, 2013, vol. 11, no. 1, pp. 2141–2163 DOI: 10.5172/jamh.2012.2141.

Информация об авторе

Богданова Тамара Геннадиевна, доктор психологических наук, профессор кафедры специальной психологии и психолого-социальных технологий Института специального образования и психологии, Московский городской педагогический университет (ГАОУ ВО МГПУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5886-6494>, e-mail: bogdanovatg@mgpu.ru

Богданова Т.Г. Жестовая речь и психическое развитие глухих детей: современное состояние вопроса (обзор зарубежных исследований) Клиническая и специальная психология 2021. Том 10. № 2. С. 3–22.

Bogdanova T.G. Sign Language and Psychological Development of Deaf Children: State-of-the-Art (Foreign Studies Review) Clinical Psychology and Special Education 2021, vol. 10, no. 2, pp. 3–22.

Information about the author

Tamara G. Bogdanova, Doctor of Psychology, Professor of the Department of Special Psychology and Psycho-Social Technologies of the Institute of Special Education and Psychology, Moscow City University, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5886-6494>, e-mail: bogdanovatg@mgpu.ru

Получена: 17.05.2020

Received: 17.05.2020

Принята в печать: 02.03.2021

Accepted: 02.03.2021

Групповые и макросоциальные интервенции в программах изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения

Рассказова Е.И.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com*

Тхостов А.Ш.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com*

Ковязина М.С.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru*

Варако Н.А.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru*

Задача изменения образа жизни и поведения, связанного со здоровьем, в профилактике и реабилитации не имеет в настоящий момент единого решения и требует сочетания различных методов и уровней интервенций. Целью данной статьи является анализ опыта применения групповых и макросоциальных моделей изменения поведения, связанного со здоровьем. Реабилитация, как правило, изначально происходит в групповом контексте, что требует грамотной фасилитации текущего взаимодействия. Показано, что социальная поддержка, социальное сравнение и идентификация с группой выступают важнейшими предикторами успешного изменения поведения, связанного со здоровьем. Учет существующего в психологии здоровья и реабилитации опыта развития социальных сетей по типу привлечения «естественных» помощников и фасилитации развития групп может способствовать большей эффективности социально-психологических программ изменения поведения, связанного со здоровьем. Обсуждаются важность диагностики текущих социальных сетей и дифференциации тех их функций, которые важны для эффективной реабилитации, а также возможности применения модели SHOWED как методической основы групповой работы с поведением, связанным со здоровьем. Рассматриваются особенности применения

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

в профилактике и реабилитации модели прайминга и модели прототипа-готовности как акцентирующих внимание на важности актуализации позитивных стереотипов и установок, связанных с развиваемым поведением.

Ключевые слова: психология здоровья, изменение поведения, связанного со здоровьем, теории социальной поддержки, модель SHOWED, модель прототипа-готовности, модели прайминга, методология М. Сабидо.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00799.

Для цитаты: Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С., Варако Н.А. Групповые и макросоциальные интервенции в программах изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 23–46. DOI: 10.17759/cpse.2021100203

Group and Macro-Social Interventions in Health-Related Behavior Change Programs: Opportunities and Limitations

Elena I. Rasskazova

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com*

Aleksandr Sh. Tkhostov

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com*

Maria S. Kovyazina

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru*

Natalia A. Varako

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru*

The goal of changing health-related lifestyles and behaviors in prevention and rehabilitation does not currently have a single solution and requires a combination of different interventions and different levels of interventions. The aim of present paper was

to review and discuss opportunities of group and macro-social models of health-related behavior change. Frequently rehabilitation initially starts in a group context, which requires competent facilitation of the current patients' interactions. It was shown that social support, social comparison, identification with the group are the most important predictors of successful changes in health-related behavior in groups. Taking into account the existing experience of health psychology and rehabilitation in the development of social networks by the type of attracting "natural" helpers and facilitating the development of groups can contribute to greater efficiency of socio-psychological programs for changing health-related behavior. The importance of appraisal of current social networks and differentiating those functions that are important for effective rehabilitation, as well as the possibility of using the SHOWED model as a methodological basis for group work with health-related behavior, is discussed. Opportunities of using the priming model and prototype-readiness model in prevention and rehabilitation are considered, as they emphasize the importance of updating positive stereotypes and attitudes related to the health behavior.

Keywords: health psychology, health-related behavior change, social support, SHOWED model, prototype-readiness model, Sabido methodology.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-013-00799.

For citation: Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S., Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions in Health-Related Behavior Change Programs: Opportunities and Limitations. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 23–46. DOI: 10.17759/cpse.2021100203 (In Russ.)

Введение

Задача изменения поведения, связанного со здоровьем (преодоление рискованного для здоровья поведения, формирование привычек здорового питания и поддержания активного образа жизни, проактивного участия в профилактике и мониторинге своего физического состояния и пр.), относится к числу центральных задач психологии здоровья [22; 23]. Некоторые авторы даже считают, что связь действий самих людей с их здоровьем и болезнью настолько сильна, что, если бы люди придерживались здорового образа жизни, показатели смертности от наиболее распространенных причин могли бы снизиться как минимум в два раза [17]. В клинической психологии и психологии реабилитации эта задача не менее актуальна: помимо того, что при многих хронических соматических заболеваниях отказ от курения и алкоголя, регуляция питания, контроль веса и активный образ жизни — важнейшие превентивные факторы [13], сам процесс комплексной реабилитации требует личностного участия, собственной активности пациента по изменению образа его жизни в соответствии с реабилитационными целями [4]. В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности

и здоровья активность и участие рассматриваются как характерные составляющие реабилитационного процесса, соотносимые с уровнями действий и деятельности в отечественной теории деятельности [1]. Соответственно, под изменением поведения, связанного со здоровьем, в психологии здоровья и психологии реабилитации понимается обширный круг мишеней, включая активное участие человека в поддержании своего здоровья и качества жизни, в профилактике и реабилитации.

За чуть более чем 40 лет своего существования психология здоровья предложила более двадцати психологических моделей, ориентированных на изменение готовности личности к поведению, связанному со здоровьем [5; 22; 23], а также вариантов классификации [9] и интеграции [10; 28] как самих моделей, так и соответствующих психологических методов интервенции [18]. Тем не менее результаты интервенций по изменению осознанных намерений людей и их индивидуальной готовности к изменению поведения относительно скромны [27], что привело исследователей к выводу о необходимости разработки многоуровневых программ, ориентирующихся на процессы межличностного, группового взаимодействия и макросоциальные процессы.

Следует отметить, что в клинической и клинико-психологической реабилитации задача учета групповых и организационных процессов (включая обеспечение рабочих отношений и социального статуса человека в трудовом коллективе) традиционно рассматривалась как одна из центральных [2–4]. Помимо этого, длительный характер реабилитации, особенно если он сопряжен с регулярным пребыванием в медицинских учреждениях (стационарно, амбулаторно), открывает естественные возможности для использования организованных и спонтанных групп и социальных сетей для изменения и поддержания поведения пациента [11]. В психологии здоровья интерес специалистов к межличностным и групповым факторам изменения поведения, связанного со здоровьем, во многом определился результатами первых исследований, показавшими, что вероятность долгосрочного участия людей в программах снижения веса, отказа от курения или алкоголя выше, если с ними вместе это делают их близкие ([15]; в случае программ снижения веса у женщин — подруги).

Целью данной работы является описание и обобщение предложенных в психологии здоровья моделей изменения поведения, связанного со здоровьем, фокусом внимания которых являются групповые и макросоциальные процессы. С нашей точки зрения, обсуждение возможностей и ограничений этих подходов может способствовать дальнейшей разработке и уточнению групповых и организационных методов изменения поведения как в профилактике, так и в реабилитации.

В соответствии с поставленной целью, ниже рассматриваются психологические модели и основанные на этих моделях социально-психологические программы изменения поведения, связанного со здоровьем, в группах риска и у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, ориентированные на изменение

групповых процессов (развитие социальных сетей, организация направленного взаимодействия группы по поводу проблем, связанных со здоровьем, в модели П. Фрайера, создание и поддержание общественных организаций). Далее описаны модели, фокусом внимания которых является выявление и актуализация социальных стереотипов с целью изменения поведения, связанного со здоровьем, а также основанные на них методы макросоциальных интервенций (методология М. Сабидо). Важно оговориться, что в данной работе ставится задача *описания и обсуждения возможностей* существующих групповых и макросоциальных интервенций. Сопоставительный анализ и поиск путей их интеграции и использования в существующих российских социально-психологических программах в области профилактики и реабилитации является, с нашей точки зрения, следующим важным этапом и выходит за рамки данной статьи.

Групповые процессы в интервенциях по изменению поведения, связанного со здоровьем, в профилактике и реабилитации

Ключевой мишенью социально-психологических программ изменения поведения, связанного со здоровьем, ориентированных на групповые процессы, являются *социальные сети*, их развитие, поддержание и трансформация их функций, включая функцию оказания социальной поддержки. Важно оговориться, что субъективное восприятие поддержки существенно отличается от объективной ситуации, ее принятие или непринятие зависит от серии различных факторов [14], а сама поддержка представляет несколько разнородных типов: как правило, выделяют эмоциональную, инструментальную, оценочную и информационную поддержку. Соответственно, предварительный этап программ социальной поддержки должен включать диагностику и сопоставление субъективных и объективных индикаторов различных вариантов социальной поддержки [11], а интервенция — совместное обсуждение с участниками социальной сети того, как они воспринимают текущую поддержку, каковы их ожидания от окружающих, и согласование целей по улучшению социальной поддержки. В психологии реабилитации рассогласованность типа и способа оказания поддержки пациенту со стороны близких и медицинских работников особенно важна, поскольку нередко она является причиной пассивности пациента в реабилитационном процессе или его неудовлетворенности. Намеренно заостряя, можно привести в качестве примера сочувствие пациенту со стороны инструктора ЛФК или инструментальное обслуживание всех потребностей пациента близкими — и то, и другое оказывается крайне неэффективным, хотя все участники реабилитации желают улучшить этот процесс. Задачей реабилитационной бригады становится согласование тех способов, которыми необходимая поддержка может быть оказана разными специалистами, и тех способов, которыми будет постоянно оцениваться ее эффективность.

В психологии здоровья выделяют четыре направления целенаправленной работы с социальными сетями [11].

- *Улучшение существующих сетей.* И в рамках профилактики, и в реабилитации сюда относят тренинги или консультирование членов семьи, направленные на

обучение инструментальной поддержке (например, измерение уровня глюкозы в крови в семьях пациентов с сахарным диабетом), эмоциональной и оценочной поддержке (совместное участие в ходе реабилитации, в программах снижения веса и т.п.). В реабилитационной работе используется вариант тренинга специалистов (участников реабилитационной бригады).

- *Развитие новых связей* в рамках существующей сети используется, если существующая сеть мала, разобщена или не может оказать эффективной поддержки. Примером является ситуация хронической социальной изоляции (пожилые люди), психологический кризис и резкие изменения в жизни (например, переезд). Ситуация социальной изоляции многократно описана как фактор риска в отношении здоровья, особенно у людей с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями [12]. Сюда относится поддержание общения людей в рамках каких-либо групп по интересам и хобби или — в реабилитации — групп пациентов («приятельской» сети), волонтерских движений со стороны тех, кто столкнулся с теми же или схожими заболеваниями, в особенности успешно справился с ними (так называемое наставничество). Более целенаправленной организации требует создание или координирование, поддержание групп самопомощи. Заметим, что роль такого рода связей в реабилитации может быть очень велика: существуют целые организации и движения, позиционирующие себя как реабилитационные, основные функции которых сводятся к поддержанию и координации социальных связей между пациентами.

- *Улучшение социальной сети* — более сложный, по сравнению с предыдущим, вариант, когда в социальной группе (например, среди пациентов или жителей определенного района) выявляются наиболее «авторитетные» люди, к которым чаще всего обращаются за помощью, поддержкой и советом о здоровье и поведении (так называемые «естественные» помощники). Задачей социально-психологической программы является поиск этих людей и проведение с ними отдельного тренинга в области лечения, реабилитации и здравоохранения в целом. Поскольку такого рода организация сети затратна, она оправдана в том случае, если люди в целевой группе скорее склонны обращаться друг к другу и не доверять или опасаться традиционной медицины (например, из-за страха женщины в группе риска онкологических заболеваний могут не проходить регулярно маммографию), относятся к национальным меньшинствам и общаются преимущественно между собой. На наш взгляд, сегодня это направление особенно оправданно онлайн — через поиск и обучение людей, активно участвующих в обсуждениях реабилитации и лечения на форумах и сайтах.

- *Улучшение сети за счет фасилитации возможностей группы и обучения ее* — наиболее организационно сложный вариант, в котором группы риска (например, пожилых жителей одного района или людей, перенесших инфаркт миокарда) искусственно объединяют в группы, помогая им под руководством специалиста сформулировать наиболее важные цели, обнаружить возможности и ресурсы группы, самостоятельно предложить и реализовать способы решения проблем. Классический пример в психологии здоровья — так называемый Тэндерлоинский

проект, в котором целями широкой сети групп, создававшихся и курирующихся волонтерами в домах престарелых, были совместная постановка задач по улучшению здоровья, выявление приоритетов и поиск ресурсов для их осуществления — то есть фасилитация возможностей группы самостоятельно разрешать свои трудности [19].

Очевидно, что сегодня в психологии здоровья и психологической реабилитации задача полноценного создания и координации групп пациентов может быть невыполнима. Однако в большинстве случаев цель гораздо скромнее — создание условий для общения и поддержание общения между пациентами. Более того, групповой формат работы как с пациентами, так и с родственниками (или даже с группой, состоящей из пар «родственник–пациент») часто является значительно более экономичным для реабилитации. Важное преимущество группы также в том, что при правильной организации она со временем приобретает способность к саморегуляции. Это означает, что группа сама может находить и использовать ресурсы для своего существования и развития, ставить новые цели и достигать их. Например, в Тэндерлоинском проекте одним из критериев эффективности работы группы был отказ на определенном этапе ее развития от курирующего волонтера при продолжении активной деятельности.

С психологической точки зрения, по сравнению с микросоциальным уровнем анализа уровень группы открывает ряд новых возможностей, в частности, использования *социального сравнения* членов группы между собой и с другими людьми (например, пациенты могут сравнить себя с другими пациентами, родственники — с другими родственниками) и обучения через наблюдение, «по образцу» (т.е. на основе тех историй, которые они слышат друг о друге).

Мощным психологическим фактором активного участия в профилактике или реабилитации, включающих изменение образа жизни, может стать *идентификация* с группой (например, с группой пациентов), которая задает несколько изменений. Во-первых, идентифицируясь с группой пациентов или группой поддержки, человек признает свою болезнь и свое состояние как то, что случается в мире, с чем живут и что преодолевают — иными словами, автоматически формируются эмоциональное принятие и осознание своего состояния, которые столь трудно достижимы для пациента на личностном уровне анализа. Во-вторых, идентификация сопряжена с процессом переоценки возможностей, «сильных сторон» своей группы в противопоставлении другим группам, достоинства которых, напротив, принижаются. Иногда «чужая» группа приобретает статус «врага» или источника бед — хотя последнее не всегда продуктивно, такое изменение бесспорно стимулирует активность пациента, задавая ему простой смысл (например, борьбы), помогая выражать свои чувства и желания напрямую, повышая собственную значимость и значимость группы (например, как «спасителя»). С нашей точки зрения, если речь идет об активации пациента, о поиске для него смысла и мотивации к трудной реабилитационной деятельности, даже идентификация, включающая идею борьбы с законодательством, вполне может играть позитивную роль на ранних этапах реабилитации. Метафорически говоря, человек перестает

ощущать себя пассивным реципиентом помощи, он становится *нужен* своей группе в качестве активного действующего звена.

Выделяют несколько моментов (особенностей групповых процессов, связей и отношений, [25]), на которые должен постоянно обращать внимание организатор или фасилитатор группы (в данном случае — группы по профилактике и реабилитации, направленной на изменение поведения, связанного со здоровьем, и образа жизни).

1. *Распределение и приобретение полномочий* — важно обращать внимание на те социальные действия, которые предпринимаются людьми, группами и организациями для контроля над происходящим и дают им возможности («власть»). Полномочия приобретаются или через развитие умений, проявление высоких человеческих качеств, например, стойкости перед лицом болезни, предложении оптимальных способов решения проблем (так называемая «власть с»), или через доминирование, распространение определенной идеологии и демонстрации сил, например, через активную борьбу по улучшению социальной помощи людям с инвалидностью (так называемая «власть над»). Если в группе не обсуждался вопрос о полномочиях — о том, кто, что и как может сделать для достижения общих целей реабилитации, в группе быстро возникает диффузия ответственности, нарастают недопонимание и тревога. Групповая динамика считается хорошей, если по мере развития группы все больше власти и ответственности принимают на себя ее члены, давая ведущему группы все меньше свободы в принятии решений (этот феномен называется «критическим осознанием»). Если по мере групповой динамики у пациентов возрастают полномочия и уверенность, они начинают сами активно изменять те условия, в которых они живут.

2. *Способности, или социальный капитал* группы — это те ее характеристики, которые определяют выявление, обсуждение социальных и общественных проблем, принятие мер в отношении этих проблем, сотрудничество и кооперацию для достижения реабилитационных целей. В любой группе есть неравенство — разный уровень образования, тяжести состояния и заболевания, особенности прогноза, финансовое обеспечение, — и успешность группы зависит от того, насколько ей удастся справляться с этим неравенством, замечая острые проблемы (тех, кому в первую очередь нужна помощь) и перераспределяя ресурсы. Если фасилитатор группы не замечает и не привлекает внимания ее членов к социальному капиталу, даже идеальная демонстрация одними пациентами того, как можно успешно справиться с заболеванием, приведет лишь к отчуждению и отказу от участия у тех, у кого этого не получается. Критерий успешного развития способностей реабилитационной группы — постепенный сдвиг акцентов от изменений в окружающих факторах (например, для недавно созданной реабилитационной группы помочь пациентам и их семьям обычно значит — изменить доходы, законодательство, действия жилищных услуг) к изменениям в самих себе (группа начинает использовать собственные ресурсы в уже заданных условиях — развитие поведения, связанного со здоровьем, поиск новых методов и направлений

реабилитации и лечения), а также развитие социальных сетей, о которых говорилось выше.

3. *Выбор мишени*, на которую будут направлены действия группы, и расстановка приоритетов в целях являются сложными процессами и на индивидуальном уровне. Установление же иерархии целей для группы по реабилитации требует учета многих факторов. Как и в случае отдельного пациента, важно, чтобы проблемы (то, что мешает группе) были переформулированы в цели (то, в чем группа чувствует себя уверенно, в отличие от того, с чем она пока не может справиться). Следует отметить, что в некоторых социальных программах по улучшению здоровья и реабилитации в настоящее время выбор мишени подменяется задачей *создания и развития общих ценностей, представлений и потенциала группы*. Например, пациенты с тяжелыми прогрессирующими заболеваниями могут фотографировать, рисовать или описывать истории о том, что считают важным для себя и совместно обсуждать. По мере обсуждения члены группы начинают сами поддерживать друг друга, выявлять и искать пути решения существующих проблем.

4. *Измерение и оценка* группового процесса, возможностей и ограничений группы — важнейший фактор ее развития. Обычно от измерения отказываются из-за невозможности квалифицированно провести его своими силами и страха, что внешние эксперты вызовут внутреннее напряжение членов группы. В последнее время развиваются методы (совместная оценка, развивающая оценка), благодаря которым внешние эксперты и члены группы сотрудничают на всех этапах оценки, и группа может разработать свои собственные критерии оценки эффективности, отражающие ее уникальную ситуацию. Однако важно понимать, что если критерии и способы оценки не обсуждены и не применяются в группе, велик риск ее распада из-за переживания бессилия и отсутствия прогресса, в отношении которого у каждого члена группы (например, у каждого пациента) есть свои ожидания.

Заметим, что в зависимости от того, что группа в программе по изменению поведения, связанного со здоровьем, считает эффективным результатом своей работы и что движет ей в своем развитии, стратегии организации и поддержания группы будут разными. Обычно для описания этих различий предлагают метафору *маскулинности/феминности* как крайних вариантов стиля организации группы, направленной на улучшение здоровья и преодоление болезни [21]. При крайнем варианте создания группы по «маскулинному» типу источником ее развития выступает недовольство, а задачей — борьба, изменение чего-либо, достижение результата. В этом случае в группе есть четкая иерархия, руководство (формальное лидерство), регламентированные правила взаимодействия, а ресурсы в борьбе берутся из взаимодействия с другими организациями и приобретаются по мере достижения результатов и известности. Напротив, при крайнем варианте создания группы по «феминному» типу источником ее развития является необходимость распределения сил и обязанностей (например, при невозможности женщин с ограничениями здоровья полностью обеспечить заработок, заботиться о детях и вести домашнее хозяйство), результат понимается как обеспечение помощи

и поддержки, достижение значимых для группы целей, сохранение ценностей, а средством выступает развитие, приобретение новых умений, получение нового опыта. В такой группе структура скорее горизонтальная, чем вертикальная, основанная на непосредственных межличностных отношениях, а лидерство неформальное, ориентированное на связь людей друг с другом и создание безопасного и уютного пространства для обсуждения проблем. Хотя в психологии реабилитации традиционный образ группы — это группа поддержки, на уровне практики крайнее проявление «фемининного» типа — не всегда лучший и не единственный вариант.

С нашей точки зрения, одна из ключевых возможностей учета групповых процессов в социально-психологических интервенциях в отношении здоровья — возможность облегчить переход к активным действиям, активному участию как совместной деятельности по улучшению функционирования и качества жизни. В этом смысле для задач психологии здоровья и реабилитации нам представляется полезной модель П. Фрайера (называемая аббревиатурой SHOWED), представляющая собой применение теории мотивации защиты на групповом уровне [24] (рис. 1).



Рис. 1. Теоретическая модель взаимодействия модели П. Фрайера и теории защитной мотивации [цит. по 24, р. 223]

Примечание. Прямоугольниками отмечены элементы модели П. Фрайера, овалами — элементы теории мотивации защиты. Понятия критического мышления и поведения являются ключевыми в обеих моделях. Английская аббревиатура SHOWED используется для обозначения вопросов для диалога (пояснение в тексте). Рефлексия не выделена на схеме как отдельный этап и относится к нижней линии — от последствий к критическому мышлению и эмпатии.

Согласно модели, никакое информирование человека само по себе не может быть достаточно эффективным, если ему не дают непосредственной возможности активного обсуждения в диалоге и активного действия. Изменение поведения, связанного со здоровьем, рассматривается как цикл, состоящий из четырех этапов (рис. 1): *Слушание, Диалог, Действие, Рефлексия*. Каждый человек понимается не как

пассивный объект обучения, а как активный его участник, формирующий в диалоге собственное критическое мышление — способность выявлять суть проблемы и пути ее решения. *Действие* дает человеку уверенность в себе и своих силах. Согласно П. Фрайеру, на этапах *Слушания* и *Диалога* формируется и развивается критическое мышление, тогда как планирование и осуществление социальных действий приводит к изменению поведения. Мотивация и эмпатия — необходимые условия *Слушания*, оценка угрозы и возможностей совладания происходит в процессе *Диалога*, что и способствует развитию критического осознания и в дальнейшем — планированию действий и изменению поведения.

Для того, чтобы *Слушание* было эффективным, недостаточно лишь информации, важны мотивация и эмпатия — иными словами, это должны быть истории и рассказы, стимулирующие эмоциональное сопереживание и участие (например, рассказы или интервью других пациентов). Уже на этом этапе членам группы предлагается проявить активность в формулировании вопросов, ожиданий, сомнений. Для формирования эмпатии не менее важна способность к личностной идентификации («Мог бы я попасть в такую ситуацию? А мои родители? Друзья?»).

Согласно модели, без *Диалога* услышанное не может оформиться в намерение действовать или в план действий. Этот этап считается наиболее важным, и его задача — развитие критического мышления как способности выявлять проблемы и искать пути их решения. Помогает развивать критическое мышление обсуждение конкретных историй или случаев при помощи серии вопросов, которая сокращенно обозначается аббревиатурой SHOWED:

- Что мы видим, или как можно назвать эту проблему? (от слова “See” — S);
- Что на самом деле происходит с этим человеком в его или ее жизни? (Happening — H);
- Как эта история связана с нашими жизнями, что мы чувствуем? (Our — O);
- Почему и из-за чего у человека или в его семье появились эти проблемы? Почему и в каких случаях мы сталкиваемся с этими проблемами в обществе? (Why — W);
- Что могло бы нам помочь лучше понять эту проблему или ее общественную природу? Как мы могли бы сейчас найти решение проблемы? (Empowered — E);
- Что мы можем делать для решения этой проблемы? (Do — D).

Если на предыдущем этапе удалось добиться эмоционального отклика участников группы, то на этапе *Диалога* они сами начинают говорить о своем опыте и своих переживаниях. Чтобы перейти от переживаний к решению проблемы и действиям, ведущий может сказать участникам, что их чувства могут помочь лучше понять проблему (ее медицинские, политические, социальные аспекты), а значит — указать путь ее решения и предложить поискать решение.

Наконец, результаты даже самого эффективного диалога останутся бессмысленными, если не будет обеспечена немедленная возможность совместных

Действий. В профилактических группах (например, П. Фрайер описал свою модель на примере программы профилактики рискованного для здоровья поведения у подростков из неблагополучных районов, с высоким уровнем преступности, употребляющих ПАВ, имеющих опыт раннего и небезопасного начала половой жизни) воплощение задуманного в жизнь может быть крайне затруднительно. В реабилитационных группах переход к действиям может быть проще, и проблемы часто возникают в случае реабилитации при тяжелых состояниях, когда возможности пациентов ограничены. В этих случаях такие действия, как презентации, плакаты, видео- и фотонovelлы, используемые в образовательных программах других центров, конференции, обучение других пациентов, стажеров и волонтеров, могут быть вариантами перехода к *Действиям*.

Интересно, что все перечисленные моменты полностью применимы и к обучению специалистов реабилитационной бригады — для его эффективности важны опыт активного и эмпатичного слушания, а не только получение знаний и обучение навыкам, дальнейший диалог по поводу услышанного и возможность перехода к совместным с пациентом и другими участниками реабилитационного процесса *Действиям*.

Макросоциальные процессы в интервенциях по изменению поведения, связанного со здоровьем, в профилактике и реабилитации

Классические исследования в рамках личностных моделей изменения поведения, связанного со здоровьем, неоднократно показывали, что эти изменения в значительной степени зависят от системы социальных ожиданий и представлений (глазами самого человека и его близких) и от внешних стимулов, напоминающих человеку о принятом решении [5]. Образно говоря, пациенту после инфаркта миокарда отказаться от курения значительно легче, если у него есть дети, его друзья придерживаются здорового образа жизни, перед домом есть велодорожка, а по соседству — магазин, предлагающий продукты здорового питания; и значительно труднее — если везде стоят пепельницы и лежат сигареты, потому что его супруг/супруга курит. Важно отметить, что эти внешние «напоминания» человек может предложить и создать сам — в форме напоминаний самому себе (по будильнику, на компьютере, при помощи девиза в профиле в социальной сети) или трансформации поведения (например, возвращаясь домой после работы тем маршрутом, на котором нет магазина с алкоголем).

Успехи такого рода «напоминаний» в индивидуальной работе позволили предположить, что они действуют иначе (по другому механизму), нежели осознаваемые установки и намерения личности, «в обход» осознания и волевого контроля. Было выдвинуто предположение, что для разного поведения, связанного со здоровьем, более эффективны разные интервенции. Это предположение породило целую волну новых исследований. Оказалось, во-первых, что если сравнивать разные виды связанного со здоровьем поведения, то четко выделяются два типа: поведение по улучшению здоровья и поведение риска [16]. Во-вторых, разное поведение в рамках одного типа связано между собой, но практически не

связано с поведением другого типа: например, тот, кто ведет активный образ жизни, чаще старается придерживаться и здорового питания (улучшающее здоровье поведение), но ни склонность к активному образу жизни, ни склонность к правильному питанию не связаны с курением (поведение риска). Возникло предположение, что если поведение, улучшающее здоровье, зависит от намерений человека, то поведение риска связано с действием других — социально-психологических — факторов. Заметим, что именно поведение риска, как правило, является центральным для реабилитации, поскольку даже если речь идет о поддержании здорового питания или активного образа жизни, эти задачи в реабилитации возникают не в благоприятных условиях, а потому, что текущее поведение человека грозит ему негативными последствиями — хронификацией заболевания, снижением качества жизни, рецидивом или быстрым прогрессированием болезни.

Для объяснения и изменения поведения риска была предложена отдельная модель — *модель прототипа-готовности* (Prototype-willingness Model, [8]), согласно которой поведение, связанное со здоровьем, развивается согласно классическим мотивационным моделям (через осознанное намерение) только в том случае, если это *защитное поведение* («чтобы избежать чего-либо, нужны физические упражнения или диспансеризация»). Если же речь идет о *поведении риска*, для которого важен социальный контекст (курение, предохранение), то для такого поведения значимо более важны социальные реакции, нежели запланированные действия. Поведенческая готовность, созданная влиянием ситуации, может «перевешивать» любые благие намерения, возникшие как результат установок, социальных норм и прошлого поведения, и определяется прототипом — социальным образом человека, вовлеченного в рискованное поведение (например, «курильщики — крутые ребята»). Эмпирические исследования в целом поддерживают модель прототипа-готовности: так, поведенческая готовность часто лучше предсказывает рискованное для здоровья поведение, нежели намерения, особенно среди молодых людей и людей, не имеющих достаточного опыта в данной области [26]. Например, успешность интервенции, направленной против употребления алкоголя подростками 10–12 лет, объяснялась их влиянием на поведенческую готовность, а не на намерения.

Указание на особую роль прототипов и стереотипов, которые есть у человека, открыло новый путь методам интервенции, направленным на улучшение здоровья. В этом смысле, например, противопоставляют модели «обучения риску» и модели *актуализации стереотипов*, или модели *прайминга*¹ (Stereotype Priming Models, [20]). Согласно моделям прайминга, рискованное для здоровья поведение слишком сильно зависит от имеющихся у человека стереотипов и их актуализации — именно поэтому эффективность обучающих программ и информирования о риске столь

¹ Здесь прайминг (priming) понимается максимально широко как предварительное предъявление человеку некоторого стимула или серии стимулов, которое влияет на его реакцию на дальнейшие стимулы. Механизмы, стоящие за праймингом, связывают с имплицитными эффектами памяти.

низка. Учет социального контекста предлагает другой путь (см. табл.) — через влияние на ситуацию. Первый шаг такого рода работы направлен на выявление у человека позитивных и негативных стереотипов, связанных с некоторым поведением, а затем — на актуализацию при помощи прайминга тех из них, которые помогут ему отказаться от вредных для здоровья действий в пользу заботы о здоровье. Теоретическая идея, стоящая за моделями прайминга, заключается в том, что поведение зависит не столько от выраженности тех или иных факторов (например, установок), сколько от силы связи (ассоциации) между этими факторами и намерениями, а также намерениями и поведением² [7]. В отличие от интервенций, основанных на моделях личностного уровня [5], где изменение поведения, связанного со здоровьем, достигается через влияние на выраженность убеждений, прайминг усиливает (актуализирует) связи убеждений с намерением и поведением. В целом эти две стратегии не противоречат друг другу и их можно совмещать, хотя важно понимать, что способы выбора мишени убеждения в моделях прайминга и моделях континуума разные. Так, модели континуума предлагают в качестве мишени убеждения, которые недостаточно сильны, тогда как модели прайминга — наоборот, наиболее важные для человека убеждения, если они связаны с намерениями и поведением нужным образом [7]. Практическое преимущество моделей прайминга состоит в том, что подобного рода интервенции могут быть эффективны, действуя даже на неосознанном уровне. Ограничение же состоит в том, что они не формируют у человека новых убеждений и представлений, а только актуализируют уже существующие [20], а также в том, что действие этих интервенций недолгосрочное и требует постоянной «подпитки» — ситуативных «напоминаний».

Интервенции, основанные на прайминге, часто бывают макросоциального уровня, поскольку не требуют глубокого общения с человеком или между людьми — это могут быть социальная реклама, плакаты в медицинских учреждениях, использование средств массовой информации и даже развлекательные передачи. В частности, в реабилитации пациент сразу и постоянно подвергается такого рода внешним стимулам: какие-то из них носят макросоциальный характер (информирующие плакаты в медицинских учреждениях, буклеты самопомощи, бланки информированного согласия, а также сайты и форумы, телевизионные передачи), какие-то — организационный или групповой (общая атмосфера и поведение других пациентов отделения, типичный досуг людей на улице), а какие-то — индивидуальный (выбор того, какой дорогой возвращаться после работы домой). Однако создаются эти материалы, как правило, с задачами исключительно информирования и апеллируют к осознанию, что, как было показано выше, неэффективно. Как и в случае групповых интервенций, небольшие изменения, внесенные вместе с пациентом, с группой по реабилитации или с персоналом организации, могут существенно повысить эффективность реабилитации.

² Строго говоря, это означает, что речь может идти о прайминге не только стереотипов, но и любых ассоциаций между убеждениями и намерениями, намерениями и поведением [7]. В этом смысле эта группа моделей называется также теорией медиапрайминга.

Таблица

**Различия в интервенциях, основанных на «обучении риску»
 и актуализации стереотипов [цит. по 20, pp. 193–194]**

Критерии	Традиционные интервенции, основанные на «обучении риску»	Интервенции, основанные на актуализации стереотипов
Рекомендуемый тип сообщения	Сообщение акцентирует внимание на риске и угрозе (тяжести, уязвимости), а также на эффективности некоторого поведения в преодолении этой угрозы и способности человека следовать этому поведению	Сообщение должно актуализировать (приводить к повышению значимости) позитивные стереотипы в отношении людей, которые ведут себя желаемым образом, и/или негативные стереотипы в отношении людей, которые ведут себя иначе
Обязательные предварительные условия	Нет	Сообщение должно учитывать тот стереотип, который уже сложился у человека, и фокусироваться на одной или нескольких известных личностных чертах
Обязательные условия успешной интервенции	Нет	Сообщение должно быть предъявлено незадолго до того, как людям нужно будет оценить поведение других людей, ведущих себя «правильно» или «неправильно»
Когнитивные и эмоциональные медиаторы намерений и поведения	Сообщение должно приводить к усилению убеждений о риске и угрозе, сопряженных со страхом. Кроме того, сообщения должны способствовать развитию самоэффективности и уверенности в эффективности нового поведения	Сообщение должно влиять на мысли и суждения человека о некоторых индивидах и группах (на основе стереотипа). При этом эмоциональные реакции могут варьировать от позитивных (восхищение) до негативных (отвращение)
Соответствие сообщения представлениям человека (когнициям)	Должно стремиться к 100% соответствию	Может быть слабым или отсутствовать, поскольку сообщение может актуализировать неосознанные стереотипы
Способы улучшения соотношения полезности/стоимости и интервенций	Обращение к тем людям, которые не понимают угрозы и/или недооценивают эффективность нового поведения, и повторение сообщения до тех пор, пока они его не выучат	Обращение к тем людям, которые знают о стереотипе, но не принимают его полностью, и повторение сообщения до тех пор, пока этот стереотип не станет значимым для них
Эффект противоречащих друг другу сообщений	При прочих равных условиях чем чаще люди сталкиваются с сообщением, противоречащим исходному, тем сильнее будет его эффект	Если сообщение, противоречащее исходному, опирается на более значимый (доминирующий) стереотип, оно должно оказывать непропорционально больший эффект на поведение человека

Как должна проводиться актуализация стереотипов при помощи прайминга для того, чтобы быть эффективной? С нашей точки зрения, это удобно

продемонстрировать на примере так называемой *методологии М. Сабидо*, системы разработки медиа, направленных на улучшение поведения, связанного со здоровьем, крайне успешно применявшейся начиная с 1970-х гг. в Мексике, а затем — в более чем 50 странах Латинской Америки, Африки, Азии [6]. Основными форматами были сериалы, теле- и радиопередачи, видеоролики, шоу, уличный театр. Однако эффективным, с точки зрения М. Сабидо, является любой жанр, включающий элементы развлечения, — то, что человек будет делать ради интереса — это может быть история, рассказ или плакат, но предпочтительнее, чтобы в нем был динамически развивающийся сюжет. В данной работе мы не будем останавливаться подробно на особенностях подготовки таких программ и их формате, рассмотрим лишь те моменты, которые важны для любой актуализации стереотипа и могут быть применены в профилактике и реабилитации.

1. Первые два подготовительных этапа в методологии М. Сабидо посвящены предварительным исследованиям и созданию *списка моральных принципов и ценностей, которые будут актуализироваться*. Ключевой принцип состоит в том, что сообщение не должно создавать новых ценностей (поскольку прайминг не может этого делать), оно должно использовать и воплощать в жизнь уже существующие просоциальные ценности, установки и поведение. Предварительные исследования нужны не только для того, чтобы выявить эти ценности, но и для того, чтобы: 1) определить предпочтения и интересы целевой аудитории (например, как именно проводит свое время в среднем пациент, проходящий реабилитацию после инфаркта миокарда, какой он, что ему интересно делать); 2) правильно выбрать формат программы (исходя из интересов пациентов и доступности разных форматов); 3) выбрать план действий, который будет пропагандироваться (сообщение не должно создавать потребность в сервисе, которого не существует или масштабы которого не позволят ему справиться с нарастающими запросами — например, если в городе нет нужного количества оснащенных хосписов, не хватает мест в них, или требуются непосильные для среднестатистического человека финансовые затраты).

2. Ключевой принцип в разработке сообщения или сценария — как содержание сообщения, так и представленные в нем характеры должны соответствовать целевой группе (основной персонаж должен быть похож на тех, на кого направлено сообщение) или находить отклик в их сердцах (образы индейца и трансформера будут по-разному эффективными в разных поколениях). Например, сообщение о том, что курение сопряжено с риском рака легких или бесплодия не может быть эффективным в отношении людей, не сталкивающихся с этим риском, в особенности в отношении молодых людей, для которых в силу временной перспективы «в среднем через 20 лет» означает «в глубокой старости». В классической драме М. Сабидо создаются три персонажа: положительный герой (поддерживающий поведение по улучшению здоровья, с достаточно высоким социальным статусом и рядом положительных для данной культуры черт), отрицательный герой (поддерживающий рискованное для здоровья поведение, должен ассоциироваться с маргинальными в данной культуре группами), нейтральный, или основной персонаж (максимально похожий на целевую группу, колеблется между разными

вариантами поведения, постепенно принимая решение в пользу положительного прототипа). Содержание каждого из эпизодов драмы при этом типично: отрицательный персонаж мешает нейтральному изменить свое поведение к лучшему, а положительный — неустанно помогает и мотивирует нейтрального персонажа. В рутинной реабилитации эти характеристики можно учитывать при подборе историй, в том числе тех, которые приводит специалист пациенту для его мотивирования. Если же речь идет о предъявлении сообщения без сюжета (плакат, например), важно, чтобы присутствующие на нем персонаж/персонажи соответствовали этим принципам.

3. Как и в модели П. Фрайера, в данной модели также есть акцент на важности перехода от слушания к обсуждению и действию. Однако здесь, учитывая медийный характер таких программ, эту роль выполнял краткий эпилог после каждого эпизода — обычно рассказ популярного человека (политика, ведущего, звезды), который привлекает внимание слушателей/зрителей к ключевым моментам эпизода, рассказывает о том, где и как можно получить помощь и информацию о показанном просоциальном поведении, какие услуги и инфраструктура существуют, и просит аудиторию присылать свои письма с целью обратной связи.

4. *Мониторинг и оценка* должны проводиться постоянно (обычно качественными методами — интервью, фокус-группы, опросы) для того, чтобы вовремя обнаружить ситуацию, когда какое-либо сообщение воспринимается аудиторией не так, как хотели разработчики. Интересный критерий эффективности, предложенный М. Сабидо, — то, насколько чаще и больше стали говорить люди о проблеме, обсуждать ее.

Заключение

Бесспорно, перечисленные принципы и приемы просты и очевидны, поэтому специалисту, участвующему в организации сложной деятельности по профилактике и реабилитации, могут казаться слишком примитивными. В действительности именно это, согласно модели прайминга, и определяет их эффективность: если сообщению удастся «выразить» важную для пациента ценность, оно влияет на его действия независимо от его осознанного отношения к этому сообщению (хотя и относительно краткосрочно, если эти действия не поддерживаются в дальнейшем).

Таким образом, привлечение групповых и макросоциальных моделей изменения поведения, связанного со здоровьем, в контексте профилактики и реабилитации существенно обогащает репертуар возможных мишеней и методов. Поскольку реабилитация, как правило, уже происходит в групповом контексте (пациенты в клинике общаются между собой, близкие вместе с пациентом обсуждают что-либо с врачом и т.п.), задачей является лишь грамотная фасилитация текущего взаимодействия, а не создание новых групп и движений. Социальная поддержка, социальное сравнение, идентификация с группой выступают важнейшими предикторами успешного изменения поведения, связанного со

здоровьем. Однако для эффективной реабилитации на уровне группы требуются диагностика текущих особенностей и возможностей социальных сетей (для выбора оптимального варианта интервенции — улучшения сети, развития новых связей, улучшения социальных связей и фасилитации возможностей группы) и дифференциация тех функций, которые эта социальная сеть предоставляет (субъективно и объективно) пациенту и его близким и которые они хотели бы развить — оценочные, инструментальные, эмоциональные, информационные. Такие варианты интервенций в психологии здоровья и реабилитации, как использование «естественных» помощников и целенаправленная фасилитация возможностей группы, на наш взгляд, незаслуженно игнорируются в российских программах, несмотря на те возможности, которые они открывают, и эмпирические данные в пользу их эффективности. Интересную методическую основу групповой работы с поведением, связанным со здоровьем, представляет модель SHOWED П. Фрайера, акцентирующая внимание на важности правильной организации слушания и дополнения его диалогом и действием. Макросоциальные факторы выступают в реабилитации не только в форме внешних неконтролируемых условий (политических, административных, социокультурных), но и в форме возможностей изменения среды, окружающей пациента и его близких, в том числе реабилитационной среды в учреждении. Теоретическую основу такой работы составляют модели прайминга и модель прототипа-готовности, в рамках которых была продемонстрирована эффективность ситуативной (хотя и требующей повторения и постоянства) актуализации текущих стереотипов и установок, связанных нужным образом с поведением (своеобразных «напоминаний»). Действуя «в обход» осознанным намерениям, эти методы являются дополнительным инструментом изменения образа жизни человека, который относительно редко применяется целенаправленно в российских программах.

С нашей точки зрения, сопоставительный анализ этих вариантов интервенций с применяемыми в профилактике и реабилитации с целью изменения поведения, связанного со здоровьем, в России является дальнейшим этапом на пути развития эффективных и доказательных социально-психологических программ.

Литература

1. Варако Н.А., Шилко Р.С., Ковязина М.С. и др. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и культурно-деятельностная парадигма Л.С. Выготского – А.Н. Леонтьева – А.Р. Лурии как основа отечественной клинико-психологической реабилитологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 3. С. 143–159. DOI: 10.17759/psyclin.2019080308.

2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб: Речь, 2011. 271 с.

3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М., 2004. 492 с.

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

4. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных /
Под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. М.: Медицина, 1980. 372 с.

5. Рассказова Е.И. Теоретические модели понимания, объяснения и изменения
поведения в психологии здоровья: виды и цели // Руководство по психологии
здоровья / Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. М.: изд-во МГУ, 2019. С. 153–236.

6. Barker K. Sex, soap, and social change: the Sabido methodology // In M. Haider (ed.),
Global public health communication: Challenges, perspectives, and strategies. Boston: Jones
and Bartlett Publishers, 2005. P. 113–153.

7. Fishbein M., Yzer M.C. Using theory to design effective health behavior interventions
// Communication Theory. 2003. Vol. 13. № 2. P. 164–183. DOI: 10.1111/j.1468-
2885.2003.tb00287.x.

8. Gibbons F.X., Gerrard M., Lane D.J. A social reaction model of adolescent health risk //
In J.M. Suls, K.A. Wallston (eds.), Social psychological foundations of health and illness.
Oxford, UK: Blackwell, 2003. P. 107–136.

9. Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and
practice // Health Psychology Review. 2010. Vol. 4. № 2. P. 57–65. DOI:
10.1080/17437199.2010.503594.

10. Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health
behavior // Health Psychology Review. 2007. Vol. 1. № 1. P. 6–52. DOI:
10.1080/17437190701492437

11. Heaney C.A., Israel B. Social networks and social support // In K. Glanz, B.K. Rimer,
F.M. Lewis (eds.), Health behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
P. 185–209.

12. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. Health and Human Behaviour. NY: McGraw-Hill,
1993. 576 p.

13. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background // In
P. Kennedy (Ed.), Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. Oxford: Oxford University
Press, 2012. P. 3–9.

14. Kirk S., Beatty S., Callery P. et al. Perception of effective self-care support for
children and young people with long-term conditions // Journal of Clinical Nursing. 2012.
Vol. 21. № 13-14. P. 1974–1987. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04027

15. Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B. Social influence and interpersonal
communication in health behavior // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (eds.), Health
behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 240–264.

16. Lippke S., Nigg C.R., Maddock J.E. Health-promoting and health-risk behaviors:
theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples //
International Journal of Behavioral Medicine. 2012. Vol. 19. № 1. P. 1–13. DOI:
10.1007/s12529-010-9135-4.

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

17. *Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // *Health Psychology*. 2013. Vol. 32. № 5. P. 487–498. DOI: 10.1037/a0028533.

18. *Michie S., Ashford S., Sniehotta F.F. et al.* A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behavior // *Psychology and Health*. 2011. Vol. 26. № 11. P. 1479–1498. DOI: 10.1080/08870446.2010.540664.

19. *Minkler M., Wallerstein N.B.* Improving health through community organization and community building // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 26–50.

20. *Pechmann C.* A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming // *Mediapsychology*. 2001. Vol. 3. № 2. P. 189–210. DOI: 10.1207/S1532785XMEP0302_04.

21. *Stall S., Stoecker R.* Toward a gender analysis of community organizing models: liminality and the intersection of spheres // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 196–217.

22. *Straub R.O.* *Health psychology: a biopsychosocial approach*. NY: Worth Publishers, 2019. 656 p.

23. *Taylor S., Stanton A.L.* *Health psychology*. NY: McGraw-Hill Education, 2020. 496 p.

24. *Wallerstein N., Sanchez V., Velarde L.* Freirian praxis in health education and community organizing: a case study of an Adolescent Prevention Program // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 218–236.

25. *Walter C.L.* Community building practice: conceptual framework // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 66–78.

26. *Webb T.L., Sheeran P.* A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: Commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory // *Health Psychology Review*. 2010. Vol. 4. № 2. P. 79–82. DOI: 10.1080/17437191003717497.

27. *Webb T.L., Sheeran P.* Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence // *Psychological Bulletin*. 2006. Vol. 132. № 2. P. 249–268. DOI: 10.1037/0033-2909.132.2.249.

28. *Weinstein N.D.* Testing four competing theories of health-protective behavior // *Health Psychology*. 1993. Vol. 12. № 4. P. 324–333. DOI: 10.1037//0278-6133.12.4.324.

References

1. Varako N.A., Shilko R.S., Kovyazina M.S. et al. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funkcionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (MKF) i kul'turno-deyatel'nostnaya paradigma L.S. Vygotskogo – A.N. Leont'eva – A.R. Lurii kak osnova otechestvennoi kliniko-psikhologicheskoi reabilitologii [International Classification of Functioning, Disability and Health (ICFDH) and Cultural-Activity Approach of L.S. Vygotsky – A.N. Leontiev – A.R. Luria as The Methodological Basis of Russian Clinical Psychological Rehabilitation]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 143–159. DOI: 10.17759/psyclin.2019080308. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike [Psychological diagnostics and correction in the somatic clinics]. Saint-Petersburg: Rech', 2011. 271 p. (In Russ.).
3. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psixiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders]. Moscow: Medpraktika-M., 2004. 492 p. (In Russ.).
4. Klinicheskie i organizatsionnye osnovy reabilitatsii psikhicheski bol'nykh [Clinical and organizational basis of rehabilitation of patients with mental disorders. In M.M. Kabanov, K. Vaize (eds.). Moscow: Meditsina, 1980. 372 p. (In Russ.).
5. Rasskazova E.I. Teoreticheskie modeli ponimaniya, ob"yasneniya i izmeneniya povedeniya v psikhologii zdorov'ya: vidy i tseli [Theoretical models of understanding, explaining and changing behavior in health psychology: types and goals]. In A.Sh. Tkhostov, E.I. Rasskazova (eds.), *Rukovodstvo po psikhologii zdorov'ya=Manual in Health Psychology*. Moscow: Izdatel'stvo MGU, 2019. P. 153–236. (In Russian).
6. Barker K. Sex, soap, and social change: the Sabido methodology. In M. Haider (ed.), *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005, pp. 113–153.
7. Fishbein M., Yzer M.C. Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*. 2003. 13(2). Pp. 164–183. DOI: 10.1111/j.1468-2885.2003.tb00287.x.
8. Gibbons F.X., Gerrard M., Lane D.J. A social reaction model of adolescent health risk. In J.M. Suls, K.A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Oxford, UK: Blackwell, 2003, pp. 107–136.
9. Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice. *Health Psychology Review*, 2010, vol. 4, no. 2, pp. 57–65. DOI: 10.1080/17437199.2010.503594.
10. Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 2007, vol. 1, no. 1, pp. 6–52. DOI: 10.1080/17437190701492437

11. Heaney C.A., Israel B. Social networks and social support. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (eds.), *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002, pp. 185–209.
12. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. *Health and Human Behaviour*. NY: McGraw-Hill, 1993. 576 p.
13. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background. In P. Kennedy (Ed.), *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012, pp. 3–9.
14. Kirk S., Beatty S., Callery P. et al. Perception of effective self-care support for children and young people with long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, vol. 21, no. 13-14, pp. 1974–1987. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04027
15. Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (eds.), *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002, pp. 240–264.
16. Lippke S., Nigg C.R., Maddock J.E. Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2012, 19, pp. 1–13, vol. 19, no. 1, pp. 1–13. DOI: 10.1007/s12529-010-9135-4.
17. Mann T., de Ridder D., Fujita K. Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving. *Health Psychology*, 2013, vol. 32, no. 5, pp. 487–498. DOI: 10.1037/a0028533.
18. Michie S., Ashford S., Sniehotta F.F. et al. A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behavior. *Psychology and Health*, 2011, vol. 26, no. 11, pp. 1479–1498. DOI: 10.1080/08870446.2010.540664.
19. Minkler M., Wallerstein N.B. Improving health through community organization and community building. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 26–50.
20. Pechmann C. A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming. *Mediapsychology*, 2001, vol. 3, no. 2, pp. 189–210. DOI: 10.1207/S1532785XMEP0302_04.
21. Stall S., Stoecker R. Toward a gender analysis of community organizing models: liminality and the intersection of spheres. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 196–217.
22. Straub R.O. *Health psychology: a biopsychosocial approach*. NY: Worth Publishers, 2019. 656 p.

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

23. Taylor S., Stanton A.L. Health psychology. NY: McGraw-Hill Education, 2020. 496 p.
24. Wallerstein N., Sanchez V., Velarde L. Freirian praxis in health education and community organizing: A case study of an Adolescent Prevention Program. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 218–236.
25. Walter C.L. Community building practice: conceptual framework. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 66–78.
26. Webb T.L., Sheeran P. A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: Commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory. *Health Psychology Review*, 2010, vol. 4, no. 2, pp. 79–82. DOI: 10.1080/17437191003717497.
27. Webb T.L., Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 2006, vol. 132, no. 2, pp. 249–268. DOI: 10.1037/0033-2909.132.2.249.
28. Weinstein N.D. Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 1993, vol. 12, no. 4, pp. 324–333. DOI: 10.1037//0278-6133.12.4.324

Информация об авторах

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Тхостов Александр Шамильевич, доктор психологических наук, заведующий, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com

Ковязина Мария Станиславовна, доктор психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru

Варако Наталья Александровна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, кафедра методологии психологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru

Information about the authors

Elena I. Rasskazova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

*Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А.* Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

*Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A.* Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

Aleksandr Sh. Tkhostov, Doctor of Psychology, Head of Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com

Maria S. Kovyazina, Doctor of Psychology, Professor of Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru

Natalia A. Varako, PhD in Psychology, Senior Researcher, Department of Psychological Methodology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru

Получена: 09.05.2020

Received: 09.05.2020

Принята в печать: 28.01.2021

Accepted: 28.01.2021

Представления матерей о неврологических заболеваниях раннего возраста в структуре отношения к болезни ребенка

Валитова И.Е.

*Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина (БрГУ им. А.С. Пушкина),
г. Брест, Республика Беларусь,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0751-8534>, e-mail: irvalitova@yandex.ru*

В работе сопоставляются субъективные представления матерей, имеющих детей с неврологическими заболеваниями, и объективная клиническая картина неврологической патологии. Выборка: 85 матерей детей раннего возраста ($M=25,10 \pm 6,50$ месяцев), имеющих диагнозы «последствия раннего органического поражения ЦНС» и «детский церебральный паралич» ($N=85$). Исследование проводилось с помощью клинической беседы. Выявлены варианты узнавания матерями неврологического диагноза ребенка на протяжении первого года жизни, представления матерей об этиологии, неврологических диагнозах, клинической симптоматике, об исходах неврологической патологии. Более половины матерей декларируют отсутствие у ребенка заболевания, признавая наличие у него особенностей развития, но мотивирующими для организации помощи ребенку являются представления о неврологической патологии как болезни. Выявлена тенденция недооценки матерями степени тяжести заболевания ребенка, а также различия субъективной оценки матери и клинической оценки ($p=0,000$). Полученные данные могут использоваться специалистами в детской клинической практике и в системе реабилитации детей с целью установления комплаентных отношений родителей и специалистов.

Ключевые слова: отношение родителей к болезни ребенка, матери детей с ограниченными возможностями здоровья, неврологическая патология, дети раннего возраста, представления о болезни, узнавание диагноза.

Для цитаты: Валитова И.Е. Представления матерей о неврологических заболеваниях раннего возраста в структуре отношения к болезни ребенка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 47–62. DOI: 10.17759/cpse.2021100204

Mothers' Representations of the Neurological Conditions of Early Age in the Structure of Attitudes to the Child's Illness

Irina E. Valitova

Brest State A.S. Pushkin University, Brest, Republic of Belarus,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0751-8534>, e-mail: irvalitova@yandex.ru

The article compares subjective views of mothers of children with neurological conditions and the objective clinical picture of neurological pathology. Sample: mothers of children aged one to three years ($M=25,10\pm 6,50$) with diagnoses of "Consequences of Early Organic Central Nervous System Damage" and "Cerebral Palsy" ($N=85$). The study conducted in the form of a clinical interview. Different types of mothers' awareness about the etiology, neurological diagnoses, clinical symptoms and outcomes of neurological conditions were revealed. Mothers claim that the child does not have a disease, recognizing the presence of child' developmental features, but the idea of neurological pathology as a disease becomes motivating for the organization of child care and cure. There is a tendency for mothers to underestimate the severity of the child's disease, as well as differences in the subjective assessment of the mother and the clinical assessment ($p=0,000$). The obtained data can be used by professionals in clinical practice and in the rehabilitation system development for the children, to establish a compliant relationship between parents and specialists.

Keywords: parents' attitude to the child's disease, neurological pathology, early age children, mothers of children with disabilities, representations of the disease, familiarization of the diagnosis.

For citation: Valitova I.E. Mothers' Representations of the Neurological Conditions of Early Age in the Structure of Attitudes to the Child's Illness. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 47–62. DOI: 10.17759/cpse.2021100204 (In Russ.)

Введение

Проблема отношения родителей к болезни ребенка рассматривается в детской медицинской психологии в аспекте проблемы отношения личности к болезни [7], а идеи о соотношении объективной и субъективной картины заболевания, о содержании и структуре внутренней картины болезни (ВКБ) переносятся на описание содержания родительского отношения к ребенку и его болезни, или внутренней картины болезни ребенка у родителей (ВКБРР) [5; 9; 10]. В структуре ВКБРР авторы выделяют чувственный, когнитивный, аффективный и регулятивный компоненты, а также подчеркивают значимость представлений родителей о болезни

ребенка для организации его лечения и реабилитации. Узнавание диагноза неврологического заболевания ребенка рассматривается как тяжелое стрессовое событие для родителей, совладание с которым во многом определяется содержанием их представлений о происхождении, течении и исходах болезни [12]. Постановка ребенку неврологического диагноза происходит, как правило, в ранний период его развития, поэтому ранний возраст является ключевым для начала процесса совладания матерей с кризисной ситуацией, а также для становления отношений родителей и специалистов.

Как родители, так и специалисты вносят вклад в установление комплаентных отношений, при этом позитивный вклад специалиста в их построение основывается на понимании представлений, убеждений и опыта родителей [2; 17]. Дефицит информации и недостаточная осведомленность родителей о заболевании ребенка и возможностях его лечения могут приводить к тяжелым эмоциональным состояниям и конфликтным отношениям со специалистами [4; 21].

В связи с увеличением возможностей доступа к медицинской информации посредством интернет-технологий встает вопрос о границах медицинской и психологической компетентности родителей. Родители, становясь носителями медицинского и психологического знания, воспринимают себя как компетентных в понимании болезни ребенка, что осложняет установление комплаентных отношений и даже приводит к противостоянию родителей и специалистов [19].

В литературе обсуждаются несколько проблем очерченного круга: 1) факторы признания родителями наличия проблем в развитии ребенка [18; 20]; 2) осведомленность родителей о заболевании своего ребенка [3; 6; 18; 20]; 3) сравнение представлений родителей и суждений врачей о состоянии ребенка, о возможностях и ограничениях ребенка в будущем [14]; 4) оценка родителями степени тяжести состояния ребенка [4]; 5) понимание родителями причин болезни ребенка и связанный с этим вопрос о поиске ответственных за ее возникновение [11; 13–15].

Родители детей с расстройствами аутистического спектра склонны преуменьшать либо вообще отрицать факт наличия расстройства у ребенка, причем это не связано с объективной степенью тяжести нарушений психического развития и поведения [4]. Родители таких детей, убежденные в отсутствии у него заболевания, находятся в поиске рациональных объяснений необычного поведения ребенка. Понимание родителями этиологии имеет специфику в зависимости от нозологической принадлежности заболевания ребенка, хотя большинство родителей склонны воспринимать заболевание ребенка достаточно реалистично, рассматривая средовое влияние как главный фактор, но при этом долю ответственности возлагая и на себя тоже [1]. Типичными являются суждения родителей о мистическом происхождении тяжелых заболеваний детей [1; 11; 14]. Представления родителей об этиологии расстройств аутистического спектра напрямую связаны с выбором вариантов раннего вмешательства для ребенка [16].

В качестве главного фактора комплаентного поведения родителей рассматривается объяснение родителями причин возникновения заболевания ребенка [11]. Матери

детей с ДЦП и РАС объясняют возникновение болезни как собственным поведением, так и внешними причинами, в частности, медицинскими вмешательствами. Приоритетные виды причинных объяснений болезни ребенка связаны с личностным смыслом болезни ребенка для родителей.

Обозначенный круг проблем обсуждается только в единичных исследованиях последних лет. Ранний период дизонтогенеза в аспекте представлений родителей о неврологических заболеваниях ребенка раннего возраста не исследован.

Цель исследования — описать структуру и содержание представлений матерей о неврологической патологии у детей раннего возраста. Мы предполагаем, что содержание представлений матерей и клиническая картина неврологических заболеваний в раннем возрасте по содержанию являются несовпадающими, но пересекающимися реальностями.

Организация и методы исследования. В исследовании участвовали 85 матерей детей раннего возраста (от одного года до трех лет, средний возраст — $25,10 \pm 6,50$ месяцев; 49 мальчиков и 36 девочек). Дети обследуемых матерей имели следующие неврологические диагнозы по МКБ-10: последствия раннего органического поражения центральной нервной системы (ПРОП ЦНС) — G98.9, G98.8), детский церебральный паралич (ДЦП) — G80.1, G80.2, G80.3, G80.4. Все дети в момент обследования проходили курсы реабилитации в Центре медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями. При поступлении на курс реабилитации матери подписывали информированное согласие об участии в исследовании.

Исследование проводилось с помощью *клинической беседы*. Клиническую беседу с матерями проводила автор статьи, работающая в Центре медицинской реабилитации детей в качестве ведущего психолога. Так как тема беседы является эмоционально трудной для респондентов, свободный формат беседы с психологом позволяет уменьшить возможную напряженность матери. Беседа психолога с матерью записывалась на аудионоситель, далее осуществлялось ее транскрибирование. Анализ материалов в транскрибированных протоколах проводился автором статьи с помощью качественного варианта контент-анализа и тематического анализа [8]. В качестве второго эксперта привлекался кандидат психологических наук, имеющий опыт применения контент-анализа и других качественных методов для анализа эмпирических данных, совпадение оценок эксперта и автора статьи составило более 98%. Кодировочные категории приводятся в тексте при описании полученных результатов. Для анализа в рамках данной статьи мы использовали материалы по двум блокам клинической беседы.

Блок «Узнавание диагноза». Когда вы узнали, что с вашим ребенком что-то не так, не в порядке, что у него есть проблемы? От кого вы это узнали? Как вы к этому отнеслись? Что вы тогда думали и чувствовали?

Блок «Представления о болезни ребенка». Как вы думаете, почему это случилось с вашим ребенком? Можно ли кого-то в этом обвинить? Как можно назвать эту проблему: болезнь, расстройство, нарушение развития, состояние? Каковы причины

этого заболевания (расстройства) у ребенка? В чем оно проявляется (каковы симптомы)? Как оно лечится? Каковы могут быть исходы (результаты)? Как можно продолжить предложение: «Среди многих других болезней болезнь моего ребенка...».

Результаты

1. Узнавание матерями диагноза ребенка с неврологической патологией

На основании анализа ответов матерей на вопросы блока «Узнавание диагноза» были определены три варианта ответов, отражающих процесс узнавания диагноза ребенка.

Вариант 1 (54% ответов). Возможные неврологические проблемы ребенка становятся очевидными еще во время беременности, а также в тех случаях, когда состояние ребенка при рождении требует медицинского вмешательства. Пример ответа матери: «В роддоме сказали: “готовьтесь, у вас будет сложная жизнь, так как он недоношенный, и невролог будет ваш главный друг”».

Вариант 2 (9% ответов). При рождении ребенка раньше срока матери проходят особый путь понимания его болезни. На первом этапе они переживают шок преждевременных родов, которые являются неожиданностью. На этом этапе на первый план выходят проблемы выхаживания недоношенного ребенка, зачастую борьбы за его жизнь, а также понимание последствий преждевременного рождения ребенка: «Первый ребенок, я даже не знала, что дети рождаются недоношенными, не то, что вообще какие-то там проблемы могут быть». На этом этапе проявляются соматические заболевания (некротический колит, врожденный порок сердца) и типичные для недоношенных детей заболевания органов зрения (ретинопатия). Соматические заболевания выходят для матери на первый план: «Не среагировали, как положено. Кишечником занимались, 4 операции. А неврология это уже потом». На втором этапе матери испытывают новый шок, когда ребенку выставляется неврологический диагноз.

Вариант 3 (37% ответов) — постепенное узнавание неврологического диагноза. Этот вариант встречается при рождении как доношенного, так и недоношенного ребенка, и он является результатом регулярного взаимодействия матери и врача. Диагноз ребенка выставляется постепенно, как ответ на настороженность врача или самой матери на наблюдаемые проблемы в развитии ребенка.

2. Представления матери о неврологическом заболевании ребенка

При обсуждении причин возникновения неврологической патологии матери подробно рассказывают о беременности, родах, возникших проблемах, называя определенную понимаемую ими причину.

Представления матерей в целом соответствуют клиническим данным об этиологии неврологической патологии. Вероятно, матери называют знакомую им причину, не всегда адекватно понимая, что стоит за клиническими описаниями. Пример ответа матери: «Ну, мне, как нам объяснили, то, что я ее родила в тридцать первую неделю, легкие не раскрылись, и из-за кислородного голодания погибло, наверное,

где-то 30 процентов мозга... Тогда еще не знали, за что именно отвечает вот эта часть...». Три матери считают этиологическим фактором прививки. В двух случаях ребенок родился после операции ЭКО, но матери не называют способ зачатия как этиологический фактор.

Таблица 1

Названные причины неврологической патологии ребенка

Этиологический фактор	Количество случаев, %
Недоношенность, без уточнений	22,35
Недоношенность вследствие отслойки плаценты, инфекции, кровоизлияния, гипоксия, многоплодной беременности	16,50
Инфекция	12,90
Кровоизлияние (ишемия, гипоксия, асфиксия)	24,70
Структурные изменения головного мозга	10,60
Генетическая аномалия	5,90
Другое	5,90
Не задумывалась о причинах	1,18
Итого	100

В двух случаях матери называют причины, клинически не оправданные, к ним относится кесарево сечение («*Это из-за кесарева, потому что беременность у меня была нормальная*») и гематома, возникшая, по утверждению матери, вследствие того, что ребенка ударили в больнице.

При описании заболевания ребенка матери называют диагноз, выставленный их ребенку, используя как полное и точное его наименование, так и отдельные термины, в том числе в неполном или искаженном вариантах: «*гемипаретический парез с отклонением в правой стороне*». Диагноз «*Детский церебральный паралич*» назвали 45,9% матерей, а диагноз «*последствия раннего органического поражения ЦНС*» — 23,5% матерей, используя термины: «*последствия*», «*органическое*», «*ЗПМР*» (задержка психомоторного развития). Остальные матери (30,6% человек) не использовали название диагноза при описании ребенка и его заболевания.

Матери говорят о том, что диагноз ДЦП вызывает у них особый страх и беспокойство, именно этот диагноз воспринимается ими особенно тяжело, вероятно, это словосочетание является для них символом очень тяжелой, неизлечимой болезни, приводящей к инвалидности. По сравнению с ДЦП другие диагнозы звучат более мягко и являются для матерей более приемлемыми: «*последствия раннего органического поражения ЦНС*» с акцентом на слове «*последствия*», «*задержка психомоторного развития*» с акцентом на слове «*задержка*».

В отличие от ДЦП эти диагнозы матери не связывают с утратой надежды на излечение болезни и преодоление проблем в развитии.

Понимание матерями статуса неврологической патологии у ребенка выявлялось при обсуждении с ними вопроса о том, как они могут назвать то, что случилось с ребенком. При затруднении им предлагалось выбрать наиболее подходящий вариант из числа предложенных: болезнь, состояние, расстройство, особенность. Субъективные представления матерей разделились на две большие категории, условно названные нами «это болезнь» и «это не болезнь», которые представлены неравномерно.

40,03% матерей считают, что у ребенка болезнь, что он болен. При этом встречаются суждения о том, что эта такая болезнь, которая не мешает ребенку жить, полноценно общаться, получать любовь родителей: *«У нас ДЦП, это болезнь, но это не мешает жить»*; *«Это болезнь, конечно, но это излечимо»*.

Более половины матерей (53,3%) не считают, что у ребенка болезнь и что он болен, и используют такие выражения, как «это наша особенность», «отставание в развитии», «просто задержка в развитии», «это незрелость», «ребенок не ходит», «просто недоношенность». Примеры ответов: *«Здоровье нас вообще не беспокоит»*; *«Когда мне говорят “выздоровливайте”, я отвечаю: “А мы и не болеем”*; *«Это не болезнь, но если можно было бы мышцы восстановить, он бы быстро отстроился, на болезнь это не похоже»*.

6,67% матерей сомневаются и никак не называют неврологическую патологию у ребенка: *«Я не знаю, что это, я очень сильно надеюсь, что мы это выйдем»*.

Матери неохотно отвечают на вопросы о симптомах заболевания ребенка. В большинстве случаев после называния нескольких симптомов они переходят к обсуждению особенностей своего ребенка. Среди названных преобладают симптомы нарушения двигательных функций и неврологические симптомы, что свидетельствует о понимании матерями данных заболеваний как неврологических и определяет их направленность на оказание детям медицинской помощи: *«Диагноз ДЦП, спастическая диплегия, поражены и руки, и ноги»*; *«Я уже стала понимать, что это такое, к чему приводит этот тонус. Потому что когда ты не понимаешь, это всё страшнее. Надо, стоит его бояться и как его снизить?»*.

В процессе клинической беседы каждой матери предлагалось оценить место ее ребенка среди других детей, проходящих реабилитацию в Центре, а также степень тяжести его нарушения. Матери охотно и без сомнений отвечали на этот вопрос, определяя место ребенка на трех условных отрезках субъективной шкалы (табл. 2). Для оценки адекватности представлений матери о степени тяжести нарушений у ребенка были соотнесены два вида показателей: субъективная оценка и объективная оценка, которая определялась на основе комплексных критериев с использованием диагностических методик и экспертных оценок.

Большинство матерей считают своего ребенка средним или легким по степени тяжести. Наблюдается общая тенденция преуменьшения матерями степени тяжести

заболевания ребенка, так как они склонны считать, что ребенок находится на среднем уровне или уровне выше среднего. Сравнение двух рядов оценок по критерию Вилкоксона показало существование статистически значимых различий между ними ($Z=-3,778$, $p=0,000$). Количество адекватных и неадекватных оценок матерями степени тяжести нарушений у ребенка одинаково. Оценку мы считали адекватной, если совпадения были обнаружены, и неадекватной, если совпадения обнаружены не были. Из неадекватных оценок 87,05% — недооценка степени тяжести ребенка (гипонозогнозия), 12,95% — переоценка степени тяжести ребенка (гипернозогнозия). Наиболее неадекватно оценивают тяжесть заболевания ребенка матери детей с третьей степенью тяжести, так как только в 24,7% случаев их оценки адекватны тяжести состояния. Матери этих детей рассказывают: «*Многие думают, а чего мы тут делаем?*»; «*Ближе к легким, для меня это практически здоровый ребенок*»; «*Тяжелый, но не настолько, как здесь*».

Таблица 2

Оценка степени тяжести состояния ребенка

Оценка матери		Клиническая оценка	
Категории детей	Количество, %	Категории детей: степень тяжести	Количество, %
легкий, нормальный, здоровый, выше среднего	48,20	первая	27,05
средний, нетяжелый	45,90	вторая	47,05
тяжелый	5,90	третья	25,90
Итого	100	Итого	100

Матерями были названы противоположные исходы неврологической патологии: от полного выздоровления («*Всё наладится, будет обычным ребенком*») до инвалидности («*Может быть плохая походка, проблемы с речью*»). 9,4% матерей ответили, что исход может быть разным и непредсказуемым. «*Голова — это такое темное дело, что там на самом деле, как оно будет... Голова сама решает, что там с ней будет*».

Более приемлемым для матерей является обсуждение вопросов о будущем ребенка. Большая часть матерей (67,05%) называют только короткую перспективу, они предпочитают не задумываться об отдаленном будущем, сосредоточиваясь на решении актуальных задач воспитания и реабилитации ребенка. 32,95% матерей задумываются также об отдаленном будущем ребенка, в том числе рассматривая перспективу его самостоятельной жизни.

Короткая перспектива ребенка у матери ограничивается определенным возрастом, поступлением ребенка в детский сад или школу. Содержание времени жизни до наступления этих событий связано с организацией лечения и реабилитации ребенка. Долгая перспектива описывается частью матерей глобально

и неопределенно («*Всё будет хорошо, он поправится*»), закрывая необходимость задумываться о будущем ребенка: «*Я надеюсь, что всё отстроится. Но всякое бывает, может и не отстроится. Но у нас же не совсем тяжелый случай*»; «*Я просто не хочу думать особо о будущем, просто работать и всё*».

Небольшая часть матерей описывают подробные картины отдаленного будущего с указанием событий жизненного пути ребенка. Одни матери нереалистично описывают будущее своего ребенка, не учитывая последствий неврологического диагноза; другие матери рассматривают будущее вполне реалистично, упоминая различную вероятность событий будущего. Примеры ответов: «*Наверное, задумываешься, неврология — это на всю жизнь. Это реально на всю жизнь. А кого обманывать?*»; «*В планах ее отправить на актерские какие-нибудь эти клубы... Может быть, на танцы, ей очень нравится танцевать...*»; «*Лет в 20, когда замуж отдавать*»; «*Ну, мне кажется, он будет у меня футболист почему-то. Он такой активный, он пробьется, конечно, в жизни*».

С представлениями матери о будущем сочетаются ее суждения о том, сохранится ли нарушение ребенка или его удастся преодолеть. 49,4% матерей признают возможным сохранение дефицитов у ребенка, его отставания в развитии от сверстников, но 50,6% матерей этого не признают, считая, что можно все преодолеть.

Обсуждение результатов

Узнавание матерями диагноза неврологического заболевания ребенка осуществляется вариативными путями в разные сроки после рождения ребенка на первом году жизни, которые определяются состоянием ребенка, степенью тяжести расстройства и особенностями взаимодействия матерей с педиатрами и неврологами. Полученные данные подтверждают имеющиеся в литературе свидетельства сложности и неравномерности процесса узнавания матерями диагноза, связанного с ограниченными возможностями здоровья ребенка.

Представления матери о неврологическом заболевании ребенка включают: представления о причинах (этиологии); представления о диагнозе (название болезни); представления о симптомах (клинических проявлениях); оценку степени тяжести неврологической патологии; представления об исходах заболевания и будущем ребенка.

Представления матерей об этиологии неврологических заболеваний детей в основном соответствуют клиническим данным, хотя причины могут называться матерями без понимания их сущности. В единичных случаях у матерей обнаруживаются неадекватные клиническим данным представления о причинах неврологической патологии.

Название диагноза ребенка является важным для одних и несущественным для других матерей, в том случае, если они не называют выставленный ребенку диагноз. Матери испытывают определенные сложности с усвоением названий неврологических диагнозов, даже если стремятся их узнать. Ограничения в понимании матерями специальной терминологии могут вызывать у матерей

трудности в понимании заключений и рекомендаций специалистов, в изучении доступной медицинской документации на ребенка.

Диагноз детского церебрального паралича рассматривается матерями как пугающий и неприемлемый, и при наличии возможности они предпочитают получить диагноз ребенка с более мягким звучанием, не понимая, что это не меняет клинической картины заболевания. Среди матерей, имеющих детей раннего возраста с неврологическими заболеваниями, преобладает представление о неврологической патологии не как о болезни ребенка, а как о его особенности. При определении неврологической патологии как болезни матери указывают на преодолимый характер болезни, на сохранение условий для нормальной жизнедеятельности.

Матерям не интересны сами по себе заболевания ДЦП и ПРОП ЦНС и их клиническое описание, они охотнее «прикладывают» симптомы заболевания к своему ребенку. Однако среди названных симптомов преобладают неврологические и симптомы нарушения двигательных функций, что свидетельствует об осведомленности матерей относительно клинической характеристики неврологической патологии раннего возраста. Эти данные не совпадают с имеющимися в литературе данными о низком уровне осведомленности матерей, в частности, относительно расстройств аутистического спектра у детей [3; 6]. Мы можем объяснить это несоответствие организацией работы с матерями в реабилитационном центре, так как матери являются активными участниками реабилитационного процесса.

Все матери детей с неврологической патологией обращаются за помощью к специалистам медицинского профиля, а также организуют реабилитацию ребенка в домашних условиях, ориентируясь на рекомендации врачей. Это типично также и для матерей, отрицающих факт болезни у ребенка. Таким образом, суждения матерей о том, что неврологическая патология у их ребенка не является болезнью, и может рассматриваться как его особенность, носят противоречивый характер. На известном уровне матери декларируют отсутствие болезни ребенка, а на действенном уровне организации помощи ребенку мотивирующими становятся представления о неврологической патологии как болезни. Представления о неврологическом заболевании и мотивация матери по организации реабилитации оказываются рассогласованными, и побудительными являются эмоционально окрашенные имплицитные убеждения матери в том, что ребенка надо лечить, хотя на осознаваемом уровне она считает ребенка здоровым.

Наблюдается общая тенденция недооценки матерями степени тяжести заболевания ребенка при сравнении их с детьми с такой же патологией. Подобная тенденция выявлена для матерей детей дошкольного и младшего школьного возраста [4]. В наибольшей степени гипозогнозия характерна для матерей детей с тяжелыми нарушениями развития. При сравнении ребенка с другими детьми матери используют механизм «сравнение вниз»: матери в большинстве случаев воспринимают своего ребенка как менее тяжелого, ориентируясь на более тяжелые случаи. Полученные нами данные относительно матерей детей раннего возраста с неврологической патологией отличаются от имеющихся данных относительно матерей детей с РАС, для которых характерно «идущее вверх сравнение», то есть сравнение своего ребенка с детьми, имеющими менее выраженные проблемы поведения и развития [12].

Для матерей детей раннего возраста типична неопределенная картина исходов неврологической патологии с преобладанием уверенности в позитивных исходах и преодолении последствий заболевания. У матерей чаще встречается короткая временная перспектива, которая сочетается с погруженностью в решение задач реабилитации ребенка. Только третья часть матерей задумываются об отдаленном будущем ребенка, рассматривая его как реалистично в связи с сохранением последствий неврологической патологии, так и совершенно нереалистично. Очевидно, что представления матерей о перспективах ребенка с неврологической патологией не совпадают с клиническими данными, в соответствии с которыми последствия неврологической патологии могут быть компенсированы лишь частично.

Заключение

В статье представлена картина субъективных представлений матерей о неврологическом заболевании их ребенка в период раннего возраста, проведено их сравнение с объективными клиническими представлениями. Подтвердилось предположение о том, что содержание представлений матерей и клиническая картина неврологических заболеваний в раннем возрасте по содержанию являются несовпадающими, но пересекающимися реальностями. Полученные данные могут использоваться специалистами в детской клинической практике и в системе реабилитации детей, так как понимание субъективной картины материнских представлений способствует установлению комплаентных отношений родителей и специалистов. Полученные данные могут также учитываться в консультативно-терапевтической работе психолога с матерями детей раннего возраста.

Перспективы дальнейших исследований состоят в выявлении факторов, связанных с представлениями матерей о неврологическом заболевании ребенка, к числу которых относятся эмоциональное отношение матери к ребенку, отношение к себе как матери ребенка с ОВЗ, а также степень выраженности психологических защитных механизмов, которые актуализируются у матери при наличии ребенка с отклонениями в развитии.

Ограничение исследования состоит в том, что в выборку включены только матери, дети которых включены в систему ранней реабилитации, получая систематическую комплексную помощь. Матери детей с неврологическими заболеваниями, не получающими такую помощь, вероятно, могут отличаться специфическими представлениями о неврологической патологии, в том числе быть менее осведомленными.

Литература

1. Александрова О.В., Ткаченко А.Е., Кушнарёва И.В. Когнитивная оценка родственниками причин заболевания ребенка (на примере детей с тяжелыми хроническими и неизлечимыми заболеваниями) // Педиатр. 2016. Том 7. Вып. 2. С. 135–139. DOI: 10.17816/PED72135-139

2. Аникина В.О., Блох М.Е. Специфика отношений «врач-пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Том. 10. №. 3. С. 289–302. DOI 10.21638/spbu16.2020.306.

3. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Том. 17. № 4 (65). С. 3–11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401.

4. Богачева О.И., Иванов М.В. Особенности материнского отношения к болезни детей с расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Том 19. № 3. С. 21–29.

5. Быкова И.С., Краснощекова И.В., Якиманская И.С. Отношение к болезни у родителей детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья): постановка проблемы [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. № 1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/50PSMN119.pdf> (Дата обращения: 05.06.2021).

6. Гузев Г.Г., Семаго М.М. Медико-генетическая консультация: эмоциональное состояние и понимание информации родителями // Дефектология. 1992. № 1. С. 19–21.

7. Исаев Д.Н. Отношение родителей и болезнь ребенка // Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. С. 341–344.

8. Мельникова О.Т., Хорошилов Д.А. Методологические проблемы качественных исследований в психологии: монография. М.: Акрополь, 2020. 236 с.

9. Мещерякова Э.И., Иванова В.С. Учет отношения родителей к заболеванию ребенка с ДЦП в психологическом сопровождении семьи: монография. Томск: изд-во Томского ун-та, 2016. 164 с.

10. Отева Н.И., Малярчук Н.Н., Прибыткова О.Л. Отношение матери к ребенку с дизонтогенетическими нарушениями // Modern Humanities Success. 2020. № 5. С. 73–78.

11. Первичко Е.И., Довбыш Д.В. Личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом) [Электронный ресурс] // Национальный психологический журнал. 2016. № 2(22). С. 61–72. DOI: 10.11621/npj.2016.0206. (Дата обращения: 03.01.2021).

12. Сергиенко А.И. Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 93–106. DOI: 10.17759/cpse.2019080406

13. Affleck G. McGrade B., Allen D. et al. Mothers' beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify? // Journal of Pediatric Psychology. 1985. Vol. 10. № 3. P. 293–303. DOI: 10.1093/jpepsy/10.3.29314.

14. *Dansecu E.R., Evangeline R.* Parental beliefs on childhood disability: Insights on culture, child development and intervention // *International Journal of Disability, Development and Education*. 1997. Vol. 44. № 1. P. 41–52. DOI: 10.1080/0156655970440104
15. *Herbert E.B., Koulouglioti C.* Parental beliefs about cause and course of their child's autism and outcomes of their beliefs: a review of the literature // *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2010. Vol. 33. № 3. P. 149–163. DOI: 10.3109/01460862.2010.498331
16. *Karst J.S., Van Hecke A.V.* Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2012. Vol. 15. № 3. P. 247–277. DOI: 10.1007/s10567-012-0119-6.
17. *Madi M.S., Mandy A., Aranda K.* The perception of disability among mothers living with a child with cerebral palsy in Saudi Arabia // *Global Qualitative Nursing Research*. 2019. Vol. 6. P. 2333393619844096. DOI: 10.1177/2333393619844096
18. *Marshall J., Coulter M.L., Gorski P.A. et al.* Parent recognition and responses to developmental concerns in young children // *Infants & Young Children*. 2016. Vol. 29. № 2. P. 102–115. DOI: 10.1097/IYC.0000000000000056
19. *Rosenbaum P.* Dr Google versus the health practitioner: can we still deliver? // *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018. Vol. 60. № 6. P. 530. DOI: 10.1097/IYC.0000000000000056
20. *Silbersack E.W.* Mothers' initial discovery of childhood disability: Exploring maternal identification of developmental issues in young children: Dissertation PhD Degree. NY: Adelphi University, 2014. 125 p.
21. *Turnbull A.* Parents and professionals: partners in building competencies // *Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung*. V. Mall, F. Voigt, N. Jung (HRSRG.). München: Verlag Schmidt-Römhild, 2017. S. 169–180.

References

1. Aleksandrova O.V., Tkachenko A.E., Kushnareva I.V. Kognitivnaya otsenka rodstvennikami prichin zabolevaniya rebenka (na primere detei s tyazhelymi khronicheskimi i neizlechimyimi zabolevaniyami) [Cognitive assessment by relatives of the causes of a child's disease (on the example of children with severe chronic and incurable diseases)]. *Pediatr=Paediatrician*, 2016, vol. 7, no. 2, pp. 135–139. DOI: 10.17816/PED72135-139 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Anikina V.O., Blokh M.E. The specifics of the doctor-patient relationship in the system of neonatological and pediatric care and the areas of psychological work. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Psihologiya=Vestnik of Saint-Petersburg University. Psychology*, 2020, vol. 10, no. 3, pp. 289–302. DOI: 10.21638/spbu16.2020.306. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Bogacheva O., Ivanov M., Simashkova N. Osvedomlennost' roditelei o zabolevanii detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Awareness of parents about the disease of children with Autism Spectrum Disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya=Autism and Developmental Disorders*, 2019, no. 17, pp. 3–11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401. (In Russ.).
4. Bogacheva O.I., Ivanov M.V. Osobennosti materinskogo otnosheniya k bolezni detey s rasstroystvami autisticheskogo spektra [Features of the maternal attitude to the disease of children with autistic spectrum disorders]. *Voprosy psicheskogo zdorovya detey i podrostkov=Questions of mental health of children and adolescents*, 2019, vol. 19, no. 3, pp. 21–29. (In Russ.).
5. Bykova I.S., Krasnoshchekova I.V., Yakimanskaya I.S. Otnoshenie k bolezni u roditelej detej s OVZ (ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ya): postanovka problemy [Attitude to illness parents of children with disabilities: the problem]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya=World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2019, vol. 7, no. 1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/50PSMN119.pdf> (Accessed: 05.06.2021). (in Russ.)
6. Guzeev G.G., Semago M.M. Mediko-geneticheskaya konsul'tatsiya: emotsional'noe sostoyanie i ponimanie informatsii roditelyami [Medical and genetic consultation: emotional state and understanding of information by parents]. *Defektologiya=Defectology*, 1992, vol. 1, pp. 19–21. (In Russ.).
7. Isaev D.N. Otnoshenie roditelei i bolezni rebenka [Attitude of parents and the child's disease]. In *Psikhosomaticheskaya meditsina detskogo vozrasta=Psychosomatic Medicine of Children's Age*. Saint-Petersburg: Spetsial'naya literatura, 1996, pp. 341–344. (In Russ.).
8. Mel'nikova O.T., Khoroshilov D.A. Metodologicheskie problemy kachestvennykh issledovaniy v psikhologii: monografiya [Methodological problems of qualitative research in psychology: monograph]. Moscow: Akropol', 2020. 236 p. (In Russ.).
9. Meshcheryakova E.I., Ivanova V.S. Uchet otnosheniya roditelei k zabolevaniyu rebenka s DTsP v psikhologicheskom soprovozhdenii sem'i: monografiya [Taking into account the attitude of parents to the disease of a child with cerebral palsy in the psychological support of the family: monograph]. Tomsk: publ. of Tomsk State University, 2016, 164 p.
10. Oteva N.I., Malyarchuk N.N., Pribyitkova O.L. Otnoshenie materi k rebenku s dizontogeneticheskimi narusheniyami [The attitude of a mother to a child with dysontogenetic disorders]. *Modern Humanities Success*, 2020, no. 5, pp. 73–78. (In Russ., Abstr. in Engl.).
11. Pervichko E.I., Dovbysh D.V. Lichnostnyi smysl bolezni rebenka kak faktor priverzhennosti sem'i lecheniyu (issledovanie semei, vospityvayushchikh detei s detskim tserebral'nym paralichom) [Personal meaning of a child's illness as a factor of family adherence to treatment (study of families raising children with cerebral palsy)]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal=National Psychological Journal*, 2016, vol. 2, no. 22, pp. 61–72. DOI: 10.11621/npj.2016.0206 (Accessed: 03.01.2021). (In Russ., Abstr. in Engl.).

12. Sergienko A.I. Emotsional'naya i dezadaptatsiya i posttravmaticheskii rost roditelya rebenka s OVZ: svyaz' s sub"ektivnym vospriyatiem tyazhesti simptomatiki i s vozrastom rebenka [Elektronnyi resurs] [Emotional and maladaptation and post-traumatic growth of a parent of a child with disabilities: connection with the subjective perception of the severity of symptoms and with the age of the child]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 93–106. (In Russ., Abstr. in Engl.). DOI: 10.17759/cpse.2019080406
13. Affleck G. McGrade B., Allen D. Mothers' beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify? *Journal of Pediatric Psychology*, 1985, vol. 10, no. 3, pp. 293–303. DOI: 10.1093/jpepsy/10.3.293.
14. Danseco E.R., Evangeline R. Parental beliefs on childhood disability: Insights on culture, child development and intervention. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1997, vol. 44, no. 1, pp. 41–52. DOI: 10.1080/0156655970440104
15. Herbert E.B., Koulouglioti C. Parental beliefs about cause and course of their child's autism and outcomes of their beliefs: a review of the literature. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2010, vol. 33, no. 3, pp. 149–163. DOI: 10.3109/01460862.2010.498331
16. Karst J.S., Van Hecke A.V. Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2012, vol. 15, no. 3, pp. 247–277. DOI: 10.1007/s10567-012-0119-6
17. Madi M.S., Mandy A., Aranda K. The perception of disability among mothers living with a child with cerebral palsy in Saudi Arabia. *Global Qualitative Nursing Research*, 2019, p. 2333393619844096. DOI: 10.1177/2333393619844096
18. Marshall J., Coulter M.L., Gorski P.A. et al. Parent recognition and responses to developmental concerns in young children. *Infants & Young Children*, 2016, vol. 29, no. 2, pp. 102–115. DOI: 10.1097/IYC.0000000000000056
19. Rosenbaum P. Dr Google versus the health practitioner: can we still deliver? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2018, vol. 60, no. 6, p. 530. DOI: 10.1097/IYC.0000000000000056
20. Silbersack E.W. Mothers' initial discovery of childhood disability: Exploring maternal identification of developmental issues in young children: Dissertation ... PhD Degree. NY: Adelphi University, 2014, p. 125.
21. Turnbull A. Parents and professionals: partners in building competencies. In V. Mall, F. Voigt, N. Jung (Eds.), *Entwicklungsstörungen und chronische Erkrankungen. Diagnose, Behandlungsplanung und Familienbegleitung [Developmental Disorders and Chronic Diseases. Diagnosis, Treatment Planning and Family Support]*. München: Schmidt-Römhild, 2017, pp. 169–180.

Валитова И.Е. Представления матерей
о неврологических заболеваниях раннего возраста
в структуре отношения к болезни ребенка
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 47–62.

Valitova I.E. Mothers' Representations of the
Neurological Conditions of Early Age in the
Structure of Attitudes to the Child's Illness
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 47–62.

Информация об авторе

Валитова Ирина Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры социальной работы, Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина (УО «БрГУ им. А.С. Пушкина»); ведущий психолог Брестского областного центра медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус» (ОЦМР «Тонус»), г. Брест, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0751-8534>, e-mail: irvalitova@yandex.ru

Information about the author

Irina E. Valitova, PhD in Psychology, Associate Professor, Professor at the Department of Social Work, Brest State A.S. Pushkin University; the leading psychologist of the Brest Regional Centre of Medical Rehabilitation of Children with Psychoneurological Diseases "Tonus", Brest, Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0751-8534>, e-mail: irvalitova@yandex.ru

Получена: 13.01.2021

Received: 13.01.2021

Принята в печать: 31.05.2021

Accepted: 31.05.2021

Job Burnout in Public and Special School Teachers

Ghorban Hemati Allamdarloo

Shiraz University, Shiraz, Iran,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3088-6442>, e-mail: ghemati@shirazu.ac.ir

Sajedeh Moradi

Shiraz University, Shiraz, Iran,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5641-9666>, e-mail: dr.sajedemoradi@gmail.com

The purpose of this research was to compare job burnout among public and special school teachers. The statistical population of this research consisted of all public and special school teachers in Jahrom, Iran. Of these teachers, 84 (42 public school teachers and 42 special school teachers) were selected as the study sample. Special school teachers and public school teachers were chosen using convenience sampling and multistage random sampling methods, respectively. The Maslach Burnout Inventory was used to measure job burnout. The collected data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA). The results revealed that job burnout subscales (except for the Low sense of personal accomplishment), were higher among the special school teachers compared to those of the public school teachers ($p < 0,001$), but there was no significant difference between male and female in terms of job burnout subscales ($p = 0,99$). According to the findings of this study, it is suggested that the Ministry of Education take steps to prevent special schools' teachers job burnout by raising the level of services at their workplaces.

Keywords: job burnout, teachers, public schools, special schools.

For citation: Hemati Allamdarloo G., Moradi S. Job Burnout in Public and Special School Teachers. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 63–75. DOI: 10.17759/cpse.2021100205

Эмоциональное выгорание на работе среди учителей государственных и специальных школ

Хемати Аламдарлоо Г.

*Ширазский университет, г. Шираз, Иран, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3088-6442>,
email: ghemati@shirazu.ac.ir*

Моради С.

Ширазский университет, г. Шираз, Иран, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5641-9666>, e-mail: dr.sajedemoradi@gmail.com

Целью данного исследования было сравнение эмоциональное выгорания на работе среди учителей государственных и специальных школ. В исследовании приняли участие все учителя государственных и специальных школ в Джахроне, Иран. Выборка состояла из 84 учителей (42 учителя государственных школ и 42 — специальных школ). Учителя обоих видов школ были отобраны с использованием методов удобной выборки и многоэтапной случайной выборки. Опросник выгорания К. Маслач использовался для измерения выгорания на работе. Собранные данные были проанализированы с помощью многомерного дисперсионного анализа (MANOVA). Результаты показали, что значения субшкалы выгорания на работе (за исключением Редукции профессиональных достижений) были статистически выше среди учителей специальных школ по сравнению с учителями государственных школ ($p < 0,001$), но не было статистически значимой разницы между мужчинами и женщинами по субшкале выгорания на работе ($p = 0,99$). По результатам данного исследования Министерству образования Ирана предлагается принять меры для предотвращения профессионального выгорания учителей специальных школ за счет повышения уровня услуг на их рабочих местах.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, учителя, государственные школы, спецшколы.

Для цитаты: Хемати Аламдарлоо Г., Моради С. Эмоциональное выгорание на работе среди учителей государственных и специальных школ [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 63–75. DOI: 10.17759/cpse.2021100205

Introduction

On the one hand, teaching is one of the most stressful jobs, and, on the other hand, long-term stress can lead to burnout [35]. Gluschkoff et al. [17] defined burnout as a chronic psychological syndrome that occurs in response to prolonged work-related stress. In fact, burnout includes Emotional exhaustion (a strong feeling of tiredness at work), Depersonalization (negative and pessimistic attitudes toward one's job), and Low sense of personal accomplishment (negative evaluation of one's job performance [16; 26–28]).

Research shows that students' characteristics at school can lead to teacher burnout and that teacher burnout, in turn, can lead to a decline in the quality of teaching and poor academic performance in students [7; 30]. Furthermore, studies have shown that in addition to the characteristics of students, various other factors, such as teachers' gender and school type (public vs. special), can affect teachers' burnout [22; 30].

In general, research findings on job burnout among special school teachers compared to public school teachers are conflicting and inconsistent. For example, some studies have

shown that the rate of burnout among special school teachers is higher than that of public school teachers [1; 2; 6; 12; 18–20; 22; 30; 40]. However, some studies have reported that there is no significant difference between teachers in special schools and teachers in public schools in terms of teacher burnout [4; 6; 46]; and some studies have shown that the burnout rate among public school teachers is higher than that of special school teachers [1; 3; 8; 41].

Furthermore, studies on the role of gender in teacher burnout are at variance with each other. For example, some studies have shown that job burnout is more prevalent among female teachers than male teachers [9; 25]. Contrary to these studies, some studies have reported that male teachers experience higher levels of job burnout than do female teachers [5; 8; 9; 14; 20; 31; 34; 35; 44]. However, these studies are not supported by some other studies that have shown no significant difference between male and female teachers in terms of job burnout [5; 10; 13; 32; 33; 42; 43; 45].

Therefore, it can be stated that there is conflicting evidence about the role that sex plays in the differences between public and special school teachers regarding their job burnout [5; 10; 22; 33; 35]. Since the beginning of research on teacher burnout, various studies have referred to demographic variables, such as sex, as key factors that can account for the differences between the teachers regarding their job burnout. Nevertheless, the results of research in this area do not allow us to draw definite and clear conclusions regarding the role of sex in burnout and its subscales, including Emotional Exhaustion, Low sense of personal accomplishment, and Depersonalization [28; 35]. Although job burnout syndrome and the role of demographic factors, such as sex, have been considered and investigated among different teachers in several studies, including those of Schwarzer and Hallum [38], Schalvik and Schalvik [41], Liorrens, Bakker, Schaufeli & Salanova [24], it is not clear how these factors affect burnout in public and special school teachers.

Several studies have shown that burnout negatively impacts on school teachers [26; 30; 37]. According to these studies, the effect of burnout on teachers was that they spent less time teaching students. In addition, burnout can lead to fatigue in teachers, threaten their mental health, reduce their interest in out-of-school entertainment, decrease their productivity at school, and give rise to negative attitudes towards their performance [30]. For example, the results of a study by Schaufeli and Enzman [35] showed that burnout was associated with Emotional Exhaustion, Low sense of personal accomplishment, and Depersonalization. They also found that long-term burnout could cause job stress. Moreover, Kristensen, Borritz, Villadsen, and Christensen [21] stated that burnout was a dynamic process negatively influenced teachers' personal life, their performance at work, and their communication with students.

Given that the detrimental effects of burnout have been widely documented in the literature, it is imperative to raise awareness among education officials regarding this issue and persuade them to provide school teachers with the conditions and facilities that can reduce their stress and burnout. Therefore, the present study is significant since its findings can heighten awareness among decision-makers and officials in the area of education. In addition, the present study was conducted to help education officials to design and develop educational programs that can increase the flexibility and efficiency of teachers in both public and special schools. In brief, the negative effects of job burnout on teachers' performance, the contradictory findings regarding the role of sex in job burnout among

public and special school teachers, and the limited studies available in this area of research highlight the significance of the present study. Therefore, the present study aimed at comparing teachers, both male and female teachers, in public and special schools in terms of job burnout. Thus, this study sought to address the following research question:

Is there any significant difference between male and female teachers working in public and special schools regarding the subscales of job burnout?

Materials and Methods

Population, sample, and sampling method. The design of the present study was causal-comparative. In this study, the statistical population consisted of all public and special school teachers in Jahrom, Fars Province, Iran, of which a sample of 84 teachers, including 42 public school teachers and 42 special school teachers, were selected. Due to the small number of special school teachers, they were selected through convenience sampling method while the public school teachers were selected through multi-stage random sampling method. The sample characteristics of the teachers of special schools and teachers of public schools are presented in Table 1. There were no significant differences between the two groups in terms of the mean age (by independent t-test), sex (by Chi-squared test), educational level (by Chi-squared test), and work experience (by Chi-squared test).

Table 1

Sample characteristics for teachers of special schools and teachers of public schools

	Teachers of Special Schools (n=42)	Teachers of General Schools (n=42)	Sig.
Mean age (SD) (years)	40,64 (6,40)	39,19 (9,35)	t=0,831, p=0,409
Range (years)	24–57	23–52	–
Male (female) of teachers	19 (23)	20 (22)	$\chi^2=0,480$, p=0,827
educational level (%): <MA(>MA)	28 (14)	31 (11)	$\chi^2=0,513$, p=0,474
work experience (%): <15 years(>15 years)	23 (19)	20 (22)	$\chi^2=1,750$, p=0,186

Notes. MA — Master of Arts.

Instrument. Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to measure job burnout in this study. This scale was developed by Maslach [28]. MBI includes 22 items that measure Emotional exhaustion (9 items), Depersonalization (5 items), and Low sense of personal accomplishment (8 items) in workplaces. The scoring of items in MBI is based on a 5-point scale. The respondents can choose one of the five options available, including *strongly agree*,

agree, not certain, disagree, strongly disagree, to express their feelings towards the items of the inventory. Maslach and Jackson [26] calculated the reliability of this test using Cronbach's alpha for each of the subscales of this questionnaire and obtained the following coefficients: Emotional exhaustion, 0,90; Depersonalization, 0,79; and Low sense of personal accomplishment, 0,71. The validity of three factors of MBI has been confirmed [36]. By correlating MBI with Psychophysiological Symptoms Checklist (PSC) concurrent validity coefficients in the range 0,1–0,36 were obtained [11]. In Iran, Sepehri Shamloo et al. [39] calculated the reliability of this test using Cronbach's alpha for each of the subscales of this questionnaire and obtained the following coefficients: Emotional exhaustion, 0,79; Depersonalization, 0,85; and Low sense of personal accomplishment, 0,87. Sepehri Shamloo et al. [39] reported the interclass correlation coefficient 0,87, which indicated good test-retest reliability ($r=0,87$, $p<0,01$). The construct validity of the scale was obtained using exploratory factor analysis, showing 3 factors with Eigen values greater than 1. In confirmatory factor analysis, the original three-factor model of MBI was adequate [39]. In this study, the internal consistency of the scale was evaluated by calculating Cronbach's alpha coefficient; the Cronbach's alpha coefficient was 0,75 for Emotional exhaustion, 0,71 for Depersonalization, and 0,73 for the Low sense of personal accomplishment.

Procedure. After obtaining the necessary approvals to conduct this research and a letter of recommendation, the researchers referred to the special schools authorized by Jahrom Education Department and invited all teachers working in these schools to participate in this research. In the end, 42 questionnaires completed by special school teachers were collected. It is worth noting that special school teachers were chosen using the convenience sampling method. Furthermore, teachers from public schools were selected through multi-stage random sampling. Actually, for selecting the teachers from public schools, the list of schools in Jahrom was prepared, and randomly four schools for girls (two high and two elementary schools) and four schools for boys (two high and two elementary schools) were selected. Teachers in these schools were randomly selected. The teachers were asked to participate in the study if they wished, and a total of 42 questionnaires were collected. It should be noted that the participants individually completed the paper and pencil version of MBI at school, which took about 15 minutes. It is worth mentioning that demographic information was added at the beginning of the questionnaire, and the respondents first filled in the demographic information such as age, gender, and then answered the questionnaire items.

Statistical processing. Data analysis was performed by MANOVA method using SPSS software version 22.

Ethical Considerations. Public and special school teachers gave consent for their participation in this study. The participants were aware of the purpose of the study, and they had the right to leave the study at any time. They were assured that all their information would remain confidential. The ethical review board of the Education Department of Jahrom in Fars Province in Iran approved the study.

Results

The mean score and standard deviation for job burnout and its subscales based on sex differences are presented in Table 2. It is worth noting that the results of the Kolmogorov–

Smirnov test showed that the data were normal in all three variables of Emotional exhaustion ($z=0,094$, $p=0,065$), Depersonalization ($z=0,087$, $p=0,069$) and Low sense of personal accomplishment ($z=0,076$, $p=0,073$).

Table 2

The mean score and standard deviation for Job Burnout and its subscales based on sex differences

Variables	Public school teachers			Special school teachers		
	Sex	Mean	SD	Sex	Mean	SD
Emotional exhaustion	Male	46,18	6,11	Male	47,03	5,24
	Female	45,45	6,77	Female	48,31	6,37
Depersonalization	Male	23,32	2,90	Male	24,69	2,24
	Female	24,50	2,93	Female	24,00	2,68
Low sense of personal accomplishment	Male	33,27	4,43	Male	35,72	3,05
	Female	32,80	4,25	Female	35,31	4,35

As shown in Table 2, the mean score for job burnout subscales, including Emotional exhaustion, Depersonalization, and the Low sense of personal accomplishment, was higher among male and female teachers in special schools than male and female teachers in public schools. MANOVA was used to determine whether school type (public vs. special), sex, and the interaction between these two variables (school type*sex) had a significant effect on the level of job burnout subscales among teachers. The results are presented in Table 3.

It is worth noting that before MANOVA was performed, the Levene's test was used to evaluate the assumption of homogeneity of variances, and the results showed that it was not significant for three variables of Emotional exhaustion ($F=0,135$, $p=0,714$), Depersonalization ($F=1,123$, $p=0,292$) and Low sense of personal accomplishment ($F=2,843$, $p=0,153$); therefore, MANOVA could be conducted. Furthermore, to study the homogeneity of covariance matrices, Box's M test was used. The result showed that its value was not significant ($F=1,590$, $p=0,145$). Therefore, the variance-covariance matrix of the dependent variables is equal in the three groups.

Based on the data presented in Table 3, it can be stated that the effect of school type on the linear combination of dependent variables was significant. However, Table 3 also reveals that the effects of sex and the interaction between school type and sex on the linear combination of dependent variables were insignificant. To further investigate whether school type had a significant effect on any of the dependent variables, MANOVA was performed, and the results are presented in Table 4.

Table 3

Values of Wilks' lambda in MANOVA for the subscales of Job Burnout among public and special school teachers based on sex

Sources	Value	F	df _H	df _E	Sig.
School type	0,900	2,891	3	78	0,041
Sex	0,994	0,146	3	78	0,932
School type*Sex	0,957	1,170	3	78	0,327

Table 4

The results of MANOVA for the subscales of Job Burnout

Variables	School type (public vs. special)		Sex		School type*Sex	
	F	p	F	p	F	p
Emotional exhaustion	1,828	0,180	0,039	0,84	0,534	0,467
Depersonalization	0,519	0,473	0,166	0,69	2,393	0,126
Low sense of personal accomplishment	7,657	0,007	0,246	0,62	0,001	0,975

Based on the results presented in Table 4, the effect of school type on Emotional exhaustion ($F=1,828$, $p=0,180$) and Depersonalization ($F=0,519$, $p=0,473$) was not significant, but the effect of group on Low sense of personal accomplishment ($F=7,657$, $p<0,007$) was significant. In addition, the effect of sex on Emotional exhaustion ($F=0,039$, $p=0,84$), Depersonalization ($F=0,166$, $p=0,69$), and the Low sense of personal accomplishment ($F=0,246$, $p=0,62$) was not significant. Finally, the interaction between school type (public and special) and sex did not have any significant effect on Emotional exhaustion ($F=0,534$, $p=0,467$), Depersonalization ($F=2,393$, $p=0,126$), and Low sense of personal accomplishment ($F=0,001$, $p=0,975$).

Therefore, it can be concluded that there was a significant difference between public and special school teachers only in terms of the subscale of the Low sense of personal accomplishment. To flesh out, teachers in special schools displayed a greater low sense of personal accomplishment than did teachers in public schools.

Discussion and Conclusions

The results of the present study showed no significant difference between public and special school teachers in terms of Emotional exhaustion as a subscale of job burnout. This could be due to work pressure, which is caused by several factors, including parents'

unreasonable expectation for excessive homework and exams, school principals' and deputy principals' high expectations, bulky textbooks, insufficient feedback from students, the limited size of classrooms, limited budget, resources, and facilities, and strict adherence to administrative protocols [4; 15]. In addition, the findings showed that there was no significant difference between public and special school teachers in terms of depersonalization. This finding can be supported by the fact that teachers, irrespective of which school they teach in, have certain concerns about maintaining order in the classroom, building a positive relationship with students and colleagues, gaining sufficient information relevant to their teaching, managing time constraints based on students' level of understanding, and fighting for more attention in the processes of decision-making. These concerns affect all teachers and can adversely impact teachers' classroom management and students' learning process, thereby impeding the achievement of educational goals. These factors will negatively influence teachers' attitudes towards teaching, learning, and the school environment. Over time, the teachers' motivation will decrease due to the lack of access to a balanced and controllable condition that is conducive to their job needs and interests; as a result, they will experience depersonalization after a while [29]. However, the findings indicated that special school teachers showed a greater low sense of personal accomplishment than did public school teachers. To explain this difference, we suggested combining Emotional exhaustion and Depersonalization can lead to the lower personal accomplishment in special school teachers [28]. In addition, lack of motivation, pessimistic attitudes towards one's performance, and negative attitudes towards students with special needs in special school teachers can result in low sense of personal accomplishment, ultimately leading to the departure of these teachers from special schools, in particular, and special education environment, in general [23].

Furthermore, the results showed no significant difference between male and female teachers in terms of job burnout subscales, namely, Emotional exhaustion, Depersonalization, the Low sense of personal accomplishment. This finding is supported by other studies that have shown male and female teachers face the same challenges, including crowded classrooms, parents' high expectations, poor academic performance of some students, and learning problems in some students. Thus, both male and female teachers experience the same amount of pressure and tension at work [33; 43; 45]. That is why sex does not significantly affect the level of job burnout [32]. Also, lack of educational facilities in schools, teachers' financial problems, decreased a number of teachers and increased responsibilities and expectations of principals and other colleagues cause male and female teachers to experience the same level of emotional exhaustion [45]. Moreover, repetitive activities in the classroom, students' behavioral problems, reduced self-efficacy of teachers in education, and a lack of teaching materials and facilities are among the challenges which teachers, irrespective of their sex, have to deal with in almost all schools. These challenges, in turn, diminish teachers' motivation and make them feel cynical about their jobs and performances. Thus, male and female teachers are equally affected by depersonalization [5]. The results also showed no significant difference between male and female teachers in terms of a low sense of personal accomplishment. Therefore, we can argue that students' poor performance and the diminished results teachers receive compared to their daily efforts reduce both male and female teachers' motivation at work and hamper their activities alike. Hence, the two sexes did not differ in terms of the low sense of personal accomplishment [20; 33].

Due to the small size of samples in this study, the results shall be generalized carefully. In addition, in this study, only a questionnaire was used to assess job burnout. We suggest doing the research on a larger scale so that the results can be generalizable to other public and special school teachers. Based on the results of this study, we recommend to arrange some training workshops to address the issue of burnout to special school teachers. To reduce job burnout among special school teachers, the Ministry of Education shall hire more teaching assistants and invite volunteers to help special school teachers to teach students with special needs. Finally, occupational therapists, speech therapists, and physiotherapists can help teachers to cope with students with special needs. Their help can reduce some of the problems which special school teachers face at work.

References

1. AbuMadini M.S, Sakthivel M. Comparative study to determine the occupational stress level and professional burnout in special school teachers working in private and government schools. *Global Journal of Health Science*, 2018, vol. 10, no. 3, pp. 42–53. DOI: 10.5539/gjhs.v10n3p42
2. Beck C.L., Gargiulo R.H.M. Burnout in teachers of retarded and nonretarded children. *The Journal of Educational Research*, 1983, vol. 76, no. 3, pp. 169–173. DOI: 10.1080/00220671.1983.10885444
3. Benevene P., Fiorilli C. Burnout syndrome at school: A comparison study with lay and consecrated Italian teachers. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 2015, vol. 6, no. 1, pp. 501–506. DOI: 10.5901/mjss.2015.v6n1p501
4. Bensky J.M., Shaw S., Gouse A. et al. Public law 94-142 and stress: A problem for educators. *Exceptional Children*, 1980, vol. 47, pp. 24–29
5. Berry R.L. Special education teacher burnout: the effects of efficacy expectations and perceptions of job responsibilities. Masters Thesis. Bellingham, WA: Western Washington University, 2011.
6. Billingsley B.S. Teacher retention and attrition-in special and general education: A critical review of the literature. *The Journal of Special Education*, 1993, vol. 27, no. 2, pp. 137–174. DOI: 10.1177/002246699302700202
7. Blandford S. Managing professional development in schools. London: Routledge, 2012. DOI: 10.1080/1061580021000057040
8. Borg M.G., Riding R.J., Falzon J.M. Stress in teaching: A study of occupational stress and its determinants, job satisfaction and career commitment among primary schoolteachers. *Educational Psychology*, 1991, vol. 11, no. 1, pp. 59–75. DOI: 10.1080/0144341910110104
9. Byrne B.M. Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming. New York, NY: Routledge, 2013. DOI: 10.4324/9780203726532
10. Cherniss C. Observed supervisory behavior and teacher burnout in special education. *Exceptional Children*, 1988, vol. 54, no. 5, pp. 449–454. DOI: 10.1177/001440298805400508

11. Coker A., Omoluabi P. Validation of maslach burnout inventory. *IFE Psychologia: An International Journal*, 2009, vol. 17, no. 1, pp. 231–242. DOI: 10.4314/ifep.v17i1.43750
12. De Stasio S., Fiorilli C., Benevene P. et al. Burnout in special needs teachers at kindergarten and primary school: Investigating the role of personal resources and work wellbeing. *Psychology in the Schools*, 2017, vol. 54, no. 5, pp. 472–486. DOI: 10.1002/pits.22013
13. Eichinger J., Heifetz L.J., Ingraham C. Situational shifts in sex role orientation: Correlates of work satisfaction and burnout among women in special education. *Sex Roles*, 1991, vol. 25, no. 7-8, pp. 425–440. DOI: 10.1007/BF00292532
14. Evers W.J., Tomic W., Brouwers A. Burnout among teachers: Students' and teachers' perceptions compared. *School Psychology International*, 2004, vol. 25, no. 2, pp. 131–148. DOI: 10.1177/0143034304043670
15. Farber B.A. Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1991.
16. 6. Farber B.A. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical Psychology*, 2000, vol. 56, no. 5, pp. 675–689. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679
17. Gluschkoff K., Elovainio M., Kinnunen U. et al. Work stress, poor recovery and burnout in teachers. *Occupational Medicine*, 2016, vol. 66, no. 7, pp. 564–570. DOI: 10.1093/occmed/kqw086
18. Greenglass E.R., Burke R.J., Fiksenbaum L. Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2001, vol. 11, no. 3, pp. 211–215. DOI: 10.1002/casp.614
19. Jennett H.K., Harris S.L., Mesibov G.B. Commitment to philosophy, teacher efficacy, and burnout among teachers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2003, vol. 33, no. 6, pp. 583–593. DOI: 10.1023/B:JADD.0000005996.19417.57
20. Kokkinos C.M, Panayiotou G., Davazoglou A.M. Correlates of teacher appraisals of student behaviors. *Psychology in the Schools*, 2005, vol. 42, no. 1, pp. 79–89. DOI: 10.1002/pits.20031
21. Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E. et al. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 2005, vol. 19, no. 3, pp. 192–207. DOI: 10.1080/02678370500297720
22. Küçüksüleymanoglu R. Burnout syndrome levels of teachers in special education schools in Turkey. *International Journal of Special Education*, 2011, vol. 26, no. 1, pp. 53–63.
23. Leung D.Y., Lee W.W. Predicting intention to quit among Chinese teachers: Differential predictability of the components of burnout. *Anxiety, Stress, and Coping*, 2006, no. 19(2), pp. 129–141. DOI: 10.1080/10615800600565476
24. Llorens S., Bakker A.B., Schaufeli W. et al. Testing the robustness of the job demands-resources model: Erratum. *International Journal of Stress Management*, 2007, vol. 14, no. 2, pp. 224–225. DOI: 10.1037/1072-5245.14.2.224

25. Martin F., Poyen D., Boudierlique E. et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 1997, vol. 3, no. 3, pp. 204–209. DOI: 10.1179/oeh.1997.3.3.204
26. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 1981, vol. 2, no.2, pp. 99–113. DOI: 10.1002/job.4030020205
27. Maslach C., Schaufeli W.B. Historical and conceptual development of burnout. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, 1993, vol. 12, pp. 1–16. DOI: 10.4324/9781315227979-1
28. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001, vol. 52, no.1, pp. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
29. McIntyre T. Teacher stress and burnout: A review of research literature (Report No. EC-160-889). Charleston, IL: Eastern Illinois University, 1983. 28 p.
30. Mearns J., Cain J.E. Relationships between teachers' occupational stress and their burnout and distress: Roles of coping and negative mood regulation expectancies. *Anxiety, Stress & Coping*, 2003, vol. 16, no.1, pp. 71–82. DOI: 10.1080/1061580021000057040
31. Mukundan J., Ahour T. Burnout among female teachers in Malaysia. *Journal of International Education Research (JIER)*, 2011, vol. 7, no. 3, pp. 25–38. DOI: 10.19030/jier.v7i3.4972
32. Olsson M.B., Hwang C. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2001, vol. 45, no. 6, pp. 535–543. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2001.00372.x
33. Popov S., Latovljević M., Nedić A. Burnout in health care and education workers: The role of situational and individual factors. *Psychological Research*, 2015, vol. 18, no. 1, pp. 5–22. DOI: 10.5937/PsIstra1501005P
34. Sari H. An analysis of burnout and job satisfaction among Turkish special school headteachers and teachers, and the factors effecting their burnout and job satisfaction. *Educational Studies*, 2004, vol. 30, no. 3, pp. 291–306. DOI: 10.1080/0305569042000224233
35. Schaufeli W., Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London: CRC Press, 1998. DOI: 10.1201/9781003062745
36. Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K. et al. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health*, 2001, vol. 16, no. 5, pp. 565–582. DOI: 10.1080/08870440108405527
37. Schwab R.L., Iwanicki E.F. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly*, 1982, vol. 18, no. 1, pp. 60–74. DOI: 10.1177/0013161X82018001005
38. Schwarzer R., Hallum S. Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied Psychology*, 2008, vol. 57, no. 1, pp. 152–171. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x

39. Sepehri Shamloo Z., Hashemian S.S., Khoshsima H. et al. Validity and reliability of the Persian version of the Maslach Burnout Inventory (general survey version) in Iranian population. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2017, vol. 11, no. 2, pp. 1–9. DOI: 10.5812/ijpbs.8168
40. Singer J.D. Are special educators' career paths special? Results from a 13-year longitudinal study. *Exceptional Children*, 1992, vol. 59, no. 3, pp. 262–279. DOI: 10.1177/001440299305900309
41. Skaalvik E.M., Skaalvik S. Teacher self-efficacy and teacher burnout: A study of relations. *Teaching and Teacher Education*, 2010, vol. 26, no. 4, pp. 1059–1069. DOI: 10.1016/j.tate.2009.11.001
42. Stempien L.R., Loeb R.C. Differences in job satisfaction between general education and special education teachers: Implications for retention. *Remedial and Special Education*, 2002, vol. 23, no. 5, pp. 258–267. DOI: 10.1177/07419325020230050101
43. Toker S., Shirom A., Shapira I. et al. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2005, vol. 10, no. 4, pp. 344–362. DOI: 10.1037/1076-8998.10.4.344
44. Van Horn J.E., Schaufeli W.B., Greenglass E.R. et al. A Canadian-Dutch comparison of teachers' burnout. *Psychological Reports*, 1997, vol. 81, no. 2, pp. 371–382. DOI: 10.2466/pr0.1997.81.2.371
45. Williams J., Dikes C. The implications of demographic variables as related to burnout among a sample of special education teachers. *Education*, 2015, vol. 135, no. 3, pp. 337–345.
46. Zabel R.H., Kay Zabel M. Revisiting burnout among special education teachers: Do age, experience, and preparation still matter? *Teacher Education and Special Education*, 2001, vol. 24, no. 2, pp. 128–139. DOI: 10.1177/088840640102400207

Information about the authors

Ghorban Hemati Alamdarloo, PhD, Associate Professor, Special Education Department, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3088-6442>, e-mail: ghemati@shirazu.ac.ir

Sajedeh Moradi, PhD. Student, Special Education Department, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5641-9666>, e-mail: dr.sajedemoradi@gmail.com

Информация об авторах

Хемати Аламдарлоо Горбан, PhD, факультет специального образования, Школа образования и психологии, Ширазский университет, Шираз, Иран, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3088-6442>, e-mail: ghemati@shirazu.ac.ir

Моради Саджедех, аспирант, факультет специального образования, Школа образования и психологии, Ширазский университет, Шираз, Иран, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5641-9666>, e-mail: dr.sajedemoradi@gmail.com

Хемати Аламдарлоо Г., Моради С. Эмоциональное выгорание на работе среди учителей государственных и специальных школ Клиническая и специальная психология 2021. Том 10. № 2. С. 63–75.

Получена: 19.12.2020

Принята в печать: 07.06.2021

Hemati Alamdarloo G., Moradi S. Job Burnout in Public and Special School Teachers Clinical Psychology and Special Education 2021, vol. 10, no. 2, pp. 63–75.

Received: 19.12.2020

Accepted: 07.06.2021

Особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста

Молчанова Л.Н.

*Курский государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), г. Курск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6309-1825>, e-mail: molchanowa.liuda@yandex.ru*

Блинова К.В.

*Курский государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), г. Курск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6981-0616>, e-mail: sam.meteorit@yandex.ru*

Схема тела играет важную роль в формировании учебных навыков, таких как чтение и письмо, наглядно-образное мышление, пространственный гнозис, стратегии оптико-пространственной деятельности. У детей младшего школьного возраста с нарушением слуха отмечаются левополушарная и правополушарная недостаточность, трудности в межполушарном взаимодействии и целостности восприятия, что мешает их полной интеграции в учебный процесс и снижает адаптационные способности. Целью эмпирического исследования стало изучение схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста, а гипотезой — предположение о существовании особенностей ее структурной организации. В исследовании приняли участие 60 респондентов, средний возраст которых составил $8,97 \pm 0,76$ лет. Из них 30 слабослышащих младших школьников (12 девочек и 18 мальчиков) вошли в экспериментальную группу, а 30 младших школьников без нарушений слуха составили контрольную группу (14 девочек и 16 мальчиков). Для оценки параметров схемы тела использовались нейропсихологические пробы. Полученные результаты засвидетельствовали особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста. Было выявлено, что представления о собственном теле, организация движений относительно схемы тела и восприятие пространства у детей с нарушениями слуха сформированы в меньшей степени, чем у детей контрольной группы.

Ключевые слова: схема тела, нейропсихологические параметры, слабослышащие дети, младший школьный возраст, коррекционно-развивающая программа.

Для цитаты: Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 76–94. DOI: 10.17759/cpse.2021100206

Features of the Body Scheme in Hearing Impaired Children of Primary School Age

Lyudmila N. Molchanova

Kursk State Medical University, Kursk, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6309-1825>, e-mail: molchanowa.liuda@yandex.ru

Christina V. Blinova

Kursk State Medical University, Kursk, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6981-0616>, e-mail: sam.meteorit@yandex.ru

Body scheme plays an important role in the development of educational skills such as reading and writing, visual-spatial thinking, spatial gnosis, optical-spatial strategies. Children of primary school age with hearing impairment have left hemispheric and right hemispheric insufficiency, difficulties in interhemispheric interaction and the integrity of perception. This hinders their full integration into the educational process and reduces their adaptive abilities. The study of the body scheme in hearing impaired children of primary school age was the goal of an empirical work, and a hypothesis was the assumption of the existence of features of its structural organization. Respondents aged $8,97 \pm 0,76$ years ($N=60$) participated in the study. 30 hearing impaired primary schoolchildren (12 female children and 18 male children) were included in the experimental group and 30 junior schoolchildren without hearing impairments (14 female children and 16 males) entered the control group. Neuropsychological tests were used to assess the neuropsychological parameters of the body scheme. The results obtained attest to the features of the body scheme in hearing impaired children of primary school age. It was found that the ideas about their own body, the organization of movements in relation to the body scheme and the perception of space in children with hearing impairments are formed to a lesser extent than in children of the control group.

Keywords: body scheme, neuropsychological parameters, hearing impaired children, primary school age, correctional and developmental program.

For citation: Molchanova L.N., Blinova C.V. Features of the Body Scheme in Hearing Impaired Children of Primary School Age. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 76–94. DOI: 10.17759/cpse.2021100206 (In Russ.)

Введение

Слух играет важную роль в развитии человека, выступая основой таких сложноорганизованных функций, как речь и пространственная ориентировка [10]. При нарушении слухового анализа происходит выпадение акустического (слухового фактора), задействованного в формировании вербального и невербального

акустического гнозиса, процессов вербально-логического мышления и слухоречевой памяти и являющегося необходимым звеном функциональной системы речи. По статистике ВОЗ порядка 360 миллионов человек (5% мирового населения) страдают от приводящей к инвалидности потери слуха. Из них 32 миллиона детей [4].

В настоящее время насчитывается большое количество научных публикаций, посвященных организации образовательного процесса для детей с нарушениями слуха [6; 12; 13]; изучению их психомоторной деятельности [2; 5; 13; 15], развития речевых процессов и познавательной сферы [8], Я-концепции [1]. Наряду с этим исследования схемы тела у детей с нарушениями слуха единичны [9]. Как известно, схема тела участвует в формировании устной и письменной речи, наглядно-образного мышления, пространственного гнозиса и стратегии оптико-пространственной деятельности [11]. Младший школьный возраст является критическим для развития высших психических функций [16; 17]. В этой связи важно изучать особенности формирования схемы тела у слабослышащих младших школьников.

Схема тела определяется как модель тела, формируемая в коре головного мозга, отражающая его структурную организацию через определение границ тела, формирование знаний о нем как о едином целом [11].

Выделяют следующие уровни структурной организации схемы тела [9; 16]:

1. чувствительного восприятия;
2. представлений о своем теле;
3. организации движений относительно схемы тела;
4. пространственных представлений.

Каждый уровень имеет определенные нейропсихологические параметры [9]:

1. глубокую, поверхностную и дискриминационную чувствительность;
2. право-левую ориентировку в пространстве, представления о собственном теле, знания о частях тела и собственном телосложении;
3. ориентировку положения частей тела относительно лица и тела, воспроизведение позы;
4. координатные, метрические и проекционные представления, стратегию оптико-пространственной деятельности, восприятие целостного перцептивного поля, представления пространственных взаимоотношений.

Библиометрический анализ публикационной активности русскоязычных ученых, выполненный по таким ключевым запросам, как «схема тела у детей с нарушением слухового анализатора», «схема тела у слабослышащих детей», «схема тела у детей с нарушением слуха», «схема тела у детей, депривированных по слуху», в рубрике «Психология» (15.00.00) электронной библиотеки ELIBRARY.RU (период с 2009 по 2019 гг.), не выявил ни одной публикации. При дополнительном поиске по ключевому словосочетанию «младшие школьники с нарушением слухового анализатора» обнаружено всего лишь 5 научных работ. Так, О.В. Санташова [13],

Т.А. Селитреникова [15], Г.И. Дерябина и др. [5] раскрывают проблему совершенствования координационных способностей слабослышащих детей младшего школьного возраста; К.В. Селезнев и др. [14] исследуют потенциал адаптивного физического воспитания таких детей.

Информационно-аналитическая оценка динамики публикационной активности зарубежных ученых по проблеме схемы тела осуществлялась в информационном пространстве базы данных Core Collection ресурса Web of Science с использованием метода библиометрического анализа публикаций за 2009–2019 гг. по таким критериям, как тематические направления, годы, базы данных, страны-лидеры. Было выявлено 166 публикаций. Лидирующими областями исследований выступили «Психология» (87 записей; 52,41%), «Нейронауки. Неврология» (70 записей; 42,17%) и «Поведенческие науки» (66 записей; 39,76%). Следует отметить, что в западной науке образ тела (body image) и схема тела (body schema) относятся к двум различным, но тесно связанным системам [20]. При этом образ тела определяют как систему восприятий, установок и убеждений, относящихся к собственному телу, а схему тела — как систему сенсорно-моторных способностей, которая функционирует без осознания или необходимости перцептивного мониторинга. К примеру, Фредерик де Виньмон [20] провел концептуальный анализ схемы тела, сравнивая ее с образом тела, а также оценку того, может ли быть нарушенной схема тела при сохранении образа тела. Таким образом, эта проблема достаточно актуальна на психологическом, нейробиологическом и физиологическом уровнях.

Результаты мониторинга публикационной активности зарубежных авторов по проблеме схемы тела у детей выявили всего лишь три публикации, научно-исследовательская тематика которых сосредоточена на таких областях, как «Поведенческие науки», «Нейронауки. Неврология» и «Психология» (2 записи; 66,67%). Две публикации появились в 2019 году, причем по две записи (66,67 % от общего количества записей) наблюдаются в двух базах данных — Web of Science и Medline.

Исследование N. Butti и др. (2019) содержит результаты, свидетельствующие о том, что раннее повреждение мозга, ведущее к спастической диплегии, которая характеризуется моторным дефицитом, затрагивающим обе стороны тела, и часто связана с нарушениями зрительно-пространственного внимания и социального восприятия, также влияет на схему тела у детей и подростков и их способность к восприятию личности [19]. В исследовании S.D.F. de Campos и др. (2017) показана роль игры как ведущего типа деятельности детей, улучшающего их когнитивные социальные, эмоциональные и психомоторные способности, в развитии схемы тела ребенка, имеющего (?) задержку на уровне пространственной и временной ориентации [21].

Информационно-аналитический анализ публикационной активности с 2009 по 2019 г. по проблеме изучения особенностей схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста засвидетельствовал ее достаточную актуальность и научную новизну, но малую разработанность как в отечественных, так и зарубежных научных исследованиях.

Итак, схема тела подразделяется на уровни, развитие которых в онтогенезе происходит согласно принципу иерархии. Так, нейропсихологические параметры иерархизированы как «лестница», в которой низшие ступени подчиняются высшим, а высшие, включая низшие, к ним не сводятся. Переходы между ступенями происходят на основе появления новых качеств и скачкообразно. При условно нормальном развитии на основе уровня чувствительного восприятия образуется уровень представлений о собственном теле, далее формируется уровень организации движений относительно схемы тела; и онтогенетически более поздно сформированным является уровень пространственных представлений. К младшему школьному возрасту у большинства детей завершается формирование пространственных представлений, что предполагает полную сформированность и функционирование трех уровней: чувствительного восприятия, представлений о собственном теле и организации движений относительно тела.

Можно предположить, что у слабослышащих детей ввиду несформированности морфофункциональных основ особенности в структуре схемы тела вызваны:

- сформированностью уровня чувствительного восприятия, о чем свидетельствуют высокие показатели выполнения нейропсихологических проб [8];
- левополушарной и правополушарной недостаточностью, что способствует к формированию неадекватных представлений о собственном теле;
- запаздыванием в развитии премоторных областей, что проявляется в отсутствии кинестетического контроля и тормозит развитие моторного компонента (уровень организации движений относительно схемы тела);
- при незрелости ассоциативных зон трудностями в межполушарном взаимодействии и в формировании частей тела в целостный образ (уровень пространственных представлений).

Цель исследования — изучение нейропсихологических параметров схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

Объект исследования — схема тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста, **а предмет** — ее особенности.

Исследование осуществлялось согласно разработанной авторами концептуальной модели исследования схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста (см. рис.1).

Были выдвинуты следующие **гипотезы**:

1. наблюдается значимое изменение темпа нейропсихологических параметров чувствительного уровня схемы тела у слабослышащих детей;
2. наблюдается значимое снижение темпа и точности нейропсихологических параметров уровня представлений о собственном теле у слабослышащих детей;

3. наблюдается значимое снижение темпа и точности нейропсихологических параметров уровня организации движений относительно схемы тела у слабослышащих детей;

4. наблюдается значимое снижение точности нейропсихологических параметров уровня пространственных представлений у слабослышащих детей.



Рис. 1. Концептуальная модель исследования схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста

Программа исследования

Исследование проводилось с сентября 2018 года по декабрь 2019 года и включало несколько этапов:

1. поиск и переработка информации, теоретико-методологический анализ;
2. проведение эмпирического исследования;
3. оценка количественных данных и их качественная обработка;
4. обоснование и интерпретация результатов, формулирование выводов.

Эмпирическое исследование проводилось на базе ОКОУ «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья» (г. Курск) и МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 27 имени А.А. Дейнеки» г. Курска в соответствии с информированным согласием родителей. Из общего числа младших школьников (N=60) в возрасте от 8 до 10 лет были сформированы экспериментальная (ЭГ) и контрольная (КГ) группы по 30 детей в каждой. ЭГ

составили слабослышащие младшие школьники с диагнозом «нейросенсорная тугоухость IV степени» (16 человек) и «нейросенсорная тугоухость III степени» (14 человек). Из них 12 детей ($9,0 \pm 0,85$ лет) женского пола и 18 ($9,06 \pm 0,73$ лет) — мужского. В контрольную группу вошли младшие школьников без нарушений слуха: 14 детей ($9,21 \pm 0,58$ лет) женского пола и 16 ($9,06 \pm 0,85$ лет) — мужского. Поскольку прямого воздействия на респондентов не было, и сама ситуация обусловлена нарушением слухового анализатора как реального события из их жизни, использовался экспериментальный план *ex-post-facto*.

Методы и методика. Исследование было реализовано с использованием теоретических (библиометрического, тематического, категориально-понятийного, методического видов анализа) и эмпирических (архивного, клинической беседы) методов. В качестве методического инструментария в исследовании нейропсихологических параметров схемы тела использовались нейропсихологические пробы (см. Приложение 1).

Для сравнительного анализа данных по результатам выполнения нейропсихологических проб детьми из экспериментальной и контрольной групп использовались следующие статистические методы: описательная статистика, непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Обработка результатов исследования производилась с помощью компьютерной программы Statistica v. 7.0.

Процедура исследования. Исследование проводилось авторами рукописи индивидуально с каждым ребенком, в рамках одной и той же схемы нейропсихологического исследования. Контроль выполнения проб и оценивание полученных результатов осуществлялись независимым экспертом, имеющим квалификацию клинического психолога и стаж профессиональной деятельности 5 лет, по шкале Л.И. Вассермана по таким диагностическим показателям, как *темп и точность* (см. Приложение 2 и 3). Перед обследованием родителей слабослышащих детей информировали о цели, задачах, ожидаемых результатах, практической значимости исследования и просили подписать информированное согласие с участием в исследовании. Всем участникам был предоставлен одинаковый стимульный материал. Инструктаж проводился устно с участием сурдопереводчика. В ходе исследования контролировался порядок выполнения диагностических методик за счет контрбалансировки (задания предъявлялись с учетом их уровня сложности (усложнение) и в том порядке, в котором происходит формирование схемы тела в онтогенезе).

Результаты

Сравнительный анализ темпа и точности чувствительного восприятия (поверхностная, глубокая и дискриминационная виды чувствительности) у слабослышащих и условно здоровых детей младшего школьного возраста позволил получить следующие результаты (табл. 1).

Уровень чувствительного восприятия характеризуется высокими результатами выполнения детьми нейропсихологических проб. В точности выполнения заданий слабослышащие дети не уступают условно здоровым, однако

выполняют задание медленнее, что свидетельствует о высоком компенсаторном потенциале чувствительности и особенностях понимания инструкции. Статистически значимые различия в выраженности нейропсихологических параметров уровня чувствительного восприятия не обнаружены. Таким образом, различные виды чувствительности в экспериментальной группе детей на данном уровне сформированы. Наблюдается значимое изменение темпа таких нейропсихологических параметров чувствительного уровня схемы тела у слабослышащих детей, как поверхностная и дискриминационная чувствительность. Рабочая гипотеза подтверждена.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа нейропсихологических параметров уровня чувствительного восприятия у детей младшего школьного возраста ЭГ и КГ

Проба	Показатель	КГ	ЭГ	U	p-level
Поверхностная чувствительность					
Исследование локализации прикосновений	темп	0,00±0,00	0,13±0,35	390,0*	0,040
	точность	0,00±0,00	0,00±0,00	450,0	0,990
Глубокая чувствительность					
Проба на перенос угла согнутой руки на другую руку	темп	0,00±0,00	0,03±0,18	435,0	0,317
	точность	0,00±0,00	0,00±0,00	450,0	0,990
Дискриминационная чувствительность					
Исследование с использованием циркуля Вебера	темп	0,17±0,38	0,00±0,00	375,0*	0,021
	точность	0,00±0,00	0,00±0,00	450,0	0,990

Примечание: * — $p < 0,05$; КГ — контрольная группа; ЭГ — экспериментальная группа.

Следующий этап эмпирического исследования состоял в изучении представлений о своем теле (право-левая ориентировка, представления о теле, вербализация частей тела) по темпу и точности у слабослышащих и условно здоровых детей. Сравнительная оценка выраженности уровня представлений о собственном теле в экспериментальной и контрольной группах, выполненная с использованием критерия U-Манна-Уитни, выявила статистически значимые различия в право-левой ориентировке и представлениях о собственном теле как по показателю темпа ($U=285,0$ при $p=0,020$; $U=22,0$ при $p=0,000$ соответственно), так и по показателю точности ($U=150,0$ при $p=0,000$; $U=225,0$ при $p=0,000$ соответственно) выполнения заданий, причем более низкие результаты наблюдались у детей ЭГ (право-левая ориентировка в показателях темпа — ЭГ= $0,37 \pm 0,49$, КГ= $0,00 \pm 0,00$, а точности — ЭГ= $0,70 \pm 0,53$, КГ= $0,00 \pm 0,00$; представления о собственном теле в показателях темпа — ЭГ= $1,80 \pm 0,48$, КГ= $0,10 \pm 0,40$ и точности — ЭГ= $0,53 \pm 0,57$, КГ= $0,00 \pm 0,00$).

При выполнении слабослышащими и условно здоровыми детьми нейропсихологической пробы «Показ частей своего тела и лица» были обнаружены статистически значимые различия в показателе темпа выполнения пробы ($U=330,0$ при $p=0,040$); более низкие показатели наблюдались у детей из ЭГ ($ЭГ=0,30\pm 0,47$, $КГ=0,03\pm 0,18$), что свидетельствует об относительном нарушении развития импрессивной речи. Отсутствие значимых различий по показателю точности выполнения пробы ($ЭГ=0,07\pm 0,25$, $КГ=0,00\pm 0,00$; $U=420,0$ при $p=0,66$), вероятно, может быть связано с переводом инструкции заданий в письменный вид, что повышает эффективность понимания ребенком сути задания.

Таким образом, наблюдается значимое снижение темпа и частичное снижение точности выполнения нейропсихологических проб на сформированность представлений о собственном теле у слабослышащих детей. Рабочая гипотеза подтверждена. Слабослышащие дети младшего школьного возраста осведомлены обо всех частях собственного тела и ориентируются в нем, демонстрируя высокие показатели точности в их вербализации. Вместе с тем они допускают ошибки в точности право-левой ориентировки, демонстрируют снижение темпа при воспроизведении представлений о собственном теле и при вербализации названий частей тела и лица.

Исследование уровня организации движений относительно схемы тела в показателях темпа и точности у младших школьников ЭГ и КГ засвидетельствовало следующие результаты.

Установлено, что выраженность нейропсихологических параметров «Ориентировка положения частей тела по отношению к лицу» и «Ориентировка положения частей тела по отношению к телу» по точности ($ЭГ=1,10\pm 0,55$, $КГ=0,00\pm 0,00$; $U=45,0$ при $p=0,000$ и $ЭГ=1,70\pm 0,47$, $КГ=0,53\pm 0,57$; $U=83,0$ при $p=0,000$ соответственно) и темпу ($ЭГ=0,73\pm 0,45$, $КГ=0,00\pm 0,00$; $U=120,0$ при $p=0,000$ и $ЭГ=0,90\pm 0,48$, $КГ=0,10\pm 0,31$; $U=117,0$ при $p=0,000$ соответственно) выполнения движений значимо ниже у детей из ЭГ, что свидетельствует о недостаточной сформированности способности к ориентировке вне собственного тела и может объясняться запаздыванием формирования данного уровня схемы тела в сравнении с возрастной нормой в связи с имеющимся дефектом.

Достоверные различия в результатах точности ($ЭГ=0,90\pm 0,61$, $КГ=0,13\pm 0,35$; $U=157,0$ при $p=0,000$) при одинаковом темпе выполнения пробы на перенос поз руки по зрительному образцу свидетельствуют о несформированности кинестетического контроля у слабослышащих младших школьников. При этом у 64% детей из ЭГ и у 13% детей КГ наблюдались трудности переноса позы с одной руки на другую.

Таким образом, наблюдается значимое снижение темпа и точности выполнения заданий на сформированность уровня организации движений относительно схемы тела у слабослышащих детей. Рабочая гипотеза подтверждена. Уровень организации движений относительно схемы тела у слабослышащих младших школьников характеризуется трудностями ориентировки вне собственного тела и трудностями понимания расположения объектов относительно него. Они затрачивают больше времени на установление положения руки и на

корректирование положения. Эти особенности могут обуславливаться замедленным управлением моторными функциями в связи с поражением слухового анализатора [13].

В результате исследования пространственных представлений у детей ЭГ и КГ по всем нейропсихологическим параметрам были обнаружены достоверные различия (табл. 2), что согласуется с результатами ранее проведенного исследования [3].

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа нейропсихологических параметров уровня пространственных представлений у детей младшего школьного возраста ЭГ и КГ

Проба	Показатель	КГ	ЭГ	U	p-level
Проба Бентона	Метрические представления				
	точность	0,43±0,50	1,33±0,48	130,0*	0,00
Копирование фигур на 180°	Координатные представления				
	точность	0,83±0,83	1,93±0,52	151,0*	0,00
Проба Рея, Остеррайха	Стратегия оптико-пространственной деятельности				
	точность	0,63±0,49	2,03±0,41	19,0*	0,00
Корректирующая проба	Осознанное восприятие перцептивного поля				
	точность	0,57±0,50	1,23±0,43	196,0*	0,00
Проба незавершенные изображения	Осознанное восприятие перцептивного поля				
	точность	0,93±0,58	2,90±0,31	6,0*	0,00
Копирование куба	Проекционные представления				
	точность	0,70±0,65	1,83±0,53	105,0*	0,00
Расположение предметов	Пространственные взаимоотношения				
	точность	0,77±0,77	2,93±0,25	6,0*	0,00

Примечание: * — $p < 0,05$; КГ — контрольная группа; ЭГ — экспериментальная группа.

Наблюдалось значимое снижение точности выполнения заданий на сформированность пространственных представлений у слабослышащих детей. Рабочая гипотеза подтверждена. Слабослышащие младшие школьники испытывают сложности в понимании взаиморасположения внешних объектов между собой в пространстве и квазипространстве. Выявлена недостаточная сформированность нормативной стратегии восприятия и навыков копирования нарисованных фигур. Отмечается запаздывание в формировании данного уровня схемы тела в сравнении

с возрастной нормой, что связано с незрелостью ассоциативных зон головного мозга.

Обсуждение

Основное ограничение исследования особенностей схемы тела у слабослышащих младших школьников состоит в том, что, во-первых, его участниками выступили воспитанники только из образовательных учреждений г. Курска, во-вторых, учитывая малочисленность выборки, экстраполировать результаты на всю совокупность слабослышащих младших школьников не представляется возможным. В этой связи исследование является пилотажным. Вместе с тем достоверность полученных результатов и выводов обеспечивается использованием надежного нейропсихологического диагностического инструментария — луриевских нейропсихологических проб. Как известно, сензитивные периоды развития двигательных функций у детей, имеющих нарушения слуха, запаздывают на 1–3 года от условно здоровых детей и приходятся на младший и средний школьный возраст [12]. Кроме того, полученные результаты, свидетельствующие о низком уровне сформированности точности и скорости движений кистей рук, их малой дифференциации и замедленном темпе деятельности у слабослышащих младших школьников согласуются с результатами исследований мелкой моторики у младших школьников с нарушениями функций слухового анализатора, проведенного О.В. Санташовой [13]. Указанные недостатки препятствуют формированию учебных и трудовых навыков. Зарубежными авторами также выявлена зависимость между координационными способностями и степенью глухоты [22]. Кроме того, отсутствие значимых различий в выраженности глубокой чувствительности у слабослышащих и условно здоровых младших школьников согласуется с результатами зарубежных исследователей [18].

Выводы

1. Чувствительное восприятие у слабослышащих детей сформировано. Его различные виды имеют свойство гиперпродукции, что предполагает компенсаторное перераспределение вклада чувствительного и слухового восприятия и мультисенсорное взаимодействие в системе сенсомоторной интеграции.

2. Существуют особенности формирования уровня представлений о собственном теле. Так, способность к точной вербализации частей тела формируется у 94% слабослышащих детей, право-левая ориентировка — у 34%, а представления о собственном теле — у 50%. При выполнении всех проб наблюдается снижение темпа их выполнения, что указывает на необходимость дальнейшего изучения данного аспекта.

3. Существуют особенности формирования уровня организации движений относительно схемы тела. Об этом свидетельствуют допускаемые слабослышащими детьми ошибки и медленный темп при выполнении заданий на ориентировку положения частей тела по отношению к лицу и телу и на воспроизведение позы по зрительному образцу. Восприятие пространства не сформировано, а восприятие собственного тела находится в зоне ближайшего развития.

4. Существуют особенности формирования уровня пространственных представлений. Он характеризуется дефицитом метрических и координатных представлений. Стратегия оптико-пространственной деятельности неясная. Нет четкой последовательности выполнения действий. Осознанное восприятие перцептивного поля неполное. Отсутствует целостное восприятие. Имеются сложности в представлении пространственных взаимоотношений.

Заключение

Таким образом, в связи с морфофункциональными особенностями некоторые нейropsychологические параметры схемы тела у слабослышащих детей не формируются самостоятельно, а только при целенаправленном их развитии. И это обуславливает необходимость разработки и реализации эффективной коррекционно-развивающей программы по оптимизации схемы тела, позволяющей ускорить процесс развития и повысить уровень освоения слабослышащими детьми школьной программы. Коррекционными мишенями выступают уровень организации движений относительно схемы тела (расположение объектов относительно тела и уровень пространственных представлений), взаимоотношения внешних объектов и лингвистическое пространство. Перспективным направлением в исследовании схемы тела является изучение особенностей ее структурно-уровневой организации у слабослышащих детей старшего школьного возраста, что послужит основанием в организации дифференцированных с учетом возрастного фактора коррекционно-развивающих мероприятий.

Литература

1. Авдеева Т.Н. Динамика Я-концепции и внутренней картины дефекта у детей с сенсорными нарушениями // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2019. Т 1. № 3(51). С. 12–19.
2. Белова О.А. Уровень развития мелкой моторики и зрительно-моторной координации у учащихся младших классов, депривированных по слуху // Электронный научно-образовательный вестник здоровье и образование в XXI веке. 2013. Том 5. № 7. С. 1–13.
3. Блинова К.В., Молчанова Л.Н. Нейropsychологические особенности схемы тела на уровне параметров пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации // В сборнике: Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием / Под ред. П.В. Ткаченко. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2019. С. 21–25.
4. Всемирная организация здравоохранения. Вопросы здравоохранения. Глухота и нарушения слуха [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/topics/deafness/ru/> (дата обращения: 10.08.2020).
5. Дерябина Г.И., Лернер В.Л., Филаткин А.С. Особенности нарушения различных видов координационных способностей младших школьников со слуховой

депривацией // Вестник Тамбовского университета. 2019. Том 24. № 178. С. 35–42.
DOI: 10.20310/1810-0201-2019-24-178-35-42

6. Клименко Т.М., Кудря Е.В., Мягкова Г.Г. Элементы образовательно-коррекционной работы с детьми, имеющие нарушения слуха // Электронный научный журнал. 2019. № 5(25). С. 7–11.

7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. М.: изд-во МГУ, 1962. 432 с.

8. Молчанова Л.Н. Особенности взаимосвязей тактильной чувствительности и кинетического, кинестетического праксиса у слабослышащих младших школьников // Региональный вестник. 2020. № 1 (40). С. 88–90.

9. Молчанова Л.Н., Рябыкина А.И. Особенности структурной организации схемы тела у детей младшего школьного возраста с нарушением зрительного анализатора по типу слабовидения // Медицинская психология в России. 2018. Том 10. № 6 (53). С. 9.

10. Некрасова А.Н., Рыбакова Т.В. Элементы здоровьесберегающих технологий в обучении детей с нарушениями слуха // Интегративные тенденции в медицине и образовании. 2018. Том 3. С. 88–93.

11. Никишина В.Б., Лазаренко В.А., Петраш Е.А. и др. Нарушение схемы тела при менингиомах теменно-затылочной области // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Том 116. № 12. С. 20–24. DOI: 10.17116/jnevro201611612120-24

12. Платонова Я.В., Селитреникова Т.А., Дерябина Г. И. и др. Возрастные особенности в развитии и коррекции координационных способностей детей с нарушениями слуха // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. 2018. Том 17. № 38. С.15–21. DOI: 10.20310/1810-231X-2018-17-38-15-21

13. Санташова О.В. Развитие мелкой моторики младших школьников с нарушениями слуха в условиях школьного учреждения // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Том 15. № 2. С. 219–223.

14. Селезнев К.В., Иванова И.Ю., Касьяненко В.И. и др. Особенности проведения занятий физической культурой с глухими и слабослышащими детьми // Философия образования. 2017. № 72, вып. 3. С. 95–102. DOI: 10.15372/PHE20170210

15. Селитреникова Т.А., Дерябина Г.И., Платонова Я.В. и др. К вопросу формирования и совершенствования координационных способностей младших школьников с нарушениями слухового анализатора // Наука и спорт: современные тенденции. 2019. Том 22. № 1. С. 29–34.

16. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Методика формирования пространственных представлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста: практическое пособие. М.: Айрис-пресс, 2007. 112 с.

17. Семенович А.В. В лабиринтах развивающегося мозга. Шифры и коды нейрпсихологии. М.: Генезис, 2010. 432 с.

18. *Bolognini N., Cecchetto C., Geraci C., et al.* Hearing shapes our perception of time: temporal discrimination of tactile stimuli in deaf people // *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2012. Vol. 24. № 2. P. 276–286. DOI: 10.1162/jocn_a_00135.

19. *Butti N. Montirosso R., Giusti L., et al.* Early brain damage affects body schema and person perception abilities in children and adolescents with spastic diplegia // *Neural plasticity*. 2019. Vol. 2019. Article 1678984. 17 p. DOI: 10.1155/2019/1678984.

20. *de Vignemont F.* Body schema and body image – Pros and cons // *Neuropsychologia*. 2010. Vol. 48. № 3. P. 669–680. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.022.

21. *Franco de Campos S.D.F., Figueiredo M.D., Mazer-Goncalves S.M., et al.* Play for the development of body schema and spatial and temporal orientation: analysis of an intervention // *Cadernos brasileiros de terapia ocupacional=Brazilian Journal of Occupational Therapy*. 2017. Vol. 25. № 2. P. 275–285. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoA00820.

22. *Zwierzchowska A., Gawlik K., Małgorzata G.* Deafness and motor abilities level // *Biology of Sport*. 2008. Vol. 25. № 3. P. 263–274.

References

1. Avdeeva T.N. Dinamika Ya-kontseptsii i vnutrennei kartiny defekta u detei s sensornymi nar usheniyami [The dynamics of the self-concept and the internal picture of the defect in children with sensory impairments]. *Uchenye zapiski. Ehlektronnyi nauchnyi zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta=Uchenye zapiski. Electronic scientific journal of Kursk State University*, 2019, vol. 1, no. 3 (51), pp. 12–19. (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Belova O.A. Uroven' razvitiya melkoi motoriki i zritel'no-motornoj koordinatsii u uchashchikhsya mladshikh klassov, deprevirovannykh po slukhu [The level of development of fine motor skills and hand-eye coordination in primary school students, hearing-deprived]. *Elektronnyi nauchno-obrazovatel'nyi vestnik zdorov'e i obrazovanie v XXI veke=Electronic scientific and educational bulletin health and education in the XXI century*, 2013, vol. 5, no. 7, pp. 1–13. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Blinova K.V., Molchanova L.N. Neiropsikhologicheskie osobennosti skhemy tela na urovne parametrov prostranstvennykh predstavlenii u slaboslyshashchikh detei mladshogo shkol'nogo vozrasta s pravym profilem lateral'noi organizatsii [Neuropsychological features of the body scheme at the level of parameters of spatial representations in hearing impaired children of primary school age with the right profile of lateral organization]. In P.V. Tkachenko (ed.), *Psikhologiya zdorov'ya i bolezni: kliniko-psikhologicheskii podkhod. Materialy IX Vserossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem=Psychology of health and disease: clinical and psychological approach. Materials of the IX All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation*. Kursk: Kursk State Medical University, 2019, pp. 21–25.

4. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Voprosy zdavookhraneniya. Glukhota i narusheniya slukha [World Health Organization. Health issues. Deafness and hearing impairment]. URL: <https://www.who.int/topics/deafness/ru/> (Accessed: 10.08.2019).

5. Deryabina G.I., Lerner V.L., Filatkin A.S. Osobennosti narusheniya razlichnykh vidov koordinatsionnykh sposobnostei mladshikh shkol'nikov so slukhovo deprivatsiei [Features of impairment of various types of coordinating abilities of primary schoolchildren with auditory deprivation]. *Vestnik Tambovskogo universiteta=Bulletin of the Tambov University*, 2019, vol. 24, no. 178, pp. 35–42. (In Russ., abstr. in Engl.). DOI: 10.20310/1810-0201-2019-24-178-35-42

6. Klimenko T.M., Kudrya E.V., Myagkova G.G. Elementy obrazovatel'no-korreksionnoi raboty s det'mi, imeyushchie narusheniya slukha [Elements of educational and correctional work with children with hearing impairments]. *Elektronnyi nauchnyi zhurnal=Electronic Scientific Journal*, 2019, no. 5 (25), pp. 7–11. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Luria A.R. Vysshie korkovye funktsii i ikh narushenie pri lokal'nykh porazheniyakh mozga [Higher cortical functions and their impairment in local brain lesions]. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1962. 432 p.

8. Molchanova L.N. Osobennosti vzaimosvyazei taktil'noi chuvstvitel'nosti i kineticheskogo, kinesteticheskogo praksisa u slaboslyshashchikh mladshikh shkol'nikov [Features of the relationship of tactile sensitivity and kinetic, kinesthetic praxis in hearing impaired primary schoolchildren]. *Regional'nyi vestnik=Regional Bulletin*, 2020, no. 1 (40), pp. 88–90.

9. Molchanova L.N., Ryabykina A.I. Osobennosti strukturnoi organizatsii skhemy tela u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta s narusheniem zritel'nogo analizatora po tipu slabovideniya [Features of the structural organization of the body scheme in children of primary school age with impaired visual analyzer by the type of low vision]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii=Medical Psychology in Russia*, 2018, vol. 10, no. 6 (53), p. 9. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Nekrasova A.N., Rybakova T.V. Elementy zdorov'esberegayushchikh tekhnologii v obuchenii detei s narusheniyami slukha [Elements of health-saving technologies in teaching children with hearing impairments]. *Integrativnye tendentsii v meditsine i obrazovanii=Integrative Tendencies in Medicine and Education*, 2018, vol. 3, pp. 88–93. (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Nikishina V.B., Lazarenko V.A., Petrash E.A. et al. Narushenie skhemy tela pri meningiomakh temenno-zatylochnoi oblasti [Violation of the body scheme in meningiomas of the parietal-occipital region]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova=Journal of Neurology and Psychiatry named S.S. Korsakov*, 2016, vol. 116, no. 12, pp. 20–24. (In Russ., abstr. in Engl.). DOI: 10.17116/jnevro201611612120-24

12. Platonova Ya.V., Selitrenikova T.A., Deryabina G.I. et al. Vozrastnye osobennosti v razviti i korrektsii koordinatsionnykh sposobnostei detei s narusheniyami slukha [Age features in the development and correction of coordination abilities of children with hearing impairments]. *Psikhologo-pedagogicheskii zhurnal Gaudeamus=Psychological and pedagogical journal Gaudeamus*, 2018, vol. 17, no. 38, pp. 15–21. (In Russ., abstr. in Engl.). DOI: 10.20310/1810-231X-2018-17-38-15-21

13. Santashova O.V. Razvitiye melkoi motoriki mladshikh shkol'nikov s narusheniyami slukha v usloviyakh shkol'nogo uchrezhdeniya [The development of fine motor skills in junior schoolchildren with hearing impairments in a school setting]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova*=*Bulletin of the Kostroma State University named N.A. Nekrasov*, 2009, vol. 15, no. 2, pp. 219–223. (In Russ., abstr. in Engl.).

14. Seleznev K.V., Ivanova I.Yu., Kasianenko V.I. et al. Osobennosti provedeniya zanyatii fizicheskoi kul'turoi s glukhimi i slaboslyshashchimi det'mi [Features of physical culture lessons with deaf and hard of hearing children]. *Filosofiya obrazovaniya*=*Philosophy of Education*, 2017, no. 72, issue 3, pp. 95–102. (In Russ., abstr. in Engl.). DOI: 10.15372/PHE20170210

15. Selitrenikova T.A., Deryabina G.I., Platonova Ya.V. et al. K voprosu formirovaniya i sovershenstvovaniya koordinatsionnykh sposobnostei mladshikh shkol'nikov s narusheniyami slukhovogo analizatora [To the question of forming and improving the coordination abilities of primary schoolchildren with auditory analyzer disorders]. *Nauka i sport: sovremennye tendentsii*=*Science and Sport: Modern Trends*, 2019, vol. 22, no. 1, pp. 29–34. (In Russ., abstr. in Engl.).

16. Semago N.Ya., Semago M.M. Metodika formirovaniya prostranstvennykh predstavlenii u detei doshkol'nogo i mladshego shkol'nogo vozrasta: prakticheskoe posobie [Methodology for the formation of spatial representations in children of preschool and primary school age: practical allowance]. Moscow: Ayris-press, 2007. 112 p.

17. Semenovich A.V. V labirintakh razvivayushchegosya mozga. Shifry i kody neiropsikhologii [In the labyrinths of the developing brain. Codes and codes of neuropsychology]. Moscow: Genesis, 2010. 432 p.

18. Bolognini N., Cecchetto C., Geraci C. et al. Hearing shapes our perception of time: temporal discrimination of tactile stimuli in deaf people. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2012, vol. 24, no. 2, pp. 276–286. DOI: 10.1162/jocn_a_00135.

19. Butti N., Montirosso R., Giusti L., et al. Early brain damage affects body schema and person perception abilities in children and adolescents with spastic diplegia. *Neural Plasticity*, 2019, vol. 2019, article 1678984, 17 p. DOI: 10.1155/2019/1678984.

20. de Vignemont F. Body schema and body image – Pros and cons. *Neuropsychologia*, 2010, vol. 48, no. 3, pp. 669–680. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.022

21. Franco de Campos S.D.F., Figueiredo M.D., Mazer-Goncalves S.M. et al. Play for the development of body schema and spatial and temporal orientation: analysis of an intervention. *Cadernos brasileiros de terapia ocupacional*=*Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 2017, vol. 25, no. 2, pp. 275–285. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoA00820

22. Zwierzchowska A., Gawlik K., Małgorzata G. Deafness and motor abilities level. *Biology of Sport*, 2008, vol. 25, no. 3, pp. 263–274.

Методический инструментарий

Нейропсихологический параметр	Критерий	Методика исследования
Уровень чувствительного восприятия		
поверхностная чувствительность	темп	проба на исследование локализации прикосновений
	точность	
глубокая чувствительность	темп	проба на перенос угла согнутой руки на другую руку
	точность	
дискриминационная чувствительность	темп	исследование с использованием циркуля Вебера
	точность	
Уровень представлений о собственном теле		
право-левая ориентировка в теле	темп	проба на право-левую ориентировку
	точность	
представления о теле	темп	силуэт
	точность	
вербализация частей тела	темп	проба «показ частей своего тела и лица»
	точность	
Уровень организации движений относительно схемы тела		
ориентировка положения частей тела по отношению к лицу	темп	проба на воспроизведение положения руки по отношению к лицу
	точность	
ориентировка положения частей тела по отношению к телу	темп	проба Хэда
	точность	
воспроизведение позы по зрительному образцу	темп	проба на перенос поз руки по зрительному образцу
	точность	
Уровень пространственных представлений		
метрические представления	точность	проба Бентона
координатные представления	точность	копирование фигур на 180°
стратегия оптико-пространственной деятельности	точность	проба Рея–Остеррица
осознанное восприятие перцептивного поля	точность	корректирующая проба, проба «незавершенные изображения»
представления пространственных взаимоотношений	точность	копирование куба, проба «расположение предметов»

Приложение 2

Шкала обработки результатов по показателю точности

Оценки по результатам диагностики	Описание оценок
0	Ребенок верно выполняет задание
1	Отмечается ряд мелких погрешностей, исправляемых самим ребенком без участия экспериментатора
2	Отклонения участка более чем на 1 см (проба на исследование локализации представлений) Отклонения угла более, чем на 30° (проба на перенос угла согнутой руки на другую руку) Ребенок выполняет задание после нескольких попыток; выполняет задание с подсказками и наводящими вопросами
3	Задание недоступно даже после подробного и многократного разъяснения со стороны экспериментатора

Приложение 3

Шкала обработки результатов по показателю темпа

Оценки по результатам диагностики	Описание оценок
0	Ребенок верно и быстро осуществляет задание
1	Отмечается ряд мелких погрешностей, исправляемых самим ребенком без участия экспериментатора
2	Время выполнения задания составляет от 30 до 60 секунд
3	Задание недоступно даже после подробного и многократного разъяснения со стороны экспериментатора

Информация об авторах

Молчанова Людмила Николаевна, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, Курский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), г. Курск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6309-1825>, e-mail: molchanowa.liuda@yandex.ru

Блинова Кристина Викторовна, аспирант кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, Курский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), г. Курск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0777-1122>, e-mail: sam.meteorit@yandex.ru

Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Особенности
схемы тела у слабослышащих
детей младшего школьного возраста
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 76–94.

Molchanova L.N., Blinova C.V.
Features of the Body Scheme in Hearing
Impaired Children of Primary School Age
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 76–94.

Information about the authors

Lyudmila N. Molchanova, Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Kursk State Medical University, Kursk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6309-1825>, e-mail: molchanowa.liuda@yandex.ru

Christina V. Blinova, Post-graduate student of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Kursk State Medical University, Kursk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6981-0616>, sam.meteorit@yandex.ru

Получена: 23.07.2020

Received: 23.07.2020

Принята в печать: 23.04.2021

Accepted: 23.04.2021

Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний)

Одинцова М.А.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru*

Сорокова М.Г.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru*

Целью данной работы стал сравнительный анализ копинг-стратегий и копинг-стилей подростков в зависимости от пола и группы: 1) здоровые; 2) подростки с детским церебральным параличом (врожденная инвалидность); 3) подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями (приобретенная инвалидность). В исследовании приняли участие 244 подростка от 13 до 18 лет, из них 86 — здоровых подростков (46 мальчиков и 40 девочек, $M=14,96+1,52$ лет), 61 — с онкологией головного и спинного мозга (37 мальчиков и 24 девочки, $M=15,03+1,39$ лет), 46 — с ревматическими заболеваниями (17 мальчиков и 29 девочек, $M=14,7+1,50$ лет), 51 — с детским церебральным параличом (28 мальчиков и 23 девочки, $M=15,3+1,17$). Использовался опросник COPE Р. Карвера в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина. Обнаружено, что подростки с приобретенной инвалидностью используют схожие со здоровыми сверстниками копинг-стратегии в отличие от подростков с детским церебральным параличом, у которых копинг-стратегии вариативны. Подростки двух клинических групп чаще здоровых обращаются к религии, что смягчает воздействие стресса в условиях инвалидности. Процент подростков, предпочитающих когнитивно-ориентированный копинг-стиль, выше среди здоровых, эмоционально-ориентированный — среди подростков с приобретенной инвалидностью, а дисфункциональный копинг-стиль — среди подростков с детским церебральным параличом. Выявлены различные тенденции в выраженности копинг-стратегий в клинических и здоровой группах в зависимости от пола.

Ключевые слова: копинг-стратегии, копинг-стили, подростки, онкология, ревматические заболевания, инвалидность, детский церебральный паралич.

Для цитаты: *Одинцова М.А., Сорокова М.Г. Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 95–123. DOI: 10.17759/cpse.2021100207*

Введение

Врожденная и приобретенная инвалидность создает трудности в адаптации подростков, переживающих глобальные физические и психологические изменения, характерные для данного возраста. При приобретенных заболеваниях — это сложности адаптации к новой роли человека с инвалидностью, при врожденных — недостаточная эмоциональная и личностная зрелость, препятствующая успешной адаптации [10; 16]. На эти трудности накладываются стрессы межличностных отношений, напряжение в учебной и повседневной деятельности [12]. Справиться с таким многообразием стрессов помогают копинг-стратегии, которые наиболее активно развиваются на данном возрастном этапе. От того, насколько успешно подростки с инвалидностью преодолевают повседневные стрессы, зависит и эффективность преодоления болезни [13].

Проблематика копинга имеет длительную историю и обширно представлена в научной литературе (Л.И. Анцыферова, С.К. Нартова-Бочавер, Р. Лазарус, С. Фолкман, Ч. Карвер и др.) в теоретическом и эмпирическом планах и в разных контекстах.

Исследования копинг-стратегий подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями двигательных функций, с онкологией и ревматическими заболеваниями в сравнении со здоровыми сверстниками демонстрируют либо отсутствие различий [20], либо незначительные различия [28] и зависимость копинг-стратегий от тяжести нарушений [1]. В условиях болезни изучены копинги при приобретенных заболеваниях, таких как сахарный диабет [15]; астма, атипичский дерматит, онкология [13; 20; 21]; ревматические болезни [7; 26]. Исследуются копинги и при врожденных нарушениях: заболеваниях зрительных путей [18]; черепно-лицевых аномалиях [19]; детском церебральном параличе (ДЦП) [1; 11]. Показано, что при врожденных заболеваниях выбираются стратегии, направленные на эмоциональную поддержку, контроль в выражении негативных эмоций [18], а при приобретенных — стратегии, ориентированные на эмоциональную переработку [9]; избегание, принятие ответственности, самоконтроль; отвлечение [13]; активное решение проблем [21].

Такое разнообразие в копинг-стратегиях требует их систематизации. Одной из них становится модель контроля в условиях болезни, которая включает:

1) первичный контроль или активное преодоление, направленное на изменение самой ситуации (решение проблем, регулирование эмоций);

2) вторичный контроль (позитивное мышление, когнитивная переработка, принятие), направленный на изменение отношения к ситуации;

3) пассивное преодоление, не требующее усилий (избегание, отрицание) [10; 12].

Выделяют и диспозиционную модель совладания, включающую разные способы преодоления стресса, складывающиеся в три копинг-стиля:

1) стиль, ориентированный на решение проблем (использование инструментальной поддержки, активное совладание, сдерживание, подавление конкурирующих действий, планирование);

2) эмоционально-ориентированный стиль (позитивное переосмысление, религиозное совладание, юмор, использования эмоциональной поддержки, принятие);

3) дисфункциональный стиль (мысленный уход, концентрация на эмоциях, отрицание, поведенческий уход, использование психоактивных веществ) [8].

Объединяет эти модели возможность управления стрессом для успешной адаптации. Одновременно с этим признается: 1) в управляемых ситуациях, но с высоким уровнем стресса, повышаются навыки преодоления [17]; в неуправляемых — подростки способны проявлять гибкость в соответствии с изменением самой ситуации, что становится своеобразной «прививкой» от других форм стресса [13]; 2) один способ для преодоления стресса не может стать ключом к успешной адаптации в условиях инвалидности [13]; 3) не бывает «хороших» или «плохих» копинг-стратегий, их разнообразие может быть эффективным при активности личности, направленной как на отвлечение, разрядку эмоционального напряжения, так и на мобилизацию [12]; 4) опыт в преодолении стрессов является стабильным во времени и зависит от предшествующих навыков [19; 25].

Как видим, в исследованиях копинг-стратегий подростков с инвалидностью, с одной стороны, делается попытка их систематизации в зависимости от контроля над стрессовой ситуацией, с другой — признается преимущество в их многообразии. Равно как, с одной стороны, доказана ситуативная изменчивость копинг-стратегий, а с другой — относительное постоянство во времени.

Кроме того, современные исследования, как правило, сосредоточены на одном-двух заболеваниях, приводящих к инвалидности [9; 11; 15; 18], либо клинические выборки имеют смешанный характер (например, в группу с нарушением опорно-двигательного аппарата включаются подростки с двигательными нарушениями различного генеза) [2]. Иногда группы сравнения определяются по наличию хронического заболевания без учета его типа [10; 12]. Также не всегда учитывается половая принадлежность в клинических группах [1; 2; 26] в силу их малочисленности. Нередко копинг-стратегии подростков клинических групп оцениваются по представлениям их родителей [11], а не по мнениям самих подростков.

Данные исследования вносят большой вклад в общую картину преодолевающего поведения подростков, одновременно способствуя продолжению работ в этом направлении для обнаружения общего и специфического в копинг-стратегиях и копинг-стилях здоровых и подростков с разными типами инвалидности.

Цель исследования: провести сравнительный анализ копинг-стратегий и копинг-стилей в зависимости от пола и группы здоровья: здоровые подростки, подростки с ДЦП (врожденная инвалидность), подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями (приобретенная инвалидность).

Мы предположили, что подростки с приобретенной инвалидностью используют в своем репертуаре схожие со здоровыми сверстниками копинг-стратегии и копинг-стили и будут отличаться от подростков с врожденным заболеванием (ДЦП). Подростки женского и мужского пола в зависимости от группы (здоровые подростки и подростки с заболеваниями) будут различаться выбором тех или иных копинг-стратегий и копинг-стилей.

Организация исследования

Исследование проводилось с 2016 по 2020 гг. в Москве. Обследование подростков из клинических групп проводилось индивидуально, а здоровых подростков — в учебных классах. Подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями были набраны из двух стационаров при разрешении лечащего врача продолжить обучение в ГКОУ «Школа «Технологии обучения»». Подростки с онкологией получали лучевую терапию, 70% из них перенесли операцию на головном мозге, в стационаре их сопровождали члены семьи. Подростки с ревматическими заболеваниями получали комбинированную противоревматическую и реабилитационную терапию и находились в стационаре без родителей. Подростки с ДЦП набирались на базе ресурсной школы (ранее интернат для детей с ДЦП) из автономных малокомплектных классов. Они обучались по адаптированной образовательной программе с шифром 6.1 с обязательным включением коррекционно-развивающих курсов. Родители всех подростков дали письменное согласие на участие их детей в исследовании.

Выборка. В исследовании приняли участие 270 подростков от 12 до 18 лет. Для уравнивания выборок по полу и возрасту из группы подростков с ревматическими заболеваниями были удалены данные 5 девочек 12 и 13 лет. Из группы здоровых были исключены данные 21 подростка (пятеро 12-летних, 13 мальчиков 18 лет, трое указали на наличие заболевания (астма, аллергия)). Окончательная выборка состояла из 244 подростков. Группы были уравновешены по полу ($\chi^2=0,329$ при $p=0,848$) и возрасту (ANOVA, $F=1,703$ при $p=0,167$). Данные по выборке представлены в таблице 1.

Методики. Подростков просили ответить, как они себя ведут и что обычно делают при столкновении со стрессовыми ситуациями. Для этого был использован опросник COPE (Р. Карвера в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина),

который включает 15 копинг-стратегий, входящих в три копинг-стиля (когнитивно-ориентированный, эмоционально-ориентированный, дисфункциональный). Опросник широко используется в разных странах. Одно из последних исследований в США продемонстрировало умеренную внутреннюю согласованность COPE (α Кронбаха > 0,60) на подростковой выборке [24]. В нашем случае проверка внутренней согласованности пятнадцати субшкал с копинг-стилями показала, что субшкалы Поиск инструментальной поддержки, Активное совладание, Сдерживание, Подавление конкурирующей деятельности, Планирование хорошо согласуются с когнитивно-ориентированным стилем ($\alpha=0,90$); а субшкалы Мысленный уход, Концентрация на эмоциях, Отрицание, Поведенческий уход, Использование успокоительных — с дисфункциональным стилем ($\alpha=0,87$). Обнаружено приемлемое согласование субшкал Поиск эмоциональной поддержки, Позитивное переформулирование, Принятие, Обращение к религии и Юмор с эмоционально-ориентированным стилем ($\alpha=0,78$), что свидетельствует о совпадении наших данных с теоретической моделью автора опросника.

Таблица 1

Распределение подростков по группам с учетом пола и возраста

Группа	N	Возраст	Пол			
			Мужской		Женский	
			человек	%	человек	%
Здоровые	86	14,96±1,52	46	53,5	40	46,5
Подростки с врожденной инвалидностью						
ДЦП	51	15,30±1,17	28	54,9	23	45,1
Подростки с приобретенной инвалидностью						
Онкология	61	15,03±1,39	37	60,7	24	39,3
Ревматические заболевания	46	14,65±1,45	17	37,0	29	63,0
Итого по группе с приобретенной инвалидностью						
	107	14,86±1,41	54	50,5	53	49,5
Итого по выборке	244	14,99±1,41	128	52,5	116	47,5

Обработка данных. При статистической обработке были использованы t-критерий Стьюдента для попарного сравнения групп; двухфакторный дисперсионный анализ для сравнения подростков в зависимости от их принадлежности к группе здоровья (здоровые, с врожденной и с приобретенной инвалидностью) и пола; критерий χ^2 для сравнения групп подростков по качественным признакам.

Результаты

Предварительно мы сравнили копинг-стратегии двух групп подростков (с онкологией и ревматическими заболеваниями) с использованием t-критерия Стьюдента. Проверка на нормальность распределения каждой из двух групп по критерию Колмогорова–Смирнова подтверждает нормальность распределения по всем копингам ($p > 0,05$), кроме Использования успокоительных в обеих группах ($p = 0,000$). Распределение копинга Поведенческий уход для подростков с ревматическими заболеваниями находится на грани статистической значимости ($p = 0,047$).

Статистический анализ подтвердил, что подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями по когнитивно-ориентированному ($t = -1,36$ при $p = 0,177$; $F = 6,79$ при $p = 0,010$), эмоционально-ориентированному ($t = 0,315$ при $p = 0,753$; $F = 0,099$ при $p = 0,754$) и дисфункциональному ($t = -0,410$ при $p = 0,683$; $F = 0,004$ при $p = 0,951$) копинг-стилям не различаются в средних значениях, а по последним двум — в дисперсиях.

Дальнейший двухфакторный дисперсионный анализ выстраивался с учетом пола и принадлежности к одной из трех групп: здоровых, с врожденной и с приобретенной инвалидностью. Результаты анализа и описательная статистика представлены в табл. 2.

Значимые различия в зависимости от группы были обнаружены в копинг-стратегиях:

1) Сдерживание, Подавление конкурирующей деятельности, Поиск инструментальной поддержки (когнитивно-ориентированный копинг-стиль);

2) Обращение к религии (эмоционально-ориентированный копинг-стиль);

3) Мысленный уход, Концентрация на эмоциях, Отрицание, Поведенческий уход, Использование успокоительных (дисфункциональный копинг-стиль) (см. рис. 1).

По стратегиям Активного совладания, Планирования, Поиска эмоциональной поддержки, Принятия, Позитивного переформулирования и Юмора различий между группами не выявлено (табл. 2).

Подростки с ДЦП демонстрируют значительно более высокие баллы по всем копинг-стратегиям в отличие от двух других групп. Здоровые подростки и подростки с приобретенной инвалидностью предпочитают копинг-стратегии, входящие в когнитивно-ориентированный и эмоционально-ориентированные стили, и реже используют стратегии, относящиеся к дисфункциональному стилю. При этом обе клинические группы набирают более высокие баллы и не различаются между собой по Стратегии обращения к религии ($p = 0,487$), что отличает их от здоровых сверстников ($p = 0,000$).

Таблица 2

**Выраженность копинг-стратегий и копинг-стилей
в зависимости от группы и пола**

Копинг-стратегии и копинг-стили	M±SD для подростков разных групп в зависимости от пола				Статистические эффекты df=5		
	Пол	Группы подростков			Группа	Пол	Группа* Пол
		Здоровые М (n=46) Ж (n=40)	ДЦП М (n=28) Ж (n=23)	Приобретенная инвалидность М (n=54) Ж (n=53)			
Активное совладание	М	11,6±2,9	11,9±3,2	12,8±3,0	F=0,32	F=0,77	F=1,96
	Ж	12,3±2,7	11,6±3,3	11,8±2,9	p=0,574	p=0,465	p=0,143
Сдерживание	М	9,7±2,6	11,6±2,8	10,0±2,2	F=9,01	F=0,09	F=0,49
	Ж	10,2±1,9	11,6±3,1	9,8±2,4	p=0,000	p=0,763	p=0,615
Подавление конкурирующей деятельности	М	9,5±3,1	12,5±3,7	10,9±3,1	F=10,40	F=0,02	F=1,76
	Ж	10,5±3,4	12,6±3,4	10,1±3,1	p=0,000	p=0,878	p=0,175
Планирование	М	9,1±2,4	8,7±2,3	9,2±2,3	F=2,15	F=0,01	F=1,96
	Ж	9,7±2,0	8,4±2,1	9,0±2,3	p=0,119	p=0,998	p=0,370
Поиск инструментальной поддержки	М	10,6±2,8	12,2±2,7	10,4±2,7	F=9,55	F=0,17	F=1,66
	Ж	11,6±3,3	12,2±3,2	9,8±2,7	p=0,000	p=0,683	p=0,193
Когнитивно- ориентированный стиль	М	10,1±2,2	11,4±2,6	10,7±2,1	F=3,57	F=0,00	F=2,20
	Ж	10,9±2,0	11,3±2,7	10,1±2,0	p=0,03	p=0,959	p=0,115
Поиск эмоциональной поддержки	М	9,6±2,8	9,8±2,5	10,5±2,7	F=1,46	F=6,37	F=5,47
	Ж	12,2±3,2	10,3±2,2	10,4±3,0	p=0,235	p=0,012	p=0,005
Позитивное переформулирование	М	11,7±2,6	12,7±2,7	12,2±2,8	F=0,35	F=0,02	F=3,16
	Ж	13,±2,3	11,5±3,5	11,9±3,1	p=0,705	p=0,880	p=0,044
Принятие	М	10,4±2,9	11,5±3,9	11,4±3,2	F=0,89	F=0,03	F=0,58
	Ж	11,1±2,7	11,2±2,7	11,3±3,5	p=0,411	p=0,859	p=0,574
Обращение к религии	М	7,7±2,9	10,0±2,6	9,9±4,1	F=12,41	F=0,31	F=0,84
	Ж	7,3±3,4	10,6±2,4	8,9±3,9	p=0,000	p=0,581	p=0,431
Юмор	М	9,5±3,6	12,6±2,8	10,7±3,6	F=0,00	F=7,95	F=3,28
	Ж	11,0±3,4	12,2±2,3	9,6±4,1	p=0,972	p=0,000	p=0,039
Эмоционально- ориентированный стиль	М	9,8±1,9	11,3±2,0	10,9±1,9	F=3,16	F=0,27	F=4,22
	Ж	10,9±2,0	11,1±2,2	10,4±2,1	p=0,044	p=0,601	p=0,016
Мысленный уход	М	8,3±2,6	12,5±3,7	8,7±2,8	F=24,22	F=2,61	F=1,93
	Ж	9,9±2,6	12,1±3,5	9,5±2,8	p=0,000	p=0,108	p=0,147
Концентрация на эмоциях	М	8,6±3,2	11,6±2,4	9,1±2,8	F=7,69	F=16,22	F=5,60
	Ж	11,8±2,8	11,6±2,9	10,4±2,6	p=0,000	p=0,000	p=0,004

Отрицание	М	8,8±2,8	10,9±2,3	8,5±2,9	F=13,99	F=0,51	F=0,04
	Ж	9,1±2,3	10,9±3,0	8,5±2,8	p=0,000	p=0,809	p=0,958
Поведенческий уход	М	7,3±2,2	11,1±2,9	7,4±2,8	F=31,88	F=0,17	F=0,22
	Ж	7,8±2,9	10,9±3,3	7,6±2,7	p=0,000	p=0,679	p=0,801
Использование успокоительных	М	5,2±2,1	9,8±2,1	4,4±1,1	F=127,5	F=0,19	F=0,59
	Ж	4,8±1,6	9,6±3,0	4,6±2,3	p=0,000	p=0,662	p=0,557
Дисфункциональный стиль	М	7,64±1,6	11,2±2,4	7,6±2,3	F=62,56	F=3,66	F=1,79
	Ж	8,7±1,5	11,0±2,6	8,1±1,4	p=0,000	p=0,057	p=0,169

Примечание. Пол: М — мужской; Ж — женский. Жирным шрифтом отмечены значимые различия.



Рис. 1. Значимые различия ($p=0,001$) в копинг-стратегиях в зависимости от группы (средние значения)

Обнаружены значимые различия между группами в трех копинг-стилях (табл. 2). Подростки с ДЦП имеют более высокие баллы по когнитивно-ориентированному ($p=0,03$), дисфункциональному ($p=0,000$), эмоционально-ориентированному стилям ($p=0,044$) в отличие от двух других групп.

Для уточнения полученных данных мы выделили доминирующий копинг-стиль на основе наивысших средних значений копинг-стратегий, входящих в тот или иной стиль, для каждого подростка и закодировали их: 1 — когнитивно-ориентированный, 2 — эмоционально-ориентированный, 3 — дисфункциональный. Подростки, которые набирали одинаковое количество баллов по двум стилям, были исключены из выборки. Среди них оказались двое здоровых, трое с ДЦП и шестеро с приобретенной инвалидностью. Одинаковое количество баллов сразу по трем стилям не встречалось. Использование критерия χ^2 позволило уточнить различия

между группами в копинг-стилях ($\chi^2=40,3$ при $p=0,000$). Более половины (57,1%) здоровых подростков и более трети (38,3%) подростков с ДЦП и с приобретенной инвалидностью (38,6%) при преодолении стрессов используют когнитивно-ориентированный стиль. Эмоционально-ориентированный стиль используется почти половиной (49,5%) подростков с приобретенной инвалидностью, 39,3% здоровых и 23,4% подростков с ДЦП. Дисфункциональный стиль редко используется здоровыми (3,6%) и подростками с приобретенной инвалидностью (11,9%), но достаточно часто подростками с ДЦП (38,3%). Соотношение выраженности копинг-стилей приведено на рис. 2.

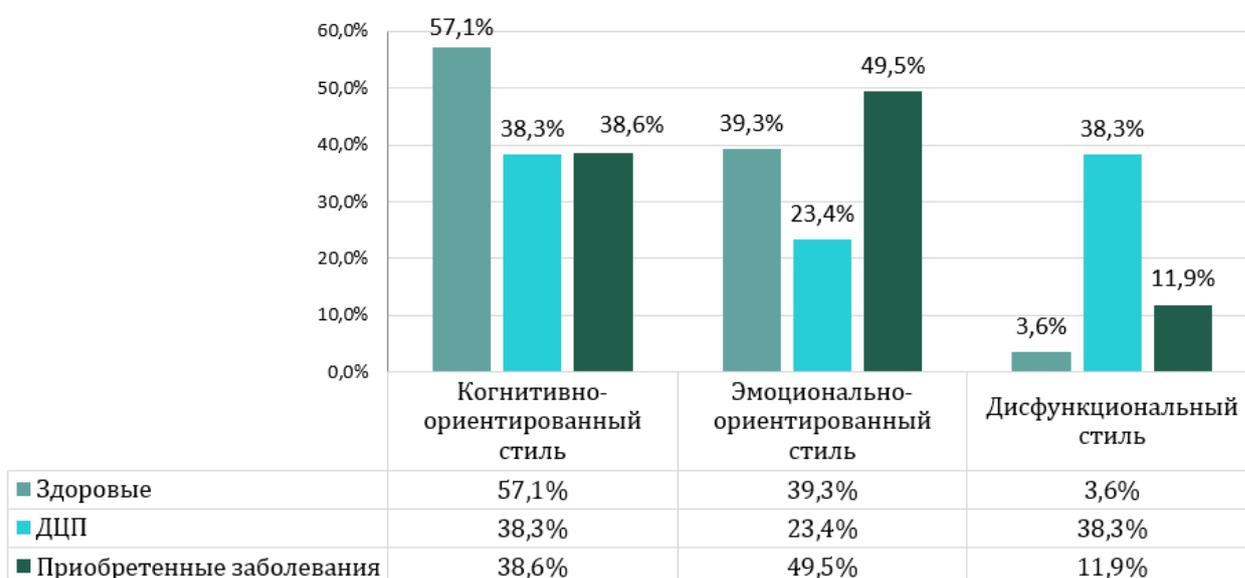


Рис. 2. Процентное соотношение выраженности копинг-стилей подростков в зависимости от группы: здоровые, с ДЦП и с приобретенной инвалидностью ($\chi^2=40,3$ при $p=0,000$)

Эффект пола независимо от группы был обнаружен для Поиска эмоциональной поддержки ($p=0,012$), Юмора ($p=0,000$) и Концентрации на эмоциях ($p=0,000$) (табл. 2., рис. 3). При интерпретации результатов совместного влияния двух факторов — группы и пола — было обнаружено следующее. К поиску эмоциональной поддержки в большей степени стремятся здоровые девочки и девочки с ДЦП в сравнении с мальчиками. В группе подростков с приобретенной инвалидностью средние значения практически одинаковы. Здоровые девочки имеют высокие значения по стратегии Позитивного переформулирования, в то время как для остальных двух групп подростков с инвалидностью результаты выше у мальчиков. Стратегия Юмора и эмоционально-ориентированный копинг-стиль в целом демонстрируют те же тенденции, но здесь обращают на себя внимание более высокие показатели у подростков с ДЦП обоих полов. Средние показатели здоровых девочек и девочек с приобретенной инвалидностью по Концентрации на эмоциях преобладают над показателями мальчиков, в то время как в группе ДЦП они одинаковы для обоих полов (табл. 2).

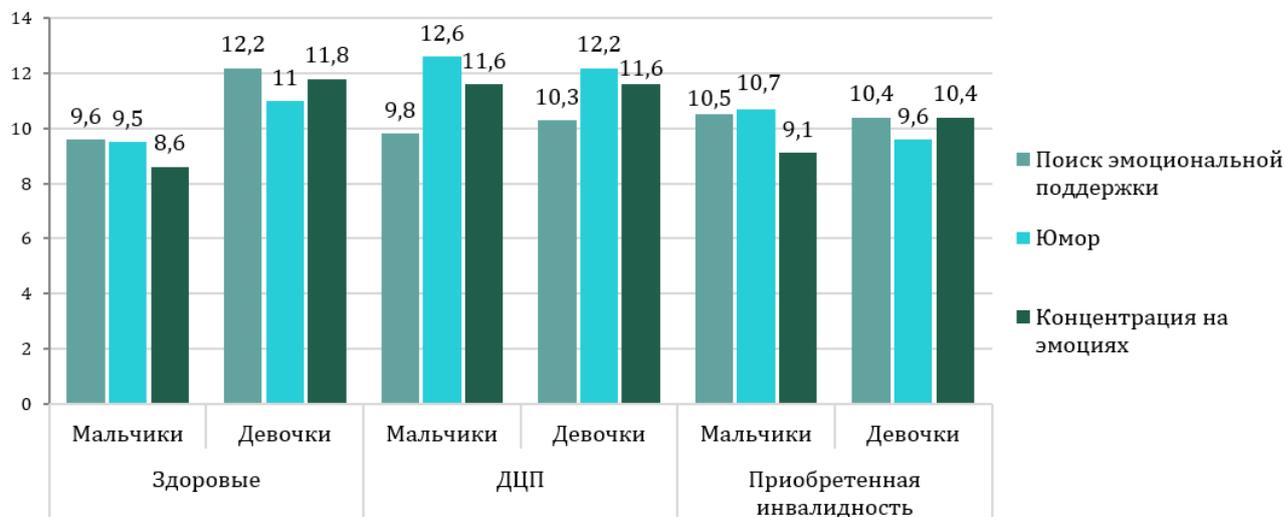


Рис. 3. Значимые различия в копинг-стратегиях в зависимости от пола (средние значения)

Обсуждение

Результаты, полученные при сравнении копинг-стратегий и копинг-стилей подростков с онкологией и ревматическими заболеваниями, позволили нам объединить данные группы в одну — подростки с приобретенной инвалидностью. Схожие данные мы получили ранее при исследовании жизнестойкости этих подростков [4], что наводит на еще один исследовательский вопрос: какую роль в выборе копинг-стратегий играет опыт здорового функционирования до приобретения инвалидности? Безусловно, для ответа на него требуется проведение лонгитюдных исследований, однако уже имеющиеся данные подтверждают, что предшествующий опыт в преодолении стрессов достаточно стабилен во времени [19; 25] и зависит от приобретенных навыков [25]. Объединяет данные группы еще и критерий слабой контролируемости этих заболеваний: недостаточная изученность причин и механизмов возникновения патологии, противоречивость информации о специфике протекания, непредсказуемость течения болезней и прогнозов, сложность и многоаспектность терапии [4]. В свою очередь стратегии преодоления у подростков с ДЦП с самого рождения формируются в условиях болезни и, как правило, в гиперопекающей [1; 6; 22] или дефицитарной медико-социальной среде [5], что накладывает отпечаток на навыки совладания.

Анализ копинг-стратегий, выстроенный с учетом трех групп (здоровых, с врожденной инвалидностью, приобретенной инвалидностью) показал следующее. Подростки с ДЦП выделяются на фоне других групп высокими показателями девяти копинг-стратегий: трех, ведущих в когнитивно-ориентированный стиль, одной — в эмоционально-ориентированный, и пяти стратегий, составляющих основу дисфункционального стиля. Возможно, использование широкого набора стратегий связано с большей уязвимостью людей с ДЦП к стрессам и с более сложным протеканием периода полового созревания [14], что, с одной стороны, требует

активизации всех видов стратегий, а с другой — затрудняет поиск наиболее полезных [27].

Религиозный копинг наиболее выражен у подростков двух клинических групп и выступает защитным фактором, смягчает воздействие стресса, помогает переосмыслить ситуацию в позитивном ключе [27].

Наше исследование показало, что большинство здоровых подростков используют когнитивно-ориентированный копинг-стиль, который считается ими наиболее эффективным при контролируемых стрессах. Половина подростков с приобретенными заболеваниями предпочитает эмоционально-ориентированный стиль, направленный на адаптацию к стрессовым ситуациям, которые воспринимаются ими как неконтролируемые. Это подтверждается исследованиями [9; 29], в которых показана доминирующая роль эмоционально-ориентированного стиля и подчеркивается его адаптивная полезность в условиях слабо контролируемых заболеваний.

Подростки с ДЦП используют все копинг-стили, которые выстраиваются в единую ресурсную систему, но значимо отличаются от двух других групп преобладанием дисфункционального стиля. Известно, что дисфункциональные стратегии препятствуют способности адекватно реагировать на стрессовые ситуации и затрудняют использование ресурсов. Но в сочетании со стратегиями, входящими в когнитивно-ориентированный стиль, позволяют подходить к стрессу с разных позиций и развивать разнообразные реакции на стресс в силу взаимозаменяемости стратегий, входящих в разные копинг-стили.

Мы выявили тенденции к различиям в копинг-стратегиях и копинг-стилях между мальчиками и девочками с ДЦП и обнаружили только одно различие в группе подростков с приобретенной инвалидностью: девочки данной группы чаще мальчиков концентрируются на эмоциях. Обнаруженные различия по полу в группе здоровых подростков (поиск эмоциональной поддержки, юмор, концентрация на эмоциях) согласуются с исследованиями, свидетельствующими о склонности женщин преодолевать стрессовые ситуации путем их эмоциональной переработки [23]. Возможно, причиной отсутствия значимых различий в копингах по полу в группе подростков с ДЦП связано с так называемыми половозрастными девиациями (смещение мужского и женского вариантов идентификации), что установлено в исследовании Е.Н. Дмитриевой и Т.Е. Левицкой [3].

Минимально выраженные половые различия у подростков с приобретенной инвалидностью можно объяснить влиянием болезни. В условиях неконтролируемого заболевания к эмоционально-ориентированному копинг-стилю прибегают как мальчики, так и девочки, что позволяет им адаптироваться к ситуации.

Заключение и выводы

Подростковый возраст является поворотным моментом в развитии копинг-стратегий для преодоления многочисленных стрессов. Важно учитывать, в каких условиях происходит это развитие: в условиях инвалидности или здоровья;

контролируемости или неконтролируемости заболевания; имеется ли опыт здорового функционирования; различается ли выбор копинг-стратегий и копинг-стилей у подростков разного пола. Результаты нашего исследования позволили сформулировать следующие выводы.

1. Подростки с приобретенной инвалидностью — онкологическими и ревматическими инвалидизирующими заболеваниями (слабо контролируемыми) — не различаются в частоте использования тех или иных копинг-стилей. Их репертуар стратегий схож со здоровыми сверстниками. Возможно, это связано с опытом здорового функционирования до инвалидности. Однако данный вывод нуждается в дальнейшей проверке. У подростков с ДЦП наблюдается широкий спектр копинг-стратегий, что говорит об их способности подходить к стрессам с разных сторон, но одновременно с этим затрудняет выбор оптимальных.

2. Объединяет подростков клинических групп и одновременно отличает от здоровых сверстников обращение к религии, что в условиях инвалидности становится важным ресурсом для преодоления стрессов.

3. Когнитивно-ориентированный копинг-стиль чаще используют здоровые подростки, которые уверены в своих возможностях влиять на стрессовую ситуацию. Подростки с приобретенными (слабо контролируемыми) заболеваниями предпочитают эмоционально-ориентированный стиль, направленный на адаптацию к стрессам. И в той и другой группе редко используется дисфункциональный копинг-стиль, что свидетельствует о достаточно успешном преодолении стрессов подростками. Доминирующими копинг-стилями у подростков с ДЦП являются когнитивно-ориентированный и дисфункциональный. При активности личности такое сочетание полезно, но при пассивном поведении — препятствует адекватному преодолению стрессов. Это вызывает беспокойство еще и потому, что данная группа подростков значительно чаще двух других использует дисфункциональный копинг-стиль.

4. Обнаружены разные тенденции в выраженности копинг-стратегий в клинических группах в зависимости от пола. К поиску эмоциональной поддержки в большей степени стремятся девочки с ДЦП по сравнению с мальчиками. У девочек с приобретенной инвалидностью преобладает концентрация на эмоциях, а у мальчиков этой группы — юмор. У здоровых девочек стратегии поиска эмоциональной поддержки, юмора, концентрации на эмоциях более выражены, чем у мальчиков.

Результаты, полученные в нашем исследовании, могут лечь в основу психолого-педагогического сопровождения подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью, направленного на развитие эффективных стратегий совладания со стрессами.

Ограничением данного исследования является небольшой состав групп, что не позволило проанализировать копинг-стратегии разновозрастных подростков. Нами были изучены копинг-стратегии подростков при преодолении ими

повседневных стрессоров, что очень важно, т.к. они являются ресурсом для эффективного совладания с болезнью [13]. Однако в последующих исследованиях стоит конкретизировать стрессовые ситуации с целью проанализировать стили преодоления у подростков в зависимости от конкретной ситуации. Мы не можем однозначно утверждать, что опыт здорового функционирования до приобретения инвалидности сказывается на выборе копинг-стратегий и стилей. Для этого требуются лонгитюдные исследования. Мы не учли продолжительность заболевания с момента постановки ребенку диагноза, что также может стать перспективой дальнейших исследований. Интерес для будущих исследований представляют и вопросы смешения мужских и женских вариантов копинг-стратегий в условиях инвалидности, а также использования комплекса диагностических методик, подтверждающих полученные нами результаты.

Тем не менее наше исследование имеет сильные стороны. Учитывая неоднородность копинг-стратегий, обозначенную в научной литературе, их конкретизация позволила обнаружить нюансы в преодолевающем поведении здоровых подростков и подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью разного пола.

Литература

1. Бакаева И.А., Новохатько Е.Н., Шевырева Е.Г. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 180–196. DOI: 10.17223/17267080/71/10
2. Горьковая И.А., Микляева А.В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 90–102. DOI: 10.17759/psyclin.2019080106
3. Дмитриева Е.Н., Левицкая Т.Е. Особенности восприятия собственного возраста детей и подростков, страдающих ДЦП // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 66–70.
4. Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Саркисян А.О. и др. Диспозиционные стили в авторских сказках подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 80–104. DOI: 10.17759/cpse.2019080205
5. Ткаченко Е.С. Медико-социальный портрет семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом // Казанский медицинский журнал. 2017. Том 98. № 6. С. 1040–1043. DOI: 10.17750/KMJ2017-1040
6. Al-Dababneh K.A., Al-Zboon E.K. Parents' attitudes towards their children with cerebral palsy // Early Child Development and Care. 2018. Vol. 188. № 6. P. 731–747. DOI: 10.1080/03004430.2016.1230737
7. Brouwer S.J., Kraaimaat F.W., Sweep F.C. et al. Experimental stress in inflammatory rheumatic diseases: a review of psychophysiological stress responses // Arthritis Research & Therapy. 2010. Vol. 12 № 3. P. 2–24. № 12. DOI: 10.1186/ar3016

8. Carver C.S., Connor-Smith J. Personality and Coping // Annual Review of Psychology. 2010. Vol. 61. № 1. P. 679–704 DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352

9. Cho D., Park C.L., Blank T.O. Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors // Psychology & Health. 2013. Vol. 28. № 8. P. 874–894. DOI: 10.1080/08870446.2012.762979

10. Compas B.E., Jaser S.S., Dunn M.J. et al. Coping with chronic illness in childhood and adolescence // Annual Review of Clinical Psychology. 2012. Vol. 8. № 1. P. 455–480. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108

11. Dababneh K.A. The socio-emotional behavioural problems of children with cerebral palsy according to their parents' perspectives // International Journal of Adolescence and Youth. 2013. Vol. 18. № 2. P. 85–104. DOI: 10.1080/02673843.2012.655443

12. Finkelstein-Fox L., Park C.L. Control-coping goodness-of-fit and chronic illness: a systematic review of the literature // Health Psychology Review. 2019. Vol. 13. № 2. P. 137–162. DOI: 10.1080/17437199.2018.1560229

13. Hampel P., Rudolph H., Stachow R. et al. Coping among children and adolescents with chronic illness // Anxiety, Stress & Coping. 2005. Vol. 18. № 2. P. 145–155. DOI: 10.1080/10615800500134639

14. Heiver M., Rolander B., Olsson H. Cerebral palsy and personality traits, as measured by the NEO PI-R — A preliminary study // Current Psychology. 2016. Vol. 35. P. 643–649. DOI: 10.1007/s12144-015-9332-z

15. Kalka D., Karcz B. Personality, coping with stress and quality of life in individuals at risk of type 2 diabetes in late adolescence – mediation model testing // European Journal of Developmental Psychology. 2020. Vol. 17. № 2. P. 165–178. DOI: 10.1080/17405629.2018.1552585.

16. Livneh H., Lott S., Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach // Psychology, Health & Medicine. 2004. Vol. 9. № 4. P. 411–430. DOI: 10.1080/1354850042000267030

17. Maykrantz S.A., Houghton J.D. Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skills // Journal of American College Health. 2020. Vol. 68. № 1. P. 89–96. DOI: 10.1080/07448481.2018.1515759

18. Papadopoulos K., Metsiou K., Agaliotis I. Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments // Research in Developmental Disabilities. 2011. Vol. 32. № 3. P. 1086–1096. DOI: 10.1016 / j.ridd.2011.01.021

19. Roberts R.M., Shute R.H. A prospective study of coping and adjustment in adolescents with craniofacial conditions // Children's Health Care. 2012. Vol. 41. № 2. P. 111–128. DOI: 10.1080/02739615.2012.657031

20. Robinson K.E., Pearson M.M., Cannistraci C.J. et al. Functional neuroimaging of working memory in survivors of childhood brain tumors and healthy children: Associations

with coping and psychosocial outcomes // *Child Neuropsychology*. 2015. Vol. 21. № 6. P. 779–802. DOI: 10.1080/09297049.2014.924492

21. *Sanjari M., Heidari S., Shirazi F. et al.* Comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents // *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2008. Vol. 31. № 4. P. 185–197. DOI: 10.1080/01460860802475176

22. *Sienko S.E.* An exploratory study investigating the multidimensional factors impacting the health and well-being of young adults with cerebral palsy // *Disability and Rehabilitation*. 2018. Vol. 40. № 6. P. 660–666. DOI: 10.1080/09638288.2016.1274340

23. *Sweeny K., Kwan V., Falkenstein A.* The role of gender in worry and efforts to cope during stressful waiting periods // *Sex Roles*. 2019. Vol. 81. P. 765–778. DOI: 10.1007/s11199-019-01023-1

24. *Vaughn-Coaxum R.A., Wang Y., Kiely J. et al.* Associations between trauma type, timing, and accumulation on current coping behaviors in adolescents: Results from a large, population-based sample // *Youth Adolescence*. 2018. Vol. 47. № 2. P. 842–858. DOI: 10.1007/s10964-017-0693-5

25. *Wadsworth M.E., Berger L.E.* Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms // *Youth Adolescence*. 2006. Vol. 35. № 1. P. 54–67. DOI: 10.1007/s10964-005-9022-5

26. *Wagner J., Chaney J., Hommel K. et al.* A Cognitive Diathesis-Stress Model of depressive symptoms in children and adolescents with juvenile rheumatic disease // *Children's Health Care*. 2007. Vol. 36. № 1. P. 45–62. DOI: 10.1080/02739610701316878

27. *Wright A.W., Yendork J.S., Kliewer W.* Patterns of spiritual connectedness during adolescence: Links to coping and adjustment in low-income urban youth // *Youth Adolescence*. 2018. Vol. 47. № 2. P. 2608–2624. DOI: 10.1007/s10964-018-0886-6

28. *Zhang X., Zhang M., Shan H. et al.* Short report: sleep quality and associations with health locus of control and coping styles in young people with ankylosing spondylitis // *Psychology, Health & Medicine*. 2020. Vol. 11. P. 1–8. DOI: 10.1080/13548506.2020.1807576

29. *Zimmer-Gembeck M.J., Skinner E.A., Modecki K.L. et al.* The self-perception of flexible coping with stress: A new measure and relations with emotional adjustment // *Cogent Psychology*. 2018. Vol. 5. № 1. P. 1–21. DOI: 10.1080/23311908.2018.1537908

Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis)

Maria A. Odintsova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru*

Marina G. Sorokova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru*

The study aims to compare adolescents coping strategies and coping styles depending on their gender and health status. Sample was subdivided into 3 groups: 1) healthy, 2) adolescents with cerebral palsy (congenital disability), 3) adolescents with oncology and rheumatic diseases (acquired disability). The sample size is 244 adolescents from 13 to 18 years old. 86 healthy subjects (37 boys and 24 girls, $M=15.03+1.39$ y.o.), 61 with oncology of the brain and spinal cord (46 boys and 40 girls, $M=14.96+1.52$ y.o.), 46 with rheumatic diseases (17 boys and 29 girls, $M=14.70+1.50$ y.o.), and 51 with cerebral palsy (28 boys and 23 girls, $M=15.30+1.17$ y.o.). The R. Carver' COPE questionnaire, adapted by Ye.I. Rasskazova, T.O. Gordeyeva, Ye.N. Osin was used. It is found that adolescents with acquired disabilities use coping strategies similar to healthy peers, in contrast to adolescents with cerebral palsy, whose coping strategies are diverse. Adolescents in two clinical groups are more likely seeking support in religion than healthy ones, which reduces the stress impact by disability. Cognitively oriented coping styles is higher among healthy sample, emotionally oriented ones among adolescents with acquired disabilities, and dysfunctional ones among adolescents with cerebral palsy. Different trends in the intensity of coping strategies in clinical and healthy groups depending on gender are revealed.

Keywords: coping strategies, coping styles, adolescents, oncology, rheumatic diseases, disability, cerebral palsy.

For citation: Odintsova M.A., Sorokova M.G. Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis). *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 95–123. DOI: 10.17759/cpse.2021100207

Introduction

Congenital and acquired disabilities create difficulties in adaptation of adolescents undergoing global physical and psychological changes related to a given age. In the case of acquired diseases, this is the difficulty of adaptation to the new role of a person with disabilities, in the case of congenital diseases — insufficient emotional and personal maturity, which hinders successful adaptation [10; 16]. This is superimposed on the stresses of interpersonal relationships, in educational, daily activities [12]. Coping strategies, which are most actively developing in this age period, help to cope with such a variety of stresses. The effectiveness of overcoming the disease depends on how successfully adolescents with disabilities cope with everyday stresses [13]. The coping problem has a long history and is widely described in the scientific literature (L.I. Antsyferova, S.K. Nartova-Bochaver, R. Lazarus, S. Folkman, C. Carver) in theoretical and empirical terms and different contexts. Research of coping strategies of groups of adolescents with moderate and severe disorders of motor functions; oncology; rheumatic diseases, in comparison with their healthy peers, demonstrate either no differences [20] or insignificant differences [28] and dependence of coping strategies on the severity of disorders [1].

Under the conditions of the disease, copings of acquired diseases have been studied: diabetes mellitus [15]; asthma, atypical dermatitis, oncology [13; 20; 21]; rheumatic diseases [7; 26], etc. In congenital — diseases of the optic tract [18]; craniofacial anomalies [19]; infantile cerebral palsy [1; 11]. It has been known that in congenital diseases, the strategies aimed at emotional support, control in the expression of negative emotions are chosen [18]; in acquired diseases – the strategies focused on emotional processing [9]; avoidance, acceptance of responsibility, self-control; distraction [13]; active problem solving [21]. Such a variety of coping strategies requires systematization. One of the ways is the disease control model, which includes the following:

- 1) primary control or active coping, aimed at changing the situation itself (problem solving, emotion regulation);
- 2) secondary control (positive thinking, cognitive processing, acceptance) aimed at changing the attitude towards the situation;
- 3) passive coping that does not require effort (avoidance, denial) [10; 12].

Another way of systematization is the dispositional coping model that includes different ways of coping with stress which in their turn are arranged into three coping styles: 1) problem solving style (instrumental support use, active coping, inhibition, suppression of competing actions, planning); 2) emotionally oriented style (positive rethinking, religious coping, humor, emotional support use, acceptance); 3) dysfunctional style (mental escape, concentration on emotions, denial, behavioral escape, use of psychoactive substances) [8].

The thing that combines these models is the ability to manage stress for successful adaptation. At the same time, the following is recognized: 1) in controlled situations, but with a high level of stress, coping skills increase [17]; in the uncontrolled — adolescents

can show flexibility following the change of the situation itself, which becomes a kind of "immunization" against other forms of stress [13]; 2) one way of stress coping cannot become the key to successful adaptation in conditions of disability [13]; 3) there are no "good" or "bad" coping strategies, the variety can be effective in case of active personality, aimed at distraction, release of emotional stress, and mobilization [12]; 4) experience in coping with stress is stable in time and depends on prior skills [19; 25]. As we can see, in coping strategies styles on adolescents with disabilities, on the one hand, there is an attempt to systematize them depending on the control over a stressful situation, on the other hand, the advantage of the diversity of the styles is recognized; at the same time both the situational variability of coping strategies and their relative constancy in time is proved. In addition, modern research, as a rule, focuses on one/two diseases leading to disability [9; 11; 15; 18], or the clinical samples are of mixed nature (e.g., adolescents with motor disorders of different origin are included in the group of musculoskeletal disorders) [2]. Sometimes the comparison groups are determined based on a chronic disease without considering its type [10; 12]; due to the small number of clinical groups, gender is not always considered [1; 2; 26]. Often, the coping strategies of adolescents in clinical groups are assessed based on their parents' ideas [11] and not on the opinions of the adolescents themselves.

These studies make a significant contribution to the general picture of coping behavior of adolescents, simultaneously contributing to the continuation of work in this direction to find both the general and specific in coping strategies and coping styles of healthy adolescents and the ones with different types of disabilities.

The goal of the study: to provide a comparative analysis of coping strategies and coping styles depending on the group and gender (healthy, adolescents with cerebral palsy (congenital disability), adolescents with oncology, and rheumatic diseases (acquired disability). We assumed that the adolescents with acquired disabilities used in their repertoire the coping strategies and coping styles similar to their healthy peers and will differ from the adolescents with congenital disease (cerebral palsy). Depending on the group (clinical, healthy), female and male adolescents will differ in the choice of certain coping strategies and coping styles.

Organization of Research

The study was conducted from 2016 to 2020 in Moscow; it was arranged individually in clinical groups, and classroom-based in healthy groups. The adolescents with oncology and rheumatic diseases were recruited from two hospitals with the permission of the attending physician to continue their studies at state treasury educational institution "Teaching Technologies" School". Of the adolescents with oncology who received radiation therapy, 70% underwent brain surgery, were accompanied by a family member. The adolescents with rheumatic diseases received combined antirheumatic and rehabilitation therapy and stayed in the hospital without their parents. The adolescents with cerebral palsy were recruited based on a resource school (a former boarding school for children with cerebral palsy) from small self-contained classrooms. They had an adapted educational program with code 6.1. with the obligatory inclusion of correctional and developmental courses. Parents of all the adolescents provided written consent for their children to participate in the study.

Sample. The study involved 270 adolescents from 12 to 18 years old. To balance the samples by gender and age, we removed the data of 5 girls of 12 and 13 years old from the group of adolescents with rheumatic diseases. The data of 21 adolescents were excluded from the healthy group (five 12-year-olds, thirteen 18-year-old boys, three reported on having a disease (asthma, allergies)). The final sample consisted of 244 adolescents. The groups were balanced by gender ($\chi^2=0,329$, $p=0,848$) and age (ANOVA, $F=1,703$, $p=0,167$). The data are presented in Table 1.

Table 1

Distribution of adolescents into groups taking into account gender and age

Group	N	Age	Gender			
			Male (n)	%	Female (n)	%
Healthy	86	14,96+1,52	46	53,5	40	46,5
Adolescents with congenital disability						
Cerebral palsy	51	15,3+1,17	28	54,9	23	45,1
Adolescents with acquired disability						
Oncology	61	15,03+1,39	37	60,7	24	39,3
Rheumatic disorder	46	14,65+1,45	17	37,0	29	63,0
Total in the group of adolescents with acquired disability						
	107	14,86+1,41	54	50,5	53	49,5
Total sample	244	14,99+1,41	128	52,5	116	47,5

Methodology. The adolescents were asked to answer how they behave and what they usually do when facing stressful situations. The COPE questionnaire (C. Carver, adapted by Ye.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, Ye.N. Osin) consisting of 15 coping strategies included in three coping styles (cognitively oriented, emotionally oriented, dysfunctional) was applied. The questionnaire is widely used in different countries. One of the recent studies in the USA demonstrated moderate internal consistency of COPE (Cronbach's $\alpha>0,60$) in a teenage sample [24].

In our case, checking the internal consistency of fifteen subscales with coping styles showed the following: such subscales as searching for instrumental support, active coping, restraint, suppression of competitive activity, and planning are in good agreement with the cognitively oriented style (Cronbach's $\alpha=0,898$); such subscales as mental escape, concentration on emotions, denial, behavioral escape, and sedatives use — with

dysfunctional ($\alpha=0,867$). An acceptable inconsistency of subscales was found out: searching for emotional support, positive reformulation, acceptance, recourse to religion, humor correlated with an emotionally oriented style ($\alpha=0,784$), which indicates the correspondence of our data with the author's intention.

Data processing. The following statistical processing methods were used in the study: Student's t-test for two independent samples: two-ways ANOVA for comparing adolescents depending on their group affiliation (healthy, with congenital disability (CP), acquired disability) and gender; χ^2 test for comparing groups of adolescents by qualitative characteristics.

Results

Previously, we compared the coping strategies of two groups of adolescents (with oncology and rheumatic diseases) using Student's t-test. Checking the normal distribution of each of the two groups according to the Kolmogorov–Smirnov criterion confirms the normal distribution for all copings ($p>0,05$), except for the “sedatives use” for both groups ($p=0,000$). The distribution of coping “behavioral care” for adolescents with rheumatic diseases is on the boarder of statistical significance ($p=0,047$). Statistical analysis confirmed that adolescents with oncology and rheumatic diseases in three coping styles do not differ in mean values, and for the last two — in variances: cognitively oriented ($t=-1,36$, $p=0,177$; $F=6,79$, $p=0,010$), emotionally oriented ($t=0,315$, $p=0,753$; $F=0,099$, $p=0,754$), dysfunctional ($t=-0,410$; $p=0,683$; $F=0,004$, $p=0,951$).

Further two-ways ANOVA was structured considering three groups: healthy, with congenital, and acquired disability and gender. The analysis results and descriptive statistics are presented in Table 2.

Significant differences, depending on the group, were found in the following coping strategies:

1) containment, suppression of competing activities, searching for instrumental support (cognitively oriented coping style);

2) recourse to religion (emotionally oriented coping style);

3) mental escape, concentration on emotions, denial, behavioral escape, sedatives use (dysfunctional coping style) (Fig. 1). No differences were found between the groups in active coping strategies, planning, searching for emotional support, acceptance, positive reformulation, and humor (Table 2).

Adolescents with cerebral palsy score significantly higher on all coping strategies in contrast to the other two groups. Healthy adolescents and adolescents with acquired disabilities prefer coping strategies included in the cognitively oriented and emotionally oriented styles and less often use strategies related to the dysfunctional style. At the same time, both clinical groups gain higher scores and do not differ in the recourse to religion strategy ($p=0,487$), which distinguishes them from their healthy peers ($p=0,000$).

Table 2

The intensity of coping strategies depending on group and gender

Coping strategies and coping styles	Average values±standard deviation				F-statistics and p-values		
	Gender	Group of adolescents			Group	Gender	Group* Gender
		Healthy M (n=46) F (n=40)	Cerebral palsy M (n=28) F (n=23)	Acquired disability M (n=54) F (n=53)			
Active coping	M	11,6±2,9	11,9±3,2	12,8±3,0	F=0,32	F=0,77	F=1,96
	F	12,3±2,7	11,6±3,3	11,8±2,9	p=0,574	p=0,465	p=0,143
Inhibition	M	9,7±2,6	11,6±2,8	10,0±2,2	F=9,01	F=0,09	F=0,49
	F	10,2±1,9	11,6±3,1	9,8±2,4	p=0,000	p=0,763	p=0,615
Suppression of competing activities	M	9,5±3,1	12,5±3,7	10,9±3,1	F=10,40	F=0,02	F=1,76
	F	10,5±3,4	12,6±3,4	10,1±3,1	p=0,000	p=0,878	p=0,175
Planning	M	9,1±2,4	8,7±2,3	9,2±2,3	F=2,15	F=0,01	F=1,96
	F	9,7±2,0	8,4±2,1	9,0±2,3	p=0,119	p=0,998	p=0,370
Searching for instrumental support	M	10,6±2,8	12,2±2,7	10,4±2,7	F=9,55	F=0,17	F=1,66
	F	11,6±3,3	12,2±3,2	9,8±2,7	p=0,000	p=0,683	p=0,193
Cognitively oriented style	M	10,1±2,2	11,4±2,6	10,7±2,1	F=3,57	F=0,00	F=2,20
	F	10,9±2,0	11,3±2,7	10,1±2,0	p=0,03	p=0,959	p=0,115
Searching for emotional support	M	9,6±2,8	9,8±2,5	10,5±2,7	F=1,46	F=6,37	F=5,47
	F	12,2±3,2	10,3±2,2	10,4±3,0	p=0,235	p=0,012	p=0,005
Positive reformulating	M	11,7±2,6	12,7±2,7	12,2±2,8	F=0,35	F=0,02	F=3,16
	F	13,±2,3	11,5±3,5	11,9±3,1	p=0,705	p=0,880	p=0,044
Acceptance	M	10,4±2,9	11,5±3,9	11,4±3,2	F=0,89	F=0,03	F=0,58
	F	11,1±2,7	11,2±2,7	11,3±3,5	p=0,411	p=0,859	p=0,574
Recourse to religion	M	7,7±2,9	10,0±2,6	9,9±4,1	F=12,41	F=0,31	F=0,84
	F	7,3±3,4	10,6±2,4	8,9±3,9	p=0,000	p=0,581	p=0,431
Humour	M	9,5±3,6	12,6±2,8	10,7±3,6	F=0,00	F=7,95	F=3,28
	F	11,0±3,4	12,2±2,3	9,6±4,1	p=0,972	p=0,000	p=0,039
Emotionally oriented style	M	9,8±1,9	11,3±2,0	10,9±1,9	F=3,16	F=0,27	F=4,22
	F	10,9±2,0	11,1±2,2	10,4±2,1	p=0,044	p=0,601	p=0,016
Mental escape	M	8,3±2,6	12,5±3,7	8,7±2,8	F=24,22	F=2,61	F=1,93
	F	9,9±2,6	12,1±3,5	9,5±2,8	p=0,000	p=0,108	p=0,147
Concentration on emotions	M	8,6±3,2	11,6±2,4	9,1±2,8	F=7,69	F=16,22	F=5,60
	F	11,8±2,8	11,6±2,9	10,4±2,6	p=0,000	p=0,000	p=0,004

Denial	M	8,8±2,8	10,9±2,3	8,5±2,9	F=13,99	F=0,51	F=0,04
	F	9,1±2,3	10,9±3,0	8,5±2,8	p=0,000	p=0,809	p=0,958
Behavioural escape	M	7,3±2,2	11,1±2,9	7,4±2,8	F=31,88	F=0,17	F=0,22
	F	7,8±2,9	10,9±3,3	7,6±2,7	p=0,000	p=0,679	p=0,801
Sedatives use	M	5,2±2,1	9,8±2,1	4,4±1,1	F=127,5	F=0,19	F=0,59
	F	4,8±1,6	9,6±3,0	4,6±2,3	p=0,000	p=0,662	p=0,557
Dysfunctional style	M	7,64±1,6	11,2±2,4	7,6±2,3	F=62,56	F=3,66	F=1,79
	F	8,7±1,5	11,0±2,6	8,1±1,4	p=0,000	p=0,057	p=0,169

Note. Gender: M — male; F — female. Significant values are in bold.

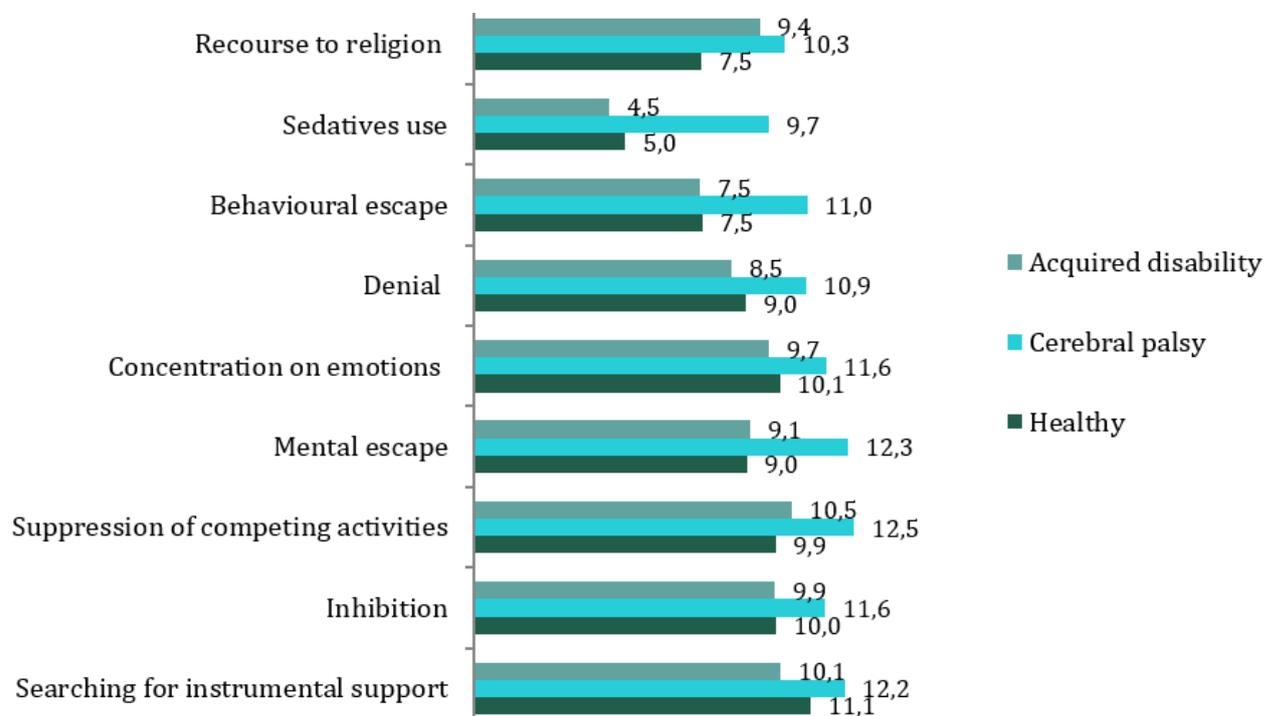


Fig. 1. Significant differences ($p=0,001$) in coping strategies depending on the group (average value)

Significant differences were found between the groups in the three coping styles (Table 1). Adolescents with cerebral palsy scored higher in cognitively oriented ($p=0,03$) and dysfunctional ($p=0,000$) styles, in contrast to two other groups. In terms of emotionally oriented style, the differences between the groups are at the level of tendencies ($p=0,044$). To clarify the obtained data on the coping styles, we identified the coping strategies dominating the highest average value, included in a particular style for each adolescent, and coded them: 1 — cognitively oriented, 2 — emotionally oriented, 3 — dysfunctional. Adolescents who scored the same score of the two styles were excluded from the sample. Among them, there were two healthy, three with cerebral palsy and six with acquired disabilities. The same number of scores for all three styles at once was not found. The use of χ^2 criterion helped to clarify the differences between the groups in coping styles

($\chi^2=40,3$, $p=0,000$). More than half (57,1%) of healthy, more than a third (38,3%) of adolescents with cerebral palsy and acquired disabilities (38,6%) use the cognitively oriented style to overcome stress. The emotionally oriented style is used by almost half (49,5%) of adolescents with acquired disabilities, 39,3% of healthy adolescents, and 23,4% of adolescents with cerebral palsy. The dysfunctional style is rarely used by healthy adolescents (3,6%) and adolescents with acquired disabilities (11,9%), but quite often by adolescents with cerebral palsy (38,3%) (See Fig. 2).

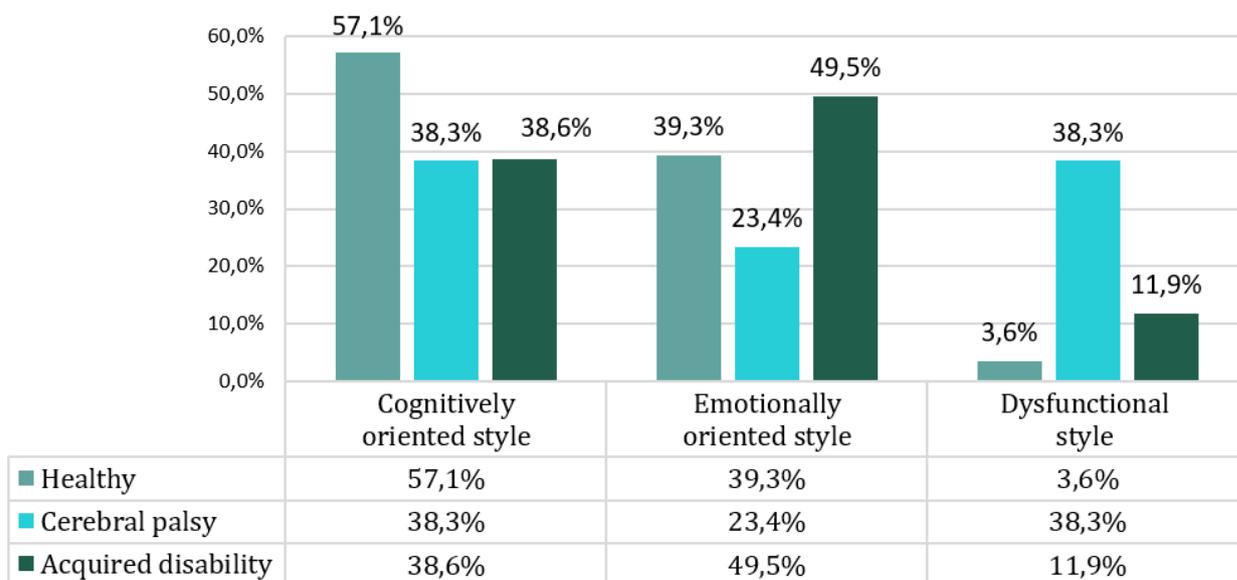


Fig. 2. Percentage relation of intensity of coping styles depending on the group (healthy, cerebral palsy, with acquired disability) ($\chi^2=40,3$ at $p=0,000$)

The gender effect, regardless the group, was found out for coping strategies: searching for emotional support ($p=0,012$), humor ($p=0,000$), concentration on emotions ($p=0,000$) (Table 2, Fig. 3).

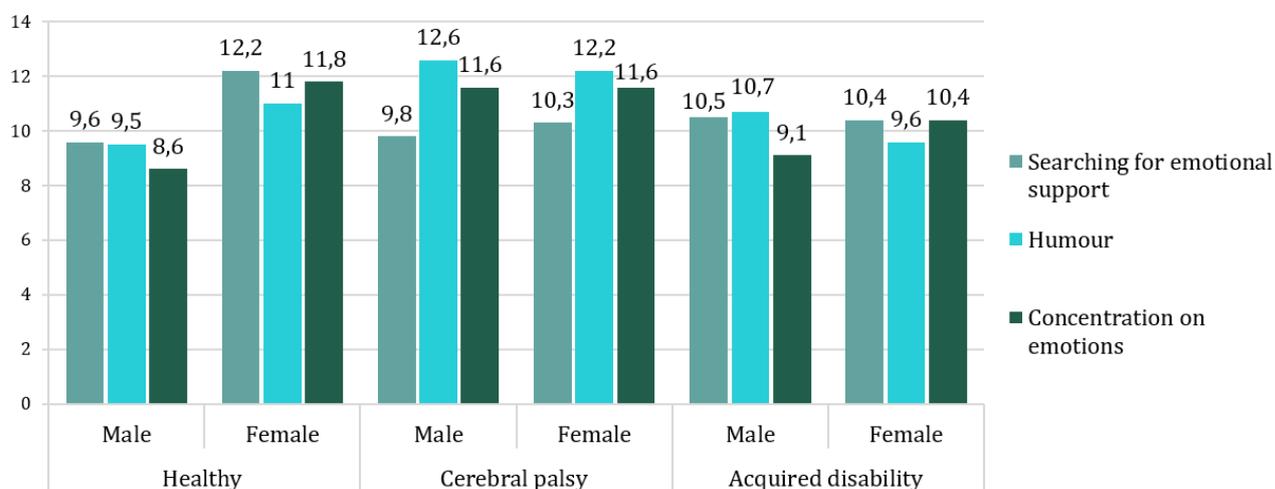


Fig. 3. Relevant differences in coping strategies depending on gender (average value)

When interpreting the results of the joint influence of two factors — group and gender, the following was found. Healthy girls and girls with cerebral palsy are more likely to searching for emotional support than boys. In the group of adolescents with acquired disabilities, the average is practically the same. For the "positive reformulation" strategy, higher results are also the characteristic of the healthy girls, while for the remaining two groups of adolescents with disabilities, the results are higher for boys. The "humor" strategy, and the emotionally oriented coping style in general, demonstrate the same tendencies, but here the higher indices in adolescents with cerebral palsy of both genders are noteworthy. The average indicators of healthy girls and the girls with acquired disabilities prevail over the indicators of boys based on the "concentration on emotions" strategy, while in the cerebral palsy group, they are the same for both genders (Table 2).

Discussion

Based on the results obtained when comparing coping strategies and coping styles of adolescents with oncology and rheumatic diseases, we combined these groups into one: adolescents with acquired disabilities. We obtained similar data earlier in the study of the resilience of these adolescents [4], which leads to another research question: what role does the experience of healthy functioning play in the choice of coping strategies before the acquisition of disability? Of course, longitudinal studies are required to answer this question, but the existing ones confirm that the previous experience of coping with stress is relatively stable over time [19; 25] and depends on the acquired skills [25]. These groups are also united by the criterion of poor controllability of these diseases: insufficient knowledge of the causes and mechanisms of the onset of pathology, inconsistency of information about the specificity of the course of diseases, unpredictability of the course of diseases and prognosis, the complexity and multidimensionality of therapy [4]. In comparison to this, coping strategies of adolescents with cerebral palsy from very birth are formed in the conditions of the disease, and, as a rule, in an overprotective [1; 6; 22] or deficient medical and social environment [5], that influence coping skills.

The analysis of coping strategies built considering the three groups (healthy, with congenital disabilities, acquired disabilities) showed the following. Adolescents with cerebral palsy stand out against the background of other groups with high indicators in nine coping strategies: three included into a cognitively oriented style, one — into an emotionally oriented style, and five making up the content of a dysfunctional style. Perhaps, the use of a wide range of strategies is associated with a greater vulnerability of people with cerebral palsy to stress, a more complicated course of puberty [14], that on the one hand requires the activation of all types of strategies, on the other hand, makes it challenging to find the most useful ones [27].

Religious coping is mainly pronounced in adolescents of two clinical groups and acts as a protective factor, mitigates the effects of stress, and helps to rethink the situation positively [27]. Our research has shown that most of healthy adolescents used the cognitively oriented coping style, which is considered to be most effective when stress can be controlled. Half of the adolescents with acquired medical conditions preferred an emotionally oriented style to adapt to stressful situations they considered uncontrollable. This is confirmed by studies [9; 29], which also show the dominant role of the emotionally

oriented style over the others and emphasize their adaptive usefulness in conditions of poorly controlled diseases. Adolescents with cerebral palsy use all coping styles built into a single resource system but differ significantly from two other groups where the dysfunctional style dominates. The dysfunctional strategies inhibit an adequate response to stressful situations and make it difficult to use resources. However, in combination with the strategies included in the cognitively oriented style, they allow to approach stress from different positions and develop comprehensive responses due to the interchangeability of strategies included in different coping styles.

We identified tendencies towards differences in coping strategies and coping styles between boys and girls with cerebral palsy and found out only one difference in the adolescents with acquired disabilities: girls in this group more often concentrate on emotions than boys. The differences by gender in healthy adolescents (searching for emotional support, humor, concentration on emotions) correlate to the studies that report the correspondence of these strategies to the traditional female role [23]. Perhaps, the reason for the absence of significant differences in coping by gender in the group of adolescents with cerebral palsy is associated with the so-called “age and gender deviations” (mixing of male and female identifications), which was established in the study by Ye.N. Dmitrieva and T.Ye. Levitskaya [3].

Minimally pronounced gender differences of adolescents with acquired disabilities can be explained by the influence of the disease. In conditions of uncontrolled disease, both boys and girls use an emotionally oriented coping style that helps them to adapt to the situation.

Conclusion

Adolescence is a turning point in the development of coping strategies for coping with multiple stresses. It is essential to consider in what conditions this development occurs: in conditions of disability or health; ability or disability to control the disease, whether there is any experience of healthy functioning, whether the choice of coping strategies and coping styles differs among adolescents of a different gender. Our research has shown the following results.

1. Adolescents with oncological and rheumatic disabling diseases (poorly controlled) do not differ in coping styles, which unites them into one group: adolescents with acquired disabilities. Their repertoire of strategies is similar to that of their healthy peers. This may be due to the experience of healthy functioning prior to the disability. However, this conclusion needs further verification. Adolescents with cerebral palsy have a wide range of coping strategies, which indicates the ability to approach stress from different angles but makes it difficult to choose the optimal ones.

2. Recourse to religion unites adolescents of clinical groups and at the same time distinguishes from healthy peers, which in conditions of disability becomes an essential resource for stress coping.

3. The cognitively oriented coping style is more often used by healthy adolescents who are confident in their ability to influence a stressful situation. Adolescents with

acquired (poorly controlled) disabilities prefer an emotionally oriented style aimed at adapting to stress. In both groups, dysfunctional coping style is rarely used, which testifies to relatively successful stress coping by adolescents. The dominant coping styles in adolescents with cerebral palsy are cognitively oriented and dysfunctional. In case of active personality, such a combination is useful, but it inhibits adequate coping with stress in case of passive personality. Such a situation is of concern because this group is significantly more likely to use the dysfunctional coping style than the two other groups.

4. There were different trends in the intensity of coping strategies in clinical groups depending on gender. Girls with cerebral palsy are more likely to search for emotional support than boys. Concentration on emotions prevails in girls with acquired disabilities, while humor — in boys of this group. Healthy girls have more pronounced strategies for searching for emotional support, humor, and concentration on emotions than boys.

The results obtained in our study can become the basis for psychological and pedagogical support of adolescents in conditions of congenital and acquired disabilities for the development of effective strategies of coping with stress.

The limitations of this study are: a small number of groups, which did not allow analyzing coping strategies of teenagers of different ages. We have studied coping strategies of adolescents in coping with everyday stress, which is very important because they are a resource for effective coping with the disease [13]. However, in subsequent studies, it is worth specifying stressful situations to analyze coping styles in adolescents, depending on the specific situation. We cannot argue that the experience of healthy functioning before acquiring a disability influences the choice of coping strategies and styles. This requires longitudinal research. We did not consider the duration of the disease from the moment the child was diagnosed, which may also be a perspective for further research. The issues of mixing male and female coping strategies in conditions of disability and the use of diagnostic methods that confirm our results are also of interest for future research. However, our study has its strengths. Considering the heterogeneity of coping strategies indicated in the scientific literature, concretization of them made it possible to discover nuances in the coping behavior of healthy adolescents and adolescents with congenital and acquired disabilities, adolescents of different genders.

References

1. Bakaeva I.A. Novokhat'ko E.N. Shevyreva E.G. Zashchitnye mekhanizmy i koping-strategii u detei s detskim tserebral'nym paralichom i ikh roditelei [Defense activities and coping strategies at children with cerebral palsy and their parents]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2019, no. 71, pp. 180–196. DOI: 10.17223/17267080/71/10 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Gor'kovaya I.A., Miklyaeva A.V. Zhiznestoikost' i koping-strategii podrostkov s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Hardiness and coping-strategies of adolescents with motor impairments]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019. Vol. 8, no. 1, pp. 90–102. DOI: 10.17759/psyclin.2019080106. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Dmitrieva E.N., Levitskaya T.E. Osobennosti vospriyatiya sobstvennogo vozrasta detei i podroستkov, stradayushchikh DTsP [Apperception of the own age children and teenager with ICP]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2005, no. 22, pp. 66–70. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O. et al. Dispozitsionnye stili v avtorskikh skazkakh podroستkov s onkologicheskimi i revmaticheskimi zabolovaniyami [Dispositional Styles in Original Tales of Adolescents with Cancer and Rheumatic Diseases]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019. Vol. 8, no. 2, pp. 80–104. DOI: 10.17759/cpse.2019080205
5. Tkachenko E.S. Mediko-sotsial'nyi portret semei, vospityvayushchikh detei s detskim tserebral'nym paralichom [Medical and social portrait of families raising children with cerebral palsy]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal=Kazan Medical Journal*, 2017. Vol. 98, no. 6, pp. 1040–1043. DOI: 10.17750/KMJ2017-1040
6. Al-Dababneh K.A., Al-Zboon E.K. Parents' attitudes towards their children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care*, 2018. Vol. 188, no. 6, pp. 731–747. DOI: 10.1080/03004430.2016.1230737
7. Brouwer S.J., Kraaimaat F.W., Sweep F.C. et al. Experimental stress in inflammatory rheumatic diseases: a review of psychophysiological stress responses. *Arthritis Research & Therapy*, 2010. Vol. 12, no. 3. DOI: 10.1186/ar3016
8. Carver C.S. Connor-Smith J. Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 2010. Vol. 61, no. 1, pp. 679–704 DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
9. Cho D., Park C.L., Blank T.O. Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychology & Health*, 2013. Vol. 28, no. 8, pp. 874–894. DOI: 10.1080/08870446.2012.762979
10. Compas B.E., Jaser S.S., Dunn M.J. et al. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2012. Vol. 8. no. 1, pp. 455–480. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
11. Dababneh K.A. The socio-emotional behavioural problems of children with cerebral palsy according to their parents' perspectives. *International Journal of Adolescence and Youth*, 2013. Vol. 18, no. 2, pp. 85–104. DOI: 10.1080/02673843.2012.655443
12. Finkelstein-Fox L., Park C.L. Control-coping goodness-of-fit and chronic illness: a systematic review of the literature. *Health Psychology Review*, 2019. Vol. 13. no. 2, pp. 137–162. DOI: 10.1080/17437199.2018.1560229
13. Hampel P., Rudolph H., Stachow R. et al. Coping among children and adolescents with chronic illness. *Anxiety, Stress & Coping*, 2005. Vol. 18, no. 2, pp. 145–155. DOI: 10.1080/10615800500134639
14. Heiver M., Rolander B., Olsson H. Cerebral palsy and personality traits, as measured by the NEO PI-R — A preliminary study. *Current Psychology*, 2016. Vol. 35, pp. 643–649. DOI: 10.1007/s12144-015-9332-z

15. Kalka D., Karcz B. Personality, coping with stress and quality of life in individuals at risk of type 2 diabetes in late adolescence – mediation model testing. *European Journal of Developmental Psychology*, 2020. Vol. 17, no. 2, pp. 165–178. DOI: 10.1080/17405629.2018.1552585.
16. Livneh H., Lott S., Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*, 2004. Vol. 9, no. 4, pp. 411–430. DOI: 10.1080/1354850042000267030
17. Maykrantz S.A., Houghton J.D. Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skills. *Journal of American College Health*, 2020. Vol. 68, no. 1, pp. 89–96. DOI: 10.1080/07448481.2018.1515759
18. Papadopoulos K., Metsiou K., Agaliotis I. Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments. *Research in Developmental Disabilities*, 2011. Vol. 32, no. 3, pp. 1086–1096. DOI: 10.1016 / j.ridd.2011.01.021
19. Roberts R.M., Shute R.H. A Prospective study of coping and adjustment in adolescents with craniofacial conditions. *Children's Health Care*, 2012. Vol. 41, no. 2, pp. 111–128. DOI: 10.1080/02739615.2012.657031
20. Robinson K.E., Pearson M.M., Cannistraci C.J. et al. Functional neuroimaging of working memory in survivors of childhood brain tumors and healthy children: Associations with coping and psychosocial outcomes. *Child Neuropsychology*, 2015. Vol. 21, no. 6, pp. 779–802. DOI: 10.1080/09297049.2014.924492
21. Sanjari M., Heidari S., Shirazi F. et al. A comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2008. Vol. 31, no. 4, pp. 185–197. DOI: 10.1080/01460860802475176
22. Sienko S.E. An exploratory study investigating the multidimensional factors impacting the health and well-being of young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 2018. Vol. 40, no. 6, pp. 660–666. DOI: 10.1080/09638288.2016.1274340
23. Sweeny K., Kwan V., Falkenstein A. The role of gender in worry and efforts to cope during stressful waiting periods. *Sex Roles*, 2019. Vol. 81, pp. 765–778. DOI: 10.1007/s11199-019-01023-1
24. Vaughn-Coaxum R.A., Wang Y., Kiely J. et al. Associations between trauma type, timing, and accumulation on current coping behaviors in adolescents: Results from a large, population-based sample. *Youth Adolescence*, 2018. Vol. 47, no. 2, pp. 842–858. DOI: 10.1007/s10964-017-0693-5
25. Wadsworth M.E., Berger L.E. Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms. *Youth Adolescence*, 2006. Vol. 35, no. 1, pp. 54–67. DOI: 10.1007/s10964-005-9022-5
26. Wagner J., Chaney J., Hommel K. et al. A Cognitive Diathesis-Stress Model of depressive symptoms in children and adolescents with juvenile rheumatic disease. *Children's Health Care*, 2007. Vol. 36, no. 1, pp. 45–62. DOI: 10.1080/02739610701316878

Одинцова М.А., Сорокова М.Г. Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний) Клиническая и специальная психология 2021. Том 10. № 2. С. 95–123.

Odintsova M.A., Sorokova M.G. Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis) Clinical Psychology and Special Education 2021, vol. 10, no. 2, pp. 95–123.

27. Wright A.W., Yendork J.S., Kliewer W. Patterns of spiritual connectedness during adolescence: Links to coping and adjustment in low-income urban youth. *Youth Adolescence*, 2018. Vol. 47, no. 2, pp. 2608–2624. DOI: 10.1007/s10964-018-0886-6

28. Zhang X., Zhang M., Shan H. et al. Short report: Sleep quality and associations with health locus of control and coping styles in young people with ankylosing spondylitis. *Psychology, Health & Medicine*, 2020. Vol. 11, pp. 1–8. DOI: 10.1080/13548506.2020.1807576

29. Zimmer-Gembeck M.J., Skinner E.A., Modecki K.L. et al. The self-perception of flexible coping with stress: A new measure and relations with emotional adjustment. *Cogent Psychology*, 2018. Vol. 5, no. 1, pp. 1–21. DOI: 10.1080/23311908.2018.1537908.

Информация об авторах

Одинцова Мария Антоновна, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой психологии и педагогики дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Сорокова Марина Геннадьевна, доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, профессор кафедры прикладной математики факультета Информационных технологий, руководитель Научно-практического центра по комплексному сопровождению психологических исследований PsyDATA, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Information about the authors

Maria A. Odintsova, PhD in Psychology, Professor, Chair of Psychology and Education of Distance Learning, Head of the Chair of Psychology and Education of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Marina G. Sorokova, Doctor of Education, PhD in Physics and Mathematics, Professor, Chair of Applied Mathematics, Faculty of Information Technology, Head of the Scientific and Practical Center PsyDATA for Comprehensive Support of Psychological Research, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Получена: 24.01.2021

Received: 24.01.2021

Принята в печать: 07.06.2021

Accepted: 07.06.2021

Особенности развития модели психического у дошкольников с нарушением слуха

Смирнова Я.К.

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет»,
г. Барнаул, Российская Федерация,*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5453-0144>, e-mail: yana.smirnova@mail.ru

Статья посвящена изучению особенностей развития модели психического у дошкольников с нарушением слуха после кохлеарной имплантации. Проводится анализ специфики проявлений дефицита модели психического, который связан с особенностью использования средств установления эпизодов совместного внимания у дошкольников с нарушением слуха. Способность ребенка распознавать фокус внимания взрослого рассматривается как критический компонент совместного внимания, необходимый для развития модели психического. На выборке 40 дошкольников 5–7 лет ($M_{\text{возр}}=5,9$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,6$ месяца), из них 20 детей с сенсоневральной тугоухостью с кохлеарными имплантами (лет ($M_{\text{возр}}=5,6$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,6$ месяца, возраст на момент имплантации $M_{\text{возр}}=3,2$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,6$) и 20 типично развивающихся дошкольников 5–7 лет ($M_{\text{возр}}=5,1$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,5$ месяца), проведены стандартизированные методики оценки модели психического: тест на ошибочное мнение (задача Салли–Энн), задача «Что хочет Чарли?», задача на понимание намерений с опорой на внешние признаки, задача на понимание принципа «видеть — значит знать» (в адаптации А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко). Для фиксации движения глаз дошкольников во время взаимодействия ребенка со взрослым в игровых условиях использован метод айтрекинга. Применение айтрекинга позволило выделить трудности, лежащие в основе рефлексивных аспектов обработки взгляда ребенком при установлении скоординированного внимания и распознавании намерений взрослого как базового компонента модели психического. Зафиксировано, что дошкольникам с нарушением слуха оказываются избирательно не доступны средства детекции и интерпретации намерений другого человека. У детей с нарушением слуха наблюдается нехватка средств скоординированного внимания, что приводит к проблемам понимания коммуникативных намерений взрослого.

Ключевые слова: модель психического, теория разума, социальное познание, социальное внимание, совместное внимание, возрастное развитие, дошкольный возраст, атипичное развитие, айтрекинг.

Финансирование. Работа выполнена при поддержке гранта президента МК-307.2020.6 «Айтрекинг исследование нарушений координации социального внимания в дошкольном возрасте».

Для цитаты: Смирнова Я.К. Особенности развития модели психического у дошкольников с нарушением слуха [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 124–144. DOI: 10.17759/cpse.2021100208

Theory of Mind Development in Preschoolers with Hearing Impairment

Yana K. Smirnova

Altai State University, Barnaul, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5453-0144>, yana.smirnova@mail.ru

The article is devoted to the study of the development of a mental model in preschoolers with hearing impairment after cochlear implantation. The analysis of the specifics of the manifestations of the mental model deficiency, which is associated with the peculiarities of using the means of special attention in preschoolers with hearing impairment, is carried out. The ability of a child's focal attention to attention as a critical additional, necessary for the development of a mental model. Sample consisted of 40 preschool children aged 5-7 years ($M_{age}=5,9$ years, $SD_{age}=0,6$ months), 20 with sensorineural hearing loss with cochlear implants (years ($M_{age}=5,6$ years, $SD_{age}=0,6$ months, age by moment of implantation $M_{age}=3,2$ years, $SD_{age}=0,6$) and 20 typically developing preschoolers of 5–7 years old ($M_{age}=5,1$ years, $SD_{age}=0,5$ months). Standardized methods for assessing the mental model were used: test for erroneous opinion (Sally–Anne's task), the task “What does Charlie want?”, the task of understanding intentions based on external signs, the task of understanding the principle “to see means” (A.S. Gerasimova, E.A. Sergienko) To fix the eye movement of preschoolers during the behavior of a child with an adult in play conditions, the eye-tracking method was used. It is recorded that preschoolers with hearing impairments are selectively unable to detect and interpret the intentions of another person, and they also have a lack of means of coordinated attention.

Keywords: mental model, theory of mind, social cognition, social attention, joint attention, age-related development, preschool age, atypical development, IT tracker.

Funding. This work was supported by a grant from the President MK-307.2020.6 “Eye-tracking Study on Disorders of Coordination of Social Attention in Preschool Age”.

For citation: Smirnova Ya.K. Theory of Mind Development in Preschoolers with Hearing Impairment. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 123–144. DOI: 10.17759/cpse.2021100208.

Проблема развития модели психического у детей с нарушением слуха

На сегодняшний день в науке достигнуты успехи в понимании психологического развития, социализации и возможностей обучения детей с нарушением слуха [1; 3; 6;

14]. Однако существуют малоизученные когнитивные сферы, в которых дети с нарушением слуха сильно отстают от своих типично развивающихся сверстников, одна из них — теория разума, или модель психического (Theory of Mind) [18].

Модель психического (ТоМ) — система концептуализации знаний человека о собственном психическом и психическом других людей, позволяющая объяснять и предсказывать их поведение [2; 5], некий феномен «считывания» психического состояния (mind reading) других людей. С помощью ТоМ мы способны делать выводы о ментальных состояниях (мнениях, желаниях, интенциях, представлениях, эмоциях), которые являются причиной действий других людей. ТоМ позволяет раскрыть когнитивные механизмы социального познания с точки зрения процесса, основанного на постоянном сравнении психических состояний других людей и происходящих изменений в социальном взаимодействии [4]. ТоМ состоит из четырех компонентов — типов навыков, которые развиваются независимо.

1. Детекция чужих намерений — способность воспринимать намерения или целевые действия.

2. Распознавание направления взгляда — способность выделять глаза и похожие на них стимулы и определять направление взгляда для определения фокуса внимания другого человека.

3. Совместное внимание — способность понимать, что если кто-то меняет направление взгляда, то он «смотрит» на какой-то объект. Мы узнаем, что «смотреть» значит «видеть», и это является дополнением к простой способности воспринимать направление взгляда, устанавливая фокус визуального внимания с другим человеком в сторону общего объекта или события. Это процесс прослеживания направления взгляда собеседника, аналог «процессора выбора» релевантной и нерелевантной контексту информации, нужной для выдвижения и проверки человеком правильности своих предположений касательно поведения и состояния других людей.

4. Система внутренних знаний об окружающих — комплексная база знаний, содержащая правила социального общения, знания мысленных состояний, используемых для понимания и предсказания собственных действий и действий другого человека.

Предыдущие исследования фиксировали дефицит только отдельных навыков ТоМ у детей [8; 12; 32], поэтому требуется целостное рассмотрение всех компонентов ТоМ. Сложности могут наблюдаться как при попытке ребенка понять намерения действий собеседника или при определении направленности взгляда другого, так и при выполнении метадействий более высокого порядка, связанных с интерпретацией мыслей и действий другого человека (собственно ТоМ). То есть дефицит ТоМ может иметь фрагментарный характер, либо быть тотальным и затрагивать все компоненты. При дефиците ТоМ у ребенка нарушается когнитивная способность к метарепрезентации, т.е. способность понимать, что другой человек думает что-то отличное от его собственных убеждений (феномен понимания ложных убеждений) [2].

В настоящее время ТоМ является важной исследовательской областью в изучении детей с атипичным развитием, в том числе с нарушением слуха [9]. Результаты ряда предыдущих исследований показывают, что дети с нарушением слуха и нормальным уровнем интеллекта, которые растут в слышащих семьях, часто отстают от типично развивающихся детей в развитии ТоМ и в понимании ложных убеждений [11; 16; 24; 28; 30].

Отмечается, что лишь 25% детей 5–12 лет с нарушением слуха успешно проходят стандартизированные тесты на ложные убеждения (например, тест Салли–Энн) [25]. К 15 годам у 60% детей с нарушением слуха и нормальным интеллектом из слышащих семей формируется неизменно точное понимание ложных убеждений [24].

Исследователи приходят к выводу, что дефицит ТоМ, наблюдаемый среди детей с нарушением слуха, схож с тем, который проявляется у аутичных детей [23]. Но трудности невербального общения и социализации, которые характеризуют аутистические синдромы, фактически не обнаруживаются у детей с нарушением слуха, что делает актуальной задачу сравнительного анализа специфических и универсальных симптомов проявления дефицита ТоМ на разных группах детей с атипичным развитием, в том числе детей с нарушением слуха [7].

Дефицит ТоМ характеризуется низкой способностью к ориентации и привлечению внимания к социально значимым стимулам для понимания намерений другого человека — тем поведенческим социальным сигналам, исходящим от лица, от направления взгляда, мимики, жестов, которые привлекают и удерживают общий фокус визуального внимания участников взаимодействия. Данные социальные сигналы исходят в основном от лица и глаз других людей и помогают распознать, куда они направляют фокус своего внимания во время взаимодействия. Поэтому для формирования ТоМ ребенку необходимо сначала сориентироваться, а затем поддерживать фокус совместного внимания к социальным сигналам — т.е. необходим механизм совместного внимания.

Основные трудности при дефиците ТоМ проявляются в установлении и поддержании зрительного контакта для распознавания социальных сигналов, а также при обработке информации о намерениях других. Поэтому исследователи рассматривают понимание намерений партнера как критический компонент совместного внимания, необходимый для формирования ТоМ [10; 12; 13; 19; 34].

Восприятие социальных сигналов о состоянии других людей в норме основывается на знании детьми синтаксиса, семантики и морфологии разговорного языка, которые в свою очередь детерминируют уровень сформированности их ТоМ [11; 17; 21; 22; 26–29; 31]. Отмечается, что понимание невербальных сигналов и социального познания редко изучаются [23; 25; 30], хотя это основной механизм, необходимый для установления совместного внимания взрослого и ребенка.

Социальные взаимодействия являются мультимодальными с точки зрения вербальных и невербальных средств (речь, жесты, направления взгляда), но мало известно о том, как ограниченный в связи с потерей слуха сенсорный опыт влияет на координацию совместного внимания ребенка и взрослого [8–10].

Только в единичных исследованиях совместного внимания у детей с нарушением слуха отмечается, что у них часто снижается время, затрачиваемое на совместное внимание, они реже реагируют на привлечение внимания взрослым и реже проявляют инициативу в привлечении совместного внимания во время коммуникации [8–10; 34]. Таким образом, можно предположить, что трудности развития ТоМ у детей с нарушением слуха могут быть связаны с особенностью обращения совместного внимания на один и тот же объект, характером и достаточностью опыта общения со взрослым [25], с типом предпочитаемой модальности общения. Кроме того, на развитие ТоМ влияют особенности семейного воспитания и образования ребенка с нарушением слуха [13], наличие опыта сенсомоторного обмена информацией и предъязыкового общения между ребенком и взрослым [20].

При этом дети с нарушенным слухом представляют собой разнородную группу. Объясняется это чрезвычайным многообразием проявленной слуховой недостаточности, большим спектром тугоухости, разными уровнями форсированности навыков слухового восприятия. В свою очередь степень дефекта может по-разному сказываться на особенностях ТоМ. Особый интерес представляют слабослышащие дети с кохлеарными имплантами: они способны воспринимать звуковые сигналы, воспринимать неречевые звучания и реагировать на них, однако в быту продолжают себя вести, как глухие люди, опираясь на умения и навыки, которые были сформированы ранее, в условиях тяжелого нарушения слуха. Для детей с кохлеарными имплантами по-прежнему важны зрительные опоры и привычные средства восприятия речи и коммуникации: чтение с губ, письменная речь, дактилология, жестовая речь, привычка контролировать произношение при помощи кинестетических опор. До тех пор, пока не произойдет перестройка коммуникации и взаимодействия ребенка с близкими на естественный лад, он сохраняет этот особый (переходный) статус. Несмотря на то, что дети после кохлеарной имплантации имеют возможность осваивать устную речь и понимать обращенную, у них продолжительное время отмечаются трудности в активном участии в семейных беседах, богатых абстрактными речевыми образами [7; 10; 24].

Переходный статус детей с нарушением слуха после кохлеарной имплантации открывает новые возможности для изучения роли нарушений отдельных сенсорных систем на формирование ТоМ и на социальное познание в целом. На наш взгляд, данный вопрос в научной литературе освещен недостаточно. Отсутствие таких данных является серьезным барьером к разработке новых и персонализированных вмешательств, направленных на овладение ребенком устной речи.

Учитывая, что совместное внимание имеет основополагающее значение для раннего развития, изучение того, как дети с нарушением слуха определяют социальные сигналы в процессе социального взаимодействия со взрослыми, может расширить представления о специфике дефицита ТоМ у данной группы детей, а также наметить пути оптимизации коррекционного вмешательства.

Еще одной проблемой исследования ТоМ у детей с нарушением слуха является релевантность методов. Дети с нарушением слуха показывают сопоставимый уровень успешности в решении как устных стандартизированных тестов на понимание ложного убеждения (например, изменение местоположения,

неожиданное содержание), так и невербальных тестов о психических состояниях [11; 31]. Следовательно, их запаздывающее выполнение стандартизированных тестов не является результатом непонимания языковых требований к самим задачам, предложенным в вербальной форме (например, из-за языковой сложности вопросов) [15]. Необходимы исследования, которые сведут к минимуму требования к выполнению устных заданий [21].

В настоящее время в экспериментах, посвященных ТоМ и совместному вниманию, активно используется идея, что взрослый может направить внимание ребенка на определенный объект с помощью направления своего взгляда [8–10; 19; 32]. В этом контексте технология отслеживания глаз (айтрекинга) имеет ряд преимуществ для исследования визуального социального внимания и позволяет исследователям с высокой точностью измерять реакцию ребенка на попытки взрослого привлечь его внимание. Развитие технологий айтрекинга открыло новые возможности для исследования эпизодов совместного внимания, и такого рода технологии могут дать новое понимание относительно нетипичного развития совместного внимания на самых ранних стадиях онтогенеза. Метод айтрекинга помогает выявить поведенческие маркеры и позволяет улучшить понимание патологической симптоматики. Преимущество использования мобильной версии айтрекера состоит в том, что появляется возможность проследить точность наблюдения ребенком социальных сигналов или объектов в ситуации взаимодействия со взрослым, а также выявить моменты, приводящие к рассинхронизации внимания взрослого и ребенка, в приближенных к естественным условиям [8–10; 19; 34]. Решение данной проблемы позволяет выявить процессы, препятствующие эффективному установлению контакта взрослого и ребенка, необходимого для становления ТоМ.

В исследовании была выдвинута *гипотеза*: у детей с нарушением слуха дефицит ТоМ будет проявляться в особенностях установления совместного внимания, которые могут выступать причиной трудностей понимания коммуникативных намерений взрослого.

Цель исследования — при помощи метода айтрекинга во время естественной совместной игры ребенка со взрослым изучить, как координируется совместное внимание со взрослым у детей с кохлеарными имплантатами, и выделить специфические особенности обработки социальных сигналов, препятствующие нормативному развитию ТоМ.

Кроме того, с помощью данных, полученных методом айтрекинга, мы попытались сравнить специфику ТоМ у дошкольников с кохлеарными имплантами и их слышащих сверстников и выделить специфические для каждой группы трудности использования направления взгляда взрослого для определения его намерений.

Материалы и методы

Выборка. Исследование проводилось на базе экспериментального МБДОУ г. Барнаула. Экспериментальную выборку детей с нарушениями слуха, имеющих кохлеарные импланты, составили 20 (11 мальчиков, 9 девочек) дошкольников

5–7 лет ($M_{\text{возр}}=5,6$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,6$ месяца) с нарушением слуха (с III-IV степенью сенсоневральной тугоухости, Н90 по МКБ-10). У данной группы детей зафиксирована двусторонняя выраженная сенсоневральная тугоухость (средний порог слухового восприятия на частотах 0,5, 1, 2 и 4 кГц — более 90 дБ). Дошкольники экспериментальной группы имели официальный диагноз и индивидуальный образовательный маршрут, составленный на основе заключения территориальной ПМПК.

К началу обучения в специализированном коррекционном детском саду дети данной группы не владели словесной речью. Их общение с окружающими взрослыми до кохлеарной имплантации осуществлялось преимущественно при помощи предметных действий и указательных жестов. До и после кохлеарной имплантации дети получали коррекционную помощь в развитии языковых навыков на базе специализированного детского сада и обучались сенсорным основам восприятия словесной речи (зрительного, слухо-зрительного, тактильно-вибрационного); навыкам подражания предметным и речевым действиям взрослого; навыкам применения в общении усвоенных речевых действий и средств, навыкам соотнесения устного, письменного (а позже — дактильного) слова с обозначаемым содержанием, умению улавливать аналогии в языковых формах.

Кохлеарная имплантация у детей экспериментальной группы производилась в возрасте трех лет (возраст на момент имплантации $M_{\text{возр}}=3,2$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,6$ месяца). Выборка набиралась рандомным способом и была уравнена по времени возникновения слухового дефекта, времени проведения кохлеарной имплантации и программе коррекции. Дошкольники с кохлеарным аппаратом были способны воспринимать звуковые сигналы, неречевые звучания и реагировать на них. Они обладали достаточными для проведения исследования уровнями когнитивного развития (>100 баллов, $M=109$, $SD=30$), восприятия, распознавания и понимания обращенной речи. Все дети были обучены обращению со звукоусиливающей аппаратурой коллективного и индивидуального пользования.

Родители детей экспериментальной группы слышащие, без нарушения слуха. Родители были обучены необходимым средствам восприятия речи их детьми и коммуникации с дошкольниками с кохлеарными имплантами: чтению с губ, письменной речи, дактилологии, жестовой речи, произношению при помощи кинестетических опор.

Контрастную группу составили 20 (10 мальчиков и 10 девочек) типично развивающихся дошкольников 5–7 лет ($M_{\text{возр}}=5,1$ лет, $SD_{\text{возр}}=0,5$ месяца). Все дошкольники посещали дошкольное образовательное учреждение. Дети контрастной группы по результатам психологической диагностики имели средний уровень развития интеллекта (>100 баллов, $M=110$, $SD=20$).

От родителей всех участвовавших в исследовании детей было получено информированное согласие. Исследование проводилось в 2020 году.

Методики. Для оценки модели психического использовались:

1. тест на понимание ложных убеждений (Задача Салли–Энн) (Н. Wimmer, J. Perner, 1983; адаптирован А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко);

2. задача на исследование возможности использования направления взора как показателя желаний «Что хочет Чарли?» (S. Baron-Cohen, P. Cross, 1992; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко);

3. задача на понимание намерений с опорой на внешние признаки (A. Meltzoff, 2002; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко);

4. задача на понимание принципа «видеть — значит знать»: «Какая девочка знает, что лежит в коробке?» (S. Baron-Cohen, 1989; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко).

Данные методики показывают высокую надежность на выборках детей с атипичным развитием: детях с расстройством аутистического спектра, нарушением интеллекта, нарушением слуха [5; 8; 29].

В ходе обследования оценивалась способность ребенка к распознаванию социальных сигналов, а именно понимание желаний и намерений другого человека по его поведенческим сигналам и внешним проявлениям: направлению взора, мимике, жестам. В совокупности данные задания позволили оценить следующие функции: 1) понимание чувств и эмоциональных переживаний другого; 2) возможность учитывать то, что знает другой; 3) возможность определять его намерения; 4) понимание связи между действиями других людей. Правильность решения каждого задания оценивалась в 1 балл (максимальный балл — 4). При анализе результатов использовался суммарный показатель правильности решения всех задач, отражающий общий уровень сформированности ТоМ и степень ориентации на значимые социальные поведенческие сигналы.

Процедура исследования. В эксперименте взрослый взглядом направлял внимание ребенка на предполагаемый референт (игрушку), создавая моменты совместного внимания, т.е. момента, когда взрослый и ребенок сосредотачиваются на одном и том же объекте [32]. В ходе эксперимента перед ребенком на столе расставлялись две разные игрушки, после чего ему предлагалась игра, в которой он, наблюдая за направлением взгляда экспериментатора, должен был отгадать, какой предмет тот выберет (выбор игрушки в качестве целевого объекта осуществлялся случайно). Ребенку нужно было проследить за направлением взгляда взрослого и указать на тот предмет, на котором тот остановился. Предлагалось 5 повторений данной задачи, где экспериментатор менял направление взгляда, каждый раз указывая на разные предметы. Фиксировалось количество безошибочных ответов ребенка.

Задача совместного внимания делилась на три фазы: 1) совместное внимание после первоначального «взгляд вниз» (рис. 1А); 2) интерактивное взаимодействие, при котором взрослый смотрит ребенку в глаза, чтобы вызвать совместный фокус внимания (рис. 1Б); 3) постинтерактивная фаза совместного внимания, при которой взрослый поворачивал голову и глаза к одной из игрушек после того, как момент совместного внимания был достигнут (рис. 1В).

Для анализа данных движения глаз ребенка маркерами фиксировались следующие зоны интересов: лицо взрослого экспериментатора, целевой объект

(одна из игрушек), нецелевой объект. Для регистрации движения глаз использовался портативный бинокулярный айтрекер Pupil Headset — PLabs со специальной гарнитурой-очками.



Рис. 1. Фазы организации совместного внимания: «взгляд вниз», интерактивное взаимодействие, совместное внимание

Результаты исследования

Предварительно данные были проверены на нормальность распределения одновыборочным критерием Колмогорова–Смирнова ($p > 0,05$).

При помощи t-критерия Стьюдента было произведено сравнение дошкольников с нарушением слуха и типично развивающихся детей по уровню ТоМ, оцененной по задачам на понимание ложных убеждений, исследование возможности использования направления взора как показателя желания, понимание намерений с опорой на внешние признаки и понимание принципа «видеть — значит знать» (табл. 1). Анализ данных подтвердил сниженные способности к пониманию психического других людей у дошкольников с нарушением слуха по сравнению с типично развивающимися детьми.

Таблица 1

Сравнение контрастных групп по уровню сформированности ТоМ

	Типично развивающиеся дошкольники (M±SD)	Дошкольники с нарушением слуха (M±SD)
Общий показатель ТоМ ($t=3,96, p>0,001$)	3,13±0,19	1,37±0,46

Примечание: критерий равенства дисперсий Ливиня $> 0,05$.

На следующем этапе мы сравнили успешность решения каждой задачи, направленной на оценку ТоМ, дошкольниками из экспериментальной и контрольной групп (табл. 2).

Таблица 2

**Сравнения контрастных групп
по результатам решения задач, направленных на оценку ТоМ**

	Типично развивающиеся дошкольники (M±SD)	Дошкольники с нарушением слуха (M±SD)
Тест на понимание ложных убеждений (t=1,76, p=0,086)	0,52±0,51	0,25±0,44
Задача на исследование возможности использования направления взора как показателя желания (t=5,73, p>0,001)	0,97±0,19	0,38±0,50
Задача на понимание принципа «видеть — значит знать» (t=5,08, p>0,001)	0,86±0,35	0,25±0,45
Задача на понимание намерений с опорой на внешние признаки (t=2,086, p=0,043)	0,79±0,41	0,50±0,52

Примечание: критерий равенства дисперсий Ливиня > 0,05.

В результатах решения задачи на понимание ложных убеждений межгрупповых различий обнаружено не было, что можно интерпретировать как сохранность навыков объяснения типичных социальных сигналов у детей с нарушением слуха. Но были зафиксированы различия по показателям успешности решения задач, связанных с использованием направления взора как показателя желания, пониманием принципа «видеть — значит знать» и пониманием намерений с опорой на внешние признаки. Так как данные задачи были направлены именно на распознавания намерений по внешним признакам, можно прийти к выводу, что в отличие от типично развивающихся детей у детей с нарушением слуха оказывается нарушен именно процесс детекции и обработки социальных сигналов, указывающих на психическое состояние другого.

В ходе исследования особенностей обработки социальных сигналов в реальном взаимодействии со взрослым у детей из обеих групп при помощи айтрекера были зафиксированы особенности установления эпизодов совместного внимания и определения намерений. Чтобы ответить на вопрос о том, что приводит к скоординированному вниманию и пониманию намерений другого человека, были проанализированы моменты взаимодействия, когда дошкольник смотрел на лицо взрослого и отслеживал направления его взгляда для определения выбранного им целевого объекта.

Для отображения окуломоторной активности в эпизодах совместного внимания были построены тепловые карты (heatmaps) и графики движения взгляда (gazeplots). Тепловые карты помогают графически отобразить зоны интереса ребенка, на которые он смотрит наиболее часто или редко, установить фокус его внимания и определить, какие элементы были им проигнорированы либо замечены.

Для анализа данных на график движения глаз накладываются результаты в виде цветowych пятен. Чем теплее цвет, тем больше внимания было уделено элементу, на который смотрел ребенок. Цвет соответствует длительности просмотра различных зон: синий — фиксации взгляда на объекте отсутствует, красный — преимущественные фиксации. Также с помощью графиков движения взгляда анализировались изменения направления взгляда, при этом точки фиксации взгляда отображаются в виде кругов.

На рисунке 2 отражены стратегии визуального поиска типично развивающихся детей. На тепловых картах зафиксировано, что они распознают и используют направление взгляда партнера как информационно значимый стимул. Наблюдаются сосредоточенность фиксаций и зон интереса в определенных областях и точность фиксаций. Дети используют указательный жест для обозначения целевого объекта.



Рис. 2. Тепловые карты и графики движения взгляда типично развивающихся дошкольников

По графику движения глаз можно прийти к выводу, что в ситуации совместного внимания типично развивающиеся дети: а) демонстрируют синхронную со взрослым ориентацию и направление фокуса внимания на объект взаимодействия; б) правильно идентифицируют социальные сигналы (направление взгляда), указывающие на объект; в) реагируют на привлечения внимания взрослым и таким образом получают доступ к подсказке взглядом на целевой объект, которую делает взрослый; г) указывают на объект, который выбирает взрослый; д) направляют внимание другого человека на нужный объект.

Анализ тепловых карт и графиков движения глаз у детей с нарушением слуха демонстрирует, что у них обнаруживаются трудности перекрестного и синхронного взгляда, т.е. трудности координации совместного внимания на основе поведенческих сигналов, необходимых для определения намерений другого человека. (рис. 3). Таким образом, у детей с нарушением слуха проявляются ошибки по типу эхопраксий: например, взрослый экспериментатор опускает голову, и ребенок имитирует действие экспериментатора, тоже опуская голову вниз. То есть дети с нарушением слуха стремятся понять намерения других людей, копируя их поведение. Дети с нарушением слуха пользуются дополнительными средствами для установления эпизодов совместного внимания и определения целевого объекта (изменение положения головы, разворот корпуса тела и др.). При этом использование мультимодальных средств для установления совместного внимания не приводит к правильному определению целевого объекта.

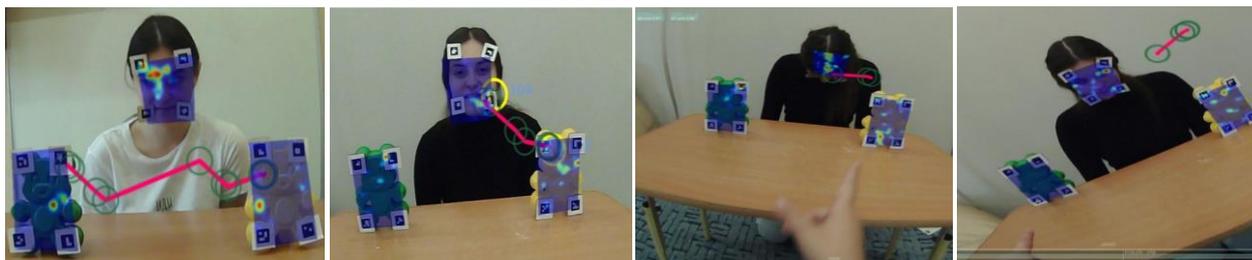


Рис. 3. Тепловые карты и графики движения взгляда дошкольников с нарушением слуха

У дошкольников с нарушением слуха в траектории движения глаз зафиксирована опережающая реакция по типу ошибки «ложной тревоги» при выборе целевого объекта. Такие импульсивные ответы до воспроизведения социального сигнала взрослым можно рассматривать как подтверждение, что дети с нарушением слуха ориентируются не на социальный сигнал для детекции намерений, а пользуются методом «угадывания» коммуникативных намерений взрослого. Данная стратегия позволяет ребенку оставаться включенным во взаимодействие со взрослым. В графике движения глаз детей с нарушением слуха наблюдаются колебания, повышенная отвлекаемость, «соскальзывание» и подвижность внимания. Выделенные особенности не встречаются у группы типично развивающихся дошкольников и подтверждают предположение о трудностях у детей с нарушением слуха, связанных с обнаружением социальных сигналов, необходимых для понимания намерений другого человека.

Далее сравнивались показатели реакции на совместное внимание типично развивающихся детей и детей с нарушением слуха. Между группами были найдены значимые различия по показателям общего количества фиксаций взгляда, их продолжительности, а также количества смены фиксаций взгляда (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение параметров совместного внимания в экспериментальной и контрольной группах

	Типично развивающиеся дошкольники (M±SD)	Дошкольники с нарушением слуха (M±SD)
Общее количество фиксаций (t=-2,58, p=0,014)	58,37±2,37	71,13±3,96
Продолжительность фиксаций 300–500 мс (t=- 2,33, p=0,025)	17,26±2,17	25,63±2,69
Количество смены фиксаций взгляда (t=-3,43, p=0,001)	14266,89±663,99	18635,13±1000,95

Примечание: критерий равенства дисперсий Ливиня > 0,05.

У дошкольников с нарушением слуха отмечается большее количество фиксаций взгляда по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, в частности, фиксаций продолжительностью 300–500 мс. Данный факт может говорить о более длительном времени, необходимом при реагировании на совместное внимание для стабилизации визуального внимания у детей с нарушением слуха. Также у дошкольников с нарушением слуха наблюдается большее количество смены фиксаций взгляда (*gaze position*) по сравнению с детьми из контрольной группы. Такое возрастание числа фиксаций и их продолжительности у детей с нарушением слуха, вероятно, можно связать с импульсивностью и снижением концентрации внимания.

Обсуждение результатов

Текущее исследование было сосредоточено на изучении особенностей установления совместного внимания со взрослым у детей с кохлеарными имплантатами. На наш взгляд, это является одним из основных факторов, препятствующих развитию ТоМ.

Основной дефицит наблюдается в перцептивном компоненте модели психического (*perceptual mind-reading*) — способности приписывать психические явления другим, основываясь на данной непосредственно информации (например, в выражениях лица). То есть наблюдается не тотальный, а фрагментарный дефицит компонентов модели психического. При этом не столь значительно отличие в когнитивном компоненте модели психического (*cognitive mind-reading*) — способности приписывать психические явления другим, основываясь не на наличной информации, а на знаниях и контекстуальной информации о человеке.

Наши выводы согласуются с идеей о том, что дефицит модели психического приводит к трудностям понимания значения отдельных признаков взгляда другого человека и, соответственно, к сложностям идентификации его намерений [32–34]. Дошкольники с нарушением слуха могут воспринимать информацию, относящуюся к поведению людей (направление взгляда, движения тела, мимику), но у них не сформирован механизм, который в дальнейшем позволит им интерпретировать и понимать смысл этой информации [8; 9; 32]. Скорее всего, у детей с нарушением слуха имеются сложности интеграции социальных сигналов, выделения релевантных признаков для формирования целевой репрезентации социальных сигналов. Вероятно, это может быть обусловлено бедностью чувственного опыта вследствие слуховой депривации, снижением скорости и объема восприятия, недостаточным запасом сенсорных эталонов, затруднением формирования полного, точного, детализированного образа восприятия. Кроме того, сложности понимания социальных сигналов у детей с нарушением слуха могут быть вызваны особенностями визуального внимания, которые затрудняют установление совместного внимания с взрослым в ходе взаимодействия.

Результаты текущего исследования дополняют данные S. Baron-Cohen [4; 5] о том, что трудности репрезентации представлений другого могут быть вторичным проявлением ранее возникающего нарушения способности к социально-когнитивной ментализации у разных клинических групп.

Мы использовали метод отслеживания движений глаз, что позволило идентифицировать механизмы, с помощью которых дошкольники с нарушением слуха направляют свое внимание на социального партнера для определения его намерений. Этот метод позволяет оценить малодоступные для оценки стандартизированными методиками маркеры дефицита ТоМ. Основываясь на мировом опыте [8–10; 32; 33], для фиксации дефицита ТоМ мы использовали данные айтрекинга о мгновенных взглядах между взрослым и ребенком во время взаимодействия и особенностях фиксации взгляда ребенка на заранее определенных областях интереса.

В отличие от типично развивающихся дошкольников, для того, чтобы установить совместное внимание со взрослым, дети с нарушением слуха смотрят чаще и дольше на лицо взрослого в поисках дополнительной визуальной информации. Взгляды на лицо взрослого создают мультимодальные эффекты для облегчения взаимодействия, так как направление взгляда имеет тенденцию совпадать с ориентацией головы. Таким образом, дети с нарушением слуха используют более одного пути для установления совместного внимания со взрослым. Разнообразие способов, ведущих к совместному вниманию, свидетельствует о гибкости в поиске и использовании различных мультимодальных средств для детекции намерений взрослого.

Результаты исследования могут быть полезны для разработки программ обучения детей с нарушением слуха стратегиям выявления коммуникативных намерений других людей.

Выводы и ограничения

- Детям с нарушением слуха труднее выстроить предположение о конкретных мысленных представлениях собеседника (в том числе на основе визуальной перспективы фокуса внимания взрослого).
- По сравнению с типично развивающимися сверстниками детям с нарушением слуха сложнее дается понимание ложных убеждений.
- Выявлено, что нарушается в основном не когнитивный, а перцептивный компонент ТоМ, связанный со способностью приписывать психические явления другим, основываясь на информации о поведенческих социальных сигналах (в частности, на основе визуальной перспективы фокуса внимания взрослого). При этом дети с нарушением слуха способны решать задачи на ложные убеждения. То есть дефицит ТоМ оказывается не тотальным, а фрагментарным.
- Восприятие социальных сигналов на основе наблюдения за направлением взгляда взрослого доступно для детей с нарушением слуха, однако они проводят больше времени в его поисках, чем типично развивающиеся сверстники.
- У детей с нарушением слуха наблюдается увеличение числа фиксации взгляда и их продолжительности для выделения информационного признака в подсказке взрослого. Им приходится внешне моделировать поведенческие сигналы взрослого в форме повторений движений за ним, чтобы проинтерпретировать значение социального сигнала.

- Дети с нарушением слуха ищут дополнительные мультимодальные средства установления эпизодов совместного внимания и детекции намерений. Они способны использовать мультимодальные средства установления совместного внимания (следование за взглядом взрослого, за разворотом головы, корпуса тела, плеч).

Перспективой исследования может стать сравнительный анализ групп детей с нарушением слуха, имеющих разные степени тяжести (в том числе наличие/отсутствие дополнительных нарушений) и продолжительность снижения слуха, разные уровни общего и речевого развития, разную длительность реабилитации после кохлеарной имплантации. Остается открытым вопрос о роли особенностей семейной коммуникации в становлении ТоМ у детей с нарушением слуха. Также для генерализации и экстраполяции данных необходимо расширить количественный состав выборки. За счет этого появится возможность статистически контролировать «побочные» переменные, например, уровень интеллекта или особенности работы зрительного анализатора. Требуется уточнения вопрос о роли мультимодальных средств, особенно жестового языка, в установлении совместного внимания.

Литература

1. Боженко А.В., Хохлова А.Ю. Развитие образного мышления у глухих детей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 2. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52616.shtml> (дата обращения: 20.05.2021).
2. Ермаков П.Н., Воробьева Е.В., Кайдановская И.А. и др. Модель психического и развитие мышления у детей дошкольного возраста // Экспериментальная психология. 2016. № 3. С. 72–80.
3. Розанова Т.В. Дети с нарушениями слуха // Специальная психология: учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений, обучающихся по дефектол. специальностям. 6-е изд. / под. ред. В.И. Лубовского. М.: Академия, 2009. С. 138–194.
4. Сергиенко Е.А. Модель психического как интегративное понятие в современной психологии [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2017. Том 10. № 54. С. 7. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n54/1454-sergienko54.html> (дата обращения: 20.05.2021).
5. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 415 с.
6. Хохлова А.Ю. Эффективность детско-родительского общения и интеллектуальное развитие глухих детей [Электронный ресурс] // Культурно-историческая психология. 2008. Том 4. № 3. С. 86–91. URL: https://psyjournals.ru/kip/2008/n3/Khokhlova_full.shtml (дата обращения: 20.05.2021).
7. Bruschetta S. Research on the development of a theory of Mind in deaf children: a study on methodological procedures as well as on practical and theoretical issues // Life

Span and Disability. 2005. Vol. 8. P. 1–18 URL: https://www.researchgate.net/publication/271846913_Research_on_the_development_of_a_theory_of_Mind_in_deaf_children_a_study_on_methodological_procedures_as_well_as_on_practical_and_theoretical_issues (дата обращения: 20.05.2021).

8. *Chen C.-H., Castellanos I., Yu C. et al.* Effects of children's hearing loss on the synchrony between parents' object naming and children's attention // *Infant Behavior and Development*. 2019. Vol. 57. 101322. DOI: 10.1016/j.infbeh.2019.04.004

9. *Chen C.-H., Castellanos I., Yu C. et al.* Parental linguistic input and its relation to toddlers' visual attention in joint object play: A comparison between children with normal hearing and children with hearing loss // *Infancy*. 2019. Vol. 24. № 4. P. 589–612. DOI: 10.1111/inf.12291

10. *Chen C.-H., Castellanos I., Yu C., Houston D.M.* What leads to coordinated attention in parent-toddler interactions? Children's hearing status matters // *Developmental Science*. 2020. Vol. 23. e12919. DOI: 10.1111/desc.12919

11. *de Villiers P.A.* The role of language in theory-of-mind development: What deaf children tell us. In J.W. Astington, J.A. Baird (eds.), *Why language matters for theory of mind* (pp. 266–297). NY: Oxford University Press, 2005. DOI: 10.1097/TLD.0000000000000037

12. *Depowski N., Abaya H., Oghalai J. et al.* Modality use in joint attention between hearing parents and deaf children // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. P. 1556. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01556

13. *Dunn J., Brophy M.* Communication, relationships, and individual differences in children's understanding of mind. In J.W. Astington, J.A. Baird (eds.), *Why language matters for theory of mind* (pp. 50–69). NY: Oxford University Press, 2005. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195159912.003.0003

14. *Emmorey K., Lane H.* *The signs of language revisited: An anthology to honor Ursula Bellugi and Edward Klima*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Psychology Press, 2000. 596 p.

15. *Giovanni V., Patrizio P., Virginia V.* Deaf children attending different school environments: Sign language abilities and theory of mind // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2013. Vol. 18. № 1. P. 1–18. DOI: 10.1093/deafed/ens035

16. *Jackson A.L.* Language facility and theory of mind development in deaf children // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2001. Vol. 6. № 3. P. 161–176. DOI: 10.1093/deafed/6.3.161

17. *Lohmann H., Tomasello M.* The role of language in the development of false belief understanding: A training study // *Child Development*. 2003. Vol. 74. № 4. P. 1130–1144. DOI: 10.1111/1467-8624.00597

18. *Marschark M., Green V., Hindmarsh G. et al.* Understanding theory of mind in children who are deaf // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000. Vol. 41. P. 1067–1073 DOI: 10.1111/1469-7610.00694

19. *McQuillan M.E., Smith L.B., Yu C. et al.* Parents influence the visual learning environment through children's manual actions // *Child Development*. 2020. Vol. 91, № 3. e701-e720. DOI:10.1111/cdev.13274

20. *Meins E., Fernyhough C., Wainwright R. et al.* Maternal mind-mindedness and attachment security as predictor of theory of mind understanding // *Child Development*. 2002. Vol. 73. № 6. P. 1715–1726. DOI: 10.1017/S0033291709992340
21. *Meristo M., Falkman K.W., Hjelmquist E.* Language access and theory of mind reasoning: Evidence from deaf children in bilingual and oralist environments // *Developmental Psychology*. 2007. Vol. 43. № 5. P. 1156–1169. DOI: 10.1037/0012-1649.43.5.1156
22. *Milligan K., Astington J.W., Dack L.A.* Language and theory of mind: Meta-analysis of the relation between language ability and false-belief understanding // *Child Development*. 2007. Vol. 78. № 2. P. 622–646. URL: <https://www.jstor.org/stable/4139249> (дата обращения: 20.05.21).
23. *Peterson C.C.* Telling the story of theory of mind: Deaf and hearing children's narratives and mental state understanding // *Slaughter British Journal of Developmental Psychology*. 2006. Vol. 24. № 1. P. 151–179. DOI: 10.1348/026151005X60022
24. *Peterson C.C., Siegal M.* Insights into theory of mind from deafness and autism // *Mind & Language*. 2000. Vol. 15. № 1. P. 123–145. DOI: 10.1111/1468-0017.00126
25. *Peterson C.C., Slaughter V.P.* Opening windows into the mind: Mothers' preferences for mental state explanations and children's theory of mind // *Cognitive Development*. 2003. Vol. 18. № 3. P. 399–429. DOI: 10.1016/S0885-2014(03)00041-8
26. *Pyers J.* The relationship between language and false-belief understanding: Evidence from learners of an emerging sign language in Nicaragua. Unpublished doctoral dissertation., Berkeley, CA: University of California, 2005. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02377.x
27. *Ruffman T., Slade L., Rowlandson K. et al.* How language relates to belief, desire, and emotion understanding // *Cognitive Development*. 2003. Vol. 18. № 2. P. 139–158. DOI: 10.1016/S0885-2014(03)00002-9
28. *Schick B., de Villiers P., Villiers J. et al.* Language and theory of mind: A study of deaf children // *Child Development*. 2007. Vol. 78. № 2. P. 376–396. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.01000
29. *Slade L., Ruffman T.* How language does (and does not) relate to theory of mind: A longitudinal study of syntax, semantics, working memory and false belief // *British Journal of Developmental Psychology*. 2005. Vol. 23. № 1. P. 117–141. DOI: 10.1348/026151004X21332
30. *Tomasuolo E., Valeri G., Di Renzo A. et al.* Deaf children attending different school environments: Sign language abilities and theory of mind // *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2013. Vol. 18. № 1. P. 12–29. DOI: 10.1093/deafed/ens035
31. *Woolfe T., Want S.C., Siegal M.* Siblings and theory of mind in deaf native signing children // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2003. Vol. 8. № 3. P. 340–347. DOI: 10.1093/deafed/eng023.

32. Yu C., Chen C., Castellanos I. et al. What leads to coordinated attention in parent-toddler interactions? Children's hearing status matters // *Developmental Science*, 2020. Vol. 23. № 3. P. e12919. DOI: 10.1111/desc.12919.

33. Yu C., Monroy C., Chen C.H. et al. Action prediction during real-time parent-infant interactions // *Developmental Science*. 2021. Vol. 24. № 3. P. e13042. DOI: 10.1111/desc.13042

34. Yu C., Smith L.B. Hand-eye coordination predicts joint attention // *Child Development*. 2017. Vol. 88. № 6. P. 2060–2078. DOI: 10.1111/cdev.12730

References

1. Bozhenko A.V., Khokhlova A.Yu. Razvitie obraznogo myshleniya u glukhikh detei [The development of imaginative thinking in deaf children]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical and Special Psychology*, 2012, vol. 1. no 2. (In Russ., abstr. in Engl.). URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52616.shtml> (Accessed: 20.05.21).

2. Ermakov P.N., Vorob'eva E.V., Kaidanovskaya I.A. i dr. Model' psikhicheskogo i razvitie myshleniya u detei doshkol'nogo vozrasta [The mental model and the development of thinking in preschool children]. *Eksperimental'naya psikhologiya=Experimental Psychology*, 2016, no. 3, pp. 72–80. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Rozanova T.V. Deti s narusheniyami slukha [Children with hearing impairment]. In V.I. Lubovskii (ed.), *Spetsial'naya psikhologiya: uchebnik dlya studentov vyssh. ped. ucheb. zavedenii, obuchayushchikhsya po defektol. Spetsial'nostyam Spetsial'naya psikhologiya=Special psychology: a textbook for students of higher pedagogical educational institutions studying in defectological specialties*, 6th ed. Moscow: Akademiya, 2009, pp. 138–194. (In Russ.).

4. Sergienko E.A. Model' psikhicheskogo kak integrativnoe ponyatie v sovremennoi psikhologii [The mental model as an integrative concept in modern psychology]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Research*, 2017, vol. 10, no. 54, p. 7. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n54/1454-sergienko54.html> (дата обращения: 20.05.2021). (In Russ, abstr. in Engl.)

5. Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A. Model' psikhicheskogo kak osnova stanovleniya ponimaniya sebya i drugogo v ontogeneze cheloveka [The mental model as the basis for the formation of an understanding of self and other in the ontogenesis of man]. Moscow: publ. of Institute of Psychology RAS, 2009. 415 p. (In Russ.)

6. Khokhlova A.Yu. Effektivnost' detsko-roditel'skogo obshcheniya i intellektual'noe razvitie glukhikh detei [The effectiveness of parent-child communication and the intellectual development of deaf children]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya=Cultural-Historical Psychology*, 2008, vol. 4, no 3, pp. 86–91. URL: https://psyjournals.ru/kip/2008/n3/Khokhlova_full.shtml (Accessed: 20.05.2021). (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Bruschetta S. Research on the development of a theory of mind in deaf children: A study on methodological procedures as well as on practical and theoretical issues. *Life*

Span and Disability, 2005, vol. 8, pp. 1–18. URL: https://www.researchgate.net/publication/271846913_Research_on_the_development_of_a_theory_of_Mind_in_deaf_children_a_study_on_methodological_procedures_as_well_as_on_practical_and_theoretical_issues (Accessed: 20.05.21)

8. Chen C.-H., Castellanos I., Yu C. et al. Effects of children's hearing loss on the synchrony between parents' object naming and children's attention. *Infant Behavior and Development*, 2019, vol. 57, 101322. DOI: 10.1016/j.infbeh.2019.04.004

9. Chen C.-H., Castellanos I., Yu C. et al. Parental linguistic input and its relation to toddlers' visual attention in joint object play: A comparison between children with normal hearing and children with hearing loss. *Infancy*, 2019, vol. 24, no. 4, pp. 589–612. DOI: 10.1111/infa.12291

10. Chen C.-H., Castellanos I., Yu C. et al. What leads to coordinated attention in parent-toddler interactions? Children's hearing status matters. *Developmental Science*, 2020, vol. 23, e12919. DOI: 10.1111/desc.12919

11. de Villiers P.A. The role of language in theory-of-mind development: What deaf children tell us. In J.W. Astington, J.A. Baird (eds.), *Why Language Matters for Theory of Mind* (pp. 266–297). NY: Oxford University Press, 2005. DOI: 10.1097/TLD.0000000000000037

12. Depowski N., Abaya H., Oghalai J. et al. Modality use in joint attention between hearing parents and deaf children. *Frontiers in Psychology*, 2015, vol. 6, p. 1556. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01556

13. Dunn J., Brophy M. Communication, relationships, and individual differences in children's understanding of mind. In J.W. Astington, J.A. Baird (eds.), *Why Language Matters for Theory of Mind* (pp. 50–69). NY: Oxford University Press, 2005. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195159912.003.0003

14. Emmorey K., Lane H. *The signs of language revisited: An anthology to honor Ursula Bellugi and Edward Klima*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Psychology Press, 2000. 596 p.

15. Giovanni V., Patrizio P., Virginia V. Deaf children attending different school environments: Sign language abilities and theory of mind. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2013, vol. 18, no. 1, pp. 1–18. DOI: 10.1093/deafed/ens035

16. Jackson A.L. Language facility and theory of mind development in deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2001, vol. 6, no. 3, pp. 161–176. DOI: 10.1093/deafed/6.3.161

17. Lohmann H., Tomasello M. The role of language in the development of false belief understanding: A training study. *Child Development*, 2003, vol. 74, no. 4, pp. 1130–1144. DOI: 10.1111/1467-8624.00597

18. Marschark M., Green V., Hindmarsh G. et al. Understanding theory of mind in children who are deaf. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000, vol. 41, pp. 1067–1073 DOI:10.1111/1469-7610.00694

19. McQuillan M.E., Smith L.B., Yu C. et al. Parents Influence the Visual Learning Environment Through Children's Manual Actions. *Child Development*, 2020, vol. 91, no. 3, pp. e701–e720. DOI: 10.1111/cdev.13274

20. Meins E., Fernyhough C., Wainwright R. et al. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictor of theory of mind understanding. *Child Development*, 2002, vol. 73, no. 6, pp. 1715–1726. DOI: 10.1017/S0033291709992340
21. Meristo M., Falkman K.W., Hjelmquist E. Language access and theory of mind reasoning: Evidence from deaf children in bilingual and oralist environments. *Developmental Psychology*, 2007, vol. 43, no. 5, pp. 1156–1169. DOI: 10.1037/0012-1649.43.5.1156
22. Milligan K., Astington J.W., Dack L.A. Language and theory of mind: Meta-analysis of the relation between language ability and false-belief understanding. *Child Development*, 2007, vol. 78, no. 2, pp. 622–646. URL: <https://www.jstor.org/stable/4139249> (Accessed: 20.05.21).
23. Peterson C.C. Telling the story of theory of mind: Deaf and hearing children's narratives and mental state understanding. *Slaughter British Journal of Developmental Psychology*, 2006, vol. 24, no. 1, pp. 151–179. DOI: 10.1348/026151005X60022
24. Peterson C.C., Siegal M. Insights into theory of mind from deafness and autism. *Mind & Language*, 2000, vol. 15, no. 1, pp. 123–145. DOI: 10.1111/1468-0017.00126
25. Peterson C.C., Slaughter V.P. Opening windows into the mind: Mothers' preferences for mental state explanations and children's theory of mind. *Cognitive Development*, 2003, vol. 18, no. 3, pp. 399–429. DOI: 10.1016/S0885-2014(03)00041-8
26. Pyers J. The relationship between language and false-belief understanding: Evidence from learners of an emerging sign language in Nicaragua. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkeley, 2005. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02377.x
27. Ruffman T., Slade L., Rowlandson K. et al. How language relates to belief, desire, and emotion understanding. *Cognitive Development*, 2003, vol. 18, no. 2, pp. 139–158. DOI: 10.1016/S0885-2014(03)00002-9
28. Schick B., de Villiers P., Villiers J. et al. Language and theory of mind: A study of deaf children. *Child Development*, 2007, vol. 78, no. 2, pp. 376–396. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.0100
29. Slade L., Ruffman T. How language does (and does not) relate to theory of mind: A longitudinal study of syntax, semantics, working memory and false belief. *British Journal of Developmental Psychology*, 2005, vol. 23, no. 1, pp. 117–141. DOI: 10.1348/026151004X21332
30. Tomasuolo E., Valeri G., Di Renzo A. et al. Deaf children attending different school environments: Sign language abilities and theory of mind. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2013, vol. 18, no. 1, pp. 12–29. DOI: 10.1093/deafed/ens035
31. Woolfe T., Want S.C., Siegal M. Siblings and theory of mind in deaf native signing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2003, vol. 8, no. 3, pp. 340–347. DOI: 10.1093/deafed/eng023.

32. Yu C., Chen C., Castellanos I. et al. What leads to coordinated attention in parent-toddler interactions? Children's hearing status matters. *Developmental Science*, 2020, vol. 23, no. 3, p. e12919. DOI: 10.1111/desc.12919.

33. Yu C., Monroy C., Chen C.H. et al. Action prediction during real-time parent-infant interactions. *Developmental Science*, 2021, vol. 24, no. 3, p. e13042. DOI: 10.1111/desc.13042

34. Yu C., Smith L.B. Hand-eye coordination predicts joint attention. *Child Development*, 2017, vol. 88, no. 6, pp. 2060–2078. DOI: 10.1111/cdev.12730

Информация об авторе

Смирнова Яна Константиновна, кандидат психологических наук, доцент, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5453-0144>, e-mail: yana.smirnova@mail.ru

Information about the author

Yana K. Smirnova, PhD (Psychology), Assistant Professor, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5453-0144>, e-mail: yana.smirnova@mail.ru

Получена: 09.07.2020

Received: 09.07.2020

Принята в печать: 25.05.2021

Accepted: 25.05.2021

Эмоциональные состояния учащихся подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом при восприятии опасных ситуаций

Фатихова Л.Ф.

Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы (ФГБОУ ВО БГПУ им. М. Акмуллы), г. Уфа, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7745-2457>, e-mail: lidiajune@mail.ru

Сайфутдиярова Е.Ф.

Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы (ФГБОУ ВО БГПУ им. М. Акмуллы), г. Уфа, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3821-5045>, e-mail: saiifi@inbox.ru

Статья посвящена проблеме исследования эмоциональных состояний в структуре психологической безопасности учащихся подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом. Была выдвинута гипотеза исследования о том, что сформированность эмоциональных состояний при восприятии учащимися опасных ситуаций зависит от возраста и наличия нарушений интеллекта. В исследовании, в котором приняли участие 157 детей подросткового (M=12,98 лет; SD=0,76 лет) и юношеского возраста (M=16,27 лет; SD=0,69 лет) с сохранным и нарушенным интеллектом, были использованы: Опросник на выявление типа отношения к опасности В.Г. Маралова (2012); методика «Эмоциональное отношение подростков к опасным ситуациям» (Л.Ф. Фатихова, Е.Ф. Сайфутдиярова, 2021), направленная на выявление эмоционального отношения к опасным для жизни, здоровья и благополучия ситуациям; методика «Подростки в опасных ситуациях» (Л.Ф. Фатихова, Е.Ф. Сайфутдиярова, 2020), предназначенная для изучения способности к распознаванию эмоциональных состояний людей, находящихся в опасной ситуации. Выявлены трудности идентификации своих эмоциональных состояний, распознавания эмоций участников опасных ситуаций, меньшее разнообразие эмоций, трудности выражения эмоций на вербальном уровне у подростков с нарушениями интеллекта в сравнении с их сверстниками с сохранным интеллектом. Критерий Манна–Уитни показал различия в показателях эмоционального отношения к опасным ситуациям и распознавания эмоций участников опасных ситуаций у представителей подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом. Полученные данные могут быть использованы при разработке программ по формированию способности подростков и лиц юношеского возраста адекватно воспринимать опасные ситуации и реагировать на них с учетом возраста и фактора сохранности / нарушения интеллекта.

Ключевые слова: восприятие опасных ситуаций, эмоциональное отношение к опасным ситуациям, распознавание эмоциональных состояний, подростки, юноши.

Фатихова Л.Ф., Сайфутдиярова Е.Ф.
Эмоциональные состояния учащихся подросткового
и юношеского возраста с сохранным и нарушенным
интеллектом при восприятии опасных ситуаций
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 145–164.

Fatikhova L.F., Sayfutdiyarova E.F. Emotional
States of Teenagers and Adolescents
with Intact and Impaired Intelligence
in Dangerous Situations Perception
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 145–164.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-013-00150 «Способности детей с нарушением интеллекта к распознаванию и избеганию опасных ситуаций».

Для цитаты: Фатихова Л.Ф., Сайфутдиярова Е.Ф. Эмоциональные состояния учащихся подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом при восприятии опасных ситуаций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 145–164. DOI: 10.17759/cpse.2021100209

Emotional States of Teenagers and Adolescents with Intact and Impaired Intelligence in Dangerous Situations Perception

Lidiya F. Fatikhova

*Bashkir State Pedagogical University n.a. M. Akmulla, Ufa, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7745-2457>, e-mail: lidiyajune@mail.ru*

Elena F. Sayfutdiyarova

*Bashkir State Pedagogical University n.a. M. Akmulla, Ufa, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3821-5045>, e-mail: saifi@inbox.ru*

The article is dedicated to the studying of emotional states in the structure of psychological security of teenage and adolescent students with both intact and impaired intellect. It is assumed that the development degree of emotional states, when students respond to dangerous situations, depends on the age and the intellectual impairments. The research engaged 157 teenagers (M=12,98 y.o.; SD=0,76 y.o.) and adolescents (M=16,27 y.o.; SD=0,69 y.o.). Some students had an intact intellect, whereas a number had an impaired intellect. The study used a questionnaire aimed at defining of the type of danger response by V.G. Maralov (2012). The research applied the work of the Emotional Attitude of Teenagers to Dangerous Situations (L.F. Fatikhova, E.F. Saifutdiyarova, 2021) aimed at the revealing of the emotional attitude to situations that threaten the life and health and to favourable situations. Present study also uses the work Teenagers in Dangerous Situations (L.F. Fatikhova, E.F. Saifutdiyarova, 2020) aimed to study the ability to recognize emotional states in people located in dangerous situations. The study revealed difficulties in the identification of emotional states and recognize emotions of participants of hazardous situations for teenagers with intellectual impairments compared to their intact-intellect peers. The impaired intellect teenagers prove to have a lower diversity of emotions and

difficulties to communicate their emotions verbally in case of danger. Mann–Whitney test revealed that teenagers and adolescents with intact and impaired intellect show different emotional attitude to dangerous situations and ability to recognize emotions of endangered people. The obtained findings can be applied when developing programs aimed at forming in teenagers and adolescents the ability to reasonably perceive and respond to dangerous situations with regards to their age and intellectual impairment.

Keywords: dangerous situations perception, emotional attitude to dangerous situations, recognition of feelings, teenagers, adolescents.

Funding. The research was conducted within the framework of Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 19-013-00150 “Abilities of children with intellectual disabilities to identify and avoid dangerous situations”.

For citation: Fatikhova L.F., Sayfutdiyarova E.F. Emotional States of Teenagers and Adolescents with Intact and Impaired Intelligence in Dangerous Situations Perception. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 145–164. DOI: 10.17759/cpse.2021100209 (In Russ.)

Введение

Начиная с 90-х годов XX века интерес исследователей все больше фиксируется на изучении проблем безопасности подрастающего поколения. В психологических исследованиях рассматриваются вопросы особенностей безопасного поведения детей на улице (на дороге, при общении с незнакомыми людьми) [10], в быту (опасное обращение с огнем, электроприборами, лекарственными препаратами), на природе (пожары, наводнения, землетрясение) [9; 17], в интернете (социальных сетях, сайтах) [4; 12; 14], при техногенных авариях и катастрофах, массовых беспорядках [3]. Учитывая тот факт, что дети, подростки и молодежь наиболее подвержены различным опасностям, внимание ученых обращено на изучение организации условий обучения безопасной жизнедеятельности: формирование знаний о различных опасностях, умение их предвидеть и избегать, а при столкновении с ними — уметь действовать адекватно ситуации [8].

В последнее время зарубежные и отечественные исследователи фокусируются на проблеме психологической безопасности образовательной среды: вопросах установления причин возникновения и условий преодоления различных опасностей, которым подвергаются ученики в школе (буллинг, моббинг), и воспитания культуры безопасного поведения [1; 7; 13; 16; 19; 20].

Не менее актуальной является проблема исследования поведения несовершеннолетних (в основном подростков), находящихся в социально опасном положении, т.е. в ситуациях, представляющих опасность для их жизни и здоровья, поскольку они испытывают острые эмоциональные переживания, что требует организации специальной коррекционной работы. В исследовании О.И. Калуги и Е.В. Самаль установлено, что подростки из неблагополучных семей,

находящиеся в социально опасном положении, проявляют высокий уровень тревожности, страхов, гнева; у них преобладает деструктивное, негативное отношение к себе и миру [2].

Зарубежные исследователи обращают внимание на тот факт, что современные молодые люди (подростки и юноши в возрасте от 14 до 20 лет) наиболее склонны к рискованному поведению и не способны оценить и описать свои собственные эмоции. Г. Зиммерманн указывает, что представители когнитивного подхода к проблеме рискованного поведения считают, что подростки склонны проявлять когнитивный эгоцентризм и игнорируют риски, считая себя неуязвимыми [22]. Однако, как отмечает автор, исследования последних трех десятилетий ставят под сомнение данное положение, и все чаще внимание исследователей направлено на изучение роли эмоциональных процессов в формировании склонности подростков к рискованному поведению. Б.А. Морронгиелло и Ш. Матеис также отмечают, что с возрастом подверженность различным опасностям возрастает по причине склонности детей к рискованному поведению, соответственно, увеличиваются и показатели травматизма, пик которых приходится на подростковый возраст. При этом виды опасности, которым подвергаются дети, варьируют в зависимости от их возраста. В частности, у подростков — это употребление наркотиков, алкоголя и курение [21].

Е.В. Лизунова считает, что способность противодействовать опасным ситуациям зависит от жизненного опыта человека, знания правил безопасного поведения, в то время как их недостаток порождает у человека тревогу, неуверенность в себе; страх охватывает его сознание, в результате он теряет способность к адекватным действиям в опасных ситуациях [9].

Способность понимать собственные эмоции и эмоциональные состояния других людей и умение управлять ими понимаются в психологии как эмоциональный интеллект. Результаты теоретических и эмпирических исследований позволили Ю.А. Королевой установить, что у подростков с интеллектуальными нарушениями недостаточно сформирована способность понимать и учитывать эмоциональные состояния партнеров по общению, у них ограничен репертуар эмоций: они плохо дифференцируют такие эмоциональные состояния, как обида, вина, страх, гнев [5]. Участие эмоционального компонента психики в распознавании опасных ситуаций была показана в исследованиях Дж.Д. Генри и его сотрудников [18]. Они отмечают, что обнаружение угрозы в выражении лица других (обработка их эмоций) является важным аспектом безопасности человека при общении с потенциально опасным собеседником, что затруднено у лиц с нарушением интеллекта.

Обзор психологических исследований показал, что проблема эмоциональной оценки восприятия человеком опасных ситуаций мало исследована и стала рассматриваться в отечественной психологической науке лишь в последнее десятилетие [8; 11]. И.М. Павлова отмечает, что нарушения в эмоциональной сфере затрудняют процесс адаптации личности в социуме, приводят к отклонениям

в психическом развитии, вплоть до формирования соматических расстройств, и чаще всего возникают в детском, подростковом и юношеском возрастах, так как в эти периоды психика человека наиболее восприимчива к травмирующим воздействиям [11]. Исследование О.И. Леоновой показало, что несоответствие образовательной среды критериям психологической безопасности приводит к формированию у школьника неблагоприятного варианта самоотношения, страха самовыражения, повышения уровня тревожности и фрустрации потребности в достижении успеха [7]. По результатам исследования В.И. Шалдеевой [17], направленного на изучение эмоциональных реакций подростков, переживших наводнение на Дальнем Востоке России в 2013 году, было установлено, что в воспоминаниях подростков об этой катастрофе наиболее выражены интеллектуальные эмоции (любопытство, интерес, удивление, принятие), на втором месте по выраженности оказались эмоции негативного прогноза (тревога, испуг, растерянность и замешательство), на третье место вышли эмоции фрустрации (безразличие, разочарование и гнев), а на четвертое — эмоции переживания горя, наиболее сильной из которых стала эмоция смирения. Из коммуникативных эмоций наиболее выраженной у этих подростков стала эмоция переживания опасности [17].

Таким образом, несмотря на повышенный интерес как зарубежных, так и отечественных исследователей к проблеме психологии безопасного поведения, феноменология эмоциональных состояний в структуре безопасного поведения остается малоизученной, но в то же время актуальной в связи с тем, что эмоциональные состояния играют роль механизма, регулирующего безопасное поведение в подростковом и юношеском возрастах. Особенно важна роль такого регулятора для лиц с нарушениями интеллектуального развития. Последнее и послужило аргументом для проведения исследования в данном направлении.

Программа исследования

Цель исследования состояла в том, чтобы выявить особенности восприятия детьми подросткового и юношеского возраста опасных ситуаций.

Была выдвинута следующая **гипотеза**: сформированность восприятия опасных ситуаций будет различаться как в зависимости от возраста, так и от наличия (отсутствия) нарушений интеллекта, а именно у представителей юношеского возраста уровень сформированности восприятия опасных ситуаций будет выше, чем у подростков; у подростков и молодых людей с сохранным интеллектом сформированность восприятия опасных ситуаций окажется выше, чем у подростков и молодых людей с нарушением интеллекта.

К восприятию опасных ситуаций мы отнесли тип реагирования на опасности, эмоциональное отношение к опасным ситуациям (способность обозначать свои эмоции в ответ на восприятие опасной ситуации), а также способность распознавать эмоциональные состояния участников опасных ситуаций.

Исследование включало следующие этапы: отбор выборки исследования в соответствии с целями исследования, разработка диагностического комплекса, анализ и интерпретация полученных данных.

Исследование проводилось в массовых и коррекционных школах. **Участниками** исследования выступили:

1. учащиеся с сохранным интеллектом ($n=101$), из них 51 учащийся подросткового возраста ($M=12,8$ лет; $SD=0,78$ лет; 28 мальчиков и 23 девочки) и 50 учащихся юношеского возраста ($M=16,38$ лет; $SD=0,49$ лет; 17 юношей и 33 девушки);

2. учащиеся с нарушением интеллекта ($n=56$), имевшие заключение психолого-медико-педагогической комиссии о наличии легкой умственной отсталости (F70), из них: 32 учащихся подросткового возраста ($M=13,25$ лет; $SD=0,67$ лет; 18 мальчиков и 14 девочек) и 24 — юношеского возраста ($M=16,04$ лет; $SD=0,95$ лет; 15 юношей и 9 девушек).

Согласие родителей учащихся на проведение исследования было получено посредством письменного опроса на родительском собрании.

Исследование проводилось студентами 4 курса очного отделения Института педагогики БГПУ им. М. Акмуллы, обучающимися по направлению 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование». Предварительно с ними были проведены обучающие семинары по овладению процедурой проведения методик. Продолжительность обследования составила 2 месяца (октябрь–ноябрь 2020 г.). Исследование каждого студента было индивидуальным и проводилось в отдельном кабинете в первой половине дня. Отбор участников исследования в группу учащихся с сохранным интеллектом осуществлялся по случайному принципу в соответствии с возрастом. Выборка участников с нарушением интеллекта формировалась на основе анализа психолого-медико-педагогической документации (заключения психолого-медико-педагогической комиссии) и с учетом возрастного разброса: от 12 до 14 лет — подростковый возраст и от 16 до 18 лет — юношеский.

Были использованы следующие экспериментальные **методики**:

1) Опросник на выявление типа отношения к опасности В.Г. Маралова и др. (проверка методики на надежность не осуществлялась) [6];

2) Методика «Эмоциональное отношение подростков к опасным ситуациям» (разработана авторами);

3) Методика «Подростки в опасных ситуациях» (разработана авторами) [15].

Авторские методики *не подвергались валидизации и проверке на надежность, что является ограничением исследования.*

В Опроснике на выявление типа отношения к опасности В.Г. Маралова респонденту предлагается выбрать из трех утверждений то, которое наиболее соответствует его отношению к различным ситуациям. На основании ответов респондента определяется ведущий из четырех возможных тип эмоционального отношения к опасности: адекватный, тревожный, игнорирующий, неопределенный.

Методика «Эмоциональное отношение подростков к опасным ситуациям» выявляет характер эмоционального отношения к ситуациям, опасным для жизни, здоровья и благополучия. Методика включает контурные сюжетные картинки с изображением 13 опасных ситуаций, сгруппированных в четыре группы:

1) опасности физической среды (опасное поведение на дороге, неосторожное употребление лекарств, пожар, неосторожное обращение с электричеством, утопление, развлечения на высоких зданиях, неосторожное поведение с дикими животными);

2) опасности социальной среды (драка, курение, жертва грабежа, злоупотребление алкоголем);

3) опасности информационной среды (общение в социальных сетях);

4) опасности образовательной среды (буллинг в школе).

При предъявлении картинки респонденту зачитывают текст с описанием опасной ситуации и просят выразить эмоциональное отношение к этой опасной ситуации: «Что ты чувствуешь? Почему?». В обработке ответов респондентов участвовало 4 эксперта. Обработка производилась по 4 балльной системе:

3 балла — респондент самостоятельно распознает опасность ситуации, определяет свое эмоциональное отношение к опасной ситуации и ее участнику (участникам) и объясняет причину своего отношения;

2 балла — респондент распознает, в чем состоит опасность ситуации, но затрудняется в определении эмоционального отношения к ситуации, объяснении причин своей эмоциональной реакции, но при предъявлении в качестве помощи фотографий с изображением эмоций, делает адекватный выбор и объясняет причину своего отношения;

1 балл — респондент самостоятельно не распознает, в чем состоит опасность ситуации, но способен определить свое эмоциональное отношение к ней при ее разъяснении, предъявлении вспомогательных вопросов.

0 баллов — ставится в случаях, если респондент:

1) не может распознать, в чем состоит опасность ситуации, даже в условиях предъявления помощи и (или) не способен выразить свое переживание по этому поводу или объяснить его причину;

2) описывает физическое состояние персонажа (персонажей) опасной ситуации от их или от своего лица;

3) испытывает безразличие, равнодушие при понимании опасности ситуации для жизни, здоровья и благополучия для героя ситуации или испытывает неадекватное ситуации эмоциональное состояние, например, радость или интерес при понимании неблагоприятных последствий ситуации;

4) распознает опасность ситуации, однако описывает не свое эмоциональное состояние, а состояние участника (участников) опасной ситуации.

К опасностям физической среды относится 7 ситуаций (максимальное количество баллов — 21), социальной среды — 4 ситуации (12 баллов), опасностям информационной среды — 1 ситуация (3 балла), опасностям образовательной среды — 1 ситуация (3 балла). Интегральный показатель вычислялся посредством суммирования баллов по всем видам опасностей (максимум – 39 баллов).

Методика «Подростки в опасных ситуациях» также представлена 11 картинками с изображением опасных ситуаций. Ее цель — выявление способности к распознаванию эмоций людей, находящихся в опасной ситуации. Использовались опасные ситуации трех групп:

1) опасности физической среды (игры на водоеме во время ледохода, игры на стройках, селфи в опасных местах (на краю высотных зданий), перебегание дороги в неположенном месте перед движущимся транспортом, опасное катание на велосипеде по дороге, опасные (агрессивные) животные на улице);

2) опасности социальной среды (драка подростков, курение, употребление алкоголя);

3) опасности информационной среды (угрозы в социальных сетях, агрессивные компьютерные игры).

Оценка опасности в образовательной среде в данной методике не осуществлялась, т.к. данная проблема достаточно подробно исследовалась в работах И.А. Бaeвой [1].

Респонденту предлагается составить рассказ по картинке с опорой на следующие вопросы:

- Кто изображен на картинке?
- Что он (они) делают?
- Какие чувства испытывает(ют) подросток(ки), изображенный(ые) на картинке?

В обработке ответов респондентов участвовало 4 диагноста, каждый из которых оценивал свою группу респондентов. Диагносты оценивали ответы респондентов по следующей шкале:

3 балла — респондент дает подробное описание ситуации, опасности, которую она представляет, объясняет мотивы поведения персонажа(ей) на картинке, мысли, которые приводят к данным чувствам и поступкам, описывает чувства персонажа(ей), иногда отражая свое отношение к поведению участников ситуации;

2 балла — респондент правильно, но формально описывает ситуацию, наводящие вопросы и подсказки ему не нужны. Правильно называет чувства,

которые испытывает(ют) персонаж(и), однако не называет причины, вызвавшие эти чувства;

1 балл — респонденту требуется помощь — карточки с фотографиями людей, испытывающих определенные эмоциональные состояния, и/или наводящие вопросы при описании чувств, которые испытывает персонаж(и), изображенный(ые) на картинках;

0 баллов — у респондента нет понимания опасности ситуации, он описывает ситуацию как неопасную или при понимании опасности не может правильно определить чувства персонажей, приписывает персонажу(ам) свое эмоциональное состояние; применение видов помощи нерезультативно.

К опасностям физической среды относится 6 ситуаций (максимальное количество баллов — 18), социальной среды — 3 ситуации (9 баллов), опасностям информационной среды — 2 ситуации (6 баллов). Интегральный показатель вычислялся посредством суммирования баллов по всем видам опасностей (33 балла).

Результаты исследования

Опишем результаты качественного анализа результатов исследования эмоциональных состояний при восприятии подростками и юношами опасных ситуаций, а именно эмоционального отношения к опасным ситуациям, которое выявлялось посредством методики «Эмоциональное отношение подростков к опасным ситуациям».

Анализ выполнения респондентами с *сохранным интеллектом* экспериментального задания показал, что в целом они выражают отрицательное отношение к опасным ситуациям и испытывают в достаточной степени разнообразные эмоциональные состояния: жалость, сочувствие к пострадавшему(им), злость, гнев, неприязнь к виновникам произошедшего, удивление и недоумение, стыд в связи с неразумным поведением участников опасных ситуаций. Равнодушие к участникам опасных ситуаций, их поступкам и поведению испытывало незначительное количество респондентов (23,76%), это эмоциональное состояние проявлялось эпизодически, преимущественно в тех ситуациях, в которых участник опасной ситуации оказывался одновременно и ее жертвой, и виновником.

Следует отметить и отражение в ответах респондентов нескольких, порой противоречивых, эмоциональных состояний. Например, респондент выражает сожаление по поводу ситуации отравления лекарствами в связи с тем, что человеку приходится лежать в больнице, но в то же время недоумение и даже отвращение, поскольку этот человек вел себя глупо и неразумно, употребляя лекарства без назначения врача. Другой учащийся, комментируя свое отношение к ситуации с неосторожным поведением с дикими животными, говорит, что испытывает шок, удивление и гнев в связи с тем, что человек полез в клетку ко льву, хотя там стоит предупреждающий знак, но в то же время чувствует сострадание, потому что человек может лишиться здоровья или даже жизни. Для респондентов с *сохранным интеллектом* также свойственно выражать эмоциональное отношение к разным

участникам опасных ситуаций: испытывать жалость, сочувствие к жертвам опасных ситуаций, а злость, отвращение, ненависть — к виновникам этих ситуаций.

Качественный анализ ответов участников исследования с *нарушенным интеллектом* показал как некоторое сходство в эмоциональном отношении к опасным ситуациям с их сверстниками без нарушений интеллекта, так и ряд существенных отличий.

К сходству можно отнести выражение грусти в связи с неблагоприятно сложившейся для ее участников ситуацией, жалости, сочувствия к жертвам и злости, ненависти к виновникам опасных ситуаций, удивления в связи с неразумным поведением жертвы, опасения самому стать жертвой такой опасной ситуации, досадой из-за того, что персонаж оказался в ситуации опасности по вине других. Таким образом, респонденты с нарушением интеллекта испытывали эмоции, схожие по модальности с эмоциями сверстников с сохранным интеллектом.

К отличиям эмоционального отношения участников исследования с нарушенным интеллектом в сравнении с их сверстниками, не имеющими нарушений в развитии, можно отнести меньший реестр испытываемых эмоций; более частое проявление безразличия к участникам опасных ситуаций и к самой опасной ситуации; редкое проявление двух и более эмоциональных состояний в ответ на восприятие опасной ситуации; отсутствие тенденции анализировать поведение всех участников ситуации; слабую тенденцию к порицанию виновника опасной ситуации; косное проявление эмоционального отношения как к жертвам, так и виновникам опасной ситуации (грусть, страх, жалость); случаи неадекватного эмоционального отношения в виде радости и интереса к происходящему; отсутствие сочувствия к жертвам опасной ситуации, трудности выражения отношения к ней в связи с недостаточной способностью к распознаванию опасности; склонность описывать не свое отношение к опасной ситуации, а состояние участников ситуации.

Статистический анализ данных проводился в программе SPSS v. 17 посредством U-критерия Манна–Уитни.

В табл. 1 приведены результаты сравнения эмоциональных состояний при восприятии опасных ситуаций у подростков и респондентов юношеского возраста. У респондентов подросткового и юношеского возраста различаются способности к распознаванию эмоциональных состояний людей, оказавшихся в опасных ситуациях. Это правомерно в отношении всех трех типов опасных ситуаций — опасностей физической, социальной и информационной среды, а также в отношении способности к распознаванию эмоциональных состояний людей в целом (интегральный показатель). Степени реагирования на опасность и уровни сформированности отношения к опасным ситуациям у респондентов подросткового и юношеского возраста статистически не различаются.

Сравним показатели эмоциональных состояний при восприятии опасных ситуаций у респондентов подросткового и юношеского возраста с нарушениями интеллекта и без таковых (табл. 2).

Таблица 1

**Межгрупповые различия параметров восприятия опасных ситуаций
 в группе респондентов подросткового и юношеского возраста**

Параметры	Подростки (n=83)	Представители юношеского возраста (n=74)	Статистики	
	Сумма рангов	Сумма рангов	U	p-level
Адекватный тип реагирования на опасности	6486,5	5916,5	3000,5	0,804
Тревожный тип реагирования на опасности	6744,5	5658,5	2883,5	0,510
Игнорирующий тип реагирования на опасности	6575,0	5828,0	3053,0	0,950
Неопределенный тип реагирования в ситуациях опасности	6642,5	5760,5	2985,5	0,764
Эмоциональное отношение к опасностям физической среды	6936,0	5467,0	2692,0	0,183
Эмоциональное отношение к опасностям социальной среды	6872,5	5530,5	2755,5	0,267
Эмоциональное отношение к опасностям информационной среды	7043,0	5360,0	2585,0	0,087
Эмоциональное отношение к опасностям образовательной среды	6294,0	6109,0	2808,0	0,355
Интегральный показатель эмоционального отношения к опасным ситуациям	7028,5	5374,5	2599,5	0,097
Распознавание эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях физической среды	5140,0	7263,0	1654,0	0,001
Распознавание эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях социальной среды	5357,5	7045,5	1871,5	0,001
Распознавание эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях информационной среды	5671,0	6732,0	2185,0	0,002
Интегральный показатель распознавания эмоциональных состояний людей, находящихся в опасной ситуации	5091,5	7311,5	1605,5	0,001

Таблица 2

**Межгрупповые различия параметров восприятия опасных ситуаций
 в группе респондентов с сохранным и нарушенным интеллектом**

Параметры	Респонденты с нарушенным интеллектом (n=56)	Респонденты с сохранным интеллектом (n=101)	Статистики	
	Сумма рангов	Сумма рангов	U	p-value
Адекватный тип реагирования на опасности	3261,0	9142,0	20,29	0,001
Тревожный тип реагирования на опасности	4719,0	7684,0	1,07	0,280
Игнорирующий тип реагирования на опасности	4814,5	7588,5	1,46	0,152
Неопределенный тип реагирования в ситуациях опасности	5335,0	7068,0	17,11	0,001
Эмоциональное отношение к опасностям физической среды	2971,5	9431,5	1375,5	0,001
Эмоциональное отношение к опасностям социальной среды	3260,5	9142,5	1664,5	0,001
Эмоциональное отношение к опасностям информационной среды	3695,0	8708,0	2099,0	0,008
Эмоциональное отношение к опасностям образовательной среды	3118,5	9284,5	1522,5	0,001
Интегральный показатель эмоционального отношения к опасным ситуациям	2990,0	9413,0	1394,0	0,001
Распознавание эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях физической среды	3682,5	8720,5	2086,5	0,007
Распознавание эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях социальной среды	2922,0	9481,0	1326,0	0,001
Распознавание эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях информационной среды	4009,0	8394,0	2413,0	0,128
Интегральный показатель распознавания эмоциональных состояний людей, находящихся в опасной ситуации	3409,5	8993,5	1813,5	0,001

Данные статистического анализа показали межгрупповые различия (у респондентов с сохранным и нарушенным интеллектом) по таким показателям восприятия опасных ситуаций, как: способность адекватно реагировать на опасности, способность проявлять свое эмоциональное отношение ко всем типам опасностей (опасности физической, социальной, информационной, образовательной среды), а также способность распознавать эмоции участников опасных ситуаций физической и социальной среды. У респондентов с нарушением интеллекта эти способности имеют более низкий уровень сформированности, чем у их сверстников с сохранным интеллектом. Различия в уровне сформированности не обнаружены по двум показателям эмоциональных состояний при восприятии опасных ситуаций — Тревожному и Игнорирующему типам реагирования на опасности, а также по уровню сформированности способности к распознаванию эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях информационной среды.

Обсуждение результатов

Данные статистического анализа позволяют говорить о частичном подтверждении гипотезы исследования о том, что сформированность восприятия опасных ситуаций зависит как от возраста, так и от наличия (отсутствия) нарушений интеллекта.

Обсудим сначала выявленные различия в проявлении эмоциональных состояний при восприятии опасных ситуаций, обусловленных возрастом. У респондентов юношеского возраста способность к распознаванию эмоциональных состояний развита лучше, чем у подростков. В юношеском возрасте респонденты успешнее распознавали эмоциональные состояния участников, находящихся во всех представленных опасных ситуациях, несущих угрозы физической, социальной и информационной среды. Однако гипотеза о том, что существуют обусловленные возрастом различия в уровне сформированности подросткового и юношеского отношения к опасным ситуациям, не получила своего подтверждения. Не были обнаружены различия у подростков и респондентов юношеского возраста и в уровне реагирования на опасности: такие типы реагирования на опасность, как адекватный, тревожный, игнорирующий и неопределенный, не имеют существенных возрастных различий.

Обратимся к выявленным различиям, обусловленным наличием (отсутствием) нарушения интеллекта. Этот фактор обуславливает гораздо больше различий, обнаруженных при изучении восприятия респондентами опасных ситуаций. Так, выявлены различия между подростками и участниками исследования юношеского возраста с нарушенным и сохранным интеллектом как в отражении своего эмоционального отношения к опасным ситуациям, так и в их способности к распознаванию эмоций участников опасных ситуаций. Что касается типов реагирования на опасность, то различия обнаружены не по всем типам: дети с нарушением интеллекта менее склонны проявлять адекватный тип реагирования на опасность, и, напротив, более склонны к неопределенному типу реагирования, чем их сверстники с сохранным интеллектом.

Таким образом, в возрастном диапазоне от подросткового возраста до юношеского изменяется лишь способность к оценке эмоциональных состояний участников опасных ситуаций (у лиц юношеского возраста она выше, чем у подростков), в то время как компонент безопасного поведения, связанный с эмоциональным отношением к опасным ситуациям, реагированием на них, не претерпевает значительных изменений. При сравнении же лиц подросткового и юношеского возраста по фактору наличия/отсутствия нарушений интеллекта различия наблюдаются как в распознавании собственных эмоций, так и эмоций других, при восприятии и оценке степени и характера опасности: учащиеся подросткового и юношеского возраста с сохранным интеллектом лучше владеют этими способностями, чем их сверстники с нарушенным интеллектом. Это свидетельствует о различиях в структуре эмоционального компонента безопасного поведения у учащихся с сохранным и нарушенным интеллектом и позволяет сделать предположение о специфике механизмов его формирования у последних.

Результаты проведенного исследования согласуются с результатами исследования Ю.А. Королевой о том, что у подростков с нарушением интеллекта ограничены репертуар эмоций и способность распознавать эмоции других людей [5], что нашло отражение и в нашем исследовании в части восприятия эмоций у участников опасных ситуаций. Однако в рамках нашего исследования эти результаты получили подтверждение как на подростковой, так и на юношеской возрастных группах.

Результаты проведенного нами исследования также соотносятся с данными, полученными Дж.Г. Генри и его сотрудниками, которые отметили, что нарушения интеллекта вызывают трудности интерпретации эмоций человека по выражению его лица [18]. Эту особенность мы также отметили, когда предъявляли респондентам в качестве помощи для выполнения экспериментального задания по распознаванию эмоциональных состояний участников опасных ситуаций карточки с фотографиями людей, испытывающих эти состояния. Когда такая помощь предъявлялась респондентам с сохранным интеллектом, она всегда была эффективной и не требовала дополнительных пояснений о том, какую именно эмоцию испытывает человек на фото. Респондентам с нарушенным интеллектом такие пояснения требовались.

Выводы

Результаты анализа зарубежных и отечественных исследований позволили установить, что изучение эмоционального аспекта безопасного поведения только начинает рассматриваться в психологической науке на различных социальных выборках по отношению к разным видам опасностей. Необходимость исследования данной проблемы связана с тем, что именно эмоциональные реакции индивида обуславливают принятие решения и определяют его поведение в той или иной опасной ситуации.

Гипотеза о том, что сформированность восприятия опасных ситуаций будет различаться как в зависимости от возраста, так и от наличия (отсутствия) нарушений интеллекта, получила частичное подтверждение, а именно:

1. в юношеском возрасте способность к распознаванию эмоциональных состояний выше, чем в подростковом. Это касается распознавания эмоциональных состояний людей, находящихся в опасностях физической, социальной и информационной сред. При этом подростковое отношение к опасным ситуациям существенно не отличается по уровню сформированности от подобного отношения в юношеском возрасте. Нет возрастных различий и в уровне реагирования на опасности;

2. различия, обнаруженные у детей с нарушенным интеллектом в сравнении с их сверстниками с сохранным интеллектом, касаются как эмоционального отношения к опасным ситуациям, так и способности к распознаванию эмоций у людей, оказавшихся в этих ситуациях. В целом у подростков и молодых людей с нарушенным интеллектом уровни сформированности этого отношения и распознавания эмоций ниже, чем у детей с сохранным интеллектом. Что касается типов реагирования на опасность, то различия обнаружены по таким типам, как адекватный и неопределенный типы: у участников исследования с нарушением интеллекта уровень сформированности адекватного и неопределенного типа ниже.

Полученные данные могут стать основанием для разработки подходов к формированию способности у представителей подросткового и юношеского возраста к эмоциональному реагированию на опасные ситуации и тем самым способствовать избеганию ими опасностей для жизни, здоровья и социального благополучия человека, формированию моделей безопасного поведения с учетом выявленных возрастных особенностей и особенностей, связанных с наличием ментальных нарушений. Дополнительной целью может стать направленность коррекционной работы с подростками на развитие способности к распознаванию эмоций людей, оказавшихся в опасной ситуации, а также формирование умения учитывать понимание эмоций людей при организации своего поведения в опасных ситуациях. Такая коррекционная работа позволит сформировать способность подростков к адекватному отношению к опасности и дифференцированному отношению к различным субъектам опасной ситуации (жертвам и виновникам), расширять реестр эмоциональных реакций на опасную ситуацию, повысить способность к распознаванию как собственных эмоций при восприятии опасных ситуаций, так и эмоций участников этих ситуаций.

К полученным результатам необходимо относиться с осторожностью, учитывая следующие методологические ограничения исследования:

1) не осуществлялась валидизация и проверка на надежность авторских методик;

2) не проверялась согласованность оценок диагностов в связи с тем, что каждый из четырех диагностов оценивал свою группу респондентов;

3) не изучены половые различия эмоциональных состояний при восприятии опасных ситуаций у подростков и лиц юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом;

4) не выявлены каузальные связи факторов «Возраст» и «Нарушение интеллекта» и показателей эмоциональных состояний при восприятии опасных

ситуаций представителями подросткового и юношеского возраста с сохранным и нарушенным интеллектом.

Литература

1. Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды в структуре комплексной безопасности образовательной организации // Казанский педагогический журнал. 2017. Том 125. № 6. С. 12–18.
2. Калуга О.И., Самаль Е.В. Эмоционально-волевая сфера и отношение к себе и к миру у подростков, находящихся в социально опасном положении // Научные труды Республиканского института высшей школы. 2017. Том 17. № 3. С. 183–190.
3. Картавых М.А., Епишкова Е.А. Развитие у обучающихся основной школы умений прогнозирования последствий опасных ситуаций [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 4. С. 100. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_39251269_30524880.pdf (дата обращения: 28.03.2020).
4. Кирюхина Д.В. Кибербуллинг среди молодых пользователей социальных сетей [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2019. Том 8. № 3. С. 53–59. DOI: 10.17759/jmfp.2019080306.
5. Королева Ю.А. Когнитивно-эмоциональная компетентность подростков с умственной отсталостью и подростков с сенсорной недостаточностью // Проблемы современного педагогического образования. 2018. Том 59. № 2. С. 428–433.
6. Маралов В.Г., Малышева Е.Ю., Нифонтова О.В. и др. Разработка теста-опросника сензитивности к угрозам в юношеском возрасте // Перспективы науки. 2012. № 8. С. 32–37.
7. Леонова О.И. Эмоционально-личностное состояние подростков в школе с психологически опасной образовательной средой // Культурно-историческая психология. 2010. № 2. С. 76–82.
8. Лизунова Е.В. К вопросу о формировании стрессоустойчивости у подростков к опасным ситуациям // Карельский научный журнал. 2015. Том 10. № 1. С. 45–48.
9. Лизунова Е.В. Особенности поведенческих реакций младших школьников в опасных ситуациях социального характера // Самарский научный вестник. 2014. Том 7. № 2. С. 59–61.
10. Медведева Е.Ю., Олхина Е.А. Психолого-педагогические условия формирования навыков безопасного поведения на дорогах у обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Карельский научный журнал. 2019. Том 8. № 4. С. 40–45. DOI: 10.26140/knz4-2019-0804-0011
11. Павлова И.М. Психокоррекция эмоционально-волевой сферы личности учащихся, находящихся в социально опасном положении // Психологическое сопровождение образовательного процесса. 2012. Том 1. № 1-2. С. 242–248.

Фатихова Л.Ф., Сайфутдиярова Е.Ф.
Эмоциональные состояния учащихся подросткового
и юношеского возраста с сохранным и нарушенным
интеллектом при восприятии опасных ситуаций
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 145–164.

*Fatikhova L.F., Sayfutdiyarova E.F. Emotional
States of Teenagers and Adolescents
with Intact and Impaired Intelligence
in Dangerous Situations Perception
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 145–164.*

12. Романова Е.С., Бершедова Л.И. Информационно-психологическая безопасность подростков: системно-психологический анализ // Системная психология и социология. 2018. Том 27. № 3. С. 26–38.

13. Сергеев С.Ф. Постклассические модели психологической безопасности в образовательных средах // Школьные технологии. 2012. № 2. С. 66–71.

14. Собкин В.С., Федотова А.В. Подростковая агрессия в социальных сетях: восприятие и личный опыт // Психологическая наука и образование. 2019. Том 24. № 2. С 5–18. DOI: 10.17759/pse.2019240201

15. Фатихова Л.Ф., Сайфутдиярова Е.Ф. Различия характеристик безопасности учащихся с ментальными нарушениями в подростковом и юношеском возрасте // Интеграция образования. 2020. Том 24. № 2. С. 252–275. DOI: 10.15507/1991-9468.099.024.202002.252-275

16. Шалагинова К.С., Куликова Т.И., Залыгаева С.А. Гендерные особенности буллинга в подростковом возрасте // Психологическая наука и образование. 2019. Том 24. № 4. С. 62–71. DOI: 10.17759/pse.2019240405

17. Шалдеева В.И. Особенности эмоциональных реакций подростков во время экстремальных ситуаций // Амурский научный вестник. 2017. № 2. С. 123–128.

18. Henry J.D., Thompson C., Ruffman T. et al. Threat perception in mild cognitive impairment and early dementia // Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences. 2009. Vol. 64. № 5. P. 603–607. DOI: 10.1093/geronb/gbp064

19. Mayer M.J., Furlong M.J. How safe are our schools? // Educational Researcher. 2010. Vol. 39. № 1. P. 16–26. DOI: 10.3102/0013189X09357617

20. Morrison G.M., Furlong M.J., Morrison R.L. School violence to school safety: reframing the issue for school psychologists // School Psychology Review. 1994. Vol. 23. № 2. P. 236–256. DOI: 10.1080/02796015.1994.12085709

21. Morrongiello B.A., Matheis Sh. Understanding children's injury-risk behaviors: The independent contributions of cognitions and emotions // Journal of Pediatric Psychology. 2007. Vol. 32. № 8. P. 926–937. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm027

22. Zimmermann G. Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland // Journal of Youth Studies. 2010. Vol. 13. № 1. P. 83–99. DOI: 10.1080/13676260903173488

References

1. Baeva I.A. Psikhologicheskaya bezopasnost' obrazovatel'noi sredy v strukture kompleksnoi bezopasnosti obrazovatel'noi organizatsii [Psychological security of educational environment in the structure of integrated security of educational

organization]. *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal*=*Kazan Pedagogical Journal*, 2017, vol. 125, no. 6, pp. 12–18. (In Russ.)

2. Kulaha O.I., Samal E.V. Emotsional'no-volevaya sfera i otnoshenie k sebe i k miru u podrostkov, nakhodyashchikhsya v sotsial'no opasnom polozhenii [Emotional and strong-willed sphere and the attitude towards and to the world at teenagers, being in socially dangerous situation]. *Nauchnye trudy Respublikanskogo instituta vysshei shkoly*=*Scientific Works of the Republic Institute of Higher Education*, 2017, vol. 17, no. 3, pp. 183–190. (In Russ.).

3. Kartavykh M.A., Epishkova E.A. Razvitie u obuchayushchikhsya osnovnoi shkoly umenii prognozirovaniya posledstviy opasnykh situatsii [Development in students of the main school of abilities of forecasting of consequences of dangerous situations]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*=*Modern Problems of Science and Education*, 2019, no. 4, p. 100. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_39251269_30524880.pdf (Accessed: 28.03.2020) (In Russ.).

4. Kiriukhina D.V. Kiberbullying sredi molodykh pol'zovatelei sotsial'nykh setei [Cyberbullying among young users of social networks] [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya*=*Journal of Modern Foreign Psychology*, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 53–59. DOI: 10.17759/jmfp.2019080306 (In Russ., Abstr. in Engl.).

5. Koroleva Yu. A. Kognitivno-emotsional'naya kompetentnost' podrostkov s umstvennoi otstalost'yu i podrostkov s sensornoi nedostatochnost'yu [Cognitive-emotional competence of adolescents with mental retardation and adolescents with sensory disabilities]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*=*Problems of Modern Pedagogical Education*, 2018, vol. 59, no. 2, pp. 428–433. (In Russ.).

6. Maralov V.G., Malysheva E.Y., Nifontova O.V., et al. Razrabotka testa-oprosnika senzitivnosti k ugrozam v yunosheskom vozraste [Development of teston sensitivity to threats in adolescence]. *Perspektivy nauki*=*Science Prospects*, 2012, vol. 35, no. 8, pp. 32–37. (In Russ.).

7. Leonova O.I. Emotsional'no-lichnostnoe sostoyanie podrostkov v shkole s psikhologicheski opasnoi obrazovatel'noi sredoi [Emotional and personal status of adolescents in schools with a psychologically dangerous and safe educational environment]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya*=*Cultural-Historical Psychology*, 2010, vol. 6, no. 2, pp. 76–82. (In Russ., Abstr. in Engl.)

8. Lizunova E.V. K voprosu o formirovanii stressoustoichivosti u podrostkov k opasnym situatsiyam [To the question about the formation of stress tolerance in adolescent's dangerous situations]. *Karel'skii nauchnyi zhurnal*=*Karelian Scientific Journal*, 2015, vol. 10, no. 1, pp. 45–48. (In Russ.).

9. Lizunova E.V. Osobennosti povedencheskikh reaktsii mladshikh shkol'nikov v opasnykh situatsiyakh sotsial'nogo kharaktera [Primary school students' behavioral reactions in situations of social danger]. *Samarskii nauchnyi vestnik*=*Samara Journal of Science*, 2014, vol. 7, no. 2, pp.59–61. (In Russ.).

10. Medvedeva E.Yu., Olkhina E.A. Psikhologo-pedagogicheskie usloviya formirovaniya navykov bezopasnogo povedeniya na dorogakh u obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Psychological and pedagogical conditions of formation of skills of safe behavior on the roads in students with disabilities]. *Karel'skij nauchnyj zhurnal=Karelian Scientific Journal*, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 40–45. (In Russ.).
11. Pavlova I.M. Psikhokorreksiya emotsional'no-volevoi sfery lichnosti uchashchikhsya, nakhodyashchikhsya v sotsial'no opasnom polozhenii [Psychocorrection of the emotional and volitional sphere of students personality in a socially dangerous situation]. *Psikhologicheskoe soprovozhdenie obrazovatel'nogo protsessa=Psychological Support of the Educational Process*, 2012, vol. 1, no. 2, pp. 242–248. (In Russ.).
12. Romanova E.S., Bershedova L.I. Informatsionno-psikhologicheskaya bezopasnost' podrostkov: sistemno-psikhologicheskii analiz [Information and psychological security for adolescents: systemic and psychological analysis]. *Sistemnaya psihologiya i sociologiya=Systems Psychology and Sociology*, 2018, vol. 27, no. 3, pp. 26–38. (In Russ.).
13. Sergeev S.F. Postklassicheskie modeli psikhologicheskoi bezopasnosti v obrazovatel'nykh sredakh [Post-classical model of psychological safety in educational environments]. *Shkol'nye tekhnologii=School Technologies*, 2012, no. 2, pp. 66–71. (In Russ.).
14. Sobkin V.S., Fedotova A.V. Podrostkovaya agressiya v sotsial'nykh setyakh: vospriyatie i lichnyi opyt [Adolescent aggression in social media: perception and personal experience]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2019, vol. 24, no. 2, pp. 5–18. DOI: 10.17759/pse.2019240201 (In Russ., Abstr. in Engl.).
15. Fatikhova L.F., Sayfutdiyayrova E.F. Razlichiya kharakteristik bezopasnosti uchashchikhsya s mental'nymi narusheniyami v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Safety criteria differences of learners with mental disorders in early and late adolescence as compared to normotypic peers]. *Integratsiya obrazovaniya=Integration of Education*, 2020, vol. 24 no. 2, pp. 252–275. DOI: 10.15507/1991-9468.099.024.202002.252-275 (In Russ., Abstr. in Engl.).
16. Shalaginova K.S., Kulikova T.I., Zalygaeva S.A. Gendernye osobennosti bullinga v podrostkovom vozraste [Gender features of bullying in adolescence]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2019, vol. 24, no. 4, pp. 62–71. DOI: 10.17759/pse.2019240405. (In Russ., Abstr. in Engl.).
17. Shaldeeva V.I. Osobennosti emotsional'nykh reaktsii podrostkov vo vremya ekstremal'nykh situatsii [Emotions of adolescent in an emergency situation]. *Amurskii nauchnyj vestnik=Amur Scientific Bulletin*, 2017, no. 2, pp. 123–128. (In Russ.).
18. Henry J.D., Thompson C., Ruffman T. et al. Threat perception in mild cognitive impairment and early dementia. *Journals of Gerontology. Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009, vol. 5, no. 64, pp. 603–607. DOI: 10.1093/geronb/gbp064
19. Mayer M.J. and Furlong M.J. How safe are our schools? *Educational Researcher*, 2010, vol. 39, no. 1, pp. 16–26. DOI: 10.3102/0013189X09357617

Фатихова Л.Ф., Сайфутдиярова Е.Ф.
Эмоциональные состояния учащихся подросткового
и юношеского возраста с сохранным и нарушенным
интеллектом при восприятии опасных ситуаций
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 145–164.

*Fatikhova L.F., Sayfutdiyarova E.F. Emotional
States of Teenagers and Adolescents
with Intact and Impaired Intelligence
in Dangerous Situations Perception
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 145–164.*

20. Morrison G.M., Furlong M.J., Morrison R.L. School violence to school safety: reframing the issue for school psychologists. *School Psychology Review*, 1994, vol. 2, no. 23, pp. 236–256. DOI: 10.1080/02796015.1994.12085709

21. Morrongiello B.A., Matheis Sh. Understanding children's injury-risk behaviors: the independent contributions of cognitions and emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, vol. 32, no. 8, pp. 926–937. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm027

22. Zimmermann G. Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of Youth Studies*, 2010, vol. 13, no. 1, pp. 83–99. DOI: 10.1080/13676260903173488

Информация об авторах

Фатихова Лидия Фаварисовна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы (ФГБОУ ВО БГПУ им. М. Акмуллы), г. Уфа, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7745-2457>, e-mail: lidiajune@mail.ru

Сайфутдиярова Елена Фаварисовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы (ФГБОУ ВО БГПУ им. М. Акмуллы), г. Уфа, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3821-5045>, e-mail: saifi@inbox.ru

Information about the authors

Lidiya F. Fatikhova, PhD (Psychology), Associate Professor, Bashkir State Pedagogical University n.a. M. Akmulla, Ufa, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7745-2457>, e-mail: lidiajune@mail.ru

Elena F. Sayfutdiyarova, PhD (Psychology), Associate Professor, Bashkir State Pedagogical University n.a. M. Akmulla, Ufa, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3821-5045>, e-mail: saifi@inbox.ru

Получена: 07.04.2020

Received: 07.04.2020

Принята в печать: 10.05.2021

Accepted: 10.05.2021

Тьюторское сопровождение обучающихся с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования

Самсонова Е.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru*

Мельник Ю.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru*

Карпенкова И.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8725-9944>, e-mail: innet_karp@mail.ru*

Авторами исследования анализируется специфика тьюторского сопровождения обучающихся с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования. На основе анализа отечественных исследований предлагается деятельностная модель тьюторского сопровождения, основной целью которого является создание условий для становления субъектной позиции индивида. В качестве эмпирического материала в статье проанализированы индивидуальные кейсы тьюторского сопровождения обучающихся с расстройством аутистического спектра, имеющих поведенческие и ментальные особенности, которые детерминируют сложности их включения в образовательный процесс, в силу чего актуализируется проблема их тьюторского сопровождения. Анализ кейсов показывает актуальность работы тьютора в рамках деятельностного подхода по обеспечению условий для формирования осознанной включенности обучающихся в образовательный процесс, становления субъектной позиции, что требует дополнительных исследований на более широкой выборке.

Ключевые слова: инклюзивное образование, инклюзивный процесс, деятельностный подход, тьютор, тьюторское сопровождение, особые образовательные потребности, инвалидность, ограниченные возможности здоровья.

Финансирование. Статья подготовлена в рамках выполнения общественно значимых мероприятий Минпросвещения России (Приказ № 272 от 26.05.2021 о проведении VI Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование и общество: стратегии, практики, ресурсы»).

Самсонова Е.В., Мельник Ю.В., Карпенкова И.В.
Тьюторское сопровождение обучающихся
с особыми образовательными потребностями
в условиях инклюзивного образования
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 165–182.

Samsonova E.V., Mel'nik Yu.V., Karpenkova I.V.
Tutor Support of Learners
with Special Educational Needs
in Conditions of Inclusive Education
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 165–182.

Благодарности. Авторы выражают признательность О.Н. Малаховой за помощь в сборе данных для исследования.

Для цитаты: Самсонова Е.В., Мельник Ю.В., Карпенкова И.В. Тьюторское сопровождение обучающихся с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 165–182. DOI: 10.17759/cpse.2021100210

Tutor Support of Learners with Special Educational Needs in Conditions of Inclusive Education

Elena V. Samsonova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru*

Yulia V. Mel'nik

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru*

Inna V. Karpenkova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8725-9944>, e-mail: innet_karp@mail.ru*

Authors of the study analyze key characteristics of tutor support for students with special educational needs in the context of inclusive education. An activity model of tutor support based on the analysis of foreign and domestic research is proposed. The main goal of presented model is to create conditions for the development of active position of the individual. Individual cases of tutor support for students with autism spectrum disorders and behavioral and mental characteristics that determine various difficulties of their inclusion in the educational process are considered in the article. Due to the mentioned aspects, the problem of tutor support is actualized. Case analysis shows the relevance of a tutor's work within the framework of an activity-based approach to provide conditions for the development of a conscious involvement of students in the educational process as well as the development of an active position. Present situation requires additional research.

Keywords: inclusive education, inclusive process, activity approach, tutor, tutor support, special educational needs, disability, limited health abilities.

Funding. The article was prepared as part of the implementation of socially significant events of the Ministry of Education of the Russian Federation (ministerial order № 272), dated May, 26, 2021 on the holding of the VI International Scientific and Practical Conference "Inclusive Education and Society: Strategies, Practices, Resources".

Acknowledgments. The authors are grateful to O.N. Malakhova for her help in collecting data for the study.

For citation: Samsonova E.V., Mel'nik Yu.V., Tutor Support of Learners with Special Educational Needs in Conditions of Inclusive Education. *Klinicheskaja i spetsial'naja psichologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 165–182. DOI: 10.17759/cpse.2021100210 (In Russ.)

Введение

Одна из заметных тенденций реформирования современного образования связана с введением новых профессий, в том числе с появлением новой профессии «тьютор», что требует разработки модели и технологий ее реализации, в том числе определения специфики деятельности тьютора в условиях инклюзивного образования.

Целью данного исследования являются систематизация представлений о тьюторской деятельности на основе анализа зарубежных и отечественных подходов и обобщение их в модели профессиональной деятельности тьютора. В задачи исследования входит анализ тьюторской деятельности при сопровождении обучающихся с особыми образовательными потребностями (ООП), индивидуальных кейсов тьюторского сопровождения обучающихся, имеющих трудности в обучении в связи с расстройством аутистического спектра, ментальными нарушениями.

Анализ зарубежных и отечественных представлений о тьюторском сопровождении обучающихся в образовательном процессе демонстрирует вариативность концептуальных позиций к определению специфики деятельности тьютора. Так, английские исследователи D. Grey и C. Osborn приводят классификацию J. Earwaker (1992), состоящую из трех моделей тьюторского сопровождения: пасторской модели тьюторства, в которой тьютор предлагает поддержку по академическим и личным вопросам; модели Professional, ориентированной на индивидуальное консультирование по освоению академического содержания, в которой тьютор помогает ученикам понять, почему они должны посещать определенные занятия в определенной последовательности, какие знания и навыки они могут развить в классах, указывает на связь между результатами обучения по учебной программе и знаниями и навыками, которые им будут необходимы при дальнейшем обучении и в будущей карьере; модели интеграции в учебную программу, когда тьютор проводит групповые занятия, где обучающиеся обсуждают свои ожидания, осознают собственные способы обучения и планируют свою деятельность по освоению учебной программы [15]. Модель интеграции в учебную программу становится все более распространенной

в Великобритании, так как она способствует построению взаимоотношений со сверстниками, создает чувство принадлежности и развивает у учащихся способность работать с другими и учиться у своих сверстников.

Кроме того, зарубежными авторами выделяется системная модель тьюторской деятельности, основанная на социологических категориях теории систем и социально-психологических аспектах деятельностного подхода [24]. В соответствии с данной моделью в ходе своей работы тьютор всегда сталкивается с противоречиями между требованиями социальной среды и непосредственной ситуацией развития конкретного ребенка, которые преодолеваются тьютором за счет профессиональной модификации среды как условия для развития ребенка.

В своем исследовании мы опираемся на деятельностный подход [5; 8], в котором тьютор определяется как профессионал, сопровождающий освоение ребенком процессов деятельности, и предлагаем обобщить различные компоненты, представленные в зарубежных и отечественных исследованиях, в единую деятельностную модель: ценности, цели, позиции, личностные качества, процесс деятельности, состоящий из ряда этапов [5], инструментарий или технологии, системный контекст деятельности.

Авторским коллективом под руководством Т.М. Ковалевой, разрабатывающим и внедряющим идеи тьюторства в отечественной образовательной практике, под тьюторским сопровождением понимается педагогическая деятельность по индивидуализации образования, направленная на выявление и развитие образовательных мотивов и интересов учащегося, поиск образовательных ресурсов для создания его индивидуальной образовательной программы [6].

Основной целью тьюторской деятельности определяется усиление активности самого обучающегося (в том числе с особыми образовательными потребностями) в процессе освоения учебных задач и достижения продуктивной социализации. Среди основных инструментов достижения данной цели выделяется создание дружественной социальной среды в образовательной организации, а также необходимых условий для становления социального партнерства в инклюзивном образовательном пространстве [14; 19]. Одновременно с этим при реализации тьюторского сопровождения обучающегося в учебном процессе исследователи выделяют ряд возможных видов функциональных позиций, которые может занимать данный специалист в ходе своей профессиональной деятельности: учебно-коммуникативную, менеджерскую и сервисно-техническую [17]. Российскими исследователями также выделяются различные позиции тьютора: наставник, консультант, посредник, реформатор образовательной среды под потребности обучающегося, инициатор развития самостоятельности у обучающегося, ответственный за интеграцию различных видов деятельности в учебном процессе и индивидуальный сопровождающий [3].

Еще одним компонентом тьюторства является наличие личных качеств, которые ценят ученики. К ним относятся актерское мастерство, проактивность, чуткость, надежность, энтузиазм, открытость, доступность, обладание хорошим уровнем знаний и заинтересованность в ученике, непредвзятость, отношение

к каждому как уникальной личности, способность оказывать структурированную поддержку, умения, способствующие построению прочных взаимоотношений для воспитания чувства принадлежности к образовательному сообществу [15].

Российскими учеными подчеркивается четко выраженный процессуальный характер тьюторской деятельности. Как отмечают Е.А. Екжанова и Е.В. Резникова, модель тьюторского сопровождения имеет практико-ориентированный характер и опирается на прохождение ряда этапов: 1) мотивационного (диагностического); 2) ориентировочного (консультативно-проектного); 3) содержательно-операционного (деятельностного); 4) оценочного (рефлексивного) [3]. В исследованиях обозначения этапов тьюторского сопровождения отличаются, но логика их периодичности основывается на деятельностном подходе [5; 7; 8].

Важным моментом выступает и технологическая составляющая деятельности тьютора, в соответствии с которой в ходе оказания необходимой поддержки ученику может быть использована комбинация различных техник сопровождения, в том числе: техника построения командной работы, техника предоставления адаптивного дополнительного инструктирования, сюжетно-ролевая, развивающая, игровая, коммуникативно-интерактивная, оценочно-рефлексивная техники, техника «равный — равному», тьюторская техника обратной связи, позволяющая заключить между обучающимся и тьютором неформальный инструктированный договор по налаживанию взаимодействия [11; 12; 16; 18; 20; 21; 23]. Российская практика тьюторской деятельности также ориентирована на использование определенных технологий, таких как создание образовательных ситуаций для развития навыков самостоятельности и самоопределения, технология личностно-ресурсного картирования [6], использование образов для развития мышления [9], использование модульной, проектной и проблемно-ориентированной технологий обучения и развития личности [2]. Содержание конкретной технологической составляющей варьируется в зависимости от потребностей самого обучающегося, этапа его индивидуального онтогенеза, социальной ситуации развития.

При этом многие исследователи подчеркивают, что процесс разработки индивидуальных образовательных маршрутов (ИОМ) не является непосредственно зоной персональной ответственности тьютора или иного профессионала, а представляет собой командные усилия различных групп специалистов и родителей данного индивида. Подобная командная работа при разработке ИОМ происходит на всех этапах, начиная от его проектирования и заканчивая непосредственной оценкой результативности реализации составленного плана [13; 22].

В отечественном образовании командное взаимодействие реализуется при разработке ИОМ для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). При этом основной акцент делается на индивидуальном подходе, когда тьютор, специалисты психолого-педагогического сопровождения на основе диагностических данных разрабатывают ИОМ, не включая самого ребенка в эту разработку. Тем самым индивидуальный подход противопоставляется деятельностному подходу, в основе которого лежит принцип индивидуализации [7], предполагающий изменение в процессе тьюторского сопровождения позиции

ученика: он становится субъектом собственной образовательной деятельности, т.е. способным на определение смысла, на постановку целей и задач, планирование собственных действий по освоению содержания образования, которое не ограничивается только изучением программного материала, анализ и оценку достигнутых результатов.

Таким образом, сопоставление всех представленных теорий и концепций работы тьютора в инклюзивном образовании показывает наличие ряда возможных сравнительных тьюторских позиций, находящих свое отражение в образовательной практике:

- тьютор — профессионал, обладающий необходимыми компетенциями для оказания требуемой коррекционной поддержки обучающимся с особыми образовательными потребностями;

- тьютор — специалист, создающий благоприятную внешнюю среду (физическую и психологическую) для включения обучающихся с особыми потребностями в инклюзивный коллектив;

- тьютор — эксперт при индивидуализации образовательного маршрута обучающегося и анализе его академических и социальных достижений;

- тьютор — специалист, реализующий свою работу в русле деятельностного подхода, в рамках которого он совмещает в себе все вышеуказанные профессиональные функции и особо акцентирует свое внимание на развитии индивидуальной активности, личностного роста и субъектности обучающихся с особыми потребностями при разработке индивидуального образовательного маршрута.

В современной образовательной практике возникает противоречие в понимании тьюторского сопровождения, применяемого к обучающимся с ОВЗ, когда обучающийся скорее становится объектом сопровождения. Такая ситуация возникает вследствие сомнений относительно возможностей включения обучающихся с ОВЗ в разработку ИОМ, поскольку это требует определенных логических и мыслительных способностей, в том числе аналитических возможностей и развитого мировоззрения у самого лица с особыми потребностями. Предположение о возможности участия обучающихся с ОВЗ в разработке ИОМ нуждается в особом исследовании, в частности, позитивный результат такого участия показан на примере кейсов в практике использования рефлексивно-деятельностного подхода [4].

Мы предполагаем, что деятельностный подход универсален и может быть применен по отношению к различным обучающимся, без разделения их на те или иные категории, но с учетом их индивидуальных особенностей, что соответствует принципам инклюзивного образования [10]. Деятельностный подход в тьюторстве означает формирование тьютором условий для проявления у учеников (в т.ч. с ОВЗ) индивидуальной активности, инициативности и способности со временем

самостоятельно справляться с возникающими затруднениями и реализовывать образовательные цели и задачи.

В этой статье на примере двух кейсов демонстрируются возможности использования деятельностной модели и технологий тьюторского сопровождения учеников с ментальными и поведенческими особенностями в связи с расстройствами аутистического спектра для осознанного включения их в разработку и реализацию своего образовательного маршрута как одного из условий успешной реализации инклюзивного образования [1].

Кейс «Тьюторское сопровождение обучающегося с поведенческими нарушениями»

Глеб, 7 лет, первый класс инклюзивной школы. Статуса «обучающийся с ОВЗ» при поступлении в школу не было. Тьюторское сопровождение осуществлялось на разных этапах разработки и реализации индивидуального образовательного маршрута.

1. *Подготовительный этап.* Запрос на организацию тьюторского сопровождения поступил от классного руководителя в связи с частыми нарушениями ребенком дисциплины на уроках и переменах и проявлением агрессии по отношению к одноклассникам.

Рекомендации после прохождения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК): обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования (АООП НОО), вариант 8.1, индивидуальное тьюторское сопровождение в период адаптации. Тьютор знакомится с обучающимся, его родителями или его законными представителями, представляет школу и ее образовательные ресурсы.

2. *Диагностический этап.* Тьютор анализирует документы ПМПК и психолого-педагогического консилиума (ППК), беседует с ребенком, выявляя его интересы, учебные мотивы, учебные достижения и трудности, общается с педагогами, специалистами, родителями по выявлению образовательных запросов, наблюдает за ребенком в различных ситуациях.

Выявленные проблемы:

- ребенок знает и понимает правила поведения в школе, но им не следует;
- на уроке удерживает внимание в течение 5 минут, затем ребенок становится эмоционально и двигателью расторможенным: качается на стуле, кричит, бьет одноклассников, инструкции учителя не выполняет;
- без дополнительного пояснения и наглядной демонстрации ребенку не понятна суть заданий;
- если задание не интересно, то ребенок отказывается его выполнять;
- интересы ребенка ограничены гаджетами и просмотром мультфильмов агрессивного характера;

- к взрослым обращается на «ты», в речи часто использует нецензурные слова;
- плохая успеваемость по всем предметам.

Сильные стороны:

- желание быть лидером;
- повышение концентрации внимания к темам, связанным с интересами;
- интерес к интерактивным технологиям обучения на уроках, нестандартным заданиям;
- повышение интереса к уроку в случае предварительного обсуждения и совпадения с увлечениями ребенка.

3. *Проектировочный этап.* Тьютор участвует в разработке ИОМ на ППк, представляя данные проведенной им диагностики по интересам, трудностям в обучении и запросам родителей обучающегося. На консилиуме определяются цель, задачи тьюторского сопровождения, порядок взаимодействия с другими специалистами, педагогами и родителями.

Цель тьюторского сопровождения: развитие мотивации и навыков позитивной коммуникации со сверстниками, интереса к учебе.

Задачи на период адаптации:

- выявление интересов ребенка и формирование их связи с темами, изучаемыми на уроках;
- развитие навыков самоконтроля и саморегуляции, социально-коммуникативного взаимодействия; повышение ценности учебы;
- включение в учебную коммуникацию с одноклассниками на уроках;
- организация ситуаций, в которых Глеб мог бы проявить свои положительные качества.

4. *Реализационный этап.* Действия тьютора направлены на мотивацию ребенка, адаптацию образовательной среды, учебных материалов, организацию взаимодействия в команде специалистов; организацию взаимодействия с одноклассниками; взаимодействие с родителями ребенка по текущим вопросам реализации ИОМ.

На перемене тьютор обсуждает с ребенком предстоящий урок, тему урока и как он будет проходить, мотивируя к предстоящей деятельности. Урок проводится в форме защиты проектов. Дети делятся на команды. Каждая команда получает творческое задание: с помощью аппликации, рисунков, схем показать процесс питания и дыхания растений. Глеб наблюдает за процессом, сидя за своей партией. Учитель приглашает его участвовать, он отказывается. Тьютор вступает в диалог с ребенком — задает вопрос о растениях. Глеб обладает широким кругозором, много бывает на природе, путешествует с родителями. Он охотно начинает рассказывать истории о природе, тьютор поддерживает эту сильную сторону ребенка: предлагает

Глебу присоединиться к одной из команд. Ребенок готов, но боится, что дети откажут ему.

Тьютор применяет прием по расширению коммуникативных возможностей ребенка с помощью демонстрации позитивного образца поведения. Заранее обговорив ситуацию с детьми, тьютор просит включить их в команду. Дети предлагают им присоединиться к совместной работе. Глебу дается конкретное поручение — создание макета растения из бумаги. Совместно с тьютором мальчик с удовольствием выполняет задание. Тьютор просит его рассказать одноклассникам о том, что знает о растениях. Дети слушают Глеба с интересом. В конце урока команда демонстрирует всему классу свои модели.

Уроки «Окружающий мир» и «Литературное чтение» также проходят с помощью интерактивных методик и направлены на формирование как учебных, так и коммуникативных навыков. При повторении показанного тьютором образца поведения во взаимодействии с одноклассниками Глеб постепенно включается в работу группы, дети принимают его в свою команду. Он чувствует себя более уверенно, не боится заданий и поручений. Тьютор помогает Глебу при выполнении заданий и в коммуникации с другими детьми. Постепенно желание выполнить задание самому, помогать и участвовать в командной работе проявляется у ребенка все чаще. Количество негативных реакций на уроке снижается.

5. *Рефлексивно-аналитический этап.* Тьютор обсуждает с Глебом, что он научился делать за этот период, что уже получается хорошо, за что его можно похвалить, что можно было бы доработать.

6. *Этап планирования дальнейших действий.* Тьютор обсуждает с Глебом, что ему сейчас важно. Он хочет быть капитаном команды. Тьютор обсуждает с ним, что для этого нужно сделать. По условию капитан должен защищать работу у доски. Тьютор спрашивает у Глеба: какие качества нужны капитану; какие у него уже есть, а каких нужно достичь; как он будет это делать и что ему сейчас мешает в отношениях с одноклассниками. Таким образом, тьютор выстраивает совместно с ребенком план по освоению навыков взаимодействия с одноклассниками и лидерских навыков.

Таким образом, тьютор установил партнерские отношения с Глебом, выявив его интересы, и через них помог ребенку встроить эти интересы в учебный и коммуникативный процессы в классе, создав вместе с ребенком план по развитию необходимых для этого навыков.

Кейс «Тьюторское сопровождение ребенка с ментальными нарушениями»

Гоша, 8 лет, поступил в первый класс инклюзивной школы, рекомендация ПМПК — обучение по АООП НОО, вариант 8.3. Как и в предыдущем кейсе, тьюторское сопровождение осуществляется на всех этапах.

1. *Подготовительный этап.* Тьютор знакомится с Гошей, его родителями.

2. *Диагностический этап.* Используются методы наблюдения, анализа документов, беседы.

Выявленные проблемы. Наблюдение за поведением Гоши в различных учебных ситуациях и в различных видах учебной деятельности показывает, что мальчик:

- вял, апатичен;
- речью почти не пользуется: не поддерживает диалог, но может повторить слова, когда к нему обращаются с вопросом, может односложно ответить на самые простые вопросы;
- не отвечает на вопросы об интересах и увлечениях;
- первые дни обучения в школе показали, что на уроках его внимание рассеянно, распределение внимания нарушено;
- без специального разъяснения учителем инструкции, состоящей из 2-3 действий, Гоша не удерживает в памяти и не выполняет необходимые действия, потому что не понимает, что должен делать.

Сильные стороны: в насыщенной игровым материалом среде проявляет избирательный интерес, может достаточно время поддерживать интерес к деятельности. В беседе с мамой тьютор выяснил, что сыну нравится делать поделки из бумаги и пластилина.

После двигательной активности на переменах внимание на уроке некоторое время поддерживается. Также Гоша хорошо понимает простые комментарии и инструкции.

3. *Проектировочный этап.* На ППк определяются задачи работы тьютора.

Задачи на период адаптации:

- оказание индивидуальной помощи в процессе учебной деятельности;
- формирование учебного стереотипа;
- активизация познавательного интереса к учебным предметам;
- развитие навыков коммуникации, в т.ч. с помощью средств дополнительной коммуникации;
- развитие навыка кооперации с одноклассниками;
- развитие навыка ориентировки в происходящем на уроке, развитие самостоятельности.

4. *Реализационный этап.* Тьютор знакомит ребенка с обстановкой в классе, организуя процедуру включенного внимания и выбора: за день до начала учебы тьютор приглашает ребенка войти в класс, осмотреться в нем; говорит о том, что здесь будут идти уроки, и предлагает Гоше выбрать парту, за которой ему хотелось бы учиться. Тьютор объясняет ему, что первое время будет сидеть с ним за одной

партой и помогать справляться с заданиями. Учитель и тьютор разъясняют обучающимся правила поведения и взаимовыручки.

Тьютор показывает Гоше красочные жетоны, которые могут стать для него и учебным материалом, и поощрением за правильно выполненные задания. Например, чем больше он будет набирать жетонов, тем больше времени он сможет заниматься созданием поделок. Также тьютор рассказывает ему о карточках, которые предлагает создавать вместе. Карточки — это визуальные подсказки ребенку, что и как нужно делать на уроке. На уроках тьютор сидит рядом с Гошей и помогает ему выполнять задания. Тьютор создает ситуации успешности на уроке, наблюдая за повышением уровня внимания, проявлением интересов Гоши. Использует карточки-подсказки для адаптации учебного материала; устное и письменное разъяснение инструкций, текстов задач и упражнений; жетоны для фиксации успешного выполнения заданий — как поощрение за активное участие мальчика в учебной деятельности. С помощью жетонов тьютор развивает у него способность к самооцениванию, объясняя, сколько и за какую работу он может их получить.

На переменах тьютор организует совместные подвижные игры и свободную коммуникацию детей, так как они для Гоши имеют активизирующий эффект и на последующем уроке. При этом по мере увеличения его активности и самостоятельности, участие тьютора в организации игрового процесса постепенно минимизируется. Наблюдаемая динамика включенности: целенаправленный взгляд в сторону учителя или говорящего ребенка, удержание его в совместной деятельности, следование инструкциям учителя или тьютора, адекватные эмоциональные реакции на ситуации.

Тьютор предлагает Гоше создавать поделки, иллюстрирующие новый материал на уроке. Ребенок с радостью принимает эту идею. Видя, что он становится более включенным, тьютор уменьшает объем своей поддержки. На уроках садится за Гошей, а на свое место просит сесть успевающего ученика. Когда Гоше что-то непонятно, тьютор предлагает ему посмотреть, как выполняет задание его сосед по парте, который предварительно проинструктирован, в чем нужно оказывать помощь Гоше.

5. *Рефлексивно-аналитический этап.* На этапе подведения итогов (как после каждого урока, так и после определенного периода, например, недели или четверти) тьютор вместе с Гошей может подсчитывать жетоны, сопровождая процесс словами похвалы и одобрения его упорной работы. Ребенку предлагается вспомнить и рассказать, за что получены жетоны. Результаты можно фиксировать в отдельной тетради, а значительные успехи могут быть затем представлены в портфолио Гоши — специальной папке достижений в мире знаний.

6. *Этап планирования дальнейших действий.* Тьютор развивает мотивацию Гоши через создание ситуации успеха. Видя, что идея создания поделок к учебному материалу Гоше очень понравилась, он предлагает учителю включать его поделки как элемент наглядного материала в урок, а также представить аппликации ребенка

на выставке в классе, а затем и в школе. Расширяя возможности реализации интересов Гоши, тьютор рассказывает ему о том, что в школе есть кружок моделирования, и организует экскурсию на занятия. Мальчик охотно выполняет инструкции руководителя кружка; внимание на изготовлении модели удерживает длительное время. Тьютор предлагает Гоше создавать поделки как наглядный материал и к школьным урокам. Мальчик понимает идею и радостно соглашается. Тьютор помогает ребенку написать на карточке название поделки и дать ее краткое описание в двух-трех простых предложениях. Ученик читает вслух по карточке то, что они написали. В дальнейшем тьютор вместе с Гошей обсуждают, какую поделку к той или иной теме урока он будет делать. К этой работе привлекается и учитель, который заранее знакомит мальчика с темой урока. На уроке Гоше предоставляется несколько минут на выступление — демонстрацию поделки и рассказ о ней.

Таким образом, включение ребенка с ментальными нарушениями в разработку ИОМ происходит за счет определения интересов обучающегося и предоставления ему возможности выбирать вид учебной активности, а также помощи тьютора в ее реализации, благодаря вовлечению в командную работу с одноклассниками, возможности продемонстрировать классу свои достижения. Возможность обсуждения с подопечным успехов и неудач в его практической деятельности и его планов действий на других уроках демонстрируют способность ребенка к рефлексии и планированию.

Выводы

Ведущим методологическим основанием модели профессиональной деятельности тьютора является деятельностный подход, направленный на становление субъектной позиции обучающегося в разработке и реализации совместно с тьютором индивидуального образовательного маршрута. Тьюторское сопровождение обучающихся с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образовательного процесса представляет собой процессуальную деятельность, предполагающую прохождение ряда последовательно сменяющих друг друга этапов. Дополнительной задачей тьютора в случае сопровождения обучающихся с особыми образовательными потребностями становится создание условий, позволяющих преодолеть им те или иные трудности.

На каждом этапе тьюторского сопровождения применяется определенный арсенал методов работы, включающий методы мотивации, моделирования позитивного образца поведения, выбор видов учебной активности и презентации достигнутых результатов, соответствующих возможностям ребенка, методы планирования учебной деятельности и организации учебной коммуникации со сверстниками. Учет в тьюторской работе деятельностного подхода позволяет постепенно сформировать самостоятельность у обучающегося, включить его в командную работу с одноклассниками, что способствует постепенному становлению субъектной позиции. Данное предположение требует дальнейших исследований на более широкой выборке.

Литература

1. Алехина С.В., Мельник Ю.В., Самсонова Е.В. Экспертная оценка параметров инклюзивного процесса в образовании // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 62–78. DOI: 10.17759/cpse.2020090203.
2. Ваганова О.И., Иляшенко Л.К. Основные направления реализации технологий студентоцентрированного обучения в вузе // Вестник Мининского университета. 2018. Том 6. № 3 (24). С. 2–25. DOI: 10.26795/2307-1281-2018-6-3-2
3. Екжанова Е.А., Резникова Е.В. Модель педагогического сопровождения педагогом-тьютором детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях интегрированного обучения // Специальное образование. 2018. № 4 (52). С. 21–40. DOI: 10.26170/sp18-04-02
4. Зарецкий В.К., Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция ребенка в преодолении учебных трудностей (случай из практики) [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2012. Том 20. № 2. С. 110–133. URL: https://psyjournals.ru/mpj/2012/n2/57182_full.shtml (дата обращения: 18.02.2021).
5. Ковалева Т.М. Создание образовательных ситуаций в работе тьютора и формирование self skills [Электронный ресурс] // Тьюторство в открытом образовательном пространстве: образовательная ситуация и тьюторская деятельность: материалы XII Международной научно-практической конференции (XXIV Всероссийской научно-практической конференции) (г. Москва, 29–30 октября 2019 г.) / под ред. Т.М. Ковалевой, А.А. Терова. М.: МГПУ, 2019. С. 11–16. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_41542175_51117379.pdf (дата обращения: 19.02.2021).
6. Ковалева Т.М., Климова Т.А., Лазарева Л.И. Личностно-ресурсное картирование как средство работы тьютора. И не только...: коллективная монография. М.: Ресурс, 2018. 104 с.
7. Технологии разработки индивидуального образовательного маршрута для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]: методические рекомендации / под ред. Е.В. Самсоновой. М.: МГППУ, 2020. 192 с. URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=396645> (дата обращения: 12.03.2021).
8. Тьюторское сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования [Электронный ресурс]: методическое пособие / под ред. Е.В. Самсоновой. М.: МГППУ, 2017. 173 с. URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=371369> (дата обращения: 12.03.2021).
9. Фарбер Б.С., Малютин Б.И. Метод образов для развития мышления [Электронный ресурс] // Тьюторство в открытом образовательном пространстве: образовательная ситуация и тьюторская деятельность: материалы XII Международной научно-практической конференции (XXIV Всероссийской научно-практической конференции) (г. Москва, 29–30 октября 2019 г.) / под ред. Т.М. Ковалевой, А.А. Терова. М.: МГПУ, 2019. С. 151–187. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_41542175_51117379.pdf (дата обращения: 26.02.2021).

10. *Alekhina S.V., Samsonova E.V., Yudina T.A.* The foundation of an inclusive paradigm for contemporary education // *Specialusis ugdymas / Special Education*. 2018. Vol. 1. № 38. С. 47–60. DOI: 10.21277/se.v1i38.366
11. *Alzahrani T., Leko M.* The effects of peer tutoring on the reading comprehension performance of secondary students with disabilities: a systematic review // *Reading & Writing Quarterly*. 2018. Vol. 34. № 1. P. 1–17. DOI: 10.1080/10573569.2017.1302372
12. *Channing J., Okada N.C.* Supplemental instruction and embedded tutoring program assessment: problems and opportunities // *Community College Journal of Research and Practice*. 2020. Vol. 44. № 4. P. 241–247. DOI: 10.1080/10668926.2019.1575777
13. *Craig B.* Collaboration in special education: bringing shalom to the individual education program meeting // In H. Lee, P. Kaak (Eds.), *The pedagogy of Shalom Theory and Contemporary Issues of a Faith-Based Education*. Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd., 2017. P. 143–155. DOI: 10.1007/978-981-10-2987-5_11
14. *Cureton D., Gravestock P.* Supporting students' learning: the power of the student-teacher relationship // In M. Shah, J. McKay (Eds.), *Achieving Equity and Quality in Higher Education: Global Perspectives in an Era of Widening Participation*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG, 2018. P. 51–72.
15. *Grey D., Osborne C.* Perceptions and principles of personal tutoring // *Journal of Further and Higher Education*. 2020. Vol. 44. № 3. P. 285–299. DOI: 10.1080/0309877X.2018.1536258
16. *Hrastinski S.* Identifying and exploring the effects of different types of tutor questions in individual online synchronous tutoring in mathematics // In S. Hrastinski et al. (eds.), *Interactive Learning Environments*. 2019. № 1. P. 1–13. DOI: 10.1080/10494820.2019.1583674
17. *Lee H.-J., Hong Y., Choi H.* Perceptions of tutoring roles and psychological distance among instructors, tutors and students at a Korean university // *Higher Education Research & Development*. 2017. Vol. 36. № 1. P. 143–157. DOI: 10.1080/07294360.2016.1177811
18. *Monjelat N., Méndez L., Lacasa P.* Becoming a tutor: student scaffolding in a game-based classroom // *Technology, Pedagogy and Education*. 2017. Vol. 26. № 3. P. 265–282. DOI: 10.1080/1475939X.2016.1210538
19. *Mtawa N.N.* Human development and community engagement through service-learning: the capability approach and public good in education [Электронный ресурс]. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG, 2019. 263 p. URL: <https://www.springer.com/gp/book/9783030347277> (дата обращения: 10.02.2021).
20. *Narciss S.* Conditions and effects of feedback viewed through the lens of the interactive tutoring feedback model // In D. Carless et al. (eds.), *Scaling up Assessment for Learning in Higher Education*. Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd., 2017. P. 173–181. DOI: 10.1007/978-981-10-3045-1_12

21. Orsmond P., Merry S. Tutors' assessment practices and students' situated learning in higher education: chalk and cheese // *Assessment & Evaluation in Higher Education*. 2017. Vol. 42. № 2. P. 289–303. DOI: 10.1080/02602938.2015.1103366

22. Royer D.J. My IEP: a student-directed individualized education program model // *Exceptionality*. 2017. Vol. 25. № 4. P. 235–252. DOI: 10.1080/09362835.2016.1216850

23. Tal-Saban M., Weintraub N. Effectiveness of the community-academia student tutoring (CAST) program in enhancing students' practice placement readiness // *British Journal of Occupational Therapy*. 2019. Vol. 82. № 4. P. 220–226. DOI: 10.1177/0308022618800179

24. Topping K.J. A theoretical model of intergenerational tutoring // *Journal of Intergenerational Relationships*. 2020. Vol. 18. № 1. P. 88–105. DOI: 10.1080/15350770.2019.1646182

References

1. Alekhina S.V., Mel'nik Yu.V., Samsonova E.V. Ekspertnaya otsenka parametrov inkluzivnogo protsessa v obrazovanii [Expert assessment of the parameters of the inclusive process in education]. In S.V. Alekhina et al. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9, no. 2, pp. 62–78. DOI: 10.17759/cpse.2020090203 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Vaganova O.I., Ilyashenko L.K. Osnovnye napravleniya realizatsii tekhnologii studentotsentrirovannogo obucheniya v vuze [The main directions of the implementation of student-centered teaching technologies in the university]. *Vestnik Mininskogo universiteta=Bulletin of the Minin University*, 2018, vol. 6, no. 3 (24), pp. 2–25. DOI: 10.26795/2307-1281-2018-6-3-2 (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Ekzhanova E.A., Reznikova E.V. Model' pedagogicheskogo soprovozhdeniya pedagogom-t'yutorom detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v usloviyakh integrirovannogo obucheniya [Model of pedagogical support by a teacher-tutor of children with disabilities in the conditions of integrated education]. *Spetsial'noe obrazovanie=Special Education*, 2018, no. 4 (52), pp. 21–40. DOI: 10.26170/sp18-04-02 (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Zaretskii V.K., Zaretskii Yu.V. Sub'ektnaya pozitsiya rebenka v preodolenii uchebnykh trudnostei (sluchai iz praktiki) [The child's subjective position in overcoming learning difficulties (case from practice)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2012, vol. 20, no. 2, pp. 110–133. URL: https://psyjournals.ru/mpj/2012/n2/57182_full.shtml (Accessed 18.02.2021) (In Russ.).

5. Kovaleva T.M. Sozdanie obrazovatel'nykh situatsii v rabote t'yutora i formirovanie self skills [Creation of educational situations in the work of a tutor and the formation of self skills]. In T.M. Kovaleva, A.A. Terov (eds.), *T'yutorstvo v otkrytom obrazovatel'nom*

prostranstve: obrazovatel'naya situatsiya i t'yutorskaya deyatel'nost'. Materialy XII Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii=Tutoring in an open educational space: educational situation and tutoring activities. Materials of the XII International scientific and practical conference. Moscow: MSPU, 2019, pp. 11–16. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_41542175_51117379.pdf (Accessed 19.02.2021) (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Kovaleva T.M., Klimova T.A., Lazareva L.I. Lichnostno-resursnoe kartirovanie kak sredstvo raboty t'yutora. I ne tol'ko...: kollektivnaya monografiya [Personal resource mapping as a means of a tutor's work. And not only ... Collective monograph]. Moscow: Resurs, 2018. 104 p. (In Russ.).

7. Tekhnologii razrabotki individual'nogo obrazovatel'nogo marshruta dlya obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: metodicheskie rekomendatsii [Technologies for the development of an individual educational route for students with disabilities. Guidelines]. E.V. Samsonova (ed.). Moscow: MSUPE, 2020. 192 p. URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=396645> (Accessed 12.03.2021) (In Russ., abstr. in Engl.).

8. T'yutorskoe soprovozhdenie detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v usloviyakh inklyuzivnogo obrazovaniya: metodicheskoe posobie [Tutor support for children with disabilities in inclusive education. Methodological guide]. E.V. Samsonova (ed.). Moscow: MSUPE, 2017. 173 p. URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=371369> (Accessed 12.03.2021) (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Farber B.S., Malyutin B.I. Metod obrazov dlya razvitiya myshleniya [The method of images for the development of thinking]. In T.M. Kovaleva, A.A. Terov (eds.), *T'yutorstvo v otkrytom obrazovatel'nom prostranstve: obrazovatel'naya situatsiya i t'yutorskaya deyatel'nost': materialy XII Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii=Tutoring in an open educational space: educational situation and tutoring activities. Materials of the XII International scientific and practical conference.* Moscow: MSPU, 2019, pp. 151–187. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_41542175_51117379.pdf (Accessed 26.02.2021) (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Alekhina S.V., Samsonova E.V., Yudina T.A. The foundation of an inclusive paradigm for contemporary education. *Specialusis ugdymas=Special Education*, 2018, vol. 1, no. 38, pp. 47–60. DOI: 10.21277/se.v1i38.366

11. Alzahrani T., Leko M. The effects of peer tutoring on the reading comprehension performance of secondary students with disabilities: a systematic review. *Reading & Writing Quarterly*, 2018, vol. 34, no. 1, pp. 1–17. DOI: 10.1080/10573569.2017.1302372

12. Channing J., Okada N.C. Supplemental instruction and embedded tutoring program assessment: problems and opportunities. *Community College Journal of Research and Practice*, 2020, vol. 44, no. 4, pp. 241–247. DOI: 10.1080/10668926.2019.1575777

13. Craig B. Collaboration in special education: bringing shalom to the individual education program meeting. In H. Lee, P. Kaak (eds.), *The Pedagogy of Shalom Theory and Contemporary Issues of a Faith-Based Education.* Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd., 2017, pp. 143–155. DOI: 10.1007/978-981-10-2987-5_11

14. Cureton D., Gravestock P. Supporting students' learning: the power of the student–teacher relationship. In M. Shah, J. McKay (eds.), *Achieving Equity and Quality in Higher Education: Global Perspectives in an Era of Widening Participation*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG, 2018, pp. 51–72.

15. Grey D., Osborne C. Perceptions and principles of personal tutoring. *Journal of Further and Higher Education*, 2020, vol. 44, no. 3, pp. 285–299. DOI: 10.1080/0309877X.2018.1536258

16. Hrastinski S. Identifying and exploring the effects of different types of tutor questions in individual online synchronous tutoring in mathematics. In S. Hrastinski et al. (eds.), *Interactive Learning Environments*, 2019, no. 1, pp. 1–13. DOI: 10.1080/10494820.2019.1583674

17. Lee H.-J., Hong Y., Choi H. Perceptions of tutoring roles and psychological distance among instructors, tutors and students at a Korean university. *Higher Education Research & Development*, 2017, vol. 36, no. 1, pp. 143–157. DOI: 10.1080/07294360.2016.1177811

18. Monjelat N., Méndez L., Lacasa P. Becoming a tutor: student scaffolding in a game-based classroom. *Technology, Pedagogy and Education*, 2017, vol. 26, no. 3, pp. 265–282. DOI: 10.1080/1475939X.2016.1210538

19. Mtawa N.N. Human development and community engagement through service-learning: the capability approach and public good in education. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG, 2019. 263 p. URL: <https://www.springer.com/gp/book/9783030347277> (Accessed 10.02.2021).

20. Narciss S. Conditions and effects of feedback viewed through the lens of the interactive tutoring feedback model. In D. Carless et al. (eds.), *Scaling up Assessment for Learning in Higher Education*. Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd., 2017, pp. 173–181. DOI: 10.1007/978-981-10-3045-1_12

21. Orsmond P., Merry S. Tutors' assessment practices and students' situated learning in higher education: chalk and cheese. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 2017, vol. 42, no. 2, pp. 289–303. DOI: 10.1080/02602938.2015.1103366

22. Royer D.J. My IEP: a student-directed individualized education program model. *Exceptionality*, 2017, vol. 25, no. 4, pp. 235–252. DOI: 10.1080/09362835.2016.1216850

23. Tal-Saban M., Weintraub N. Effectiveness of the community-academia student tutoring (CAST) program in enhancing students' practice placement readiness. *British Journal of Occupational Therapy*, 2019, vol. 82, no. 4, pp. 220–226. DOI: 10.1177/0308022618800179

24. Topping K.J. A theoretical model of intergenerational tutoring. *Journal of Intergenerational Relationships*, 2020, vol. 18, no. 1, pp. 88–105. DOI: 10.1080/15350770.2019.1646182.

Самсонова Е.В., Мельник Ю.В., Карпенкова И.В.
Тьюторское сопровождение обучающихся
с особыми образовательными потребностями
в условиях инклюзивного образования
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 165–182.

Samsonova E.V., Mel'nik Yu.V., Karpenkova I.V.
Tutor Support of Learners
with Special Educational Needs
in Conditions of Inclusive Education
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 165–182.

Информация об авторах

Самсонова Елена Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель Научно-методического центра, Институт проблем инклюзивного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru

Мельник Юлия Владимировна, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник Научно-методического центра, Институт проблем инклюзивного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru

Карпенкова Инна Вячеславна, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Научно-методического центра, Институт проблем инклюзивного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8725-9944>, e-mail: innet_karp@mail.ru

Information about the authors

Elena V. Samsonova, PhD in Psychology, Chief of Scientific and Methodological Center, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru

Yulia V. Mel'nik, PhD in Pedagogy, Senior Researcher of Scientific and Methodological Center, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru

Inna V. Karpenkova, PhD in Sociology, Senior Researcher of Scientific and Methodological Center, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8725-9944>, e-mail: innet_karp@mail.ru

Получена: 22.03.2021

Received: 22.03.2021

Принята в печать: 06.06.2021

Accepted: 06.06.2021

Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя

Седлачкова Д.

Университет Палацкого, г. Оломоуц, Чешская Республика,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7221-3724>, e-mail: dagmar.sedlackova01@upol.cz

Кантор И.

Университет Палацкого, г. Оломоуц, Чешская Республика,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6016-3408>, e-mail: jiri.kantor@upol.cz

Цель проекта состояла в анализе живого опыта инклюзивного образования у ученика средней школы с сахарным диабетом 1 типа, его матери и учителя. Данные, собранные в ходе полуструктурированных интервью, были проанализированы с помощью тематического анализа по методу М. ван Манена. В результате были выделены три основные темы. Во-первых, это качество взаимодействия между школой и родителями; во-вторых — уровень эмпатии, понимания и готовности помочь; в-третьих, — сотрудничество между коллегами в школе. Исследование показывает, что необходимо оптимизировать просвещение учителей в области особых потребностей учащихся с хроническими заболеваниями и включить в просветительскую повестку вопросы психологических факторов, связанных с возникающей у учащихся повышенной эмоциональной нагрузкой. Необходимо обеспечить взаимное сотрудничество всех участников образовательного процесса, саморефлексию учителей, а также поддержку позитивных отношений между учащимися и доброжелательную атмосферу в школе.

Ключевые слова: инклюзивное образование, ограниченные возможности, особые образовательные потребности, живой опыт, хроническое заболевание, сахарный диабет, факторы риска, скрытая инвалидность.

Финансирование. Исследование было поддержано и профинансировано в рамках проекта “Výzkum inkluze osob se speciálními potřebami” [Исследование инклюзии лиц с особыми потребностями]: IGA_PdF_2020_028.

Для цитаты: Седлачкова Д., Кантор И. Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 183–220. DOI: 10.17759/cpse.2021100211

Введение

Инклюзивное образование (ИО) рассматривается как «динамичный подход с позитивной реакцией на учащихся с разнообразными особенностями и восприятием индивидуальных различий не как проблемы, а как возможности для обогащения обучения» [10, с. 25]. Оно обеспечивает социализацию в естественной среде, способствует установлению дружеских отношений и совместной деятельности, необходимой для приемлемого эмоционального состояния и здорового развития каждого ребенка.

Изменения в образовательной политике Чешской Республики в 2016 году подтвердили, что ИО будет одной из приоритетных тем современности. Среди положительных результатов, которые приносит ИО, следует отметить, в первую очередь, предотвращение дискриминации [1], создание равных возможностей в образовании [27], рост учебных достижений [5], улучшение коммуникации и социального взаимодействия [10], сосредоточение внимания на потребностях всех учащихся и их удовлетворении [27]. Однако в действительности эти преимущества могут быть ограничены различными барьерами в образовательной среде, например, нежеланием некоторых учителей, сверстников, родителей или руководства школы включать детей с особенностями в образовательный процесс.

Хотя опыт учащихся с различными типами особых образовательных потребностей (ООП) в рамках ИО был исследован и неоднократно описан в литературе [13; 18; 21; 22], имеющиеся исследования обычно касаются учащихся с явно выраженными проблемами со здоровьем. Тем не менее опыт ребенка с тяжелой, но внешне скрытой инвалидностью отличается от других случаев. Структурированный систематический поиск литературы (см. Приложение 1 или ссылку на авторский ресурс: <https://ufile.io/8d3u2s9j>) продемонстрировал, что в настоящее время для учащихся с диабетом такие исследования отсутствуют, за исключением одной статьи [26]. Мы предложили это исследование, поскольку изучение живого опыта учащихся с ООП может дать важную информацию для учителей и лиц, принимающих политические решения в сфере образования, так как на его примере можно продемонстрировать факторы риска и возможные ресурсы для дальнейшего инклюзивного обучения такого ребенка. Это исследование представляет собой анализ живого опыта учащегося средней школы с сахарным диабетом 1 типа (СД1), получавшего образование в инклюзивных условиях с раннего детства, его матери и его учителя. В исследовании были поставлены следующие вопросы:

1. Каков был опыт учащегося с СД1 в условиях инклюзивного образования?
2. Каков был опыт у его матери и учителя?

Методология

Исследование проводилось в соответствии с философией В. Дильтея [2] и подходом М. ван Манена [23]. Исследование было разделено на несколько этапов: сбор данных, анализ данных на основе транскрипции интервью, повторное чтение, кодирование, извлечение тем и заключение. Последним шагом было создание тематического исследования с целью углубленного понимания проблематики и результатов.

Данные исследования были собраны с помощью полуструктурированных интервью [4] с отдельными участниками и детального изучения школьной документации учащегося для получения объективной справочной информации [16]. В исследовании приняли участие три человека: ученик средней школы с СД1, его мать и его нынешний учитель (классный руководитель) (*сведения об участниках* приведены в табл.). Перед собеседованием были подготовлены формы информированного согласия [19] (в соответствии с Распоряжением декана Педагогического факультета Университета Палацкого, 3S/2015), а также инструменты исследования — список общих тем или вспомогательных вопросов для интервью с каждым участником [11].

Интервью проводились в естественной для респондентов среде [11] — дома и в школе. Каждое интервью занимало от 35 до 50 минут. Всем участникам гарантировалась анонимность: имена людей, названия мест или учреждений в тексте не указывались, а студенту был присвоен псевдоним «Денис». Ход интервью был следующим: во-первых, каждого участника просили рассказать об опыте обучения с самого начала и до настоящего времени. Их свободное повествование постоянно поддерживалось и направлялось интервьюером с помощью вопросов, кивков, слов благодарности или одобрения [19] на основе заранее подготовленных инструментов исследования. Каждому участнику было предоставлено достаточно времени для выражения собственных размышлений, чувств и вопросов. Темы касались хода обучения, ООП, адаптации к школьным условиям, самопомощи при СД1, школьной успеваемости, атмосферы в школе и классе, отношений со сверстниками, чувств и эмоций, поведения, внеклассной социальной деятельности, сотрудничества между школой и семьей, проблем и их преодоления.

Полученные данные были систематизированы, а затем постепенно проанализированы. Во-первых, интервью расшифровывались буквально и вручную [25], без использования программного обеспечения для транскрипции. Это привело к более глубокому пониманию и ознакомлению с содержанием [19]. Записи прослушивались пошагово и расшифровывались в программе Pages. Анализ данных состоял из шести этапов, предложенных в подходе М. ван Манена [23]. Данный подход основывается на уникальной единичной перспективе, которую исследователь может использовать при интерпретации данных. Впоследствии был принят и отражен собственный личный опыт исследователя, связанный со всеми этапами сбора, анализа и интерпретации данных. *Этапы* были следующими:

- обращение к природе живого опыта: этап включает в себя постановку исследовательского вопроса;
- изучение живого опыта: углубление знаний с помощью подробных интервью;
- отражение содержательных тем, характеризующих исследуемое явление, — анализ данных и идентификация тем;
- описание исследуемого явления: повествование, визуализирующее мысли, чувства и отношения;
- сохранение сильной и четкой связи с изучаемым явлением: сосредоточение на предмете исследования;

Седлачкова Д., Кантор И. Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 183–220.

Sedláčková D., Kantor J. The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 183–220.

- стремление уравновесить контекст исследования и рассматривать его как комплексно, так и по частям.

Таблица

Сведения об участниках интервью

Участник	Возраст, другие детали	Причина участия
Денис	<ul style="list-style-type: none"> – 21 год, живет с матерью, отчимом и 2 сводными братьями, состоит в отношениях; – любит автомобили, футбол; – 3 года профобразования + незаконченное последующее образование (длительное отсутствие в школьной среде, постепенная потеря дружеских отношений, ухудшение результатов, негативное влияние на поведение и снижение интереса к предмету учебы, наконец, неуспеваемость) – хорошо ладит со сверстниками <p><i>Самопомощь при СД1:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – гликемический контроль и медикаментозное лечение с раннего подросткового возраста – в диетическом питании все еще полагается на свою мать 	Ученик средней школы с СД1 — получает ИО с начальной школы
Мать	47 лет, среднее образование, домохозяйка, недавно вышла замуж, общительная, активная, с чувством справедливости, заботливая, преданная своей семье	<ul style="list-style-type: none"> – получение информации о ее сыне с СД1, его развитии с момента постановки диагноза, о причинах трудностей, личных проблемах, эмоциональных состояниях, стрессах, успехах и неудачах – осознает особые потребности сына, защищает его потребности и права, наиболее активный участник поддержки и лечения
Учитель	50 лет, женщина, оказывает поддержку, сопереживает, понимающая	Обеспечивает взаимодействие между всеми участниками

В рамках процесса было возможным как сохранять рекомендуемый порядок отдельных этапов, так делать шаги назад в соответствии с потребностями исследователя и возникающими темами. За расшифровкой интервью последовало повторное тщательное чтение, чтобы создать подробную картину каждого опыта. Тематический анализ позволил извлечь явный и неявный смысл и ядро каждого опыта [25]. Постепенно были определены ключевые слова и понятия, а также определены коды [19; 25]. Схема кодирования позволила лучше ориентироваться в текстах и помогла выявить важные темы. Анализ включал выборочный и уточняющий подходы с целью объединения концепций и преобразования их

в темы, которые легли в основу характеристик отдельных подтем. В результате этой процедуры были определены основные темы, которые постепенно затрагивались в ходе анализа каждого интервью [23].

Результаты

С помощью тематического анализа были определены важные темы, которые возникли в результате индивидуальных интервью с каждым участником (рис.): две пересекающиеся темы, важные для всех участников, и одна из них была выделена в повествовании двух респондентов (с подробным обзором реплик интервьюируемых, их обобщением, подтемами и темами можно ознакомиться в Приложении 2 или на авторской страничке: <https://ufile.io/8d3u2s9j>).

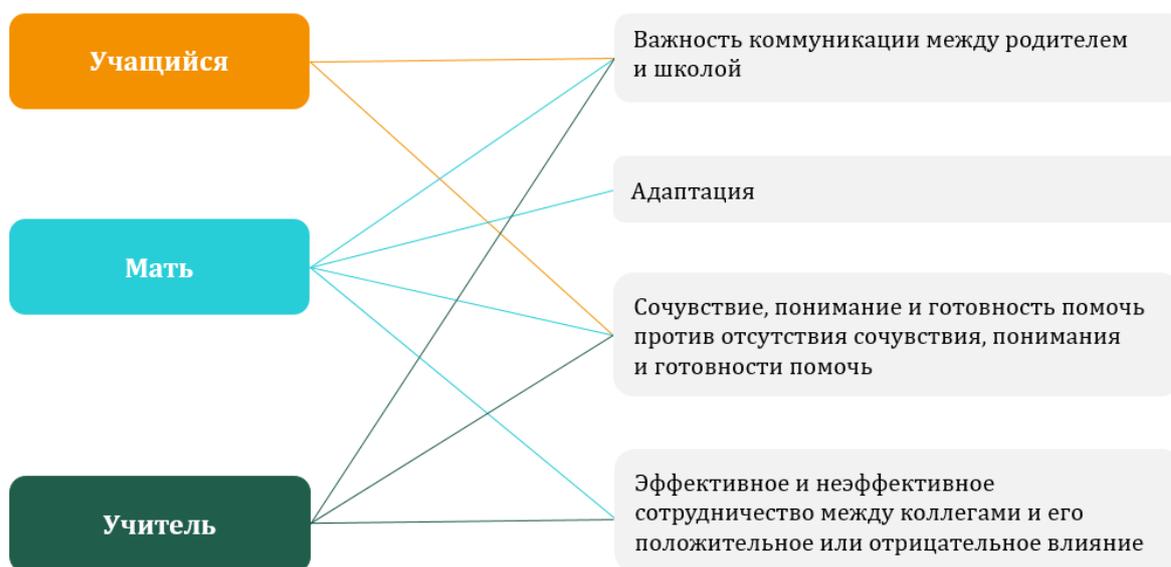


Рис. Схема важных тем с точки зрения каждого участника интервью

Для Дениса обучение в начальной школе было исключительно важным опытом. Ключевую роль сыграли в первую очередь участие матери, ее поддержка, частое общение с учителями, их готовность помочь и личностные качества. Поскольку его зависимость от помощи матери уменьшилась в подростковом возрасте, общение с учителями средней школы стало менее частым, и влияние скрытых проблем проявлялось в большей степени.

Во время интервью неоднократно возникали две ключевые темы. Во-первых, важность коммуникации между школой и родителями, связанная с тем, что ученик полагался на помощь матери на протяжении всего обучения в школе («Маме всегда приходилось ходить к каждому учителю, чтобы обсудить с ним мои проблемы. ...Тогда это работало»). Во-вторых, были отмечены, с одной стороны, важность и положительный эффект сопереживания, понимания и оказания помощи со стороны учителей («...почти все учителя помогали, они соглашались дополнительно позаниматься после школы»). С другой стороны, были упомянуты и трудности, вызванные отсутствием вышеупомянутых качеств («Я ничего не мог поднять из-за колена, поэтому он [учитель] мне сказал вообще туда не ходить <...> Он думал, что

я ленивый или <...> Я действительно не мог» или «Я этого не понимал <...> Я попросил его помочь мне <...> Он сказал: “У меня нет времени, это твоя проблема, что ты не ходишь в школу...” Но я был в больнице...»).

Ученик чутко воспринимал все, что непосредственно влияло на его повседневный контакт с учителями и одноклассниками, и, следовательно, это сказывалось на его успехах (*«Я выгляжу так же, как и все остальные <...> Некоторые учителя не принимают во внимание мои проблемы, такие как диета <...> Она [проблемная учительница] ведет себя так, как будто я этим пользуюсь <...> Я с нетерпением жду конца [школы] <...> Одноклассники раньше были хорошие... Новые тоже ничего, мы не друзья, но мне все равно...»*).

И Денис, и его мать очень чутко воспринимали ход образовательного процесса, но каждый из них по-разному отражал неприятные переживания. Чувства матери были связаны с тревогами, страхом или даже ощущением безысходности, в то время как разочарование Дениса привело к обиде, нежеланию учиться и проблемам с поведением. Мать приложила максимум усилий, чтобы обеспечить сыну беспрепятственный учебный процесс и сохранить его здоровье. Ей было трудно преодолеть недоверие, непонимание и отсутствие сопереживания.

В случае матери были определены четыре важные темы. Она подчеркнула процесс адаптации в самом начале, вскоре после подтверждения диагноза ее сына (*«Я переехала с ним в деревню, чтобы держать его под контролем <...> Я осталась дома...»*). Она считала важным углубленную коммуникацию между школой и родителями, включая не только учителей, но и весь школьный персонал, вовлеченный в систему образования (*«...Мне ежедневно приходилось разговаривать с ними, снова и снова <...> Они никогда не учили ни одного диабетика...»*). В связи с этим она также сочла важным эффективное сотрудничество между коллегами в школе (*«Она [учитель] установила связь между нами и школой. Она проинформировала всех учителей...»*) и, напротив, указала также на негативный опыт (*«Она помогла, но она была почти совсем одна, она не могла ни продвигаться с ними дальше, ни найти поддержки у руководства...»*). По мнению матери Дениса, ключевым моментом для успешного ИО являются такие черты учителей, как сочувствие, понимание и готовность помочь (*«Она была замечательной личностью, понимающей и сопереживающей, она хотела помочь... установила связь между нами и школой...»*), в отличие от их отсутствия (*«...но руководство там, в основном заместитель директора и преподаватели практических предметов... они никогда не пытались понять, они понятия не имели, через что мы прошли...»*).

Учитель признает, что с некоторыми коллегами было трудно сотрудничать. Она положительно относится к идее инклюзии, но хотела бы получать большую поддержку со стороны руководства школы, а также большее понимание и готовность к достижению более эффективного сотрудничества в команде учителей и к командной работе над повышением успеваемости учащихся. Были определены три темы, важные для учителя. Во-первых, это важность общения между родителями и школой (*«Сотрудничество с мамой было замечательным, мы все время были в контакте...»*). Во-вторых, положительное влияние эффективного сотрудничества между коллегами (*«Иногда было трудно, например, с его диетой — некоторые учителя*

понимали и соглашались с его 10-минутными перерывами на перекусы дважды в неделю [когда Денис посещал школу]»). Учитель также указывал на эффективное сотрудничество с негативным воздействием, когда решение команды учителей могло нанести вред ученику («...по правде говоря, я действительно боялась, что он не закончит обучение <...> Они приняли окончательное решение и только ждали, решит ли он уйти сам»). В-третьих, потребность в понимании, сочувствии и помощи со стороны учителей и, напротив, их отсутствие («...они не слушали меня, у них была своя правда. На самом деле, это никому не причинило бы никаких неприятностей, единственное, что нужно было сделать, это быть вовлеченным в ситуацию и быть готовым помочь»).

Обсуждение

Результаты указывают как на преимущества, так и на проблемы, связанные с ИО учащихся с диабетом. Преимущества можно увидеть главным образом в том, что учащиеся живут нормальной жизнью без сегрегации, с равными возможностями как в образовании, так и в будущей занятости. Проблемы можно увидеть главным образом в препятствиях, вызванных преимущественно человеческим фактором. Люди, вовлеченные в образовательный процесс, могут существенно влиять на жизненный путь и успех учащегося, в то время как участие родителей играет ключевую роль в предоставлении информации для безопасного и беспрепятственного обучения учащихся с СД1 [26].

СД1 — это скрытая инвалидность, поэтому существует риск того, что учителя будут недооценивать и преуменьшать последствия этого заболевания [26]. Они могут ожидать того же уровня поведения и успеваемости учащихся со скрытой инвалидностью, что и у их здоровых одноклассников [3], но тяжелое состояние здоровья, вызванное СД1, может повлиять как на успеваемость, так и на развитие учащихся, что очевидно в случае Дениса. Уровень гликемии влияет на поведение, а также на результаты обучения. Он зависит от физической активности, строгого и регулярного диетического питания, требований других людей, а также от самочувствия учащегося. Поэтому необходимо принимать во внимание усталость ученика, режим питания и питьевой режим, а также другие индивидуальные потребности. Дружеские отношения со сверстниками, позитивная атмосфера в школе и помощь учителей важны как ресурс эмоциональной поддержки [24]. Некоторые из этих потребностей не были полностью удовлетворены в последние годы обучения Дениса.

Стресс и тревога в детстве могут оказать серьезное влияние как на физическое, так и на психическое состояние в дальнейшей жизни. Это может негативно повлиять на будущие психосоциальные процессы, метаболическое здоровье, в частности, на уровень гликемии, снизить качество жизни и ухудшить самопомощь при СД1. И родители, и учителя должны знать о негативном влиянии диабета на нейрокогнитивные функции [17] и иметь в виду вероятность более низкого уровня успеваемости, чем у здоровых одноклассников, поэтому необходимо ставить реалистичные цели. Повторяющиеся неудачи вызывают психологический стресс, который приводит к чувству собственной неполноценности, влияет на качество функционирования и, следовательно, может привести к хронической тоске и потере

интереса к общей деятельности, например, посещению школы [7]. Учащийся с СД1 по сравнению с другими занят ежедневной рутинной самопомощи [14], включая такие действия, как мониторинг уровня глюкозы в крови, регулярный прием лекарств, инъекции инсулина, подсчет углеводов в рационе, планирование физических нагрузок и т.д. Психологическая поддержка необходима [14], поскольку даже обычные факторы стресса могут привести к сильным переживаниям [7]. Мать Дениса утверждает, что многие учителя не воспринимают это достаточно серьезно, так как СД1 не является видимой проблемой со здоровьем по сравнению, например, с неподвижностью конечностей, и потому их отношение было менее внимательным.

По сравнению с прошлым веком, ситуация в Чешской Республике с 1991 года для многих учащихся с видимой инвалидностью улучшилась [9]. Однако положение студентов с хроническими заболеваниями, такими как СД1, остается иным. Их образование всегда осуществлялось в обычных школах, но при этом они получали минимальную педагогическую поддержку, и их особые потребности часто игнорировались. Следовательно, в контексте нынешней политики ИО необходимо уделять достаточное внимание дополнительному повышению квалификации преподавателей в этой области. Общешкольные стратегии, межведомственное сотрудничество и вовлечение и поддержка родителей являются тремя эффективными стратегиями ИО [12], поэтому поддержка, основанная на сотрудничестве между специальными педагогами и школьными консультационными учреждениями, должна быть еще одним предметом интереса.

Оберегающий подход матери Дениса можно понять, как и то, почему она пыталась защитить своего сына в образовательной среде, где ни она, ни он не чувствовали достаточной безопасности и уверенности. Как показывает этот случай, построение качественных отношений между школой и родителями ребенка с ограниченными возможностями, основанных на доверии и понимании, является важной задачей для учителей [6; 20], а также для руководства школы. Качество коммуникации между школой и семьей, а также стратегии принятия решений внутри педагогического коллектива должны учитывать как особые потребности учащегося, так и потребности и мнения родителей. И мать, и ученик чутко воспринимали взаимодействие между ним и учителями или сверстниками и их отношение к ученику. Школа должна создавать комфортные условия, учитывающие особые потребности учащихся с хроническими заболеваниями. Необходимо ставить вопрос о том, как разработка государственной политики в области ИО может защитить потребности таких учащихся.

На основе полученной информации тематическое исследование было построено таким образом, чтобы четко показать ход обучения и его обстоятельства и обеспечить глубокое понимание этого случая (см. Приложение 3 «Краткий обзор тематического исследования»).

Выводы

В исследовании было выявлено, что сотрудничество между родителями и школой, а также сотрудничество внутри школьного персонала являются крайне важными факторами адаптации подростка в условиях обучения в инклюзивной среде. Еще одна важная роль связана с личностными качествами школьных сотрудников,

такими как сочувствие, понимание и готовность помочь. И то, и другое может положительно или отрицательно повлиять на результат образовательного процесса лиц с особыми потребностями.

Мы рекомендуем сосредоточиться на более расширенном образовании как нынешних, так и будущих учителей, поскольку они должны быть осведомлены о потребностях, а также об опыте учащихся с хроническими заболеваниями и их семей. В рамках ИО следует подчеркивать требование к саморефлексии учителями препятствий, возникающих при обучении учащихся с ООП и существующих на уровне отдельных школ. В идеале ИО должно основываться на прозрачных рекомендациях, полученных на основе данных исследований, но в случае учащихся со скрытой инвалидностью в настоящее время исследований недостаточно. Поэтому мы подчеркиваем необходимость учета мнений и опыта тех, кто является конечным потребителем образовательных услуг, — учащихся с СД1 и другими хроническими заболеваниями. Это исследование не дает слишком надежных и однозначных результатов, но оно является примером важных факторов, которые пока недостаточно изучены. Важно публиковать в будущем больше исследований, в которых анализируется живой опыт учащихся и их семей.

Литература

1. *Artiles A.J., Harris-Murri N., Rostenberg D.* Inclusion as social justice: Critical notes on discourses, assumptions, and the road ahead // *Theory into Practice*. 2006. Vol. 45. № 3. pp. 260–268. DOI: 10.1207/s15430421tip4503_8
2. *Bunnin N., You J.* *The Blackwell Dictionary of Western Philosophy*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2004. 450p. DOI: 10.1002/9780470996379.refs
3. *Cook B.G.* A comparison of teachers' attitudes toward their included students with mild and severe disabilities // *The Journal of Special Education*. 2001. Vol. 34. № 4. P. 203–213. DOI: 10.1177/002246690103400403
4. *Cresswell J.W.* *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. NY: Prentice Hall, 2002. 640 p.
5. *Gregorz S., Smogorzewska J., Karwowski M.* Academic achievement of students without special educational needs in inclusive classrooms. A meta-analysis // *Educational Research Review*. 2017. Vol. 21. P. 33–54. DOI: 10.1016/j.edurev.2017.02.004
6. *Lei X. L., Kantor J.* Study on family cohesion and adaptability of caregivers of children with ASD and its influencing factors // *Social Psychology and Society*. 2020. Vol. 11. № 3. P. 70–85. DOI: 10.17759/sps.2020110305
7. *Malik J.A., Aslam N.* Distress and Quality of Life // *Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations* / A.M. Delamater, D.G. Marrero (eds.). Cham: Springer, 2020. P. 33–48. DOI: 10.1007/978-3-030-33286-0
8. *Mariga L., McConkey R., Meyezwa H.* *Inclusive education in low-income countries: A resource book for teacher educators, parent trainers and community development*. South Africa: Disabilities Innovations Africa. 2014. 142 p.

9. Michalík J., Chrastina J., Maštališ J. et al. Assistant teachers for pupils with special educational needs in the Czech republic – presentation of selected particular research results // Social Welfare Interdisciplinary Approach. 2015. Vol. 1. № 5. P. 48–57. URL: <http://socialwelfare.eu/index.php/sw/article/view/10> (дата обращения: 17.06.2021).
10. Mikurcikova L. Rozdiely v komunikačných a sociálnych interakciách žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím v edukačnom procese na špeciálnych základných školách a v domovoch sociálnych služieb // Špeciálny pedagóg. 2012. Vol. 2. № 2. P. 14–30. URL: https://www.researchgate.net/publication/261729205_Rozdiely_v_komunikacnych_a_socialnych_interakciach_ziakov_s_tazkym_mentalnym_postihnutim_v_edukacnom_procese_na_speciálnych_zakladnych_skolach_a_v_domovoch_socialnych_sluzieb (дата обращения: 17.06.2021).
11. Miovský M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Prague: Grada Publishing. 2006. 332 p.
12. Mitchell D. What really works in special and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies. 3rd ed. London: Taylor&Francis Ltd, 2020. 460 p.
13. Moore S. One without the other: Stories of unity through diversity and inclusion. Vol. 1. Winnipeg: Portage&Main Press. 2016. 90 p.
14. Mosin I.S. The DiaPsy mobile app for improving self-control of diabetes and psychological support for people with type 1 diabetes // Modelling and Data Analysis. Vol. 10. № 1. 2020. P. 166–175. DOI: 10.17759/mda.2020100111.
15. Murdoch D.C. Lived experience and inclusive education: an exploration of the phenomenon of inclusive education in the life world of young people, parents and teachers. PhD Dissertation. UK: The University of Edinburgh, 2019. URL: <http://hdl.handle.net/1842/36034> (дата обращения: 17.06.2021).
16. Musilová M. Případová studie jako součást pedagogické praxe. 2nd ed. Olomouc: Palacký University, 2003. 42 p.
17. Northam E. Distress and quality of life. // Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations / A.M. Delamater, D.G. Marrero (eds.). Cham: Springer, 2020. P. 79–90. DOI: 10.1007/978-3-030-33286-0.
18. Okyere C., Aldersey H.M., Lysaght R. The experiences of children with intellectual and developmental disabilities in inclusive schools in Accra, Ghana // African Journal of Disability. 2019. № 8. P. 1–11. DOI: 10.4102%2Fajod.v8i0.542
19. Patton M.Q. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. NY: SAGE Publications Inc., 2002. 832 p.
20. Pham Y.K., Murray C., Good R.H. Grades, behavior, and engagement of adolescents with disabilities: An examination of social relationships among students, parents, and teachers // School Community Journal. 2018. Vol. 28. № 2. P. 47–62. URL: <https://search.proquest.com/docview/2166970378?accountid=16730> (дата обращения: 17.06.2021).

Седлачкова Д., Кантор И. Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 183–220.

Sedláčková D., Kantor J. The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 183–220.

21. *Sedláčková D.* Pupils with physical disabilities and their experience with inclusive education: Literature review // 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts. 2018. № 5, Science and Society Issue 3.5. Sofia: STEF92 Technology Ltd. P. 673–680. DOI: 10.5593/sgemsocial12018/3.5
22. *Sedláčková D.* Pupils with physical disabilities and their experience with inclusive education: review of Czech sources // 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts. 2018. № 5. Science and Society Issue 3.5. Sofia: STEF92 Technology Ltd. P. 681– 688. DOI: 10.5593/sgemsocial12018/3.5
23. *Van Manen M.* Researching lived experience. Human science for the action sensitive pedagogy, 2nd ed. Ontario: University of Western Ontario, 1997. 224 p. DOI: 10.4324/9781315421056
24. *Van Vleet M., Helgeson V.S.* Friend and peer relationships among youth with type 1 diabetes // Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations / A.M. Delamater, D.G. Marrero (eds.). Cham: Springer, 2020. P. 121–138. DOI: 10.1007/978-3-030-33286-0.
25. *Terry G., Hayfield N., Clarke V. et al.* Thematic analyses // The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology / W. Stainton Rogers, C. Willig (eds.). London: SAGE Publications, 2017. P. 17–37.
26. *Watt L.* (Un)safe at school: Parents' work of securing nursing care and coordinating School Health Support Services delivery for children with diabetes in Ontario schools // Journal of Sociology and Social Welfare. 2015. Vol. 42. № 2. Article 7. P. 103–126.
27. *Zilcher L., Svoboda Z.* Inkluzivní vzdělávání: efektivní vzdělávání všech žáků [Inclusive education: effective education of all learners]. Prague: Grada, 2019. 216 p.

Обзор литературы

1. Стратегия поиска

Ключевые слова: diabetes [диабет] AND experience [опыт] AND “inclusive education” [инклюзивное образование].

Поиск по аннотации / названию, дате публикации без ограничений, языку без ограничений с предположением, что аннотация / название на английском языке.

Тип результатов поиска — качественные исследования.

Стратегии поиска по всем базам данных:

CINAHL plus: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Ebsco Host: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Eric: AB: (diabetes AND experience AND “inclusive education”)

MEDLINE complete: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Pro Quest: ab (diabetes) AND ab (experience) AND ab (“inclusive education”)

PsycINFO: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Scopus: TITLE-ABS-KEY (diabetes) AND TITLE-ABS-KEY (experience) AND TITLE-ABS-KEY (“inclusive education”)

Web of Science: AB=(diabetes AND experience AND “inclusive education”)

2. Результаты обзора литературы

Таблица 1.1

Количество найденных источников в разных базах данных

База данных	Количество найденных публикаций
CINAHL plus	0
Ebsco host	2
ERIC	0
MEDLINE complete	0
ProQuest	0
PsycINFO	1
SCOPUS	1
Web of Science	0

3. Стратегия отбора исследований для включения в обзор

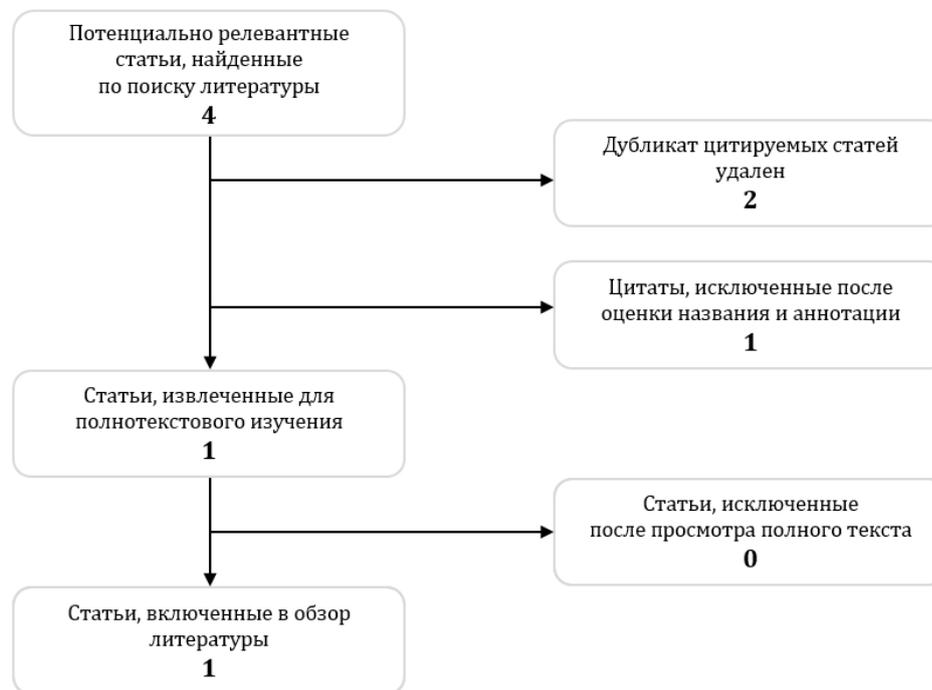


Рис. 1. Блок-схема с подробным описанием идентификации и отбора исследований для включения в обзор³

4. Характеристики исследования, включенного в обзор⁴

Таблица 1.2

Данные о включенном исследовании

Автор	Lisa Watt [Лиза Уатт]
Название	(Un)safe at school: Parents' work of securing nursing care and coordinating School Health Support Services for children with diabetes in Ontario schools
Год публикации	2016
Тип публикации, организация	Глава в диссертации, Университет Макмастера; Статья в научном журнале
Инструмент	Опыт, письменные источники
Тип исследования	Качественное исследование: Институциональная этнография

³ JBI Reviewer's Manual. 2020. С. 348. URL: https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Previous+versions?preview=%2F62392403%2F67731631%2FJBI_Reviewers_Manual_2020June.pdf (дата обращения: 04.07.2021).

⁴ Watt L. (Un)safe at school: Parents' work of securing nursing care and coordinating School Health Support Services delivery for children with diabetes in Ontario schools // Journal of Sociology and Social Welfare. 2015. Vol. 42. № 2. Article 7. P. 103–126.

Седлачкова Д., Кантор И. Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 183–220.

Sedláčková D., Kantor J. The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 183–220.

Страна / язык	Канада / англ.
Режим администратора	Этнографическое исследование — взаимодействие между ребенком с диабетом и его родителями, школой, врачами и школьными службами поддержки охраны здоровья в Канаде
Среда / Контекст	Инклюзивное образование в Онтарио, Канада
Участники	Мать ученика с диабетом и практика школьных служб поддержки охраны здоровья в инклюзивном образовании
Результаты	Ключевая роль родителей в участии в инклюзивном образовании — связь между школьной службой поддержки охраны здоровья и потребностями детей

Приложение 2

Подробный обзор утверждений интервьюируемых, их обобщение, подтемы и темы

Таблица 2.1

Анализ утверждений учащегося

№	Единица анализа — утверждения учащегося	Обобщение	Подтема	Тема
1	Маме всегда приходилось ходить к каждому учителю, обсуждать с ними мои проблемы, объяснять, что и как, чтобы они знали, что мне можно делать, и так далее. Например, мне нужно было измерить уровень сахара, ввести инсулин и так далее. Тогда это сработало.	поддержка и помощь матери	преодоление препятствий	коммуникация между школой и родителями
2	...она позвонила моей учительнице, что я плохо себя чувствую, поэтому я остался дома, а она пошла только взять для меня домашнее задание.	поддержка и помощь матери	ООП (связано с более частым отсутствием)	коммуникация между школой и родителями
3	...классный руководитель, она всегда стремилась понять и помогала, но...	поддержка учителей	состояние здоровья	сочувствие, понимание и готовность помочь
4	...почти все учителя помогали, они соглашались позаниматься со мной после школы, если было надо, только г-н...	поддержка некоторых учителей	ООП (связано с более частым отсутствием)	сочувствие, понимание и готовность помочь
5	...но некоторые другие учителя не хотели слушать. Они как бы думали, что это просто отговорки.	отношение учителей	состояние здоровья	отсутствие сочувствия, понимания и готовности помочь

6	...с самими практическими занятиями проблем не было, а вот с преподавателем — да. Мы с ним не очень ладили. Я ничего не мог поднять из-за колена, поэтому он [учитель] мне сказал вообще туда не ходить... он думал, что я ленивый или... Я действительно не мог.	отношение преподавателя и непонимание	состояние здоровья	отсутствие сочувствия, понимания и готовности помочь
7	Я написал все темы, которые они делали, когда я был дома, но механика была сложной, я ее не понимал и всякий раз, когда я просил учителя помочь мне, он говорил: «У меня нет времени, это твоя проблема, что ты не ходишь в школу, ты должен быть в школе». Но я был в больнице...	отношение учителя	ООП (связано с более частым отсутствием)	отсутствие сочувствия, понимания и готовности помочь

Таблица 2.2

Анализ утверждений матери

№	Единица анализа — утверждения матери	Обобщение	Подтема	Тема
1	Я переехала с ним в деревню, чтобы держать его под контролем... Я осталась дома...	поддержка и помощь матери	опасения	адаптация
2	Мне приходилось вставать ночью, измерять сахар, делать гликемический профиль, готовить специальные блюда каждый день и в точное время...	поддержка и помощь матери	новые потребности	адаптация
3	Мне приходилось разговаривать с ними [учителями] ежедневно, снова и снова повторять им всю информацию — они никогда не обучали ни одного диабетика...	поддержка и помощь матери	проблемы и ООП	коммуникация между школой и родителями
4	...они не понимали его перепадов настроения, того, что у него были проблемы с концентрацией внимания...	непонимание учителей	другие последствия заболевания	коммуникация между школой и родителями
5	...Я ждала его на ужин, а он не пришел — никто не звонил, я чуть не умерла от страха и побежала в школу... ему пришлось остаться после уроков, потому что он плохо или беспокойно себя вел. Никто не может себе представить, что я испытала...	страх	другие последствия заболевания	коммуникация между школой и родителями

6	Это работало наполовину, они на все кивали, но то, что они действительно думали...	поддержка учителей	ООП	коммуникация между школой и родителями
7	Учительница там была замечательная, мы все время были на связи, она задавала вопросы, ей было интересно, она проявляла заботу. Она даже приходила к нам домой, когда Денис начал туда ходить. Когда мы пошли к врачу, она позвонила мне, чтобы узнать, что нового, какие у него результаты. Все, что она узнала от меня, она рассказала другим учителям, они были отличной командой, это действительно хорошо работало.	интерес и энтузиазм учителя	тесное сотрудничество	коммуникация между школой и родителями
8	В средней школе всё было по-другому. Классная руководительница была хорошая, это было похоже на начальную школу, мы хорошо сотрудничали, и это работало, но...	поддержка учителя средней школы	сотрудничество	коммуникация между школой и родителями
9	Она была замечательной личностью, понимающей и сочувствующей, она хотела помочь. Я знала, что я могу быть с ней честной. Она установила связь между нами и школой. Это работало, только она, врач и я, и всё было в порядке...	поддержка учителей	черты характера учителя	сочувствие, понимание и готовность помочь
10	Не все могут принять его таким, какой он есть. Может быть, кто-то думает, что мы всё выдумываем.	мышление учителя	взаимное доверие	сочувствие, понимание и готовность помочь
11	...но руководство там, в основном заместитель директора и преподаватели практических предметов. Я не знала, что делать, что думать, они никогда не пытались понять, они понятия не имели, через что мы прошли...	отношение некоторых сотрудников школы	ООП учащегося	отсутствие сочувствия, понимания и готовности помочь
12	Понимаете, они вели себя так, как будто мы им лгали. Если бы он был в инвалидном кресле, все бы это увидели и сочувствовали бы и помогали, но когда проблема не очевидна, никого это не волнует...	непонимание учителей	сравнение с другими видами инвалидности	отсутствие сочувствия, понимания и готовности помочь
13	Она установила связь между нами и школой. Она проинформировала всех тамошних учителей...	связь между семьей и классным руководителем	рабочее сотрудничество	эффективное сотрудничество между коллегами

14	Сотрудничество с руководством тоже хорошо работало, я много раз встречалась с заместителем директора. Они информировали и поддерживали других учителей.	связь между семьей и руководством школы	рабочее сотрудничество	эффективное сотрудничество между коллегами
15	...она помогала, но она была почти совсем одна, она не могла ни продвигаться с нами дальше, ни найти поддержки у руководства, мы часто говорили об этом по телефону...	усилия классного руководителя	безвыходная ситуация	неэффективное сотрудничество между коллегами
16	Мне было все равно, я только хотела, чтобы они дали ему шанс закончить школу. Я никогда не чувствовала себя так, как тогда...	беспокойство о будущем	отчаяние	эффективное сотрудничество между коллегами (отрицательное)

Таблица 2.3

Анализ утверждений учителя

№	Единица анализа — утверждения учителя	Обобщение	Подтема	Тема
1	Сотрудничество с мамой было прекрасным, мы все время были в контакте...	коммуникация матери и учителя	сотрудничество	коммуникация между школой и родителями
2	Я очень часто разговаривала с матерью Дениса, и это работало очень хорошо. В самом начале у нас была встреча, где она дала мне брошюру о диабете и все объяснила.	информация от матери	состояние здоровья	коммуникация между школой и родителями
3	Тогда у него была инсулиновая помпа, она сообщила мне об этом, затем о состоянии его здоровья, особых потребностях и возможных рисках.	информация от матери	ООП, состояние здоровья, безопасность	коммуникация между школой и родителями
4	Потом мы общались по телефону, или она приходила в школу, когда было необходимо.	выход на связь	средства коммуникации и ее частота	коммуникация между школой и родителями
5	Когда Денис плохо себя чувствовал, я сразу же звонила ей, или она звонила, когда он не мог прийти. И у меня было достаточно информации, чтобы сообщить другим учителям.	оперативное решение проблем	сотрудничество «мать–ученик–учитель»	коммуникация между школой и родителями

6	...он никогда не участвовал ни в каких школьных мероприятиях, таких как поездки, лыжные курсы ...и большинство учителей раздражались из-за этого. С другой стороны, его заботливая мать никогда не мотивировала его участвовать...	исключение из коллективной деятельности	отношение учителей	отсутствие понимания
7	...они не слушали меня, у них была своя правда. На самом деле, это никому не причинило бы никаких неприятностей, единственное, что нужно было сделать, это войти в их положение и быть готовым помочь.	решение проблем учащегося	черты характера учителей и их готовность помочь	отсутствие сочувствия, понимания и готовности помочь
8	...иногда было трудно, например, с его диетой — некоторые учителя понимали и соглашались с его 10-минутным отсутствием два раза в неделю, потому что у нас здесь нет обеденного перерыва и 10 минут было недостаточно, чтобы сбежать домой на обед, поэтому ему разрешили 30 минут отсутствовать, последние 10 и первые 10 минут урока до и после обеда.	поддержка учителя	особые потребности	эффективное сотрудничество между коллегами
9	С другой стороны, два учителя были категорически против этого, они даже приводили нелепые причины, такие как: «А что, если я планирую 10-минутный тест в это время?» В конце концов мне пришлось попросить директора решить эту проблему...	поддержка учителя	особые потребности	неэффективное сотрудничество между коллегами
10	...но с некоторыми коллегами было действительно трудно разговаривать. У них была своя правда. Они не хотели, чтобы их информировали, как будто они знали всё лучше, чем его собственная мать...	информирование других учителей классным руководителем	отношение коллег к учащимся с ООП	неэффективное сотрудничество между коллегами
11	В конце концов мне удалось убедить и руководство, и преподавателей практических предметов...	усилия учителя	сотрудничество + отсутствие поддержки со стороны руководства	эффективное сотрудничество между коллегами
12	По правде говоря, я действительно боялась, что он не закончит обучение. Они выглядели так, будто они приняли окончательное решение и только ждали, решит ли он уйти сам.	беспокойство о будущем	разочарование	эффективное сотрудничество между коллегами (отрицательное)

Краткий обзор из тематического исследования

Денис родился здоровым ребенком. Он начал посещать детский сад в возрасте четырех лет. В возрасте шести лет он начал посещать начальную школу, и в течение трех месяцев у него был диагностирован сахарный диабет 1 типа (СД1). Это полностью изменило жизнь его семьи. Посещение школы было отложено на один год, его матери пришлось уйти с работы, и первый год был полон неопределенности, страха, домашнего ухода, обучения и терпения. Чтобы держать сына под присмотром, семья переехала в соседнюю деревню, где через год он начал посещать начальную школу. Сельская школа была маленькой, с небольшим количеством учеников в классе, поэтому она была намного лучше, чем в городе. Мать очень поддерживала сына, она сотрудничала с его классным руководителем и другими учителями, неоднократно объясняла им все детали, связанные с болезнью, чтобы обеспечить безопасный ход его обучения. Ей приходилось ходить в школу несколько раз в день, в основном в первый год: она отводила и забирала сына, ходила в школу, чтобы измерить уровень сахара в крови, приносила специальное диетическое питание и т.д. В то время в школе не было никаких серьезных проблем, возможно, требовалось лишь с пониманием относиться к перепадам настроения ученика, более низкой концентрации внимания и повышенной усталости по сравнению с другими учениками. Денис помнит этот период как счастливое время с хорошими оценками, встречами с друзьями и игрой в футбол. У него не было ни особых рекомендаций от психолого-педагогической комиссии, ни индивидуального учебного плана, но вся его школьная поддержка основывалась на тесном сотрудничестве между матерью, врачами и учителями.

Через четыре года семья снова переехала в город, когда родились его братья-близнецы, поэтому Денис перешел в городскую начальную школу. На этом этапе ему очень повезло с классным руководителем, которая была очень внимательна, готова помочь и сотрудничать и воспринимала обучение такого ребенка как сложную и интересную задачу. И мать, и сын очень ценили ее, поскольку она оказала значительное влияние на жизнь Дениса. Руководство школы и консультант по вопросам образования также оказывали помощь и относились к проблемам с пониманием. Сотрудничество между мамой и классным руководителем было на очень высоком уровне, они общались лично в школе, по телефону и электронной почте, учительница даже навещала их дома. По словам Дениса, это было лучшее время, проведенное в школе. Денис учился в этой школе до конца девятого класса и закончил обязательное начальное образование.

После этого Денис начал ходить в среднюю школу — профессиональное училище, которое специализировалось на автомеханике. Первые три года он обучался по рабочей специальности, а затем решил продолжить обучение, но не закончил его. Среднее образование по сравнению с начальным принесло много трудностей. Классный руководитель была готова помогать, но были и такие учителя, которые не игнорировали особые потребности или особенности Дениса. Руководство школы также не было готово предоставить комфортные условия. Несмотря на большую поддержку матери и классного руководителя, такое отношение вызвало проблемы, в результате которых ученик чуть было не покинул школу, не доучившись по

специальности. Кроме того, трудности, неоднократно возникавшие в отношениях между учителями и Денисом, отрицательно сказывались на его отношениях со сверстниками, которые подозревали его в том, что он пользуется своим диагнозом.

И очное общение между Денисом, его матерью и классным руководителем, и общение по телефону были эффективными. Некоторые учителя не были готовы выполнять требования матери, основывавшиеся на рекомендациях врача, и они неоднократно рекомендовали учащемуся выбрать другую школу. Последний год его обучения по специальности был осложнен операцией на колене, которую неоднократно откладывали из-за неудовлетворительного состояния здоровья, потому что учащийся не мог выполнять все виды работ на школьной практике. Поэтому преподаватель по специальности попросил его остаться дома, что привело к его частому отсутствию в школе. Впоследствии Денису и его матери сообщили, что у него нет шансов закончить школу, и поэтому их пригласили в школу на встречу с директором. Наряду с директором школы, во встрече участвовали заместитель директора, заместитель директора по практической работе и классный руководитель. По словам матери, это был худший день в ее жизни, так как она и ее сын испытывали чувство вины, хотя они не сделали ничего плохого, у ученика были только проблемы со здоровьем. Но они не сдавались. Денису пришлось догонять одноклассников все каникулы, и, наконец, через два месяца он успешно закончил обучение по специальности. В сентябре он даже решил продолжить учебу, но его частое отсутствие привело к неуспеваемости по некоторым предметам, а затем — к уходу из школы.

The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher

Dagmar Sedláčková

Palacky University Olomouc, Olomouc, Czech Republic,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7221-3724>, e-mail: dagmar.sedlackova01@upol.cz

Jiří Kantor

Palacky University Olomouc, Olomouc, Czech Republic,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6016-3408>, e-mail: jiri.kantor@upol.cz

The project aimed to understand the lived experience with inclusive education in the case of a secondary school student with diabetes mellitus type 1 (DM1), his mother and a teacher. Data collected by semi-structured interviews were analyzed by van Manen's thematic analyses of lived experience, whereas three significant themes were identified. Firstly, the quality of communication between school and parents; secondly, the level of empathy, understanding and helpfulness, and thirdly, collaboration between colleagues. Research shows the necessity to expand the education of teachers on the issue of special needs of learners with chronic diseases and extend the educational goals to psychological factors associated with their increased emotional burden. Mutual collaboration of all participants and self-reflection of teachers, supporting good peer relationships and positive school climate is essential.

Keywords: inclusive education, disability, special educational needs, lived experience, chronic disease, diabetes, risk factors, hidden disability.

Funding. This research was supported and financed from the project “Výzkum inkluze osob se speciálními potřebami” [Research of inclusion of persons with special needs]: IGA_PdF_2020_028.

For citation: Sedláčková D., Kantor J. The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher. *Klinicheskaia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 183–220. DOI: 10.17759/cpse.2021100211

Introduction

Inclusive education (IE) is considered “a dynamic approach of responding positively to students with diversity and seeing individual differences not as a problem but as an opportunity for enriching learning” [10, p. 25]. It enables socialization in the natural

environment and supports the establishment of friendly relations and joint activities necessary for the acceptable emotional state and healthy development of every child.

Changes in educational policy in the Czech Republic in 2016 confirmed that IE would be among the present priority themes. IE brings many positives, mainly among others, avoiding discrimination [1], creating equal opportunities in education [27], more incredible academic gains [5], improvement in communication and social interaction [10], focusing on all learners' needs, and its saturation [27]. However, in reality, these advantages can be reduced due to different barriers in the educational environment, e.g., the unwillingness to include these children in the educational process by some teachers, peers, parents, or the school management.

Although the experience of students with various types of special educational needs (SEN) within IE was researched and repeatedly described in the literature [13; 18; 21; 22], the available studies usually deal with learners with clearly manifested health problems. Nevertheless, the experience of a child with a severe but externally hidden disability is different. The structured, systematic search of the literature (see Appendix 1 or <https://ufile.io/8d3u2s9j>) proved that such studies are currently missing for students with diabetes, except for one article [26]. We have proposed this study because the research of lived experience of students with SEN can offer important information for teachers and policy makers, as it can demonstrate the risk factors and possible resources for further inclusion of such a child.

This study brings our analysis of lived experiences of a secondary student with diabetes mellitus 1 (DM1), educated in inclusive settings since his early childhood, his mother, and his teacher. The following research questions were determined:

1. How has a learner with DM1 experienced inclusive education?
2. What experience have his mother and a teacher had?

Methodology

The study was carried out according to Dilthey's philosophy [2] and van Manen's approach. The research was divided into three stages: data collection, data analyses based on transcription, repeated reading, coding, topics extraction, and conclusion. The last step was building a case study for better understanding.

Research data were collected through semi-structured interviews [4] with individual participants and detail studying of student's school documentation to gain objective background information [16]. There were three research participants: a secondary school student with DM1, his mother, and his current class teacher (see Table). Before the interviews, informed consent forms were prepared [19] (the respect to the Directive of the Dean of Faculty of Education UP, 3S/2015), and research tools — a list of general topics or supportive questions for the interview with each participant [11].

The interviews were carried out in the natural environment of the interviewees [11] — at home and school. Each interview took 35 to 50 minutes. All participants were guaranteed anonymity, names of people, places, or institutions are not stated in the text,

and the student is assigned a pseudonym Denis. The course of the interview was the following: the participant was asked to talk about experiencing education from the beginning to the present. Each free narration was continuously supported and guided by questions, nodding, words of thanks, or agreement of the interviewer [19] based on pre-prepared research tools. Each participant was given sufficient space for his own reflections, feelings, and questions and encouraged with understanding during the interview. The topics dealt with education, SEN, school settings adaptation, diabetes self-management, school results, school and class climate, relationship with peers, feelings and emotions, behavior, extracurricular social activities, cooperation between school and family, troubles, and overcoming.

Table

Participants' details

Participant	Age, other details	Reason for participation
Denis	<ul style="list-style-type: none"> – 21, lives with his mother, a stepfather and 2 half-brothers, has a partner – likes cars, football – 3 years apprenticeship + unfinished follow-up studies (high absence, gradual loss of friendly relations, deterioration of outcomes, negatively influenced behavior and reduced interest in the study field, finally school failure) – friendship not important, gets on well with peers <p><i>Diabetes self-management:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – glycemic control and medication since early teens, – in diet still relies on his mother, 	A secondary school student with DM1 — IE since elementary school
Mother	47, secondary educated, a housewife, newly married, communicative, active, with a sense of justice, protective, devoted to her family	<ul style="list-style-type: none"> – information on the son with DM1, his development since the diagnoses, on causes of problems, personal troubles, emotional states, stresses, success and failures – aware of special needs, defending his needs and rights, the most active participant in support and treatment
Teacher	50, female, supportive, emphatic, understanding	The link between all participants

The gained data were organized and then gradually analyzed. The interviews were transcribed literally [25] without transcription software. It led to a deeper understanding and getting familiar with the content [19]. The recordings were listened to step by step and transcribed in Pages program. The data were analyzed in six steps of van Manen's approach [23] that builds on the unique perspective that a researcher can use during the data interpretation. Own personal experiences were subsequently admitted and reflected

at all stages: data collection, analyses and interpretation. The steps were the following:

- Turning to the nature of lived experience — includes the formulation of the research question.
- Exploring lived experience — getting more profound knowledge via in-depth interviews.
- Reflection of important themes that characterize researched phenomenon — data analyses and themes identification.
- Description of the researched phenomenon — narration visualizing thoughts, feelings, and attitudes.
- Keeping strong and transparent relation to the studied phenomenon — focus on the research question.
- Balancing research context by thinking about both the whole context and its parts.

The process kept the recommended order of steps and enabled steps back, according to the researcher's needs and emerging themes. The transcription was followed by repeated careful reading to create a detailed picture of each experience. A thematic analysis enabled extracting of explicit and implicit meaning and the core of each experience [25]. Gradually keywords and concepts were identified and codes were defined [19; 25]. The coding scheme enabled better orientation in the texts and helped revealing the essential topics. The analysis involved a selective and clarifying approach to join the concepts and transform them into themes that formed the basis for characteristics of individual subtopics. The procedure led to the definition of fundamental themes that gradually emerged during the analysis of each interview [23].

Results

Thematic analyses identified important themes that emerged from individual interviews with each participant (see Figure), two overlapping themes important for all participants and one emphasized by two of them (see a detailed overview of interviewees' statements, its condensation, sub-themes, and themes in Appendix 2 or: <https://ufile.io/8d3u2s9j>).

For the student, education at elementary school was an essential experience. The crucial role was played primarily by his mother and her support, frequent communication with teachers and their willingness to help, also their personal traits. As the student's dependence on his mother's help decreased in adolescent age, the communication with secondary school teachers was less frequent and the impact of a hidden disability extended significantly.

Two crucial themes repeatedly appeared during the interview: firstly, the importance of communication between school and parents associated with his reliance on his mother's help throughout schooling («*Mom always had to go to every teacher, to discuss my problems with them,...Then it worked*»). Secondly, the importance of teachers' empathy, understanding, and helpfulness that brought positive effects («*...almost all teachers helped, they agreed with tutoring after school,...* »), when these traits were met, and caused

troubles when not (*«I could not lift anything because of the knee, so he asked me not to go there at all...he thought I was lazy or...I really couldn't »* or *«... I did not understand it ...I asked him to help me,... he said "I don't have time, it's your problem, that you don't go to school,..." But I was in a hospital...»*).

The student sensitively perceived everything that directly influenced his daily contact with teachers and schoolmates, and it consequently affected his success (*« I look just same like the others,...some teachers don't respect my problems, like the diet.... She (a troublesome teacher) behaves as if I take advantage of it ...I am looking forward to the end,... Schoolmates before were fine, ...the new ones are OK, we're not friends, but I don't care....»*)

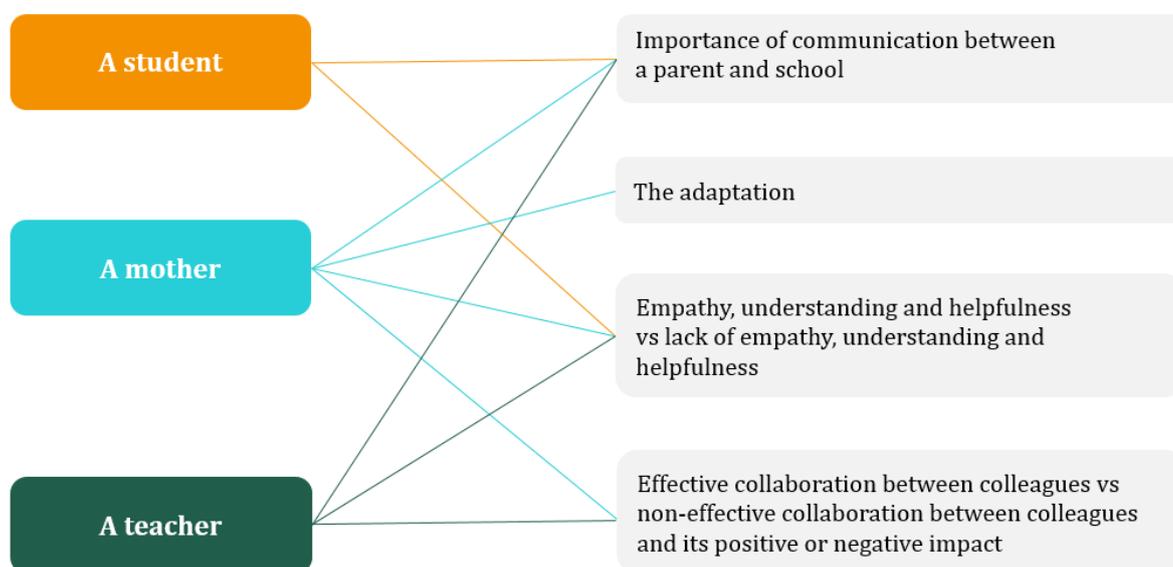


Fig. The diagram of important themes from the view of each participant

Both Denis and his mother experienced the education very sensitively, but each of them reflected unpleasant experiences differently. The mother's feelings were associated with worries, fear, or even hopelessness, while Denis's disappointment led to grievance, reluctance, and behavioral problems. She made maximum effort to ensure his smooth educational process and protect his health condition. It was difficult for her to overcome distrust or misunderstanding and lack of empathy.

In the mother's case, four important issues were identified. She emphasized the process of adaptation at the beginning (*«I moved with him to the village, to have him under control...I stayed at home...»*), soon after the confirmation of her son's diagnoses. She considered important communication between school and parents on a larger scale, including not only teachers but all the school staff involved in the educational system (*«...I had to talk to them daily, over and over ...- the've never taught any diabetic...»*). In connection to that, she also found important the effective collaboration between colleagues (*«She made a link between us and school. She informed all teachers...»*) and in contrast noted a negative experience (*« She was helpful, but she was nearly alone, she could neither move with them, nor she found support from the management,...»*). Teachers' traits, like empathy,

understanding, and helpfulness («*She was a great personality, understanding and emphatic, she wanted to help...made a link between us and school...»*) in contrast to the lack of such («*...but the management there, mainly the deputy director, and the practice masters...they've never tried to understand, they had no idea what we have gone through...»*), were considered by the student's mother as another significant issue for successful IE.

The teacher admits that some colleagues were difficult to cooperate with. She takes the idea of inclusion positively, but would welcome more support of school management, more understanding and willingness to achieve better cooperation in the teachers' team and to improve the students' success. Three issues were identified as important for the teacher. Firstly, the importance of communication between parents and the school («*Cooperation with his mother was fine, we were in contact all the time,...*»), secondly, the positive impact of effective collaboration between colleagues («*...it was sometimes difficult, for example, his diet - some teachers understood and agreed with his 10 min absence twice a week,...*»). On the contrary, the teacher also mentions the negative impact of effective collaboration, when the decisions of the teachers' team could harm the student («*...to tell the truth, I was really afraid he would not finish it...they had done a final resolution and only waited whether he would decide to leave himself*»). Thirdly, the need for such traits as understanding, empathy, and helpfulness of teachers and the lack of them («*...they did not listen to me and had their own truth. In fact it would not do any troubles to anyone, the only thing was to get involved into their situation and to be willing to help*»).

Discussion

The analysis discovers both benefits and challenges related to IE of students with diabetes. The benefits are mainly related to the student's living normal life, without segregation, with equal opportunities in present while studying and with future employment. Challenges are caused mainly by human factor. People involved in the educational process can significantly influence the learner's life direction and success, whereas the participation of parents plays a crucial role in providing information for the safe and seamless education of learners with DM1 [26].

DM1 is a hidden disability, so there is a risk that teachers will underestimate and minimize the consequences of the disease [26]. They can expect learners with a hidden disability behave and perform as their non-disabled schoolmates do [3], but severe health conditions caused by DM1 can influence both performance and development of learners, which is evident in Denis's case. The glycemic level influences behavior as well as learning outcomes. It depends on physical activity, strict regular diet, demands and requirements of others and learner's well-being. Therefore, it is necessary to respect the learner's fatigue, the routine of a diet and drinking schedule and other individual needs. Friendly relationships with peers, positive climate and supportive teachers' attitude are essential for emotional support [24]. Some of these needs were not fully met in the last years of Denis's education.

Stress and anxiety in childhood influence seriously physical and psychical conditions later in life. It can negatively influence future psychosocial and metabolic outcomes, glycemic control, quality of life and reduce diabetes self-management. Both parents and teachers should be aware of negative effects of diabetes on neurocognitive functions [17],

and expect lower academic achievement than in the case of healthy schoolmates, so the goals should be realistic. Repeated failures cause psychological distress that leads to feelings of worthlessness, influences the quality of work and consequently can lead to chronic sadness and loss of interest in common activities, e.g. school attendance [7]. A learner with DM1 is busy with the daily diabetes self-management routine [14], including such activities as monitoring blood glucose, regular medications, injecting insulin, counting carbohydrates in his diet, planning physical activities, etc. Psychological support is essential [14], because even typical stressors can lead to distress [7]. Denis's mother states that a number of teachers do not take it seriously enough, as DM1 is not an obvious disability, in comparison to e.g., immobility of limbs, so their attitudes is less delicate.

Compared to the past, the situation in the Czech Republic has improved since 1991 for many students with visible disability [9]. However, the situation of students with chronic disease, like DM1, was different. They have always been educated in mainstream schools, but received minimum pedagogical support and their special needs were often disregarded. Hence it may be essential, for the IE current policy, to pay sufficient attention to postgraduate education of teachers in this area. School-wide strategies, interagency cooperation and involvement, and support of parents are three effective IE strategies [12]. So, support based on cooperation between special educators and school counseling institutions should be another subject of interest.

It is easy to understand the protective approach of Denis's mother, it is clear why she tried to protect her son in the educational environment, where neither she nor he felt sufficient security and confidence. Building a quality relationship between the school and parents of a child with disability based on trust and understanding is an essential task for teachers [6; 20], and also for the school management, as shown in this case. Quality of communication between school and family, as well as strategies for decision-making within the pedagogical team, should take into account both the special needs of the learner and needs and opinions of his parents. Both the mother and the student sensitively perceived the interactions between the student and teachers or peers and their attitudes to him. School should create convenient conditions that respect special needs of learners with chronic disease in mainstream schools. It is necessary to deal with the question of how the development of state policy for IE can defend the needs of these learners.

Based on the information obtained from the research, the case study was built to show clearly the course of education and its circumstances, to enable deeper understanding of this case (see Appendix 3: A brief overview from the case study).

Conclusions

The study points out that the cooperation between parents and school as well as cooperation within the school staff is crucial. Another critical role is associated with the school staff's character traits, such as empathy, understanding and willingness. They can influence both positively and negatively the effect of educational process.

We recommend focusing on more extended education of both present and future teachers, because they should be more aware of the needs and experiences of learners with chronic disease and their families. IE should emphasize the requirements for self-reflection

of barriers in educating learners with SEN existing on the local level in individual schools. Ideally, IE should be based on transparent recommendations resulting from research data, but in the case of learners with a hidden disability there is not enough research nowadays. Therefore, we emphasize the need to include the views of experiences of those, who are the recipients of these recommendations — pupils with DM1 and other chronic diseases. This study does not offer very robust results, but it is an example of significant factors that are under-researched. It is essential to publish more studies that analyze the lived experiences of such students and their families in the future.

References

1. Artiles A.J., Harris-Murri N., Rostenberg D. Inclusion as social justice: Critical notes on discourses, assumptions, and the road ahead. *Theory into Practice*, 2006, vol. 45, no. 3, pp. 260–268. DOI: 10.1207/s15430421tip4503_8
2. Bunnin N., You J. *The Blackwell Dictionary of Western Philosophy*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2004. 450p. DOI: 10.1002/9780470996379.refs
3. Cook B.G. A comparison of teachers' attitudes toward their included students with mild and severe disabilities. *The Journal of Special Education*, 2001, vol. 34, no. 4, pp. 203–213. DOI: 10.1177/002246690103400403
4. Cresswell J.W. *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. NY: Prentice Hall, 2002. 640 p.
5. Gregorz S., Smogorzewska J., Karwowski M. Academic achievement of students without special educational needs in inclusive classrooms. A meta-analysis. *Educational Research Review*, 2017, vol. 21, pp. 33–54. DOI: 10.1016/j.edurev.2017.02.004
6. Lei X. L., Kantor J. Study on family cohesion and adaptability of caregivers of children with ASD and its influencing factors. *Social Psychology and Society*, 2020, vol. 11, no. 3, pp. 70–85. DOI: 10.17759/sps.2020110305
7. Malik J.A., Aslam N. Distress and Quality of Life. In A.M. Delamater, D.G. Marrero (eds.), *Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations*. Cham: Springer, 2020, pp. 33–48. DOI: 10.1007/978-3-030-33286-0
8. Mariga L., McConkey R., Meyezwa H. *Inclusive education in low-income countries: A resource book for teacher educators, parent trainers and community development*. South Africa: Disabilities Innovations Africa. 2014. 142 p.
9. Michalík J., Chrastina J., Maštálř J. et al. Assistant teachers for pupils with special educational needs in the Czech republic – presentation of selected particular research results. *Social Welfare Interdisciplinary Approach*, 2015, vol. 1, no. 5, pp. 48–57. URL: <http://socialwelfare.eu/index.php/sw/article/view/10> (Accessed: 17.06.2021).
10. Mikurcikova L. Rozdiely v komunikačných a sociálnych interakciách žiakov s ťažkým mentálnym postihnutím v edukačnom procese na špeciálnych základných školách a v domovoch sociálnych služieb [Differences in communicative and social interactions of

pupils with serious intellectual disabilities in educational process at special elementary schools and social services homes]. *Špeciálny pedagóg=Special Pedagogue*, 2012, vol. 2, no. 2, pp. 14–30. URL: https://www.researchgate.net/publication/261729205_Rozdiely_v_komunikacnych_a_socialnych_interakciach_ziakov_s_tazkym_mentalnym_postihnutim_v_edukacnom_procese_na_specialnych_zakladnych_skolach_a_v_domovoch_socialnych_sluzieb (Accessed: 17.06.2021). (In Czech).

11. Miovský M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu [Qualitative approach and methods in psychological research]. Prague: Grada Publishing, 2006. 332 p. (In Czech).

12. Mitchell D. What really works in special and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies. 3rd ed. London: Taylor&Francis Ltd, 2020. 460 p.

13. Moore S. One without the other: Stories of unity through diversity and inclusion. Vol. 1. Winnipeg: Portage&Main Press, 2016. 90 p.

14. Mosin I.S. The DiaPsy mobile app for improving self-control of diabetes and psychological support for people with type 1 diabetes. *Modelling and Data Analysis*, 2020, vol. 10, no. 1, pp. 166–175. DOI: 10.17759/mda.2020100111.

15. Murdoch D.C. Lived experience and inclusive education: an exploration of the phenomenon of inclusive education in the life world of young people, parents and teachers. PhD Dissertation. UK: The University of Edinburgh, 2019. URL: <http://hdl.handle.net/1842/36034> (Accessed: 17.06.2021).

16. Musilová M. Případová studie jako součást pedagogické praxe [Case study as a part of teaching practice]. 2nd ed. Olomouc: Palacký University, 2003. 42 p. (In Czech).

17. Northam E. Distress and quality of life. In A.M. Delamater, D.G. Marrero (eds.), *Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations*. Cham: Springer, 2020, pp. 79–90. DOI: 10.1007/978-3-030-33286-0.

18. Okyere C., Aldersey H.M., Lysaght R. The experiences of children with intellectual and developmental disabilities in inclusive schools in Accra, Ghana. *African Journal of Disability*, 2019, no. 8, pp. 1–11. DOI: 10.4102%2Fajod.v8i0.542

19. Patton M.Q. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. NY: SAGE Publications Inc., 2002. 832 p.

20. Pham Y.K., Murray C., Good R.H. Grades, behavior, and engagement of adolescents with disabilities: An examination of social relationships among students, parents, and teachers. *School Community Journal*, 2018, vol. 28, no. 2, pp. 47–62. URL: <https://search.proquest.com/docview/2166970378?accountid=16730> (Accessed: 17.06.2021).

21. Sedláčková D. Pupils with physical disabilities and their experience with inclusive education: Literature review. In *5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts*, 2018, no. 5, Science and Society, Issue 3.5. Sofia: STEF92 Technology Ltd. Pp. 673–680. DOI: 10.5593/sgemsocial12018/3.5

Седлачкова Д., Кантор И. Живой опыт инклюзивного образования: тематическое исследование на примере подростка с диабетом, его матери и учителя
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 183–220.

Sedláčková D., Kantor J. The Lived Experience with Inclusive Education: A Case Study of a Teenager with Diabetes, His Mother, and His Teacher
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 183–220.

22. Sedláčková D. Pupils with physical disabilities and their experience with inclusive education: review of Czech sources. *5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts*, 2018, no. 5, Science and Society Issue 3.5. Sofia: STEF92 Technology Ltd. Pp. 681– 688. DOI: 10.5593/sgemsocial12018/3.5
23. Van Manen M. Researching lived experience. Human science for the action sensitive pedagogy, 2nd ed. Ontario: University of Western Ontario, 1997. 224 p. DOI: 10.4324/9781315421056
24. Van Vleet M., Helgeson V.S. Friend and peer relationships among youth with type 1 diabetes. In A.M. Delamater, D.G. Marrero (eds.), *Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations*. Cham: Springer, 2020. Pp. 121–138. DOI: 10.1007/978-3-030-33286-0.
25. Terry G., Hayfield N., Clarke V. et al. Thematic analyses. In W. Stainton Rogers, C. Willig (eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE Publications, 2017. Pp. 17–37.
26. Watt L. (Un)safe at school: Parents' work of securing nursing care and coordinating School Health Support Services delivery for children with diabetes in Ontario schools. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 2015, vol. 42, no. 2, Article 7, pp. 103–126.
27. Zilcher L., Svoboda Z. Inkluzivní vzdělávání: efektivní vzdělávání všech žáků [Inclusive education: effective education of all learners]. Prague: Grada, 2019. 216 p.

The literature review

1. Search strategy

Key words: diabetes AND experience AND “inclusive education”.

Search in abstract/title, publication date without limitation, language without limitation supposed that abstract/title is in English.

Type of results searched: qualitative studies.

Search strategies for all databases:

CINAHL plus: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Ebsco Host: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Eric: AB: (diabetes AND experience AND “inclusive education”)

MEDLINE complete: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Pro Quest: ab (diabetes) AND ab (experience) AND ab (“inclusive education”)

PsycINFO: AB diabetes AND AB experience AND AB “inclusive education”

Scopus: TITLE-ABS-KEY (diabetes) AND TITLE-ABS-KEY (experience) AND TITLE-ABS-KEY (“inclusive education”)

Web of Science: AB=(diabetes AND experience AND “inclusive education”)

2. Results of the review

Table 1.1

Number of sources found in different databases

Database	Results
CINAHL plus	0
Ebsco host	2
ERIC	0
MEDLINE complete	0
ProQuest	0
PsycINFO	1
SCOPUS	1
Web of Science	0

3. Study selection strategy for inclusion in the review

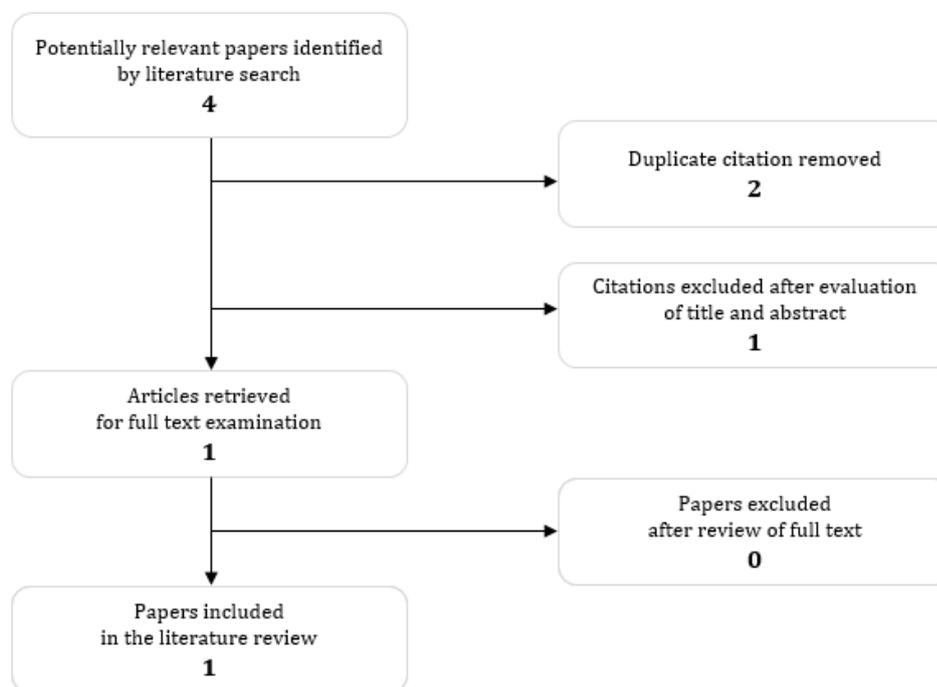


Fig. 1. Flow diagram detailing identification and selection of studies for inclusion in the review ¹

4. Characteristics of the study included in the review ²

Table 1.2

Data characteristics of included study

Author	Lisa Watt
The title	(Un)safe at school: Parents' work of securing nursing care and coordinating School Health Support Ser-vices for children with diabetes in Ontario schools (Chapter 5)
Year of publication	2016
Type of publicatioon, organization	A chapter in a PhD thesis, Mc Master University; An article in a scientific journal
Instrument	Experience, written sources
Type of study	Qualitative study: Institutional ethnography

¹ JBI Reviewer's Manual. 2020. P. 348. URL: https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Previous+versions?preview=%2F62392403%2F67731631%2FJBI_Reviewers_Manual_2020June.pdf (Accessed: 04.07.2021).

² Watt L. (Un)safe at school: Parents' work of securing nursing care and coordinating School Health Support Services delivery for children with diabetes in Ontario schools. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 2015, vol. 42, no. 2, Article 7. pp. 103–126.

Country / language	Canada / English
Mode of admin	Ethnographic study — interaction between child with diabetes and its parent, school, doctors, and School Health Support Services in Canada
Setting / Context	Inclusive education in Ontario, Canada
Participants	Mother of a pupil with diabetes vs practices of School Health Support services (SHSS) in inclusive education
Results	Parents' key role in participation in inclusive education — the link between school support and children's need

Appendix 2

A detailed overview of interviewees' statements, its condensation, sub-themes and themes

Table 2.1

A student

Nº	Meaning unit — student	Condensation	Subtheme	Theme
1	Mom always had to go to every teacher, to discuss my problems with them, to explain what and how, so that they knew what I could do and so, you know. For instance, I had to do glycemic tests, inject insulin, and so on. Then it worked.	mother's support and help	overcoming barriers	communication between school and parents
2	...she called my teacher and told her that I didn't feel well, so I stayed at home, she only went for homework then.	mother's support and help	SEN (associated with higher absence)	communication between school and parents
3	...a class teacher, she could always understand and was helpful, but...	teachers' support	health condition	empathy, understanding and helpfulness
4	...almost all teachers helped, they agreed with tutoring after school, where necessary, only Mr.	some teachers' support	SEN (associated with higher absence)	empathy, understanding and helpfulness
5	...but some others did not listen to that. As if they thought that it was just an excuse.	teachers' attitude	health condition	lack of empathy, understanding and helpfulness
6	...practice training was not a problem, but the master. I did not get on well with him. I could not lift anything because of the knee, so he asked me not to go there at all...he thought I was lazy or...but I really couldn't.	master's attitude and misunderstanding	health condition	lack of empathy, understanding and helpfulness

7	...I wrote all topics they did when I was at home, but mechanics was difficult, I did not understand it and whenever I asked him to help me,...he said "I don't have time, it's your problem, that you don't go to school, you should be at school "But I was in a hospital...	teacher's attitude	SEN (associated with higher absence)	lack of empathy, understanding and helpfulness
---	--	--------------------	--------------------------------------	--

Table 2.2

A mother

Nº	Meaning unit — mother	Condensation	Subtheme	Theme
1	I moved with him to the village, to have him under control...I stayed at home...	mother's support and help	concerns	adaptation
2	I had to get up during the night, measure glycemic, do glycemic profile, cook special meals every day and at exact time,	mother's support and help	new needs	adaptation
3	I had to talk to them daily, repeating them everything over and over again - they have never been taught any diabetic there...	mother's support and help	concerns and SEN	communication between school and parents
4	...they did not understand his mood swings, that he had problems to concentrate,...	teachers' misunderstanding	other effects of the disease	communication between school and parents
5	..I was waiting for him for dinner and he didn't come - no-one phoned, I nearly died of fear and ran to school...he had to stay longer because he was naughty or disturbed. No-one can imagine what I have experienced...	fear	other effects of the disease	communication between school and parents
6	It worked partly, they agreed to everything, but what they really thought....	teachers' support	SEN	communication between school and parents
7	The teacher there was great, we were in touch all the time. She asked questions, she was interested and careful, she even came to our home, when Denis started going there. When we went to see a doctor, she called me to know what the news was, what results he had. All she new from me she told the other teachers, they were a great team, it really worked there	teacher's interest and enthusiasm	close cooperation	communication between school and parents
8	At the secondary school, it was different. The class teacher was fine, it was similar to the elementary, we cooperated well and it worked, but....	secondary teacher's support	cooperation	communication between school and parents

9	She had a great personality, understanding and emphatic, she wanted to help. I knew, I could be honest with her. She made a link between us and the school. It worked, just she, the doctor and me, and everything was fine...	teachers' support	teacher's traits	empathy, understanding and helpfulness
10	Not everyone can accept it the way it is. Maybe someone thinks we're making it up.	teachers' mind	mutual trust	empathy, understanding and helpfulness
11	...but the management there, mainly the deputy director, and the practice masters. I didn't know what to do, what to think, they've never tried to understand, they had no idea what we have gone through...	attitude of some school staff	student's SEN	lack of empathy, understanding and helpfulness
12	They behaved as if we lied to them, you know. If he was on a wheel chair, everyone would see it and would be empathic and helpful, but when the problem is not obvious, no one cares...	teachers' misunderstanding	comparison to other disability	lack of empathy, understanding and helpfulness
13	She made a link between us and school. She informed all teachers there....	connection between family and class teacher	working cooperation	effective collaboration between colleagues
14	Cooperation with the management worked well too, I met the deputy director many times. They informed and supported other teachers.	connection between family and school management	working cooperation	effective collaboration between colleagues
15	...she was helpful, but she was nearly alone, she could neither move with them, nor she found support from the management, we often spoke about it on the phone..	class teacher's effort	hopeless situation	noneffective collaboration between colleagues
16	I didn't care, I only wanted them to give him a chance to finish it successfully. I'd never felt like that...	worries about future	resignation	effective collaboration between colleagues (negative)

Table 2.3

A teacher				
№	Meaning unit — teacher	Condensation	Subtheme	Theme
1	Cooperation with mother was fine, we were in contact all the time, ...	mother and teacher in touch	cooperation	communication between school and parents
2	I spoke to Denis's mother very often and it worked really well. At the very beginning we had an appointment, where she gave me a brochure about diabetes and explained everything.	mother's information	health condition	communication between school and parents
3	He had an insulin pump then, she informed me about it, then about his health condition, special needs and possible risks.	mother's information	SEN, health condition, safety	communication between school and parents
4	Then we were in touch on the phone, or she came to school, whenever it was necessary.	getting in touch	means of communication and frequency	communication between school and parents
5	When Denis did not feel well, I called her immediately or she called when he could not come. And I had enough information to inform other teachers	operational problem solving	cooperation — mother, student, teacher	communication between school and parents
6	...he has never participated at any school event, like trips, ski training, ...and most teachers were angry because of that. On the other hand, he has never been supported by his careful mother to go, ...	exclusion from collective activities	teachers' attitude	lack of understanding
7	...they did not listen to me and had their own truth. In fact, it would not do any troubles to anyone, the only thing was to get involved into their situation and to be willing to help.	solving learner's problems	teachers' traits and willingness	lack of empathy, understanding and helpfulness
8	...it was sometimes difficult, for example his diet - some teachers understood and agreed with his 10 min absence twice a week, because we do not have a lunch-break here and 10 min for running home for lunch was not enough, so he was allowed 30 min together, last 10 and first 10 minutes from a lesson before and after.	teacher's support	special needs	effective collaboration between colleagues
9	On the other hand, two teachers were strictly against it, they stated even ridiculous reasons, like "what if I plan a 10 min test in that time?" Finally I had to ask a headmaster to solve it...	teacher's support	special needs	noneffective collaboration between colleagues
10	...but some colleagues were really difficult to talk. They had their own truth. They did	class teacher's informing	colleagues' attitude to	effective collaboration

	not want to be informed, as if they knew everything better than his own mother...	other teachers	student's SEN	between colleagues
11	Finally, I managed to persuade both management and masters...	teacher's effort	cooperation + lack of support by management	effective collaboration between colleagues
12	To tell the truth, I was really afraid he would not finish it. They looked they had done a final resolution and only waited whether he would decide to leave himself.	worries about future	disappointment	effective collaboration between colleagues (negative)

Appendix 3

A brief overview of the case study

Denis was born as a healthy child. He started going to a common kindergarten when he was four. At the age of six he started going to an elementary school and within three months was diagnosed diabetes mellitus type 1 (DM1). It completely changed the life of his family. His school attendance was one year postponed, his mother had to leave her career and the first year was a year of uncertainty, fear, home-care, learning and patience. To keep the boy under supervision, the family moved to a nearby village, where he started going to another elementary school a year later. The village school was small, with a low number of pupils per class, so it was much better than in the town. The mother supported Denis a lot, she cooperated with a class teacher and other school teachers, she repeatedly explained them all the details associated with the disease to ensure the safe course of her son education. She had to go to school several times a day, mainly the first year — she brought the son to school and took him back home, went to school to do glycemic tests, brought meals for his special diet, etc. There were no serious problems that time at school, perhaps only understanding the boy's mood swings, his lower concentration and increased fatigue in comparison to other pupils. Denis remembers it as a happy time with good school results, meeting with friends and playing football. He had neither any recommendations from pedagogic-psychological counseling nor individual educational plan, but all his school support was based on close cooperation between his mother, doctors and teachers.

Four years the family moved to the town again because Denis's twin brothers were born, so Denis had to attend the elementary school there. At the second stage he was very happy with a great class teacher, who was very helpful, careful, cooperative. Teaching the boy became a challenge for her. Both the mother and her son appreciated the teacher a lot, because she significantly influenced Denis's life. The school management and educational consultant were also very helpful and understanding, with positive attitude. Cooperation between the mother and a class teacher was on a very high level, they were in contact personally at school, on the phone, via the Internet. The teacher even visited them at home. According to Denis, that time was the best time spent at school. Denis attended that school till the end of the ninth class, so he finished compulsory education there.

After that Denis started going to a secondary school that focused on cars. First three years he attended the apprentice school and then decided to continue with follow up

studies, but he did not finish them. The secondary education brought a lot of troubles in comparison to the elementary one. He had a helpful class teacher, but there were also teachers, who did not respect his special needs or peculiarities. The school management was not willing to provide convenient conditions. Despite of great afford of his mother and a class teacher, this attitude caused troubles that nearly led to leaving the school before finishing the apprenticeship, and in addition the difficulties between Denis and the teachers negatively affected his relationship with peers, who suspected him from taking the advantage of his disease.

The communication between Denis, his mother and the class teacher worked well, both in person and on the phone. Some teachers were not willing to fulfill the mother's requirements, based on doctor's recommendation, and rather recommended the boy choosing another school. The last year of his apprenticeship was complicated due to the knee surgery, regularly postponed due to his poor health condition, because he could not do all kinds of work at school practice training. Therefore, his master asked him to stay at home, that led to a high absence from the school. Subsequently, Denis and his mother were informed that he had no chance to finish the school and hence they were invited to a school meeting. The appointment was held by the headmaster, accompanied by the school deputy director, the practice deputy director and the class teacher. According to the mother, it was the worst day of her life, as she and her son felt guilty, even they did not do anything wrong except having health problems. But they did not give up. Denis had to work all the holidays and finally finished the school successfully two months later. In September he even decided to continue with the follow up studies, but his frequent absence led to the failure in some subjects and finally, leaving the school.

Информация об авторах

Седлачкова Дагмар, аспирант, магистрант, доцент, Институт специального образования, Университет Палацкого, г. Оломоуц, Чешская Республика, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7221-3724>, e-mail: dagmar.sedlackova01@upol.cz

Кантор Иржи, PhD, доцент, Институт специального образования, Университет Палацкого, г. Оломоуц, Чешская Республика, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6016-3408>, e-mail: jiri.kantor@upol.cz

Information about the authors

Dagmar Sedláčková, PhD student (Special pedagogy), Mgr., associate professor, The Institute of Special Education Studies, Palacky University Olomouc, Olomouc, Czech Republic, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7221-3724>, e-mail: dagmar.sedlackova01@upol.cz

Jiří Kantor, Doc., PhD., Mgr., associate professor, The Institute of Special Education Studies, Palacky University Olomouc, Olomouc, Czech Republic, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6016-3408>, e-mail: jiri.kantor@upol.cz

Получена: 23.06.2020

Received: 23.06.2020

Принята в печать: 19.01.2021

Accepted: 19.01.2021

Компетентностный подход в ранней помощи детям и их семьям

Казьмин А.М.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-2574>, e-mail: mgppukprd@gmail.com

В статье представлена теоретическая основа компетентностного подхода в ранней помощи детям и их семьям, разработанная автором. Понятие и структурно-функциональные аспекты компетенции рассматриваются с позиции теории процессуального анализа. Выделены 7 уровней сформированности компетенции: ситуационного интереса, предкомпетенции, минимальной, начальной, расширенной, адаптивной и углубленной компетенции. Определены основные виды компетенций маленьких детей, включая индивидуально-ориентированные, социально-ориентированные, исполнительные, универсальные и комплексные. Приведено описание свойств компетенций, включая спонтанную активацию, связанный позитивный аффект, открытость и гибкость, тенденцию к эксплицитности, способность к объединению с другими компетенциями. Раскрыты принципы формирования компетенций: естественности, вовлеченности, автономности, эксплицитности, сбалансированности, комплексности и деконтекстуализации. Применение компетентностного подхода поясняется при описании двух случаев. Обсуждаются возможности и ограничения подхода.

Ключевые слова: ранняя помощь, компетенция, компетентностный подход, теория процессуального анализа, свойство компетенции, принцип формирования компетенции.

Для цитаты: Казьмин А.М. Компетентностный подход в ранней помощи детям и их семьям [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 221–238. DOI: 10.17759/cpse.2021100212

Competency-Based Approach in Early Interventions Aimed to Children and Families

Alexandr M. Kazmin

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-2574>, e-mail: mgppukprd@gmail.com

The article outlines the theoretical basis of the competence approach in early intervention aimed to children and their families, developed by the author. The concept, structural and functional aspects of competence are considered from the perspective of the theory of procedural analysis. Seven levels of competence development are identified: situational interest, pre-competence, minimal, initial, extended, adaptive and advanced competence. The main types of competencies in young children have been determined, including individually oriented, socially oriented, executive, universal and complex ones. A description of the properties of competencies is shown, including spontaneous activation, associated positive affect, openness and flexibility, the tendency towards explicitness, the ability to combine with other competencies. The following principles of the development of competencies were revealed: naturalness, involvement, autonomy, explicitness, balance, complexity and de-contextualization. The application of the approach is illustrated by 2 cases. The possibilities and limitations of the approaches are being discussed.

Keywords: early intervention, competence, competence approach, theory of processual analysis, property of competence, principle of the competence formation.

For citation: Kazmin A.M. Competency-Based Approach in Early Interventions Aimed to Children and Families. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 221–238. DOI: 10.17759/cpse.2021100212 (In Russ.)

Введение

В качестве основной цели ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации определены содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формированию позитивного взаимодействия и отношений между детьми и родителями/воспитателями, в семье в целом, а также содействие включению детей в среду сверстников и их интеграции в общество [1].

Цели ранней помощи (early childhood intervention) могут достигаться разными путями, с опорой на разные подходы и методы [1]. За последние 20 лет изменились принципы ранней помощи детям и их семьям, улучшилось качество предоставляемых услуг за счет отбора наиболее эффективных практик.

Центрированность на ребенке сменилась семейноцентрированностью, усилилась тенденция оказывать раннюю помощь силами родителей в естественных жизненных ситуациях [8; 14], расширилось распространение трансдисциплинарной модели командной работы, увеличилась роль консультирования и коучинга родителей [3]. Указанные перемены в сфере ранней помощи требуют адекватного методологического обеспечения, подходящей теоретической основы, целостной и непротиворечивой.

Компетентностный подход в ранней помощи, разрабатываемый автором на протяжении нескольких лет [2; 3], — это новая парадигма профессиональной деятельности соответствующих специалистов, включающая систему теоретических положений, понятий, моделей и инструментов, обеспечивающая трансдисциплинарный взгляд на функционирование ребенка и семьи.

В данной статье раскрывается сущность компетентностного подхода в ранней помощи детям и их семьям: определяются понятия компетенции и компетентности у детей первых лет жизни, описываются основные свойства, виды и уровни сформированности компетенций, принципы их формирования.

Компетенции детей в контексте ранней помощи

Понятие «компетенция» было введено Р. Уайтом, которую он определял как способность эффективно взаимодействовать со средой [16]. В качестве источника компетенций Р. Уайт рассматривал стремление ребенка познавать и влиять на окружающие объекты — «мотивацию воздействия» (competence motivation, effectance), проявляющуюся в исследовательской игре ребенка [16; 17]. По мере развития ребенка к спонтанной исследовательской активности при формировании компетенций добавляются новые возможности, связанные с повышением уровня сознания [20], проявлением способностей к латентному научению [5], становлением произвольного контроля движений и действий [4].

В литературе по ранней помощи формирование компетенций у детей обсуждается мало и преимущественно в отношении социально-эмоционального развития [9; 10; 12; 15; 18]. Наиболее цитируемы в этой области работы М. Гуральника, определившего социальную компетенцию как «способность маленьких детей успешно и надлежащим образом выбирать свои межличностные цели и достигать их» [10, с. 74]. В представленную им модель социальной компетенции входят социальные навыки, формируемые на основе познавательного, аффективного, языкового и моторного развития. Формирование социальных навыков лимитируется социально-коммуникативными (способность к общению с другими людьми) и социально-когнитивными (способность понимать социальные контексты и адекватно выбирать цели и способы взаимодействия общения) способностями. Предпринимаются попытки оценки уровня сформированности социально-эмоциональной компетенции при помощи опросников, определяющих выраженность нескольких способностей, таких как уступчивость, игровое взаимодействие со сверстниками, просоциальное поведение, эмпатия [12; 15]. Отдельные статьи посвящены оценке моторных [6; 7], познавательных [13] и разговорных [19] компетенций у детей, получавших услуги ранней помощи.

Подавляющее большинство авторов определяют компетенции как категории, объединяющие несколько способностей, относимых к одной сфере развития. Например, к моторной компетенции относят балансирование, прыжки, метание и др. [6], к познавательной — пассивный словарь, чтение, счет [13], к разговорной — коммуникативные интенции, адаптация к собеседнику, очередность и поддержание темы [19]. Встречается определение компетенции как одной из двух характеристик деятельности, наряду с вовлеченностью (участием) [11]. При этом «компетенция деятельности» (ходьбы, чтения, игры и т.д.) отражает качество исполнения и мастерства [11].

В компетентностном подходе в ранней помощи мы определяем компетенцию ребенка с позиции теории процессуального анализа как его мотивированную способность формировать и адекватно использовать свой опыт в специфическом виде деятельности в соответствии с меняющимися условиями среды [2]. В качестве структурно-функциональной основы компетенций рассматриваются «функциональные домены» [2] — нейрональные группы, включающие элементы четырех функциональных блоков, обеспечивающих накопление знаний, формирование схем исполнительных действий, генерацию активности и аффектов, организацию и регуляцию психических процессов.

Свойства компетенций

Спонтанная активация. Для компетенций характерна спонтанная активация. Спонтанная активация проявляется в инициации и поддержании поведения специфической направленности, связанной или не связанной с текущим контекстом, иногда — в ответ на дискомфорт, вызванный различными причинами, как средство, повышающее настроение. Со стороны это выглядит так, как будто ребенку вдруг пришла в голову какая-то идея: он полез на подоконник и стал смотреть в окно, пошел тихонько на кухню, придвинул стул к буфету и открыл дверцу, за которой спрятано что-то интересное, начал кружиться вокруг себя и т.п.

Связанный позитивный аффект. В предпочитаемых видах активности дети проявляют положительные эмоции. При этом наблюдается и гедоническая тенденция [2] в виде стремления к многократному повторению успешных игровых действий или к продолжению исследования. У маленьких детей это может выражаться в «создании беспорядка» в квартире (исследовательская активность как основа познавательной компетенции) или в повторяющихся и утомляющих взрослого простых играх ребенка.

Открытость и гибкость. Родители часто используют интересные для ребенка объекты или действия для усиления его вовлеченности в ситуацию и создания наиболее благоприятных условий для прогресса в плане познания, речевого развития или освоения новых способов действий. Опыт, приобретаемый в русле формирующихся компетенций, обладает высокой степенью доступности для самостоятельного вариативного использования ребенком в разных контекстах.

Тенденция к эксплицитности, представительство на высших уровнях сознания. Компетенции как саморазвивающиеся ресурсы личности являются «местами сборки» наиболее совершенных конструкторов, включающих речевые и языковые

элементы, имеющих доступ к реализации и управлению на более высоком уровне сознания. То, что является для ребенка интуитивно понятным и захватывающим, быстрее ассоциируется со слышимой речью взрослых, содействует формированию речевого мышления. Наиболее ярко эта тенденция заметна у неговорящих детей с тяжелыми нарушениями познавательного и речевого развития. Такие дети могут выглядеть ни к чему не способными, требующими полного контроля и ухода, абсолютно не реагирующими на речь. Однако в тех ситуациях, в которых конкретный ребенок проявляет радость и инициативу, родители часто отмечают понимание соответствующих слов (например, «купаться», «гулять», «шоколадка», «мультик»).

Потенциальная способность к функциональному объединению с другими компетенциями. При наличии соответствующих управляющих ресурсов формирующиеся компетенции могут реализовываться детьми изолированно или объединяться в комбинированную активность. Например, ребенок, усвоивший структуру очередной игры в прятки и научившийся счету до пяти вслух, может научиться считать до пяти, перед тем как отправиться на поиски партнера.

Уровни сформированности компетенций

Все компетенции проходят одинаковый порядок формирования. При этом можно выделить несколько уровней их сформированности в пределах раннего и дошкольного возрастов. Прежде всего, тема (объект, явление, ситуация) не должна вызывать у ребенка негативную эмоциональную реакцию, избегание или агрессию. Необходимо как минимум индифферентное отношение к теме.

Уровень -1: негативное отношение. Тема вызывает негативные эмоции, избегающее или агрессивное поведение.

Уровень 0: отсутствие интереса. Ребенок не испытывает какого-либо эмоционального отношения к теме, безразличен к ней и безучастен.

Уровень 1: ситуативный интерес. Ребенок проявляет интерес к теме, может совершать исследовательские действия. Это проявляется в концентрации внимания на соответствующих объектах, явлениях, действиях, ситуациях, а также в наблюдении, слушании, использовании других анализаторов и действий для получения информации.

Уровень 2: предкомпетенция. Ребенок спонтанно возвращается к теме, ищет заинтересовавший его объект, имитирует действия (например, так выглядит ребенок, засунувший свои стопы в ботинки родителя, прикладывающий пульт от телевизора к уху и лепечущий словно «разговаривает по телефону») или пытается поделиться впечатлениями с другими.

Уровень 3: минимальная компетенция. Ребенок пытается самостоятельно совершать функциональные действия (например, иногда адресно использует слова, пытается использовать столовые приборы или чашку с помощью взрослого, делает попытки надеть носочек, совершает отдельные игровые действия по отношению

к другим людям или игрушечным персонажам). На этом уровне обычно начинается формирование речевого опосредствования функционирования.

Уровень 4: начальная компетенция. Ребенок инициативно или по просьбе выполняет одну простую задачу (например, самостоятельно снимает или надевает элемент одежды; съедает, пользуясь ложкой, хотя бы часть каши или пюре; показывает на себе одну или несколько частей тела; прячется, чтобы его/ее искали).

Уровень 5: расширенная компетенция. Ребенок инициативно и самостоятельно выполняет нескольких связанных действий в специфической области (например, самостоятельно надевает или снимает несколько элементов одежды; самостоятельно ходит в туалет в привычном месте; играет в простые совместные игры или сюжетные игры с игрушками; поддерживает короткий разговор).

Уровень 6: адаптивная компетенция. Ребенок проявляет способность контролировать параллельно несколько функций. Это позволяет ему действовать самостоятельно и эффективно в специфической области в разных контекстах и ситуациях, с разными объектами или людьми, в том числе соблюдая правила (например, ребенок может адекватно общаться с детьми и взрослыми в разных ситуациях; играть в игры с правилами; обслуживать себя дома и в других местах).

Уровень 7: углубленная компетенция. Ребенок проявляет незаурядные способности и творчество в каком-либо виде деятельности. Уровня углубленной компетенции в старшем дошкольном возрасте достигают немногие дети.

Для целей консультирования родителей в практике ранней помощи достаточно использовать уровни сформированности компетенций от -1 до 6.

Виды компетенций

По основной направленности можно условно выделить разные виды компетенций (табл. 1). Условность этого выделения вытекает из тенденции к объединению компетенций разных видов в комплексные.

Индивидуально-ориентированные компетенции. Компетенции, направленные на себя, например, обеспечивающие способности к осознанию себя, к управлению своим состоянием активности и комфорта, к самообслуживанию.

Социально-ориентированные компетенции. Такие компетенции включают способности к пониманию состояний, действий и намерений других, к социальному взаимодействию и общению, формированию и поддержанию отношений с другими людьми.

Исполнительные компетенции. Исполнительные компетенции связаны со специфическими видами исполнительных действий, например, изобразительная деятельность, пение, танцы, физическая активность (лазанье, катание и т.п.).

Универсальные компетенции. Компетенции, применимые во всех сферах жизни, — компетенции в области игры, компетенции понимания или продукции речи, счета.

Комплексные компетенции. Сложные компетенции, объединяющие в себе компетенции разных видов.

Таблица 1

Виды и примеры компетенций

№	Виды компетенций	Примеры компетенций
1.	Индивидуально-ориентированные	Ориентация в себе
		Прием пищи
		Одевание
		Туалет
		Умывание
		Уход за частями своего тела
		Самоконтроль
2.	Социально-ориентированные	Ориентация в других людях
		Совместные игры
		Разговор с другими людьми
		Взаимодействие с людьми в социально приемлемой форме
3.	Исполнительные	Лазанье
		Игры с мячом
		Катание (на самокате, велосипеде и т.д.)
		Плавание
		Изобразительная деятельность
4.	Универсальные	Пение
		Самостоятельная игра
		Понимание речи
		Спонтанная речь
5.	Комплексные	Счет
		Участие в покупках в магазине
		Участие в приготовлении блюд и сервировке стола
		Помощь в работе по дому
		Участие в уходе за растениями или животными
		Совместная досуговая деятельность

Принципы формирования компетенций

В процессе апробации компетентностного подхода в ранней помощи детям и их семьям [3] стали очевидными несколько принципов формирования компетенций.

Принцип естественности. Формирование компетенций должно происходить в естественных ситуациях повседневной жизни при взаимодействии ребенка с другими людьми и объектами.

Принцип вовлеченности. Формирование компетенций происходит на основе вовлеченности ребенка в ситуацию, что выражается в проявлении устойчивого внимания и интереса к объектам или событиям, побуждающим ребенка к активному, настойчивому взаимодействию с объектами. Для усиления вовлеченности родители могут стараться заинтересовать ребенка, стремиться избегать навязывания какой-либо активности, критики, жестких требований, вызывающих у ребенка негативные эмоции.

Принцип автономности. Автономность необходима для формирования функционального домена как основы компетенций ребенка. Нарушение автономности ребенка приводит к дезактивации или блокаде работы функциональной системы, что выглядит как отказ от деятельности, появление протестных или деструктивных реакций.

Принцип эксплицитности. Повышение уровня сформированности компетенции неразрывно связано с вербальным осознанием ребенком своей активности и ясным пониманием текущей ситуации. Это позволяет ребенку сначала ориентироваться на вербальные подсказки взрослого, а впоследствии использовать речь для управления своим поведением.

Принцип сбалансированности. Адаптация и развитие личности ребенка требуют сбалансированного формирования у ребенка компетенций всех видов. Перекосы в формировании компетенций приводят к проблемам функционирования субъекта в естественных жизненных ситуациях дома и вне дома.

Принцип комплексности. Функциональное объединение компетенций способствует формированию наиболее востребованных и эффективных комплексных компетенций. Например, понимание речи и способность к построению фраз мы используем в различных ситуациях социального взаимодействия.

Принцип деконтекстуализации. Реализация компетенции в различных местах и ситуациях способствует формированию компетенций адаптивного уровня.

Оценка сформированности компетенций

Для определения уровня сформированности компетенций ребенка в процессе консультирования родителей автором были разработаны соответствующие критерии. Пример критериев оценки уровня сформированности компетенции одевания и раздевания приведен в табл. 2.

Таблица 2

**Пример критериев оценки уровня сформированности
компетенции одевания и раздевания**

Уровень сформированности компетенции	Название уровня сформированности компетенции	Критерии сформированности компетенции у ребенка
-1	Негативное отношение	Протестует, когда его/ее пытаются одевать
0	Отсутствие интереса	Безразлично относится к одеванию и раздеванию
1	Ситуативный интерес	Проявляет интерес к одежде, исследует ее
2	Предкомпетенция	Наблюдается избирательность в отношении некоторых элементов одежды. Например, снимает и прикладывает к соответствующей части тела обувь, носки, головной убор
3	Минимальная компетенция	Содействует одеванию и раздеванию, может снять 1-2 элемента одежды
4	Начальная компетенция	Может снять с себя почти все, надеть один или несколько элементов одежды или обувь под руководством взрослого (взрослый инициирует и определяет последовательность одевания)
5	Расширенная компетенция	Надевает элементы одежды самостоятельно, в адекватной последовательности, прибегая к помощи взрослого только в трудных моментах (при необходимости определить зад-перед, право-лево, завязать шнурки и т.п.)
6	Адаптивная компетенция	Надевает самостоятельно и аккуратно разные виды одежды, обуви, головных уборов, в адекватной последовательности, в соответствии со спецификой предстоящей ситуации

Примеры использования компетентностного подхода

Пример 1. В психолого-педагогический центр обратилась мама мальчика А.А. Мальчику 3 года 5 месяцев, наблюдаются выраженные нарушения взаимодействия и общения, но без трудностей освоения экспрессивной стороны речи (он спонтанно и внятно воспроизводит слова и заученные фразы, зачастую не

связанные с контекстом). Ребенок проявлял выраженный интерес только к цифрам (спонтанно пересчитывал одинаковые предметы с небольшими ошибками в пределах десяти). Мама тщетно пыталась вовлечь его в развивающие занятия, разговор, совместную игру. Он уже более трех месяцев регулярно посещал детский сад, но не проявлял интереса к совместным мероприятиям и не участвовал в них, не интересовался детьми. Воспитателям приходилось уделять ему слишком много времени из-за его несамостоятельности. Перед обращением в центр мама получила консультацию психиатра, предложившего ей обследовать мальчика и подобрать ему терапию в стационаре.

При первой встрече в игровой комнате мальчик не вступал в контакт в течение 40 минут. Он забрался в игровой домик и просидел в нем все время, многократно открывая и закрывая створки окна. При опросе мамы выяснилось, что ребенок имеет проблемы с ориентацией в себе и социальном окружении, не может ждать и контролировать себя во многих ситуациях (в магазине, в транспорте, на улице), не интересуется тем, что делают другие, имеет трудности с овладением навыками самообслуживания. Специалист предположил, что, используя свойства открытости и объединения компетенций, а также принципы вовлеченности, сбалансированности и эксплицитности, можно добиться расширения спектра формирующихся компетенций ребенка с опорой на интерес к цифрам и счету. Уже в конце первой консультации маме было предложено участвовать в реализации этой стратегии. Она согласилась использовать «цифровую» тему для развития малыша, несмотря на то, что ранее получала от других специалистов рекомендации не поддерживать это «патологическое увлечение».

Консультации происходили с частотой один раз в неделю продолжительностью 1 час в течение года с перерывом в один летний месяц, затем еще полгода 1 раз в две недели. Сначала ребенок начал использовать цифры вместо человечков в совместной игре. Простой сюжет заключался в том, что мальчик любимой цифрой Семь (из магнитного конструктора) звонил в дверь игрушечного домика, а мама цифрой Пять открывала дверцу и говорила: «Привет, Семь!». Мальчик отвечал «привет!» и уходил; так повторялось очень много раз. Через месяц он начал заходить цифрой Семь в домик в гости к цифре Пять и совершать несколько действий и поддерживать 3–5 циклов общения. Затем цифры стали опорой формирования способностей к самообслуживанию, изучению календаря и дат дней рожденья членов ядерной и расширенной семьи при создании ежедневных приложений вместе с мамой по поводу ключевых событий дня, при игре в прятки и многом другом. Все это происходило при недирективной поддержке разговора мамой, направленной на формирование компетенций понимания письменных слов и печатания. У мальчика появилось множество интересов: станции метро, адреса, животные, люди, пение, сюжеты нескольких сказок и т.д. Развитие разговора также опиралась на «цифровую» тему. Например, в разговоре на тему состоявшегося первого посещения кукольного театра использовались дата, номер дома на улице, где находится театр, указанные на театральных билетах время, ряд и места. К 4,5 годам мальчик стал инициативен в общении, начал подходить к разным незнакомым людям, представляться, инициировать и поддерживать разговор. Появилась трогательная привязанность к девочке из группы детского сада. Он часто разговаривал с мамой о ней, проявляя соответствующее возрасту социальное понимание, играл в сюжетно-

ролевою игрою с мамой, используя домик, машину, конструктор и карточки с именами детей, озвучивая игровые действия за себя и за нескольких детей. К 5 годам он стал активно общаться и играть с другими мальчиками и участвовать в совместных мероприятиях детского сада (табл. 3; рис. 1). Этот прогресс в развитии А.А. позволил маме выйти на работу. Консультирование завершилось.

Таблица 3

Динамика формирования компетенций ребенка А.А.

№	Компетенции	Уровень сформированности компетенций	
		на момент составления программы	через 1,5 года после начала реализации программы
1	Ориентация в себе	3	5
2	Прием пищи	3	5
3	Одевание и раздевание	3	5
4	Умывание	2	5
5	Туалет	1	5
6	Контроль за своим поведением	0	4
7	Ориентация в других людях	3	5
8	Совместные игры	0	5
9	Разговор с другими людьми	2	5
10	Взаимодействие с людьми в социально приемлемой форме	1	5
11	Лазанье	0	4
12	Катание на самокате	0	4
13	Пение	0	4
14	Самостоятельная игра	2	5
15	Понимание речи	3	5
16	Счет	3	5
17	Чтение	1	4
18	Письмо	0	3
19	Участие в приготовлении блюд и сервировке стола	0	4
20	Изготовление аппликаций	0	4

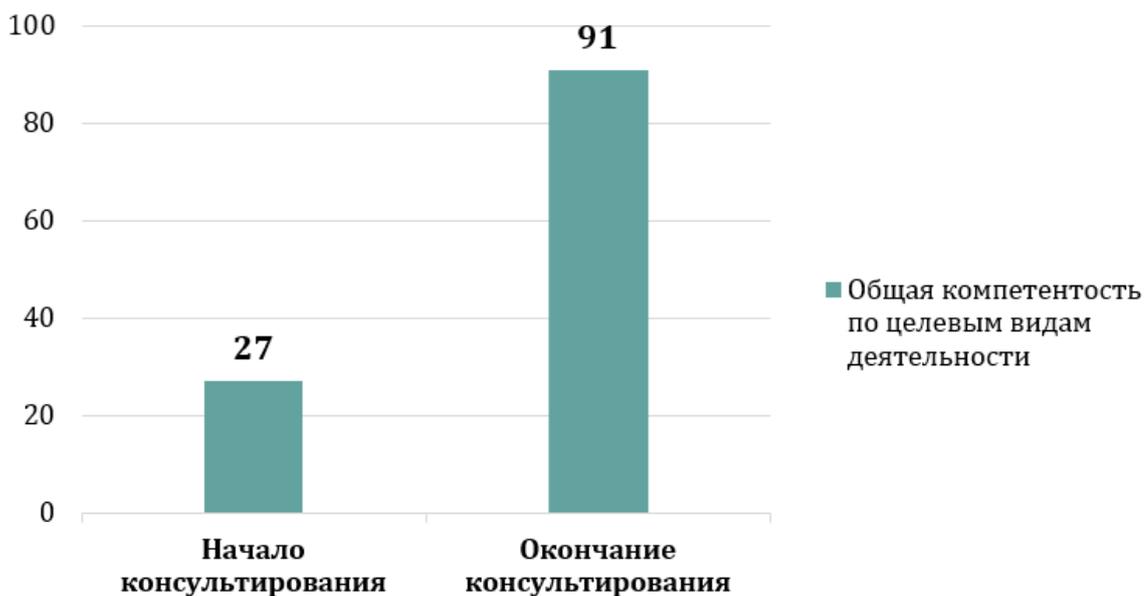


Рис. 1. Динамика общей компетентности по целевым видам деятельности ребенка А.А. за время реализации индивидуальной программы ранней помощи

Пример 2. За помощью обратилась мама мальчика Е.В. Мальчику 2 года 7 месяцев, имеет тяжелое нарушение психического развития неуточненной этиологии. При первом осмотре в игровой комнате Е.В. выглядел отрешенным, бесцельно и неуклюже ходил по комнате, не прикасаясь к игрушкам, с «застывшим» взглядом. Через 2-3 минуты перемещений он ложился на напольное покрытие, закрывал глаза, засовывал пальцы руки в рот. Полежав несколько минут, снова поднимался и проходил несколько метров, случайно задевая и роняя какие-нибудь предметы, а потом спотыкался об них. На вопрос, насколько поведение Е.В. отражает его типичное состояние, мама ответила утвердительно. Единственным обнадеживающим моментом в течение часового наблюдения было мимолетное сосредоточение внимания малыша на лице специалиста, когда перед уходом он взял мальчика на руки.

При беседе мама рассказала, что обращалась к невропатологу, который назначал мальчику разные лекарства, на фоне приема которых отмечалось резкое возбуждение, и лечение пришлось отменить. Кроме того, ребенок прошел обследование и курс лечения в неврологическом стационаре, не повлиявшие на его развитие. По результатам опроса выяснилось, что ребенок совершенно не проявляет способностей к ориентации в себе и близких людях, безынициативен, с низкой энергетикой. Ходить начал после двух лет, не умеет лазить и бегать, не интересуется ситуациями, людьми, предметами, звуками, не понимает речь и не вокализует. Находясь в активном состоянии (занимающим считанные минуты), без разбора поднимает разные предметы, мусор, землю и сует их в рот, что вызывает беспокойство мамы. Ребенок сопротивляется, когда его одевают и раздевают, на улице вырывается и ложится на землю.

Учитывая крайне ограниченные темпы и ресурсы развития малыша, маме было предложено дистанционное консультирование с анализом видеозаписей

и регулярностью 1 раз в 2 недели. В качестве основных целевых направлений поддержки развития ребенка на ближайшие полгода мама выбрала установление позитивных отношений с ней, с братиком и папой, развитие компетенций в ситуациях приема пищи, раздевания и одевания, лазанья и совместной физической игры.

В качестве «точек роста» были выбраны три ситуации, вызывающие у Е.В. некоторое оживление и минимальную позитивную реакцию: прием пищи, купание и качание, которые можно было расценивать как «ситуационный интерес».

Через три месяца после начала реализации индивидуальной программы были отмечены первые успехи: в ситуации самостоятельного качания на низком гамаке мальчик научился запрыгивать на гамак поперек и качаться, поджав ноги; в ситуации еды с ложки — стал иногда захватывать ложку с кашей и быстро отправлять ее в рот; начал самостоятельно, без помощи рук спускаться и подниматься по ступенькам лестницы из дома на улицу и обратно.

Спустя полгода у ребенка стала проявляться привязанность к маме. Он начал активно искать ее, карабкаться на нее, добиваясь внимания и физической игры, а в проблемных ситуациях (когда где-нибудь застревал или ударялся) стал капризничать, дожидаясь, что его пожалеют. Появились эпизоды наблюдения за игрой других детей или папы с братиком.

На конец первого года сопровождения был зафиксирован прогресс в формировании нескольких компетенций: приема пищи, питья, раздевания и одевания, лазанья, совместной физической игры (табл. 4; рис. 2).

Таблица 4

Динамика формирования компетенций ребенка Е.В.

№	Компетенции	Уровень сформированности компетенций	
		на момент составления программы	через год после начала реализации программы
1	Прием пищи	1	3
2	Питье	0	3
3	Одевание (и раздевание)	-1	3
4	Ориентация в других людях	0	3
5	Совместные игры	0	3
6	Лазанье	0	4
7	Самостоятельная физическая игра	0	4

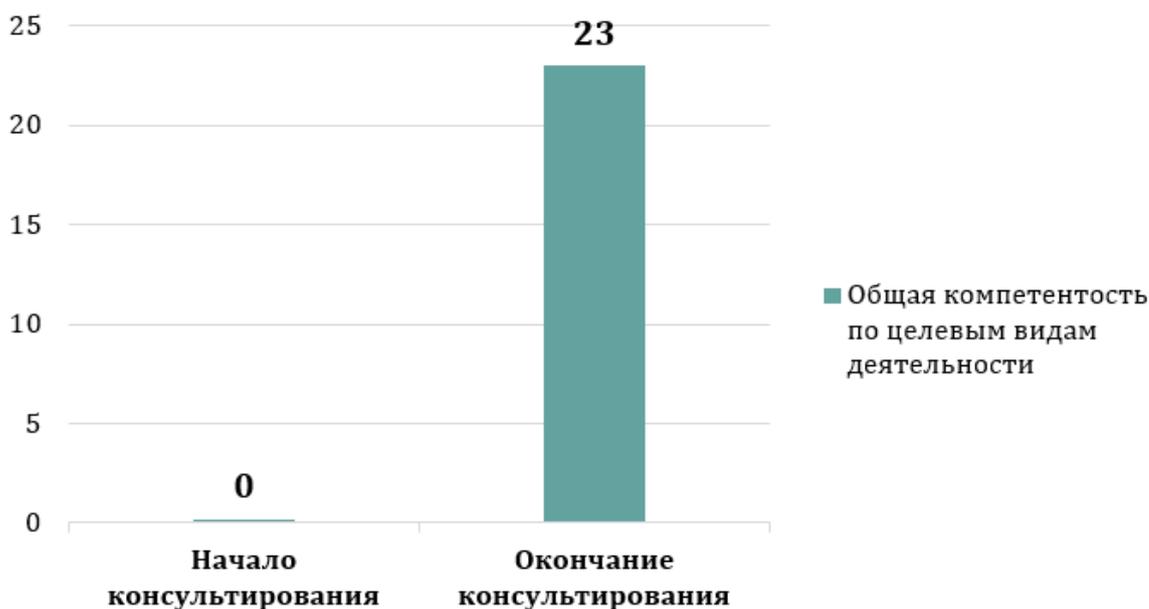


Рис. 2. Динамика общей компетентности по целевым видам деятельности ребенка Е.В. за время реализации индивидуальной программы ранней помощи

Заключение

Компетентностный подход в ранней помощи детям и их семьям представляет собой целостный взгляд на поддержку развития детей с различными нарушениями функций организма. Активное участие родителей во всех процессах реализации индивидуальных программ, понятные принципы работы и простые критерии оценки уровней сформированности компетенций, возможность получать и оказывать услуги в дистанционном режиме делают этот подход достаточно комфортным и эффективным как для специалистов, так и для родителей. Тем не менее имеются ограничения в использовании подхода.

Для заметной динамики в развитии компетенций ребенка необходимо отсутствие крайне тяжелых нарушений моторного контроля, не оставляющих ему шансов на реализацию исполнительных действий (в сферах коммуникации, самообслуживания, действий с предметами и передвижения); хронического угнетения сознания; не купируемой эпилепсии; других нарушений функций организма, делающих невозможным прогресс в компетентности ребенка.

Наиболее частые трудности применения подхода связаны с дезадаптацией и недостаточной мотивацией родителей на сотрудничество, воздействием на родителей дополнительных психосоциальных стрессоров, дисфункциональностью семьи, рассредоточением усилий родителей на большое количество разнонаправленных методов помощи ребенку, высокой занятостью родителей на работе или воспитанием других детей.

Повышение эффективности компетентностного подхода при реализации индивидуальных программ ранней помощи требует совершенствования технологий профессионального взаимодействия специалистов с родителями. На решение этой

задачи направлена разрабатываемая нами в настоящее время компетентностная модель консультирования-коучинга. Консультационный аспект этой модели направлен на поддержку адаптации семьи к воспитанию ребенка с ограничениями жизнедеятельности, коучинговый — на формирование компетенций особого ребенка в разных видах деятельности.

Литература

1. Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж. и др. О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 2. С. 4–18. DOI: 10.17759/autdd.2017150201
2. Казьмин А.М. Теория процессуального анализа: краткое описание и прикладное значение [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (дата обращения: 20.07.2020)
3. Казьмин А.М., Словохотова О.В. Дистанционное консультирование родителей в ранней помощи: компетентностный подход [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 159–184. DOI: 10.17759/cpse.2019080209
4. Лурия А.Р. К вопросу о формировании произвольных движений ребёнка // Доклады АПН РСФСР. № 1. М.: АПН РСФСР, 1957.
5. Bandura A. Psychological Modelling. NY: Lieber-Antherton, 1971. 210 p.
6. Barnett L.M., Hnatiuk J.A., Salmon J. et al. Modifiable factors which predict children's gross motor competence: A prospective cohort study // International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2019. Vol. 16. № 1. P. 1–11. DOI: 10.1186/s12966-019-0888-0
7. Brian A., Pennell A., Taunton S. et al. Motor competence levels and developmental delay in early childhood: A multicenter cross-sectional study conducted in the USA // Sports Medicine. 2019. Vol. 49. № 10. P. 1609–1618. DOI: 10.1007/s40279-019-01150-5
8. Bricker D., Cripe J.J.W. An activity-based approach to early intervention. Baltimore: Paul Brookes Publishing Company, 1992. 221 p. DOI: 10.1097/00001577-199200440-00023
9. Guralnick M.J. Social Competence and Early Intervention // Journal of Early Intervention. 1990. Vol. 14. № 1. P. 3–14. DOI: 10.1177/105381519001400101
10. Guralnick M.J. Early intervention approaches to enhance the peer-related social competence of young children with developmental delays: A historical perspective // Infants & Young Children. 2010. Vol. 23. № 2. P. 73–83. DOI: 10.1097/IYC.0b013e3181d22e14
11. Hoyt C.R., L'Hotta A.J., Bauer A.H. et al. Activity competence among infants and toddlers with developmental disabilities: Rasch analysis of the Infant Toddler Activity Card

Sort (ITACS) // Journal of Patient-Reported Outcomes. 2021. Vol. 5. № 1. P. 1–10. DOI: 10.1186/s41687-021-00287-0

12. Lind T., Lee R.K, Goldstein A. et al. Improving social-emotional competence in internationally adopted children with the Attachment and Biobehavioral Catch-up intervention // Development and Psychopathology. 2020. Vol. 16. № 7. P. 1–13. DOI: 10.1017/s0954579420000255.

13. Pudasainee-Kapri S., Razza R.A. Low birth weight and children's cognitive competence: The role of maternal warmth in early childhood // Early Child Development and Care. 2020. Vol. 190. № 16. P. 2551–2562. DOI: 10.1080/03004430.2019.1590351

14. Rogers S.J., Dawson G. Early start Denver model for young children with autism promoting language, learning, and engagement. NY: The Guilford Press, 2010. 297 p.

15. Tassanakijpanich N., Durako S., Intusoma U. Bedtime parenting practices associated with social-emotional competence in Thai infants // Journal of Health Science and Medical Research. 2021. Vol. 39. № 4. P. 284–292. DOI: 10.31584/jhsmr.2021784

16. White R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence // Psychological Review. 1959. Vol. 66. № 5. P. 297–333. DOI: 10.1037/h0040934

17. White R.W. Lives in progress: A study of the natural growth of personality (2nd ed.). Oxford: Holt, Rinehart & Winston, 1966. 422 p.

18. Yang W., Datu J.A.D., Lin X. et al. Can early childhood curriculum enhance social-emotional competence in low-income children? A meta-analysis of the educational effects // Early Education and Development. 2019. Vol. 30. № 1. P. 36–59. DOI: 10.1080/10409289.2018.1539557

19. Yoshinaga-Itano C., Sedey A.L., Mason C.A. et al. Early intervention, parent talk, and pragmatic language in children with hearing loss // Pediatrics. 2020. Vol. 146 (Suppl. 3). P. 270–277. DOI: 10.1542/peds.2020-0242F

20. Zelazo P.D. The development of conscious control in childhood // Trends in Cognitive Sciences. 2004. Vol. 8. № 1. P. 12–17. DOI: 10.1016/j.tics.2003.11.001

References

1. Ermolaeva E.E., Kaz'min A.M., Mukhamedrakhimov R.Zh. i dr. O rannei pomoshchi detyam i ikh sem'yam [On the early help to the children and their families]. *Autizm i narusheniya razvitiya=Autism and Developmental Disorders (Russia)*, 2017, vol. 15, no. 2, pp. 4–18. DOI: 10.17759/autdd.2017150201 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Kaz'min A.M. Teoriya protsessual'nogo analiza: kratkoe opisanie i prikladnoe znachenie [Theory of procedural analysis: a brief description and applied value]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2012, no. 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (Accessed 20.06.2021) (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Kaz'min A.M., Slovokhotova O.V. Distantcionnoe konsul'tirovanie roditelei v rannei pomoshchi: kompetentnostnyi podkhod [Distance Counseling for Parents in Early Intervention: A Competence-Based Approach]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 2, pp. 159–184. DOI: 10.17759/cpse.2019080209 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Luriya A.R. K voprosu o formirovanii proizvol'nykh dvizhenij rebyonka [On the question of the formation of voluntary movements of the child]. *Doklady APN RSFSR [Reports of the Academy of Pedagogical Sciences of the Russian Soviet Federative Socialist Republic]*, no. 1. Moscow: APN RSFSR [Academy of Pedagogical Sciences of the Russian Soviet Federative Socialist Republic], 1957.
5. Bandura A. *Psychological Modelling*. NY: Lieber-Antherton, 1971. 210 p.
6. Barnett L.M., Hnatiuk J.A., Salmon J. et al. Modifiable factors which predict children's gross motor competence: A prospective cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2019, vol. 16, no. 1, pp. 1–11. DOI: 10.1186/s12966-019-0888-0
7. Brian A., Pennell A., Taunton S. et al. Motor competence levels and developmental delay in early childhood: A multicenter cross-sectional study conducted in the USA. *Sports Medicine*, 2019, vol. 49, no. 10, pp. 1609–1618. DOI: 10.1007/s40279-019-01150-5
8. Bricker D., Cripe J.J.W. *An activity-based approach to early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Company, 1992. 221 p. DOI: 10.1097/00001577-199200440-00023
9. Guralnick M.J. Social Competence and Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 1990, vol. 14, no. 1, pp. 3–14. DOI: 10.1177/105381519001400101
10. Guralnick M.J. Early intervention approaches to enhance the peer-related social competence of young children with developmental delays: A historical perspective. *Infants & Young Children*, 2010, vol. 23, no. 2, pp. 73–83. DOI: 10.1097/IYC.0b013e3181d22e14
11. Hoyt C.R., L'Hotta A.J., Bauer A.H. et al. Activity competence among infants and toddlers with developmental disabilities: Rasch analysis of the Infant Toddler Activity Card Sort (ITACS). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2021, vol. 5, no. 1, pp. 1–10. DOI: 10.1186/s41687-021-00287-0
12. Lind T., Lee R.K, Goldstein A. et al. Improving social-emotional competence in internationally adopted children with the Attachment and Biobehavioral Catch-up intervention. *Development and Psychopathology*, vol. 16, no. 7, pp. 1–13. DOI: 10.1017/s0954579420000255.
13. Pudasainee-Kapri S., Razza R.A. Low birth weight and children's cognitive competence: the role of maternal warmth in early childhood. *Early Child Development and Care*, 2020, vol. 190, no. 16, pp. 2551–2562. DOI: 10.1080/03004430.2019.1590351
14. Rogers S.J., Dawson G. *Early start Denver model for young children with autism promoting language, learning, and engagement*. NY: Guilford Press, 2010. 297 p.

15. Tassanakijpanich N., Durako S., Intusoma U. Bedtime parenting practices associated with social-emotional competence in Thai infants. *Journal of Health Science and Medical Research*, 2021, vol. 39, no. 4, pp. 284–292. DOI: 10.31584/jhsmr.2021784
16. White R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 1959, vol. 66, no. 5, pp. 297–333. DOI: 10.1037/h0040934
17. White R.W. *Lives in progress: A study of the natural growth of personality*, 2nd ed. Oxford: Holt, Rinehart & Winston, 1966. 422 p.
18. Yang W., Datu J.A.D., Lin X. et al. Can early childhood curriculum enhance social-emotional competence in low-income children? A meta-analysis of the educational effects. *Early Education and Development*, 2019, vol. 30, no. 1, pp. 36–59. DOI: 10.1080/10409289.2018.1539557
19. Yoshinaga-Itano C., Sedey A.L., Mason C.A. et al. Early intervention, parent talk, and pragmatic language in children with hearing loss. *Pediatrics*, 2020, vol. 146, suppl. 3, pp. 270–277. DOI: 10.1542/peds.2020-0242F
20. Zelazo P.D. The development of conscious control in childhood. *Trends in Cognitive Sciences*, 2004, vol. 8, no. 1, pp. 12–17. DOI: 10.1016/j.tics.2003.11.001

Информация об авторе

Казьмин Александр Михайлович, кандидат медицинских наук, профессор кафедры нейро-и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-2574>, e-mail: mgppukprd@gmail.com

Information about the author

Alexandr M. Kazmin, PhD in Medicine, Professor, Department of Neuro and Pathopsychology of Development, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-2574>, e-mail: mgppukprd@gmail.com

Получена: 08.08.2020

Received: 08.08.2020

Принята в печать: 24.02.2021

Accepted: 24.02.2021

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде

Коробейников И.А.

*Институт коррекционной педагогики Российской академии образования (ФГБНУ «ИКП РАО»), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3885-7846>, e-mail: psikor@bk.ru*

Бабкина Н.В.

*Институт коррекционной педагогики Российской академии образования (ФГБНУ «ИКП РАО»), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3277-7127>, e-mail: babkina@ikp.email*

Изменения в содержании и организации российской педагогической практики на основе Федеральных государственных образовательных стандартов для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и, в частности, появление вариативных форм образования, учитывающих неоднородность состава обучающихся внутри конкретных нозологических категорий, предполагают необходимость уточнения характеристик современной популяции детей с различными нарушениями психофизического развития. Хрестоматийные представления о типичных проявлениях нарушений психофизического развития в детском возрасте, критериях их классификации и дифференциации нуждаются в пересмотре на основе специально проектируемых комплексных и пролонгированных клинико-психолого-педагогических исследований. Нуждаются в уточнении характер, причины и механизмы возникновения трудностей обучения, социальной адаптации и социализации детей с ОВЗ, которые неизбежно подвергаются различным трансформациям в меняющейся социокультурной среде. При этом роль социальных факторов, сконцентрированных в образовательной среде, по многим основаниям представляется ведущей, но при этом является наименее изученной. Фактически отсутствуют исследования, основанные на длительном мониторинге динамики изменения их конкретных характеристик в процессе обучения ребенка. Между тем данные такого мониторинга позволили бы оценить не только вероятные влияния социальных факторов на качество образования и психосоциального развития детей с ОВЗ, но и уточнить их роль в изменении феноменологии нарушенного развития. Последнее представляется актуальным для анализа соотношения роли органических и социальных факторов в формировании и возможных трансформациях психического дизонтогенеза и может служить основанием для оптимизации коррекционно-педагогической деятельности, а также для повышения точности и надежности

Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 239–252.

Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 239–252.

прогностических оценок. Возможность решения этих задач связывается с проведением лонгитюдного клинико-психолого-педагогического исследования детей с ОВЗ, обучающихся в современных образовательных условиях.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, популяционные характеристики, типологические варианты развития, вариативная образовательная среда, факторы органического и социального ряда, факторы прогноза, лонгитюдное и срезовое исследования.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках Госзадания Министерства просвещения РФ Институту коррекционной педагогики Российской академии образования № 073-00028-21-00.

Для цитаты: Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 239–252. DOI: 10.17759/pspe.2021100213

Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment

Igor A. Korobeynikov

*Institute of Special Education of Russian Academy of Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3885-7846>, e-mail: psikor@bk.ru*

Nataliya V. Babkina

*Institute of Special Education of Russian Academy of Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3277-7127>, e-mail: natali.babkina@mail.ru*

The article is devoted to the problem of determining of the scientific criteria and factors for predicting the psychosocial development of students with special needs and disabilities in the modern educational environment. The features of the modern population of students with special needs and disabilities would need to be clarified in the context of the emergence of variable forms of education and the introduction of federal state educational standards for such students into Russian educational practice. Axiomatic ideas about typical manifestations of psychophysical developmental disorders in childhood, the criteria for its classification and differentiation would need to be revised on the basis of specially designed complex and prolonged clinical, psychological and educational studies. Authors emphasize the need of clarifying the features, causes and mechanisms of learning

difficulties, adaptation and socialization of students with special needs and disabilities, which inevitably undergoing various transformations in a changing socio-cultural environment. According to the main methodological basis of this study — Cultural-Historical Approach, the leading role is given to social factors concentrated in the educational environment, which are currently the least studied. There are no studies based on the long-term monitoring of changes in the specific features in the process of education. Meanwhile, such data would make it possible to assess to the probable influence of social factors on the quality of education and psychosocial development of students with special needs and disabilities, and to clarify their role in changing the phenomenology of impaired development as well. Such data appears to be relevant for analyzing the ratio of the role of bio and social factors in the possible transformations of psychological dysontogenesis and can be seen as a basis for optimizing educational activities, and for increasing the accuracy and credibility of estimates as well. Longitudinal clinical-psychological-pedagogical research conducted in modern educational conditions is considered as a condition for solving the indicated challenges.

Keywords: children with special needs, children with disabilities, population features, typological characteristics, variable educational environment, role of bio and social factors, factors for predicting, longitudinal and cross-sectional studies.

Funding. The work was supported by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation within the framework of Task number 073-00028-21-00.

For citation: Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 239–252. DOI: 10.17759/cpse.2021100213 (In Russ.)

Введение в проблему

Принципиальные изменения современной практики образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) затрагивают не только формы и условия ее реализации, но также и содержание отдельных целевых ориентиров. В частности, выстраивание стратегии и тактики коррекционно-педагогической деятельности осуществляется не в отношении целостных нозологических групп детей с ОВЗ, как это было ранее, а применительно к вариантам развития детей внутри каждой нозологической группы. В соответствии с этими вариантами определяются и специальные условия образования, дифференцируемые с учетом вариативности образовательных потребностей детей.

По существу, речь идет об обновлении педагогической парадигмы, отраженной в Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования (ФГОС НОО) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [13], а также в Концепции развития образования для обучающихся с инвалидностью и ОВЗ [5]. Оба этих документа построены с опорой, среди прочих, на два основных (базовых) тезиса.

Первый тезис подчеркивает неоднородность состава детей с ОВЗ внутри каждой нозологической категории, что само по себе хорошо известно специалистам, работающим с этими детьми. Для них давно является очевидным, что нозологический диагноз означает лишь возможность отнесения ребенка к определенной категории обучающихся на основании выявляемых у него первично доминирующих нарушений развития (сенсорных, когнитивных, двигательных, эмоциональных). Само же содержание последующей абилитационной и коррекционно-педагогической работы с детьми ориентировано на предупреждение либо компенсацию вторичных нарушений развития, имеющих преимущественно социальный генезис. Именно вторичные нарушения проявляют себя наиболее разнообразно, определяя неоднородность состава детей конкретной нозологической группы. При этом прямое или опосредствованное влияние первичного дефекта отнюдь не нивелируется: степень его выраженности и структурное своеобразие также проявляются в вариативности отклонений вторичного уровня. Особенно отчетливо это влияние обнаруживается при нарушениях интеллектуального развития, в основе которых лежит органическое неблагополучие центральной нервной системы.

Декларация необходимости дифференцированных условий и содержания образования с учетом вариативности развития детей в пределах каждой нозологической группы является важнейшим достижением ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ. Определение вариантов развития, сопряженных с различиями в особых образовательных потребностях детей, становится актуальной задачей для исследователей в области коррекционной педагогики и специальной психологии. Необходимость опоры на эти варианты прослеживается и в основных положениях Концепции развития образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, и в проекте одноименной Стратегии. Трудно не согласиться с утверждением о том, что *«необходима разработка и внедрение психолого-педагогической типологии детей с ОВЗ для каждой нозологической группы и каждого возрастного этапа развития. Выделение вариантов развития детей позволит обеспечить качественную дифференциацию вариантов образования и тем самым максимально возможную эффективность образовательной системы»* [10, с. 1].

Вместе с тем концептуальное или программно-стратегическое представление оптимальных путей решения проблем такого масштаба при всей убедительности логики обоснования ключевых позиций может остаться если не утопией, то лишь образом привлекательного, но труднодостижимого будущего. Чтобы этого не случилось, необходима тщательная, пошаговая проработка предлагаемых инноваций, ориентированная на поиск методических и инструментальных возможностей их практической реализации.

Так, вслед за описанием дифференцированных вариантов ФГОС появились соотносящиеся с ними адаптированные образовательные программы. Но при этом процедура определения вариантов развития детей, составляющих основу выбора образовательных маршрутов, осталась на уровне общих рекомендаций, адресованных специалистам психолого-медико-педагогических комиссий. Следует констатировать, что относительно четкие критерии дифференциальной диагностики

данной направленности, уточненное описание психологического наполнения каждого варианта развития и приспособленный к решению этих задач диагностический инструментарий до настоящего времени должным образом не разработаны. Понятно, что подобная разработка не может опираться только на исходные теоретические представления о том, как могут выглядеть варианты развития детей в определенной нозологической группе: в ее основе должны лежать результаты эмпирических исследований, проведенных на корректно сформированных выборках испытуемых. Речь идет не столько о соблюдении требований репрезентативности, которые в данном случае представляются не самыми главными, сколько о точности и полноте описания психолого-педагогических характеристик каждого ребенка, включенного в исследуемую выборку. Поверхностное их описание не может дать достоверных оснований для отнесения ребенка к тому или иному варианту развития.

Таким образом, прагматическое, то есть наполненное практическим смыслом уточнение первого тезиса о «неоднородности состава обучающихся с ОВЗ в рамках конкретной нозологической категории» предполагает разработку корректной процедуры определения вариантов их развития на основе оценки совокупности клинико-психолого-педагогических характеристик [9]. Под корректностью процедуры в данном случае подразумевается не только равноценное внимание к каждой составляющей этой комплексной характеристики, но и достоверность заключений, основанная на применении валидного диагностического инструментария и наличии достаточного количества проанализированных случаев (или достаточного массива данных эмпирического исследования).

Второй тезис состоит в утверждении необходимости создания специальных условий образования, дифференцируемых с учетом особых образовательных потребностей, преимущественно характеризующих тот или иной вариант развития ребенка с ОВЗ. Научно-методические разработки, направленные на дифференциацию таких условий, наиболее последовательно и упорядоченно представлены в отношении детей с ранним детским аутизмом и с задержкой психического развития [2; 6; 7; 11; 15], поскольку в их основе лежали предварительно выделенные типологические варианты развития каждой из этих категорий детей. Сходный по принципам построения и задачам и не менее результативный подход был использован для дифференциации особых образовательных потребностей детей с нарушением опорно-двигательного аппарата [1]. Ценность упомянутых разработок определяется не только длительным изучением авторами детей названных категорий, должным осмыслением и систематизацией разнообразного опыта работы, обеспечивающими необходимую достоверность результатов, но и их отчетливой направленностью на решение реально существующих задач современной образовательной практики.

Вместе с тем остаются недостаточно разрешенными как минимум три проблемы. Первая — это отсутствие компактного, удобного, но при этом надежного диагностического инструментария, доступного для эффективного использования среднестатистическим диагностом, участвующим в работе по выявлению и разграничению вариантов развития детей.

Вторая проблема состоит в отсутствии упорядоченной и по возможности унифицированной процедуры мониторинга развития и обучения этих детей. Организация и проведение такого мониторинга как особого вида деятельности, направленной на оценку эффективности коррекционно-развивающей работы с ребенком, кроме очевидной его необходимости, входит в состав профессиональных компетенций, определяемых Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (профиль «Специальная психология») [14].

И третья проблема заключается в отсутствии обоснованных критериев, а также средств определения и сравнительного описания реальных образовательных условий, рассматриваемых в качестве факторов, как способствующих, так и препятствующих успешному психосоциальному развитию ребенка.

Постановка задачи

Если говорить о возможностях прогнозирования результатов образовательного процесса, то к числу прогностически значимых факторов следует отнести и уровень выраженности, и степень компенсированности первичных нарушений развития. Выделение критериев достоверного прогноза связывается в данном случае не столько с академическим интересом, сколько с возможностью своевременного изменения образовательного маршрута, которая также является одним из важнейших достижений ФГОС. Особое значение эта возможность приобретает в отношении детей с нарушениями когнитивной сферы, поскольку ошибки в первоначальном выборе образовательного маршрута, чреватые как минимум проблемами школьной, а затем и социальной дезадаптации, могут быть своевременно выявлены и устранены.

Здесь уместно вернуться к затронутой в начале статьи проблеме соотношения клинического диагноза / разнообразия вариантов и перспектив развития детей внутри конкретной нозологической категории. Эта проблема проявляет себя не только на практическом, но и на методологическом уровнях, затрагивая известные вопросы соотношения объективной роли клинического знания и возможностей его использования в специальной педагогической практике.

В частности, установление диагноза «умственная отсталость» на основе критериев, используемых в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), включало определение различных степеней ее выраженности с кратким описанием ориентиров для их разграничения (психометрических показателей и клинической феноменологии). В более современной версии классификации (МКБ-11) термин «умственная отсталость» изменен на понятие «расстройство интеллектуального развития», что в большей мере отражает сущность данного нарушения, исключая его понимание как феномена отставания в развитии, следовательно, и иллюзорной возможности со временем наверстать упущенное [3; 16; 17]. Хотя диагностика основывается прежде всего на математических (психометрических) критериях и показателях (стандартных отклонениях) теста адаптивного поведения, при интерпретации ее результатов

придается немалое значение роли социокультурных условий и характеристик развития ребенка, а также сопутствующих психических расстройств и поведенческих проблем [17].

Несомненно, позитивный характер эволюции медицинских критериев диагностики *состояний психического недоразвития* (в более привычной для нас терминологии) приближает ее к содержанию задач, связанных с определением вариантов развития внутри этой категории, но не позволяет его идентифицировать. Смысл выделения вариантов развития, в нашем понимании, состоит в обеспечении прежде всего педагогических условий, наиболее полно отвечающих образовательным потребностям ребенка с интеллектуальной недостаточностью и способствующих формированию не столько его академических, сколько жизненных компетенций.

Поэтому в рамках проводимых нами исследований, основанных на принципах комплексного изучения детей с ОВЗ, выделение вариантов развития таких детей предполагает опору как на клиническую характеристику нарушения развития, так и на описание его структуры, отражающей особенности мыслительной деятельности, аффективно-поведенческой сферы и — наиболее подробно — сферы жизненных компетенций. И если не продолжительная, но при этом успешная миссия психиатра в основном завершается установлением точного диагноза ребенку, то миссия педагога-дефектолога с этого момента лишь начинается, предполагая длительный, многолетний путь его обучения и воспитания, в максимальной степени согласующийся с его образовательными возможностями и потребностями. Как уже было отмечено выше, объектом профессиональных усилий дефектолога являются вторичные нарушения развития, имеющие преимущественно социальную обусловленность, хотя и сохраняющие проявления первичного дефекта.

Использование категории «дети с нарушениями интеллектуального развития» в качестве иллюстрации проблемы соотношения нозологии и вариантов развития обусловлено наибольшей отчетливостью ее проявлений в контексте задач психолого-педагогической практики. Примерно в той же мере эта проблема существует и для группы детей с задержкой психического развития, с расстройствами аутистического спектра, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, нередко сочетающихся с нарушениями когнитивной сферы. В меньшей степени она проявляется в отношении детей с сенсорными нарушениями, где варианты развития будут определяться не столько различиями в степени тяжести первичного нарушения, сколько в содержании получаемого ими образования и условиях образовательной среды в широком ее понимании.

Все перечисленные выше проблемные зоны должны стать предметом последовательного и системного научного анализа и последующих научно-методических разработок, необходимых для успешного решения задач, обозначенных в проекте Стратегии развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с инвалидностью в Российской Федерации на период 2020–2030 гг. [4].

Программа и методология исследования

Проводимое нами исследование, запланированное в формате лонгитюда, предоставляет уникальные возможности для длительного и планомерного анализа динамики развития и обучения разных категорий детей с ОВЗ, находящихся в разных образовательных условиях, для выявления и описания факторов, способных оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на эту динамику. Потребность в получении такого рода данных определяется прежде всего отсутствием достоверных, научно обоснованных и эмпирически верифицированных представлений о достоинствах и недостатках инклюзивной и специальной моделей образования детей с ОВЗ.

При этом оценке подлежат такие составляющие образовательной среды, как наличие специалистов, обеспечивающих обучение, воспитание и комплексное сопровождение ребенка; их профессиональный уровень и профильная подготовка; методическая оснащенность образовательного процесса; характеристики семейной среды ребенка, содержание и качество взаимодействия специалистов между собой и с родителями ребенка. Перечисленные характеристики могут изменяться в разные периоды времени и изменять свое влияние (позитивное или негативное) на показатели обучения и развития ребенка (то есть на образовательные и личностные результаты). Поэтому постановка исследования в формате лонгитюда, предполагающего регулярное проведение поперечных диагностических срезов, представляется оптимальной для получения системы достоверных оценок влияния средовых (в первую очередь образовательных) факторов и условий на динамику психосоциального развития ребенка.

Для расширения исследовательской базы и получения массива эмпирических данных, пригодных для дополнительной верификации результатов лонгитюдного исследования, осуществляется проведение срезовых исследований в формате онлайн-опроса специалистов и администрации образовательных учреждений, в которых обучаются дети конкретной нозологической группы, а также их родителей.

В процессе исследования осуществляется разработка нового и адаптация известного диагностических инструментариев, адекватных содержанию поставленных задач и предназначенных не только для обследования детей, но и для получения, анализа и интерпретации данных, характеризующих условия и факторы образовательной среды. В частности, методический аппарат исследования включает:

– специальные диагностические комплексы, предназначенные для дифференциации вариантов развития детей в рамках конкретной нозологической категории;

– содержание и алгоритмы анализа ретроспективных данных о ребенке (семейный и медицинский анамнез, опыт предшествующего обучения);

– опросники и структурированные анкеты для педагогов, администрации образовательных организаций, родителей, предназначенные для использования их в рамках лонгитюдного исследования;

– инструктивно-методические материалы для специалистов образовательных организаций, включенных в программу срезовых исследований, информирующие их о задачах исследования, формате и содержании их участия и ожидаемых результатах совместной работы, а также о технологических и процедурных аспектах получения и первичной обработки информации;

– перечни параметров анализа изучаемых средовых факторов, правила и алгоритмы фиксации и предварительной обработки первичных данных; принципы и алгоритмы анализа и систематизации результатов лонгитюдного и срезовых исследований.

С использованием совокупности перечисленных материалов параллельно проводится разработка целостной процедуры и конкретных алгоритмов мониторинга психосоциального развития ребенка с ОВЗ и форматов использования его результатов для оценки эффективности обучения в рамках конкретного образовательного маршрута и для своевременного внесения корректив в организацию и содержание педагогического процесса.

Кроме того, в качестве ожидаемых результатов на завершающих этапах проводимого нами исследования можно рассматривать уточнение и обновление фундаментального клинического знания в области закономерностей формирования феноменологии психического дизонтогенеза, затрагивающего преимущественно когнитивную сферу ребенка [8]. Получение современных представлений о роли социальных факторов в этом процессе на популяционном уровне позволит прогнозировать ход психосоциального развития детей с учетом возможных рисков, которые могут быть своевременно выявлены и минимизированы. То есть здесь идет речь о расширении возможностей решения одной из ключевых задач специальной образовательной практики — задачи предупреждения вторичных нарушений развития у различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья.

Заключение

Необходимость обновления системного знания о детях с ОВЗ связана с потребностью оценки эволюционных изменений популяций таких детей, происходящих под влиянием тех же основных групп факторов. Но если факторы органического ряда со временем модифицируются незначительно, то факторы социального ряда способны в короткие сроки видоизменяться, генерироваться и беспрепятственно и неконтролируемо вторгаться в жизненное и образовательное пространства ребенка. В результате привычные, устойчивые образы детей с типичными нарушениями развития преобразуются во многих своих проявлениях, причем преобразования эти далеко не всегда могут иметь однозначно деструктивный характер (примером может служить внедрение цифровых технологий в жизнь и обучение ребенка) [12].

Совокупность всех ожидаемых результатов, получаемых на основе длительного лонгитюдного исследования, позволит уточнить существующие представления о современной популяции детей с ОВЗ, отраженные в клинико-психолого-педагогических характеристиках их обобщенных «портретов», различающихся спецификой первичных нарушений, но обнаруживающих сходство в закономерностях психосоциального развития в зависимости от его внешних и внутренних условий.

Литература

1. *Абкович А.Я., Левченко И.Ю.* Вариативность особых образовательных потребностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основа проектирования специальных условий обучения // Дефектология. 2017. № 2. С. 14–21.
2. *Бабкина Н.В., Коробейников И.А.* Типологическая дифференциация задержки психического развития как инструмент современной образовательной практики // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 3. С. 125–142. DOI: 10.17759/psycljn.2019080307
3. *Вассерман Е.Л.* Нарушения интеллектуального развития в современных медицинских классификациях // Дефектология. 2020. № 3. С. 31–40.
4. *Карабанова О.А., Малофеев Н.Н.* Стратегия развития образования детей с ОВЗ: по дороге к реализации культурно-исторического подхода // Культурно-историческая психология. 2019. Том 15. № 4. С. 89–99. DOI: 10.17759/chp.2019150409.
5. Концепция развития образования детей с ОВЗ и инвалидностью на период 2020–2030 годы [Электронный ресурс] // Альманах института коррекционной педагогики Российской академии образования. Москва, 2019. № 39. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-36/the-concept-of-development-of-education-of-children-with-disabilities> (Дата обращения: 20.04.2021).
6. *Коробейников И.А., Бабкина Н.В.* Дифференциация образовательных потребностей как основа дифференцированных условий образования детей с задержкой психического развития // Дефектология. 2017. № 2. С. 3–13.
7. *Коробейников И.А., Бабкина Н.В.* Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 4. С. 11–22. DOI: 10.17759/cpp.2017250402.
8. *Коробейников И.А.* О соотношении и роли органических и социальных факторов в формировании диагноза «легкая умственная отсталость» // Дефектология. 2012. № 2. С. 14–21.
9. *Лубовский В.И., Коробейников И.А., Валявко С.М.* Новая концепция психологической диагностики нарушений развития // Психологическая наука и образование. 2016. Том 21. № 4. С. 50–60. DOI: 10.17759/pse.2016210406.

Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 239–252.

Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 239–252.

10. Малофеев Н.Н. Концепция развития образования детей с ОВЗ: основные положения [Электронный ресурс] // Альманах института коррекционной педагогики Российской академии образования. Москва. 2019. № 39. URL: <https://alldf.ru/ru/articles/almanac-36/the-concept-of-development-of-education-of-children-with-disabilities> (дата обращения: 20.04.2021).

11. Никольская О.С., Баенская Е.Р. Особые образовательные потребности детей с расстройствами аутистического спектра в период начального школьного образования // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015. № 2. С. 9–17.

12. Соловьева Т.А., Соловьев Д.А. Оценки цифровых образовательных ресурсов, разработанных для детей с ограниченными возможностями здоровья, с позиций ожиданий и потребностей основных групп пользователей // Дефектология. 2020. №3. С. 3–16.

13. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1598). URL: <http://base.garant.ru/70862366/> (дата обращения: 20.04.2021).

14. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование. Утвержден приказом Минобрнауки России 1 октября 2015 г. № 1087 URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgosvob/440303.pdf> (дата обращения: 20.04.2021).

15. Babkina N., Korobeynikov I. Typological differentiation of children with developmental delay of school entry age // European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (EpSBS). 2019, vol. LVI, no. 02-02, pp. 560–567. DOI: 10.15405/epsbs.2019.02.02.61.

16. Girimaji S.C., Pradeep A.J. Intellectual disability in International Classification of Diseases-11: a developmental perspective // Indian Journal of Social Psychiatry. 2018. Vol. 34. Suppl. 1. P. 68–74. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_35_18.

17. Schnittker J. The diagnostic system: why the classification of psychiatric disorders is necessary, difficult, and never settled. NY: Columbia University Press, 2017, 368 p.

References

1. Abkovich A.Ya., Levchenko I.Yu. Variativnost' osobyh obrazovatelnyh potrebnostey detey s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Variability of special educational needs of children with musculoskeletal disorders as a basis for designing special learning conditions]. *Defektologija=Defectology*, 2017, vol. 2, pp. 14–21.

2. Babkina N.V., Korobeynikov I.A. Typological Differentiation of Developmental Delay as a Tool of Modern Educational Practice. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical*

Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 239–252.

Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 239–252.

Psychology and Special Education, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 125–142. DOI: 10.17759/psychljn.2019080307. (In Russ., abstr. in Engl.)

3. Vasserman Ye.L. Narusheniya intellektual'nogo razvitiya v sovremennykh meditsinskikh klassifikatsiyakh [Intellectual development disorders in modern medical classifications]. *Defektologiya=Defectology*, 2020, no. 3, pp. 31–40.

4. Karabanova O.A., Malofeev N.N. Education Development Strategy for Children with Disabilities: On the Way to Implementing a Cultural-Historical Approach. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya=Cultural-Historical Psychology*, 2019, vol. 15, no. 4, pp. 89–99. DOI: 10.17759/chp.2019150409 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Kontseptsiya razvitiya obrazovaniya detey s OVZ i invalidnost'yu na period 2020-2030 gody [Concept for the development of education for children with disabilities for the period 2020-2030]. *Almanah Instituta korrektsionnoy pedagogiki Rossiyskoy akademii obrazovaniya=Almanac Institute of Special Education*, Moscow, 2019, no. 39. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-36/the-concept-of-development-of-education-of-children-with-disabilities> (Accessed: 20.04.2021).

6. Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Differenciaciya obrazovatel'nyh potrebnostej kak osnova differencirovannyh uslovij obrazovaniya detej s ZPR [Differentiation of educational needs as a basis for differentiated conditions for the education of children with IDD]. *Defektologiya=Defectology*, 2017, no. 2, pp. 3–13.

7. Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Konsul'tativnyi resurs psikhologicheskogo diagnoza pri narusheniyakh psikhicheskogo razvitiya u detei [Psychological diagnosis as a counseling resource in developmental disorders in children]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2017, vol. 25, no. 4, pp. 11–22. DOI: 10.17759/cpp.2017250402 (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Korobeynikov I.A. O sootnoshenii i roli organicheskikh i sotsial'nykh faktorov v formirovanii diagnoza "legkaya umstvennaya otstalost'" [On the relationship and role of organic and social factors in the formation of the diagnosis "mild mental retardation"]. *Defektologiya=Defectology*, 2012, no. 2, pp. 14–21.

9. Lubovskii V.I., Korobeynikov I.A., Valyavko S.M. Novaja koncepcija psihologicheskoy diagnostiki narushenij razvitija [A new concept of psychological diagnosis of developmental disorders]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2016, no. 4, pp. 50–60. DOI: 10.17759/pse.2016210406. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Malofeev N.N. Kontseptsiya razvitiya obrazovaniya detey s OVZ: osnovniye polozheniya [Concept of development of education of children with disabilities: main provisions]. *Almanah Instituta korrektsionnoy pedagogiki Rossiyskoy akademii obrazovaniya=Almanac Institute of Special Education*, Moscow, 2019, no. 39. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-36/the-concept-of-development-of-education-of-children-with-disabilities> (Accessed: 20.04.2021) (In Russ.)

11. Nikolskaya O.S., Baenskaya E.R. Osobiye obrazovatelniye potrebnosti detey s rasstroystvami autisticheskogo spectra v period nachalnogo shkolnogo obrazovaniya

[Special educational needs of children with autism spectrum disorders during primary school education]. *Vospitaniye i obucheniye detey s narusheniyami razvitiya=The Education and Training of Children with Developmental Disabilities*, 2015, no. 2, pp. 9–17. (In Russ.)

12. Solovyova T.A., Solovyov D.A. Otsenki tsifrovyykh obrazovatel'nykh resursov, razrabotannykh dlya detey s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya, s pozitsiy ozhidaniy i potrebnostey osnovnykh grupp pol'zovateley [Assessment of digital educational resources developed for children with disabilities in terms of the expectations and needs of the main user groups]. *Defektologiya=Defectology*, 2020, no. 3, pp. 3–16. (In Russ.)

13. FGOS nachal'nogo obshchego obrazovaniya obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [FSES primary general education of students with disabilities]. Utverzhden prikazom Minobrnauki Rossii ot 19.12.2014 № 1598 [Approved by the Ministry of Education and Science of Russia from 19.12.2014 no. 1598]. URL: <http://base.garant.ru/70862366/> (Accessed: 20.04.2021). (In Russ.)

14. Federal'nyy gosudarstvennyy obrazovatel'nyy standart vysshego obrazovaniya po napravleniyu podgotovki 44.03.03 Spetsial'noye (defektologicheskoye) obrazovaniye [Federal state educational standard of higher education in the direction of preparation 44.03.03 Special (defectological) education]. Utverzhden prikazom Minobrnauki Rossii 01.10.2015 № 1087 [Approved by order of the Ministry of Education and Science of Russia from 01.10.2015 no. 1087]. URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgosvob/440303.pdf> (Accessed: 20.04.2021). (In Russ.)

15. Babkina N., Korobeynikov I. Typological differentiation of children with developmental delay of school entry age. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences (EpSBS)*, 2019, vol. 56, no. 02, pp. 560–567. DOI: 10.15405/epsbs.2019.02.02.61.

16. Girimaji S.C., Pradeep A.J. Intellectual disability in International Classification of Diseases-11: a developmental perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 2018, vol. 34. Suppl. 1. pp. 68–74. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_35_18.

17. Schnittker J. The diagnostic system: why the classification of psychiatric disorders is necessary, difficult, and never settled. NY: Columbia University Press, 2017, 368 p.

Информация об авторах

Коробейников Игорь Александрович, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора по научной работе, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3885-7846>, e-mail: psikor@bk.ru

Бабкина Наталия Викторовна, доктор психологических наук, доцент, заведующая лабораторией образования и комплексной абилитации детей с задержкой психического развития, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3277-7127>, e-mail: babkina@ikp.email

Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 239–252.

Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Students with Special Needs and Disabilities: Predicting the Psychosocial Development in a Modern Educational Environment
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 239–252.

Information about the authors

Igor A. Korobeynikov, Doctor of Psychology, Professor, Deputy Director on Scientific Work, Institute of Special Education of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3885-7846>, e-mail: psikor@bk.ru

Nataliya V. Babkina, Doctor of Psychology, Associate Professor, Head of Department, Department of Education and Complex Habilitation of Children with Developmental Delay, Institute of Special Education of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3277-7127>, e-mail: natali.babkina@mail.ru

Получена: 04.03.2021

Received: 04.03.2021

Принята в печать: 31.05.2021

Accepted: 31.05.2021

Диагностическое значение пробы «Рисунок стола» при проведении нейропсихологического обследования детей 4–17 лет

Хохлов Н.А.

*Центр тестирования и развития «Гуманитарные технологии»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0003-0748-7547, e-mail: nkhokhlov@psychmsu.ru*

Фёдорова Е.Д.

*Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0001-6276-6894, e-mail: elenaf1998@yandex.ru*

Жалнина А.Д.

*Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-7820-8536, e-mail: sasha@cms.ru*

Маслова К.Е.

*Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-5878-1845, e-mail: maslowxen@ya.ru*

Проба «Рисунок стола» применяется в детской нейропсихологии для исследования проекционных представлений. При этом единая система оценки выполнения, возрастные нормативы и сведения о валидности пробы отсутствуют. Цель работы состояла в изучении диагностического значения методики при проведении нейропсихологического обследования детей 4–17 лет. Проведена диагностика 636 человек, из них 411 мальчиков и 225 девочек. В процессе диагностики оценивалась общая эффективность выполнения пробы. Независимо от диагноста рисунки оценивались по уровню развития проекционных представлений и геометрическим свойствам. Получены возрастные нормативы выполнения пробы. На материале 597 протоколов исследован вклад состояния 14 видов высших психических функций и психологических характеристик в успешность выполнения пробы. Наибольший вес имеют конструктивно-пространственные функции, однако успешность выполнения пробы также зависит от состояния зрительного гнозиса, динамического праксиса и мышления. Диагностическое значение методики неодинаково в разных возрастах, поэтому нейропсихологическая интерпретация результатов ее выполнения должна зависеть от возраста обследуемого.

Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е.
Диагностическое значение пробы «Рисунок стола»
при проведении нейропсихологического
обследования детей 4–17 лет
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 253–270.

Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D.,
Maslova K.E. Diagnostic Value of the "Table
Drawing" Technique during Neuropsychological
Assessment of Children Aged 4–17 Years
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 253–270.

Ключевые слова: детская нейропсихология, количественные методики в нейропсихологии, возрастные нормативы, зрительно-пространственные функции, проекционные представления.

Для цитаты: Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е. Диагностическое значение пробы «Рисунок стола» при проведении нейропсихологического обследования детей 4–17 лет [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 253–270. DOI: 10.17759/cpse.2021100214

Diagnostic Value of the "Table Drawing" Technique during Neuropsychological Assessment of Children Aged 4–17 Years

Nikita A. Khokhlov

*Centre for Testing and Development "Humanitarian Technologies", Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0003-0748-7547, e-mail: nkhokhlov@psychmsu.ru*

Elena D. Fyodorova

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0001-6276-6894, e-mail: elenaf1998@yandex.ru*

Alexandra D. Zhalnina

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-7820-8536, e-mail: sasha@cms.ru*

Ksenia E. Maslova

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-5878-1845, e-mail: maslowxen@ya.ru*

The method of "Table Drawing" is used in child neuropsychology to evaluate projective representations. At the same time, a unified system for assessing the technique performance, age standards, and information about the validity are absent. The present study aimed to investigate the diagnostic value of the technique during the neuropsychological examination of children aged 4–17 years. A survey of 636 persons was conducted, 411 of them boys and 225 girls. The overall technique performance was evaluated in the diagnostic process. Regardless of the diagnostician, the drawings were evaluated by the level of projective representations and the geometric properties. Age standards of technique execution were obtained. Based on the material of 597 diagnostic protocols, the contribution of the state of 14 higher mental functions and psychological characteristics to the success of the test performance was studied. Constructive-spatial

functions have the greatest weight; however, the efficiency also depends on visual gnosis, dynamic praxis, and thinking. The diagnostic value of the method is different at different ages, so neuropsychological interpretation of its execution results should depend on the age of the subject.

Keywords: developmental neuropsychology, quantitative methods in neuropsychology, age-stratified scores, visual-spatial functions, projective representations.

For citation: Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D., Maslova K.E. Diagnostic Value of the "Table Drawing" Technique during Neuropsychological Assessment of Children Aged 4–17 Years. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 253–270. DOI: 10.17759/cpse.2021100214 (In Russ.)

Введение

Анализ состояния зрительно-пространственных функций традиционно является одной из задач нейропсихологического обследования детей и подростков. Как отмечает Ж.М. Глозман, «несформированность пространственных представлений может проявляться в *слабости проекционных представлений*, когда, например, трехмерное изображение домика передается как двухмерное; *координатных представлений* (зеркальность в письме и при копировании рисунков, смещение координат “верх — низ”, “право — лево”), *метрических представлений* (оценка расстояний и относительной величины деталей изображения, трудности передачи стыковки линий) и *структурно-топологических представлений* (несформированность целостного образа предмета)» [4, с. 110]. По мнению А.В. Семенович, координатные представления формируются к 6–7 годам, метрические и структурно-топологические — к 8–9 годам, а проекционные — к 10 годам для копирования рисунка и к 12 годам для самостоятельного рисунка [11]. По другим данным к 12 годам только 80% успевающих школьников способны безошибочно выполнить пробы на пространственные функции [6].

Наша статья посвящена диагностическому значению пробы «Рисунок стола», обычно используемой для исследования проекционных представлений (ПП). Считается, что проекционные ошибки наблюдаются одинаково часто при дисфункциях правого и левого полушарий. Однако замена общепринятых приемов передачи перспективы на рисунок отдельных сторон (граней) объекта, распластанных в развернутом виде на плоскости, является ошибкой, специфичной для дисфункции правого полушария [9; 11]. По данным Т.Г. Визель и О.И. Шабетник [2], нарушения конструктивного праксиса часто встречаются при инсульте в правом полушарии головного мозга. Иногда такие больные выполняют пробу «Рисунок стола» без ошибок, в то время как выполнение других рисуночных проб свидетельствует о дефиците конструктивно-пространственных функций (по-видимому, проба обладает низкой сензитивностью).

В работе Н.Г. Манелис [7] показано, что до 5 лет дети не могут правильно скопировать трехмерный объект (стол). В 5 лет половина детей предпринимает попытку передать объем, но никто не может выполнить пробу без ошибок. В 6 лет

20% детей могут правильно скопировать образец, 60% — предпринимают попытку передать объем, а 20% — оказываются полностью неспособными выполнить это задание. В 7 лет 25% детей выполняют пробу без ошибок, в 58% случаев предпринимается попытка изображения объема, 17% испытуемых не справляются с заданием.

Для применения пробы в детской нейропсихологии требуется иметь возрастные нормативы. Получение таких нормативов возможно при использовании единой системы оценок. Одна из систем оценок описана в книге Н.Н. Полонской [10]. Предлагаемая процедура проведения методики состоит из трех этапов: самостоятельный рисунок, рисование по памяти и копирование стола. Используется пятибалльная система оценки (0–4). Очень похожую систему оценок использует авторский коллектив под руководством Т.В. Ахутиной [8]. Ж.М. Глозман [3] предлагает другую систему оценки, с неодинаковым шагом между баллами: 0, 0,5, 1, 1,5, 2, 3. Во всех случаях каждая градация имеет свое содержательное описание. Недостатком этих систем оценки является их исходно неметрический характер. При условии, что каждая следующая градация соответствует большей тяжести ошибок, до проведения стандартизации можно говорить только о шкале порядка.

Еще одной проблемой является валидность методики. По мнению Н.Н. Полонской, «проба позволяет исследовать возможность передачи целостной формы образа предмета (стола) в трехмерном изображении на плоскости листа (объема и глубины). Она позволяет оценить сформированность зрительно-пространственных представлений и зрительно-моторных координаций ребенка» [10, с. 61]. В работе Т.В. Ахутиной с соавторами [8] проба используется для диагностики эффективности переработки зрительно-пространственной информации. А в книге Ж.М. Глозман [3] пробы на рисунок стола и куба описываются в разделе, посвященном исследованию движений и действий. Не вызывает сомнений, что успешность выполнения пробы «Рисунок стола» зависит от уровня развития (состояния) не только зрительно-пространственных, но и моторных функций. Однако вклад каждой высшей психической функций (ВПФ) в выполнение этой методики ранее не был исследован.

В зарубежных руководствах по нейропсихологической диагностике [13; 15; 20] представлены разнообразные методики для исследования состояния зрительно-пространственных и моторных функций. Чаще эти функции исследуют по отдельности. Проба «Рисунок стола» для обследования не используется, вместе с тем популярными диагностическими приемами являются задания на рисование велосипеда или часов. Отмечается, что при левополушарном дефиците преобладают трудности анализа отдельных частей объекта, а при правополушарном дефиците — трудности объединения фрагментов в целое. Рекомендуются использовать хотя бы две различные методики на конструктивно-пространственные функции из-за их неодинаковой чувствительности и умеренной корреляции между разными тестами [18]. Вопреки современной тенденции компьютеризировать нейропсихологические методики [8], выполнение рисуночных проб на бумаге имеет свои преимущества, которые теряются при работе на планшетном компьютере [16].

Цель настоящей работы состояла в изучении диагностического значения пробы «Рисунок стола» при проведении нейропсихологического обследования детей 4–17 лет. Были поставлены следующие задачи:

- 1) создание унифицированной системы оценки выполнения пробы «Рисунок стола»;
- 2) получение возрастных нормативов выполнения методики в процессе нейропсихологического обследования детей в возрасте 4–17 лет;
- 3) оценка валидности методики по результатам нейропсихологической диагностики в 6 возрастных группах (4–5, 6–7, 8–9, 10–12, 13–15, 16–17 лет).

На основе проведенного анализа литературных источников мы выдвинули две **гипотезы**.

1. Успешность выполнения пробы «Рисунок стола» нелинейно зависит от возраста, а именно: до подросткового возраста имеется устойчивая связь между возрастом и успешностью выполнения пробы, затем связь ослабевает вплоть до полного исчезновения у старших школьников.

2. Проба «Рисунок стола» измеряет уровень развития конструктивно-пространственных функций и динамического праксиса, причем соотношение их вклада в успешность выполнения пробы неодинаково в разных возрастах.

Материалы и методы

Выборка. В исследовании приняли участие 636 человек, из них 411 мальчиков и 225 девочек в возрасте от 52 до 215 мес. Распределение испытуемых по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение испытуемых по возрасту и полу

	Возраст (годы)													
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Пол	Число испытуемых													
Мальчики	6	39	47	54	37	26	39	30	22	23	39	25	13	11
Девочки	4	26	41	30	25	12	20	8	7	8	15	13	12	4

Все участники исследования в 2014–2020 гг. по желанию родителей проходили нейропсихологическую диагностику в Центре тестирования и развития «Гуманитарные технологии» и Психологическом центре «Гальтон» для оценки уровня развития ВПФ и получения рекомендаций по развитию. Родители были проинформированы о том, что результаты диагностики могут быть использованы для проведения научных исследований в анонимном и обобщенном виде.

В клинической психологии существует множество взаимодополняющих критериев нормы и патологии. Как отмечает Г.И. Колесникова, «понятие “норма” (лат. *norma* правило, образец, руководящее начало) неоднозначно, поскольку

практически каждый человек в той или иной степени отклоняется от нормы. <...> *Норма — уровень развития человека как системы, где критерием нормы является целесообразное функционирование организма. <...> Показателями отклонения от нормы являются замедление или деградация психического развития, дисфункциональность организма как биологической системы, поведенческая патология. Однако человек может признаваться нормальным, несмотря на отклонения от нормы в его отдельных функциях, но при условии, что его социальная компенсация оказалась успешной» [5, с. 49–50]. По своим характеристикам наша исследовательская выборка соответствует статистической норме. Обследованные дети могли иметь парциальные дисфункции, но при этом были социально адаптированы. Все школьники обучались по стандартным (не коррекционным) учебным программам. В работе не использовались результаты диагностики детей с тяжелыми заболеваниями, ограничивающими возможность обучения по основным общеобразовательным программам. Также критериями исключения из исследования являлись выраженные нарушения фонематического слуха (такие дети не могли понять инструкцию и вместо стола рисовали стул или столб), состояния дезориентации и спутанности сознания, аффективные состояния, при которых полноценный контакт с психологом был невозможен.*

По результатам нейропсихологической диагностики оценивался уровень возрастного развития следующих ВПФ и психологических характеристик: темп работы, внимание, энергетическое обеспечение психической деятельности (нейродинамика), зрительный гнозис, зрительная память, конструктивно-пространственные функции, тактильный гнозис, акустический гнозис, речь, слухоречевая память, динамический праксис, мышление, регуляторные функции, эмоциональная сфера и общий уровень нейрокогнитивного развития. Качественные оценки подвергались процентильной стандартизации, что позволило проводить их математико-статистическую обработку с помощью параметрических методов [12]. Работая с нормативной детской популяцией, мы ограничились оценкой возрастной сформированности психических функций, не рассматривая в качестве конечной цели диагностики топическую локализацию.

Предполагалось, что наибольшее влияние на успешность выполнения пробы «Рисунок стола» оказывает состояние конструктивно-пространственных функций и динамического праксиса. Для оценки конструктивно-пространственных функций использовались методики «Комплексная фигура Тейлора», «Кубики Коса», пробы Хэда, реальные и «немые» часы, изображения предметов, находящихся в разных пространственных отношениях. Для оценки праксиса использовались графомоторная проба («Забор»), проба на динамический праксис («Кулак–ребро–ладонь»), проба на автоматизированное письмо (словосочетание «Мишина машина»), проба на реципрокную координацию (проба Н.И. Озерецкого).

Методика. Проба «Рисунок стола» проводилась в процессе нейропсихологического обследования. Нейропсихолог (Н.А. Хохлов) клал перед обследуемым лист бумаги формата А4 в альбомной ориентации и простой карандаш, а затем давал следующую инструкцию: «Нарисуй стол с четырьмя ножками так, чтобы все четыре ножки были видны». Непосредственно во время диагностики оценивалась общая эффективность

выполнения пробы. Использовалась 13-балльная система качественных оценок, где 0 — выполнение недоступно из-за выраженных трудностей, 12 — нет ошибок. После завершения пробы независимо от диагноста рисунки оценивались другими авторами работы, не имевшими информации об обследуемых. Рисунок стола оценивался по уровню развития ПП. Использовалась 6-балльная система качественных оценок, которые содержательно соответствовали следующим градациям:

0 — стол нарисован некорректно, совершенно не похож на стол, или ножки находятся в невозможных местах (посередине стола, отдельно от стола и т.п.);

1 — стол нарисован распластанным, ножки торчат в разные стороны;

2 — стол нарисован двумерно, все ножки находятся в одной плоскости с одной стороны;

3 — была попытка нарисовать трехмерный стол, однако бóльшая часть ножек оказалась не на тех местах или не на том расстоянии;

4 — рисунок правильный, но есть мелкие ошибки (например, одну ножку не видно, хотя предполагается, что она есть; проступают пунктирные линии на поверхности стола; одна ножка нарисована не на том расстоянии);

5 — рисунок полностью правильный, все ножки видны и находятся на нужном расстоянии.

Кроме того, оценивались следующие показатели:

1) ориентация листа (альбомная или книжная);

2) число ножек;

3) форма стола (параллелограмм, трапеция, прямоугольник, круг (овал), линия, другая).

Измерялись геометрические характеристики рисунка (рис. 1):

1) длина рисунка — АВ;

2) высота рисунка — СН;

3) х-координата центра — DE;

4) у-координата центра — EI;

5) угол наклона — величина угла FEG в градусах; отклонение EG от EF оценивается по часовой стрелке (отрезок EG параллелен поверхности стола).

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программы RStudio 1.1.463 (для построения графиков применялся пакет ggplot2). Для оценки связи между ненормально распределенными переменными, измеренными в порядковой шкале, вычислялся коэффициент корреляции Спирмена (ρ). Анализ таблиц сопряженности проводился с помощью ϕ -критерия (для двух бинарных переменных) или с помощью V-критерия Крамера (для категориальных переменных с несколькими уровнями). Для анализа взаимосвязи между зависимой

метрической переменной и независимыми метрическими или категориальными переменными использовался регрессионный анализ с вычислением скорректированного коэффициента детерминации (R^2). Различия между группами оценивались с помощью параметрических методов: при сравнении двух групп применялся t-критерий Стьюдента для независимых выборок, при сравнении большего числа групп — однофакторный дисперсионный анализ с вычислением F-критерия Фишера.

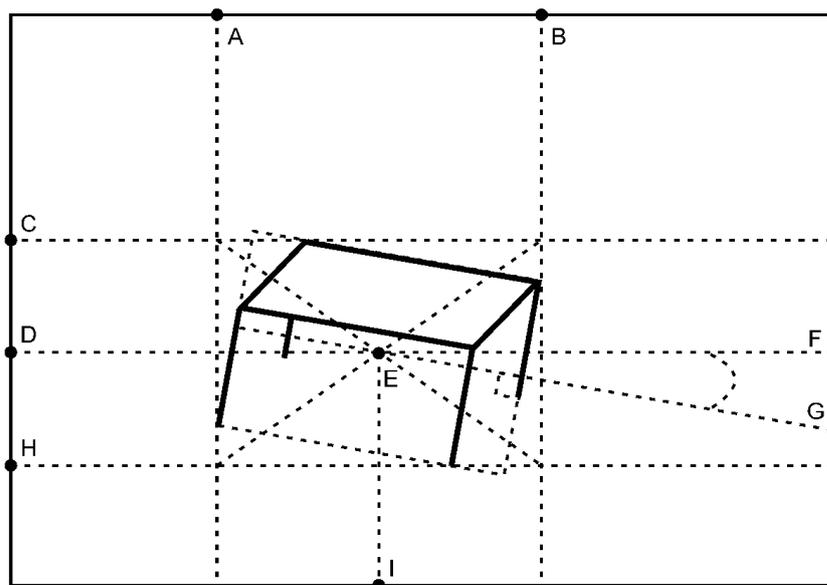


Рис. 1. Пример рисунка стола. На пунктирные линии следует ориентироваться при измерениях. Размер пропорционален листу А4 (29,7х21,0 см)

Результаты и обсуждение

Эффективность выполнения пробы (ЭВП) связана с возрастом ($\rho=0,51$, $p<0,001$). Зависимость этого показателя от возраста (здесь и далее в месяцах) можно описать функцией: $10^{-6}(-2,31x^3 + 666x^2 - 10000x) + 2,96$. Анализ производных функции выявляет, что до 8 лет показатель растет с ускорением темпа роста, затем продолжает расти со снижающимся темпом роста и завершает рост в 15 лет 4 мес. (рис. 2). Уровень развития ПП также связан с возрастом ($\rho=0,59$, $p<0,001$). Зависимость ПП от возраста описывается функцией: $10^{-7}(-6,64x^3 + 1810x^2 + 31500x) + 1,13$. Аналогичный анализ показывает, что до 7 лет 6 мес. уровень ПП растет с ускорением темпа роста, затем продолжает расти со снижающимся темпом роста и завершает развитие в 15 лет 10 мес. (рис. 3). Корреляция между ЭВП и уровнем развития ПП (по стандартизированным с учетом возрастных нормативов оценкам) составляет 0,57 ($p<0,001$).

Кроме того, с возрастом связаны длина рисунка ($\rho=-0,10$, $p=0,009$), его высота ($\rho=-0,12$, $p=0,002$), у-координата центра ($\rho=0,44$, $p<0,001$), угол наклона ($\rho=-0,1$, $p=0,015$). По-видимому, связь у-координаты центра рисунка с возрастом объясняется тем, что ребенку маленького роста трудно дотянуться до середины листа; с возрастом длина тела увеличивается, что позволяет дотягиваться до верхней (дальней) половины листа.

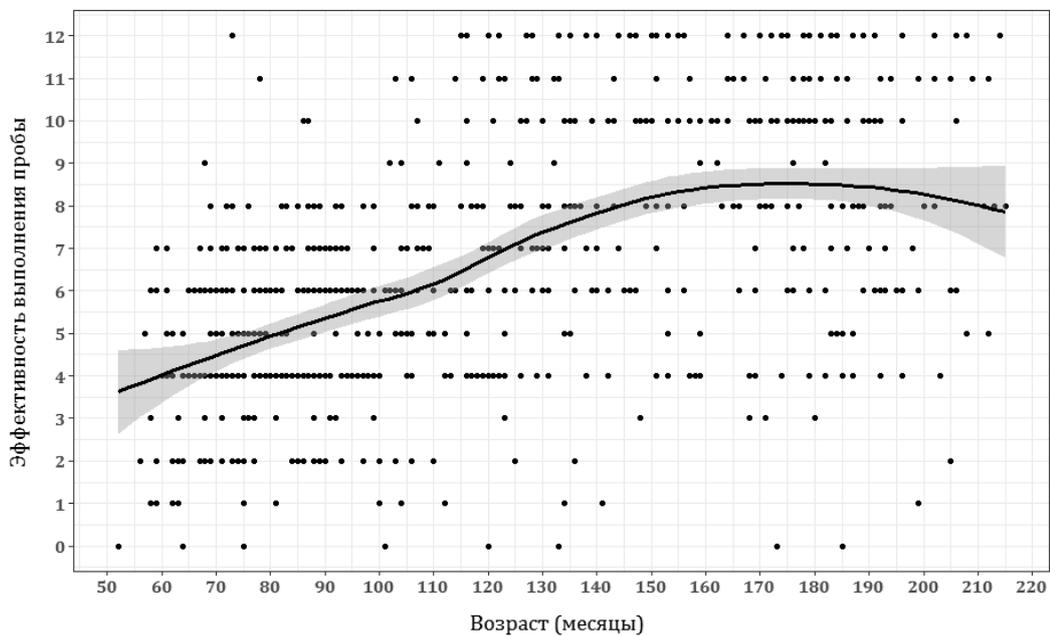


Рис. 2. Зависимость эффективности выполнения пробы «Рисунок стола» от возраста

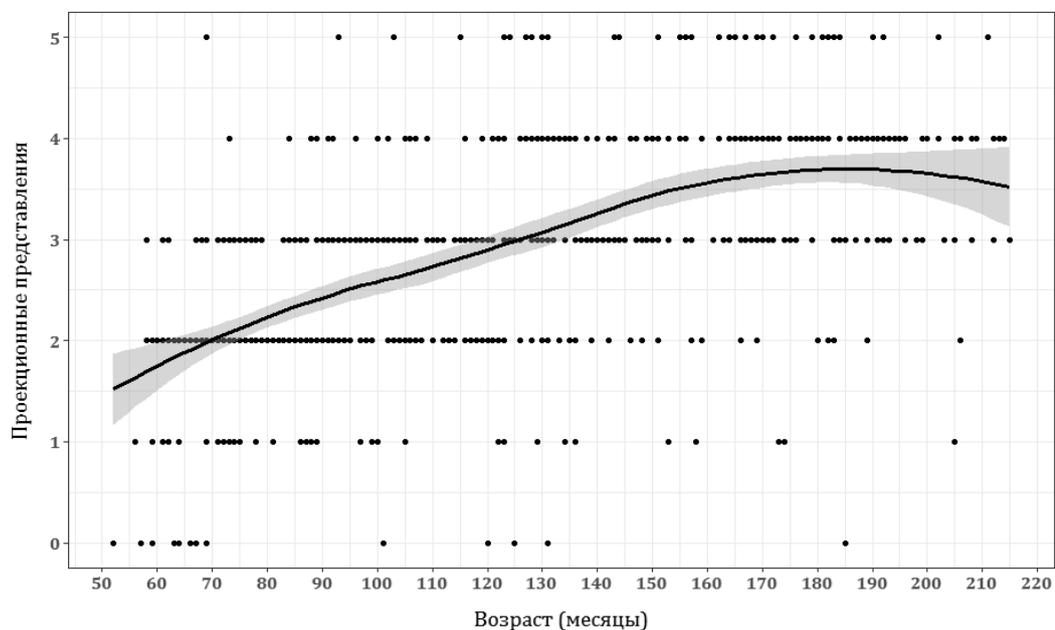


Рис. 3. Зависимость уровня развития проекционных представлений от возраста

Средний возраст испытуемых, нарисовавших 4 ножки, составляет 121 ± 43 мес., а испытуемых, нарисовавших любое другое число ножек — 103 ± 39 мес. ($t=2,56$, $p=0,011$). Возраст испытуемых, нарисовавших параллелограмм, составляет 161 ± 31 мес., трапецию — 130 ± 41 мес., прямоугольник — 115 ± 38 мес., круг (овал) — 112 ± 43 мес., линию — 91 ± 29 мес., другую форму — 95 ± 35 мес. ($F=59,49$, $p<0,001$). Возраст испытуемых, использовавших лист в альбомной ориентации, составляет 120 ± 43 мес., в книжной ориентации — 87 ± 32 мес. ($t=2,07$, $p=0,039$).

На практике удобнее иметь возрастные нормативы, представленные в виде среднего и стандартного отклонения, а также частоты встречаемости значений категориальных переменных (табл. 2).

Таблица 2

Возрастные нормативы выполнения пробы «Рисунок стола»

Показатели оценки	Возраст (годы)					
	4–5	6–7	8–9	10–12	13–15	16–17
Эффективность выполнения пробы (баллы 0–12)	4,3±2	5,2±1,9	6±2,5	7,6±3	8,5±2,9	8,1±3
Проекционные представления (баллы 0–5)	1,9±0,9	2,3±0,7	2,7±0,9	3,1±1,1	3,7±1	3,6±0,8
Длина (см)	10,7±5,4	11,4±4,8	10,3±4,3	10,6±4,3	9,5±3,4	9,1±3,2
Высота (см)	8±3,7	7,5±3,1	7±2,9	7,3±3,2	6,6±2,5	6,5±2,3
X-координата центра (см)	13,7±3,1	13,3±2,8	12,9±2,6	13,5±2,5	13,2±2,5	13,2±3,2
Y-координата центра (см)	7±2,7	7,3±2,4	8,4±2,8	9,2±2,5	10±2,1	10,4±2,4
Угол наклона (градусы)	0,1±4,6	0,2± 4	0,3±4,6	-0,4±6,1	-1,8±6,9	-0,7±4,1
Ориентация листа	Встречаемость (%)					
Альбомная	96	98,8	99	99,2	100	100
Книжная	4	1,2	1	0,8	0	0
Число ножек	Встречаемость (%)					
4	81,3	97,1	94	92,9	95,9	100
Не 4	19,7	2,9	6	7,1	4,1	0
Форма стола	Встречаемость (%)					
Параллелограмм	0	2,3	8	31,8	45,5	50
Трапеция	9,3	8,1	20	18,3	23,6	10
Прямоугольник	18,7	33,1	42	34,1	16,3	27,5
Круг (овал)	6,7	11,6	6	4	6,5	7,5
Линия	50,7	34,9	18	7,9	7,3	0
Другая	14,7	9,9	6	4	0,8	5

Рост успешности выполнения пробы продолжается до 15–16 лет и достигает 67–72% от максимально возможного уровня (самые высокие оценки в этом возрасте имеют 14% обследуемых).

ЭВП (здесь и далее для ЭВП и ПП баллы переводятся в z-оценки путем нормирования в каждой возрастной группе) выше у девочек ($0,13 \pm 1$), чем у мальчиков ($-0,07 \pm 0,99$), $t=2,47$, $p=0,014$. Девочки рисуют стол длиннее ($11,3 \pm 4,2$), чем мальчики ($10 \pm 4,5$), $t=3,41$, $p=0,001$. Высота рисунка также больше у девочек ($7,8 \pm 2,7$), чем у мальчиков ($6,9 \pm 3,1$), $t=3,75$, $p<0,001$. X-координата центра у девочек правее ($13,6 \pm 2,8$), чем у мальчиков ($13,1 \pm 2,6$), $t=2,09$, $p=0,037$. Есть различия в частотах встречаемости форм столов у мальчиков / девочек: параллелограмм — 21,7% / 17,3%, трапеция — 14,1% / 17,3%, прямоугольник — 26,5% / 34,7%, круг (овал) — 5,8% / 10,2%, линия — 25,3% / 13,8%, другая — 6,6% / 6,7%, $V=0,17$, $p=0,002$. Ни одна девочка не поворачивала лист вертикально, тогда как среди мальчиков таких было 1,7% ($\varphi=0,08$, $p=0,049$).

53 человека рисовали левой рукой. Между леворукими и праворукими испытуемыми нет различий по ЭВП и уровню ПП. Праворукие рисуют стол левее (x-координата центра — $13,1 \pm 2,6$), чем леворукие ($15,4 \pm 3$), $t=6,18$, $p<0,001$. На рисунках праворуких стол расположен выше (y-координата центра — $8,6 \pm 2,8$), чем на рисунках леворуких ($7,7 \pm 2,7$), $t=2,12$, $p=0,034$. Рисунки праворуких наклонены против часовой стрелки (угол наклона — $-0,5 \pm 5,5$), а рисунки леворуких — по часовой стрелке ($1,2 \pm 3,9$), $t=2,2$, $p=0,028$.

Оценка валидности методики проведена на материале 597 протоколов, содержащих полную информацию об уровне развития ВПФ. Для анализа строились регрессионные модели. В каждом уравнении независимой переменной выступал показатель выполнения пробы, а зависимыми переменными (предикторами) — оценки уровня развития ВПФ. Использовались только значимые модели, скорректированный коэффициент детерминации которых не менее 0,1, а вклад каждого из предикторов не меньше 5% дисперсии.

Начнем с диагностического значения ЭВП. В 4–5 лет значимыми предикторами являются конструктивно-пространственные функции и динамический праксис ($R^2=0,16$, $p=0,002$). В 8–9 лет значимыми предикторами выступают слухоречевая память и зрительный гнозис ($R^2=0,19$, $p<0,001$). В 10–12 лет предикторами являются конструктивно-пространственные функции и внимание ($R^2=0,25$, $p<0,001$). В 13–15 лет это только конструктивно-пространственные функции ($R^2=0,23$, $p<0,001$). В 16–17 лет позитивными предикторами являются мышление, слухоречевая память, конструктивно-пространственные функции, а негативным предиктором — внимание ($R^2=0,43$, $p<0,001$). По всей выборке значимым предиктором выступают только конструктивно-пространственные функции ($R^2=0,11$, $p<0,001$). Общий уровень нейрокогнитивного развития влияет на ЭВП в 8–9 лет ($R^2=0,15$, $p<0,001$), 10–12 лет ($R^2=0,19$, $p<0,001$), 13–15 лет ($R^2=0,12$, $p<0,001$).

Для уровня развития ПП в 10–12 лет предикторами являются конструктивно-пространственные функции и внимание ($R^2=0,25$, $p<0,001$). В 13–15 лет —

конструктивно-пространственные функции и тактильный гнозис ($R^2=0,17$, $p<0,001$). В 16–17 лет позитивным предиктором является мышление, а негативным — состояние эмоциональной сферы ($R^2=0,26$, $p<0,002$). Вклад общего уровня нейрокогнитивного развития в показатель ПП проявляется с 8–9 лет ($R^2=0,1$, $p=0,001$), в 10–12 лет составляет около 20% ($p<0,001$), в 13–15 лет — 9% ($p<0,001$).

Длина и высота рисунка диагностически значимы только в 16–17 лет: предиктором выступает зрительный гнозис ($R^2=0,14$, $p=0,01$ и $R^2=0,12$, $p=0,018$ соответственно). Для х-координаты центра в 16–17 лет негативным предиктором является состояние эмоциональной сферы ($R^2=0,18$, $p=0,004$). Для у-координаты центра в 16–17 лет негативным предиктором является зрительный гнозис ($R^2=0,1$, $p=0,027$). Угол наклона диагностически значим только в 4–5 лет: негативным предиктором является внимание, а позитивными предикторами — мышление и динамический праксис ($R^2=0,24$, $p<0,001$).

Диагностическое значение следующих показателей анализировалось по всей выборке из-за малочисленности наблюдений на пересечении групп. Для ориентации листа значимые различия обнаружены по энергетическому обеспечению психической деятельности ($0,00\pm 0,72$ и $-0,88\pm 0$, $t=29,35$, $p<0,001$), акустическому гнозису ($0,03\pm 0,82$ и $-0,66\pm 0,71$, $t=2,23$, $p=0,026$), слухоречевой памяти ($0,02\pm 0,86$ и $-0,85\pm 0,83$, $t=2,66$, $p=0,008$) и мышлению ($0,00\pm 0,77$ и $-0,67\pm 0,66$, $t=2,28$, $p=0,023$). Преимущество имеют дети, использовавшие лист в альбомной ориентации. Нейрокогнитивное развитие в целом выше у детей, рисующих на листе альбомной ориентации ($0,04\pm 0,98$ и $-0,86\pm 0,76$, $t=2,42$, $p=0,016$). Для числа ножек значимые различия обнаружены по зрительному гнозису ($0,02\pm 0,77$ и $-0,25\pm 0,68$, $t=2,02$, $p=0,044$), динамическому праксису ($0,02\pm 0,79$ и $-0,25\pm 0,82$, $t=1,96$, $p=0,05$) и регуляторным функциям ($0,03\pm 0,79$ и $0,3\pm 0,82$, $t=1,98$, $p=0,049$). Интересно, что по первым двум ВПФ преимущество имеется у детей, нарисовавших 4 ножки, а по регуляторным функциям, наоборот, у нарушивших инструкцию. Общий уровень нейрокогнитивного развития выше у детей, рисующих 4 ножки ($0,04\pm 1,00$ и $-0,23\pm 0,69$, $t=2,23$, $p=0,031$).

Для формы стола различия проявляются в отношении 10 нейропсихологических показателей: конструктивно-пространственные функции, динамический праксис, энергетическое обеспечение психической деятельности, зрительный гнозис, темп работы, внимание, акустический гнозис, речь, тактильный гнозис, зрительная память. Лучшей формой является параллелограмм. Худшей формой для 8 функций является линия, для речи — другая форма, для зрительной памяти — круг (овал). Общий уровень нейрокогнитивного развития также различается ($F=9,64$, $p<0,001$): параллелограмм — $0,46\pm 0,93$, трапеция — $0,21\pm 0,94$, круг (овал) — $0,02\pm 0,99$, прямоугольник — $-0,07\pm 0,9$, другая форма — $-0,13\pm 1,02$, линия — $-0,32\pm 1,01$.

Отметим, что для практического применения методики прагматическая валидность может значить больше, чем конструктивная. При проведении обследования целесообразно использовать показатели выполнения методики как предикторы уровня развития исследуемой ВПФ. В качестве примеров приведем две такие модели (на выходе — z-оценки).

1) Конструктивно-пространственные функции в 10–12 лет ($R^2=0,24$, $p<0,001$):
 $0,3701\{\text{ПП}\} + 0,0729\{y\text{-координата}\} - 0,3888$;

2) Общий уровень нейрокогнитивного развития для всех возрастов ($R^2=0,11$,
 $p<0,001$): $0,1821\{\text{ПП}\} + 0,0331\{y\text{-координата}\} - 0,9123\{\text{ориентация книжная } 1|0\} +$
 $0,3145\{\text{параллелограмм } 1|0\} + 0,1465\{\text{трапеция } 1|0\} - 0,0359\{\text{прямоугольник } 1|0\} -$
 $0,0014\{\text{круг } 1|0\} - 0,1916\{\text{линия } 1|0\} - 0,2757$. Для категориальных переменных при
выполнении условия в фигурных скобках нужно подставить 1, иначе — 0.

Заключение

Апробированы две взаимодополняющие системы оценки выполнения пробы «Рисунок стола». Во-первых, нейропсихолог может оценивать общую эффективность выполнения пробы непосредственно во время обследования. Этот показатель диагностически значим с дошкольного возраста, однако достаточно субъективен и зависит от уровня сформированности множества видов ВПФ. Во-вторых, можно оценивать уровень развития проекционных представлений и геометрические свойства рисунка по формальному алгоритму. Эти показатели имеют большую дискриминантную валидность, но применимы в основном для школьного возраста.

Успешность выполнения пробы преимущественно зависит от состояния конструктивно-пространственных функций. Несколько меньший вклад вносят зрительный гнозис, динамический праксис, мышление и другие ВПФ. Конструктивная валидность методики неодинакова в разных возрастах. По-видимому, это отражает онтогенетические интеграцию и дифференциацию мозговых структур, являющихся звеньями ВПФ как функциональных систем [9]. В связи с этим нейропсихологическая интерпретация результатов выполнения методики должна зависеть от возраста обследуемого. Мы рекомендуем использовать стандартизированные показатели ее выполнения при построении регрессионных моделей, предсказывающих состояние ВПФ, наряду с показателями других методик, имеющих схожую валидность.

Полученные результаты позволяют с некоторыми оговорками принять обе выдвинутые гипотезы. Успешность выполнения пробы «Рисунок стола» нелинейно зависит от возраста, при этом ослабление темпов роста начинается уже в 7–8 лет, а окончательно связь исчезает в 15–16 лет. Методика «Рисунок стола» действительно измеряет состояние зрительно-пространственных и моторных функций, однако роль динамического праксиса оказалось ниже ожидаемой. В 4–5 лет динамический праксис влияет на угол наклона рисунка и общую эффективность выполнения пробы, оцениваемую непосредственно во время диагностики. Кроме того, при дефиците динамического праксиса обследуемые склонны нарушать инструкцию и рисовать не 4 ножки. После 5 лет вклад динамического праксиса существенно снижается, а уровень развития проекционных представлений вообще от него не зависит. В то же время состояние конструктивно-пространственных функций влияет на успешность выполнения пробы как у дошкольников, так и у школьников.

Обсуждая ограничения проведенного исследования, выделим две проблемы, которые требуют дальнейшего изучения.

Во-первых, было показано, что нормативы выполнения методики зависят как от возраста, так и от пола и мануальной асимметрии. Из-за малочисленности наблюдений на пересечении уровней категориальных переменных в настоящее время мы не можем узнать, проявляется ли здесь межфакторное взаимодействие. В будущем имеет смысл проверить, нет ли таких сочетаний возраста, пола и мануальной асимметрии, при которых возникают особенности выполнения пробы, не сводимые к уже описанным закономерностям.

Во-вторых, мы бы хотели подробнее остановиться на проблеме комплексной оценки конструктивно-пространственных функций в нейропсихологии. Работу с пространством можно рассматривать при исследовании гнозиса (зрительно-пространственные функции) или при исследовании произвольных движений и действий (конструктивный праксис). С. Файфер и Ф. Де Фина отмечают, что термин «зрительно-пространственные способности» — это собирательное понятие, которое может означать совокупность нейропсихологических показателей, включая результаты выполнения заданий на зрительное восприятие, зрительную память, пространственные представления, ориентацию линий, мысленное вращение и скорость зрительно-моторных координаций [14]. Обзор исследований последних лет [1] позволяет говорить о том, что пространственные способности включают в себя несколько компонентов, основные из которых — пространственная визуализация и ориентация, пространственное представление, мысленное вращение и пространственные отношения. Все пространственные способности можно свести к двум группам — «малого» и «большого» масштаба, имеющим разное мозговое обеспечение. При выполнении заданий, связанных с «малым масштабом», ведущую роль играют теменные области мозга, а при выполнении заданий на работу с «большим масштабом» основное значение приобретает функционирование гиппокампа и медиальных височных долей. В другой работе [17] было показано, что результаты пространственных тестов можно свести к факторам «Навигация», «Манипуляция объектами» и «Визуализация», за которыми стоит общий фактор пространственных способностей. Принятая в отечественной нейропсихологии диагностическая процедура не предполагает оценки состояния разных компонентов пространственных способностей, выделенных в современных психометрических исследованиях. Нельзя исключать, что методика «Рисунок стола» является излишне комплексным заданием, выполнение которого актуализирует неодинаковые операции у разных людей. Кроме того, она может быть недостаточно чувствительна к проявлению индивидуальных различий в норме.

Вместе с тем в зарубежной нейропсихологии результаты выполнения разных методик подвергают факторному анализу, а затем на основе изучения возрастных изменений латентных переменных делают вывод о траекториях развития базовых компонентов пространственных функций [19]. В связи с этим перспективы дальнейших исследований мы видим в факторизации первичных показателей выполнения нейропсихологических проб. Мы надеемся, что эта процедура позволит выявить латентные измерения, стоящие за уровнем развития психических функций, а также даст возможность проследить количественные и качественные изменения их операционального обеспечения в разных возрастах.

Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е.
Диагностическое значение пробы «Рисунок стола»
при проведении нейропсихологического
обследования детей 4–17 лет
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 253–270.

Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D.,
Maslova K.E. Diagnostic Value of the "Table
Drawing" Technique during Neuropsychological
Assessment of Children Aged 4–17 Years
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 253–270.

Литература

1. Аристова И.Л., Есипенко Е.А., Шарафиева К.Р. и др. Пространственные способности: структура и этиология // Вопросы психологии. 2018. № 1. С. 118–126.
2. Визель Т.Г., Шабетник О.И. Нарушения высших психических функций и их восстановление при поражениях правого полушария мозга. М.: В. Секачев, 2018. 102 с.
3. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М.: Смысл, 2012. 264 с.
4. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 272 с.
5. Колесникова Г.И. Методология психолого-педагогических исследований. Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. 318 с.
6. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика младших школьников. 3-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2017. 156 с.
7. Манелис Н.Г. Развитие оптико-пространственных функций в онтогенезе // Школа здоровья. 1997. Т. 4. № 3. С. 25–37.
8. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет / Под общ. ред. Т.В. Ахутиной. М.: В. Секачев, 2016. 280 с.
9. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. СПб.: Питер, 2013. 288 с.
10. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста. М.: Академия, 2007. 192 с.
11. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. 3-е изд., испр. и доп. М.: Генезис, 2013. 319 с.
12. Хохлов Н.А. Нейропсихологический подход к оценке способностей у детей и подростков // Психология способностей и одаренности: материалы Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. В.А. Мазилова. Ярославль: РИО ЯГПУ, 2019. С. 233–236.
13. Anderson Jr.R.M. Practitioner's guide to clinical neuropsychology. Boston, MA: Springer, 1994. 393 p. DOI: 10.1007/978-1-4615-2480-9
14. Feifer S.G., De Fina P.A. The neuropsychology of mathematics: Diagnosis and intervention workbook. Middletown, MD: School Neuropsych Press, 2005. 196 p.
15. Lezak M.D., Howieson D.B., Bigler E.D. et al. Neuropsychological assessment. 5th ed. NY: Oxford University Press, 2012. 1200 p.
16. Lin C.-L., Wang M.-J.J., Kang Y.Y. The evaluation of visuospatial performance between screen and paper // Displays. 2015. Vol. 39. P. 26–32. DOI: 10.1016/j.displa.2015.08.002

17. *Malanchini M., Rimfeld K., Shakeshaft N.G. et al.* Evidence for a unitary structure of spatial cognition beyond general intelligence // *npj Science of Learning*. 2020. Vol. 5. Article number 9. DOI: 10.1038/s41539-020-0067-8

18. *Manning L.* Assessment and treatment of disorders of visuospatial, imaginal, and constructional processes // *The Handbook of Clinical Neuropsychology* / J.M. Gurd, U. Kischka, J.C. Marshall (eds.). 2nd ed. NY: Oxford University Press, 2010. P. 202–215. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199234110.003.11

19. *Schmetz E., Rousselle L., Ballaz C. et al.* The BEVPS: A new test battery to assess visual perceptual and spatial processing abilities in 5–14 year-old children // *Applied Neuropsychology: Child*. 2018. Vol. 7. № 4. P. 317–333. DOI: 10.1080/21622965.2017.1336710

20. *Van den Berg E., Ruis C.* Space in neuropsychological assessment // *Neuropsychology of Space: Spatial Functions of the Human Brain* / A. Postma, I.J.M. van der Ham (eds.). London: Academic Press, 2017. P. 361–378. DOI: 10.1016/B978-0-12-801638-1.00010-0

References

1. Aristova I.L., Esipenko E.A., Sharafieva K.R. et al. Prostranstvennyye sposobnosti: struktura i etiologiya [Modern approaches in the study of spatial abilities: a structure and etiology of individual differences]. *Voprosy psikhologii=Psychology Issues*, 2018, no. 1, pp. 118–126. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Vizel' T.G., Shabetnik O.I. Narusheniya vysshikh psikhicheskikh funktsii i ikh vosstanovlenie pri porazheniyakh pravogo polushariya mozga [Disorders of higher mental functions and their rehabilitation in lesions of the right hemisphere of the brain]. Moscow: V. Sekachev, 2018. 102 p. (In Russ.).
3. Glzman Zh.M. Neiropsikhologicheskoe obsledovanie: kachestvennaya i kolichestvennaya otsenka dannykh [Neuropsychological examination: qualitative and quantitative assessment of data]. Moscow: Smysl, 2012. 264 p. (In Russ.).
4. Glzman Zh.M. Neiropsikhologiya detskogo vozrasta [The neuropsychology of childhood]. Moscow: Akademiya, 2009. 272 p. (In Russ.).
5. Kolesnikova G.I. Metodologiya psikhologo-pedagogicheskikh issledovaniy [Methodology of psychological and pedagogical research]. Rostov-on-Don: Feniks, 2015. 318 p. (In Russ.).
6. Korsakova N.K., Mikadze Yu.V., Balashova E.Yu. Neuspevayushchie deti: neiropsikhologicheskaya diagnostika mladshikh shkol'nikov [Unsuccessful children: neuropsychological diagnostics of younger schoolchildren], 3rd ed., rev. and add. Moscow: Yurait, 2017. 156 p. (In Russ.).
7. Manelis N.G. Razvitie optiko-prostranstvennykh funktsii v ontogeneze [Development of optical-spatial functions in ontogenesis]. *Shkola zdorov'ya=School of Health*, 1997, vol. 4, no. 3, pp. 25–37. (In Russ.).

Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е.
Диагностическое значение пробы «Рисунок стола»
при проведении нейропсихологического
обследования детей 4–17 лет
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 253–270.

Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D.,
Maslova K.E. Diagnostic Value of the "Table
Drawing" Technique during Neuropsychological
Assessment of Children Aged 4–17 Years
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 253–270.

8. Metody neiropsikhologicheskogo obsledovaniya detei 6–9 let [Methods of neuropsychological examination of 6–9 years children]. T.V. Akhutina (ed.). Moscow: V. Sekachev, 2016. 280 p. (In Russ.).
9. Mikadze Yu.V. Neiropsikhologiya detskogo vozrasta [Childhood neuropsychology]. Saint-Petersburg: Piter, 2013. 288 p. (In Russ.).
10. Polonskaya N.N. Neiropsikhologicheskaya diagnostika detei mladshego shkol'nogo vozrasta [Neuropsychological diagnostics of children of primary school age]. Moscow: Akademiya, 2007. 192 p. (In Russ.).
11. Semenovich A.V. Vvedenie v neiropsikhologiyu detskogo vozrasta [Introduction to the neuropsychology of childhood], 3rd ed., rev. and add. Moscow: Genezis, 2013. 319 p. (In Russ.).
12. Khokhlov N.A. Neiropsikhologicheskii podkhod k otsenke sposobnostei u detei i podrostkov [Neuropsychological approach to assessment of abilities in children and teenagers]. In V.A. Mazilov (ed.), *Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii Psikhologiya sposobnostei i odarennosti=Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference Psychology of Abilities and Giftedness*. Yaroslavl': Publ. RIO YaGPU, 2019, pp. 233–236. (In Russ.).
13. Anderson Jr.R.M. Practitioner's guide to clinical neuropsychology. Boston, MA: Springer, 1994. 393 p. DOI: 10.1007/978-1-4615-2480-9
14. Feifer S.G., De Fina P.A. The Neuropsychology of mathematics: Diagnosis and intervention workbook. Middletown, MD: School Neuropsych Press, 2005. 196 p.
15. Lezak M.D., Howieson D.B., Bigler E.D., et al. Neuropsychological assessment. 5th ed. NY: Oxford University Press, 2012. 1200 p.
16. Lin C.-L., Wang M.-J.J., Kang Y.Y. The evaluation of visuospatial performance between screen and paper. *Displays*, 2015, vol. 39, pp. 26–32. DOI: 10.1016/j.displa.2015.08.002
17. Malanchini M., Rimfeld K., Shakeshaft N.G. et al. Evidence for a unitary structure of spatial cognition beyond general intelligence. *npj Science of Learning*, 2020, vol. 5, 9. DOI: 10.1038/s41539-020-0067-8
18. Manning L. Assessment and treatment of disorders of visuospatial, imaginal, and constructional processes. In Gurd J.M., Kischka U., Marshall J.C. (eds.), *The Handbook of Clinical Neuropsychology*, 2nd ed. NY: Oxford University Press, 2010, pp. 202–215. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199234110.003.11
19. Schmetz E., Rousselle L., Ballaz C. et al. The BEVPS: A new test battery to assess visual perceptual and spatial processing abilities in 5–14 year-old children. *Applied Neuropsychology: Child*, 2018, vol. 7, no. 4, pp. 317–333. DOI: 10.1080/21622965.2017.1336710

Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е.
Диагностическое значение пробы «Рисунок стола»
при проведении нейропсихологического
обследования детей 4–17 лет
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 253–270.

Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D.,
Maslova K.E. Diagnostic Value of the "Table
Drawing" Technique during Neuropsychological
Assessment of Children Aged 4–17 Years
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 253–270.

20. Van den Berg E., Ruis C. Space in Neuropsychological Assessment. In A. Postma, I.J.M. van der Ham (eds.), *Neuropsychology of Space: Spatial Functions of the Human Brain*. London: Academic Press, 2017, pp. 361–378. DOI: 10.1016/B978-0-12-801638-1.00010-0

Информация об авторах

Хохлов Никита Александрович, кандидат психологических наук, психолог-разработчик научно-методического отдела, Центр тестирования и развития «Гуманитарные технологии»; докторант, кафедра нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0748-7547>, e-mail: nkhokhlov@psychmsu.ru

Фёдорова Елена Денисовна, студент, кафедра нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6276-6894>, e-mail: elenaf1998@yandex.ru

Жалнина Александра Денисовна, студент, кафедра нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7820-8536>, e-mail: sasha@cms.ru

Маслова Ксения Евгеньевна, студент, кафедра психологии личности факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5878-1845>, e-mail: maslowxen@ya.ru

Information about the authors

Nikita A. Khokhlov, PhD (Psychology), Developer Psychologist, Scientific and Methodical Department, Centre for Testing and Development "Humanitarian Technologies"; Doctoral Candidate, Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0748-7547>, e-mail: nkhokhlov@psychmsu.ru

Elena D. Fyodorova, Student, Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6276-6894>, e-mail: elenaf1998@yandex.ru

Alexandra D. Zhalnina, Student, Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7820-8536>, e-mail: sasha@cms.ru

Ksenia E. Maslova, Student, Department of Personality Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5878-1845>, e-mail: maslowxen@ya.ru

Получена: 08.06.2020

Received: 08.06.2020

Принята в печать: 23.02.2021

Accepted: 23.02.2021

Хохлов Н.А., Фёдорова Е.Д., Жалнина А.Д., Маслова К.Е.
Диагностическое значение пробы «Рисунок стола»
при проведении нейропсихологического
обследования детей 4–17 лет
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 253–270.

*Khokhlov N.A., Fyodorova E.D., Zhalnina A.D.,
Maslova K.E.* Diagnostic Value of the "Table
Drawing" Technique during Neuropsychological
Assessment of Children Aged 4–17 Years
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 253–270.