

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2022. Том 11, № 4
2022. Vol. 11, no. 4

Клиническая и специальная психология

Международный научный электронный журнал
«Клиническая и специальная психология»

Редакционная коллегия

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

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

Редколлегия зарубежных выпусков

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

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

Секретарь

Ушакова М.Ю.

Редактор, корректор и верстальщик-оформитель
Реznichenko С.И.

Учредитель и издатель

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Адрес редакции

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

E-mail: psyclin12@gmail.com

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

Индексируется:

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

Издается с 2012 года

Периодичность: 4 раза в год

Свидетельство о регистрации СМИ:

Эл № ФС77-66442 от 14.07.2016

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

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

Clinical Psychology and Special Education

International Scientific Electronic Journal
“Clinical Psychology and Special Education”

Editorial board

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

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

Editorial Board for Foreign Issues

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

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

Secretary

Ushakova, M.Yu.

Editor, Proofreader, and Graphic Designer

Reznichenko, S.I.

Founder & Publisher

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE)

Editorial office address

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

E-mail: psyclin12@gmail.com

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

Indexed in:

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

Published quarterly since 2012

The mass medium registration certificate number:

El # FS77-66442. Registration date: 14.07.2016

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

© MSUPE, 2022



СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ким К.А., Кадыров Р.В. Родительский стресс и воспитание ребенка с детским церебральным параличом: обзор зарубежных исследований 1–29

Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Строганова Т.А., Чернышев Б.В. Нетерпимость к неопределенности и трудности принятия решений у взрослых людей с высокофункциональным аутизмом 30–69

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диденко А.В., Алена О.К., Оглезнева А.В. Потребность в когнитивном закрытии у пациентов с социальной фобией 70–91

Климова К.К., Кравченко Ю.Е. Особенности распознавания эмоций и управления ими при гелотофобии 92–113

Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С., Логинова И.В. Ранние дезадаптивные схемы и тип отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации 114–137

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Тихонова А.С., Бузина Т.С. Внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине 138–158

Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б., Калантарова М.В., Петриков С.С. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации пациентов с двигательными нарушениями в области лица 159–178

Туровская Н.Г. Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая 179–204

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

Картушина Н.А., Ощепкова Е.С., Алмазова О.В., Бухаленкова Д.А. Опыт использования методики Пибоди в оценке пассивного словарного запаса дошкольников 205–232

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование 233–263

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В., Тюшкевич С.А., Хаустов А.В. На пути к доказательности: принципы описания практик помощи лицам с расстройствами аутистического спектра 264–279

CONTENT

THEORETICAL RESEARCH

Kim K.A., Kadirov R.V. Parental Stress and Bringing up a Child with Cerebral Palsy: A Foreign Studies Review 1–29

Kozunova G.L., Novikov A.Yu., Stroganova T.A., Chernyshev B.V. Intolerance of Uncertainty and Challenges in Decision-making in Adults with High-Functioning Autism 30–69

EMPIRICAL RESEARCH

Didenko A.V., Alenina O.K., Oglezneva A.V. Need for Cognitive Closure in Patients with Social Phobia 70–91

Klimova K.K., Kravchenko Yu.E. Understanding and Managing Emotions in Gelotophobia 92–113

Kuzmina A.S., Praizendorf E.S., Loginova I.V. Early Maladaptive Patterns and the Type of Attitude to Pregnancy in Women at Late Gestation 114–137

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S., Buzina T.S. Internal Image of Disorder in Patients with Chronic Back Pain 138–158

Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B., Zavaliy L.B., Kalantarova M.V., Petrikov S.S. Psychological Factors of Emotional Disadaptation in Patients with Facial Movement Disorders 159–178

Turovskaya N.G. Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case 179–204

METHODS AND TECHNIQUES

Kartushina N.A., Oshchepkova E.S., Almazova O.V., Bukhalenkova D.A. The Use of Peabody Tool in the Assessment of Passive Vocabulary in Preschoolers 205–232

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kutepova E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study 233–263

APPLIED RESEARCH

Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V., Tyushkevich S.A., Khaustov A.V. Towards the Evidence-Based Approach: Presentation Guideline for a Practice Used in Autism Spectrum Disorders 264–279

Родительский стресс и воспитание ребенка с детским церебральным параличом: обзор зарубежных исследований

Ким К.А.

*Дальневосточный федеральный университет (ФГАОУ ВО ДВФУ),
г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-1300>, e-mail: scicon@yandex.ru*

Кадыров Р.В.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>, e-mail: rusl-kad@yandex.ru*

Воспитание ребенка с детским церебральным параличом сопровождается сильным стрессом, негативно влияющим на всех участников воспитательного процесса. В отечественной психологии данная проблема раскрывается И.Ю. Левченко, В.В. Ткачевой, В.А. Вишневым, Т.Н. Волковской. Тем не менее имеется дефицит исследований, посвященных стрессу у лиц, воспитывающих ребенка с детским церебральным параличом. Целью данного обзора было изучение зарубежных исследований, посвященных стрессу у лиц, воспитывающих детей с детским церебральным параличом. В статье раскрывается ведущая на данный момент модель родительского стресса Р. Абидина. Рассматривается взаимосвязь воспитания ребенка с детским церебральным параличом и родительского стресса с опорой на эту модель. В частности, описаны результаты исследований, раскрывающие специфические аспекты родительского стресса: дефицит специальных знаний по уходу за ребенком, неравномерное распределение родительских обязанностей, сепарационная тревога, проблемы со здоровьем родителей, социальная изоляция и культ вины. Из проведенного анализа можно сделать вывод о том, что воспитание ребенка с детским церебральным параличом сопряжено с более высоким уровнем стресса, чем воспитание детей без инвалидности. Данную информацию можно использовать как в аналогичных исследованиях на отечественной выборке, так и в практических программах по снижению родительского стресса.

Ключевые слова: родительский стресс, дети, детский церебральный паралич, клиническая психология, инвалидность.

Для цитаты: Ким К.А., Кадыров Р.В. Родительский стресс и воспитание ребенка с детским церебральным параличом: обзор зарубежных исследований [Электронный

ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 1–29. DOI: 10.17759/cpse.2022110401

Parental Stress and Bringing up a Child with Cerebral Palsy: A Foreign Studies Review

Konstantin A. Kim

Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-1300>, e-mail: scicon@yandex.ru

Ruslan V. Kadirov

Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>, e-mail: rusl-kad@yandex.ru

Raising a child with cerebral palsy contains difficult stress, which negatively affects everyone who is involved in this process. In native psychology, this problem is described by I.U. Levchenko, V.V. Tkacheva, V.A. Vishnevsky, T.N. Volkovskaya. However, there is a lack of research on stress for people, who are raising a child with cerebral palsy. The purpose of this review is to learn about foreign studies on stress for people, who are raising children with cerebral palsy. The article describes R. Abidin's current leading model for parental stress. The connection between raising a child with cerebral palsy and parental stress is considered based on R. Abidin's model. Particularly, the results of studies describe specific aspects of parental stress: lack of knowledge on special child care, not an equal assignment for parental responsibilities, separation anxiety, parent's health problems, social isolation, and guilt. Based on the analysis, we can conclude that raising a child with cerebral palsy is associated with a higher level of stress than raising children without disabilities. This information can be used both in similar studies for a domestic sample and in active programs to reduce parental stress.

Keywords: parental stress, children, cerebral palsy, clinical psychology, disability.

For citation: Kim K.A., Kadirov R.V. Parental Stress and Bringing up a Child with Cerebral Palsy: A Foreign Studies Review. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 1–29. DOI: 10.17759/cpse.2022110401 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это термин, используемый для обозначения группы непрогрессирующих нарушений позы тела и движений, вызванных повреждением центральной нервной системы и произошедших

в антенатальном, интранатальном или неонатальном периодах [1; 9]. Вопрос о сопровождении лиц с ДЦП не перестает быть актуальной проблемой современного общества. Во-первых, согласно статистическим данным Фонда ассоциаций больных церебральным параличом (УСРА, США), ДЦП является второй по распространенности причиной детской инвалидности среди неврологических заболеваний. Заболеваемость ДЦП в различных странах колеблется в диапазоне от 1 до 8 случаев на 1 000 населения [58], а по данным Федеральной службы государственной статистики в 2019 году в Российской Федерации на каждые 100 000 детей насчитывалось 46 детей с диагнозом «детский церебральный паралич». Ежегодно выявляется от 7 000 до 8 000 новых случаев ДЦП [2]. Во-вторых, согласно прогнозам ряда исследователей, ожидается дальнейший рост численности людей с ДЦП [1; 88]. В-третьих, рождение ребенка с ДЦП становится для семьи большим испытанием. Крушение надежд, связанных с будущим ребенка, характер и тяжесть симптомов ДЦП оказывают сильное негативное влияние на уровень стресса у родителей, а значит, и на лечение и социальную адаптацию ребенка.

Поэтому в последнее время для клинической психологии актуальным становится проблема изучения взаимосвязи воспитания ребенка с инвалидностью с эмоциональным состоянием родителей и других участников воспитательного процесса. Несмотря на рост отечественных публикаций на данную тему, данной проблематике уделяется недостаточно внимания. В то время как в зарубежных исследованиях, посвященных детям с особенностями в развитии, тема родительского стресса является одной из самых актуальных и широко изучаемых в медицинском, психологическом и педагогическом контекстах. Так, по данным PubMed, в 2012 году были опубликованы 624 статьи, посвященные родительскому стрессу. В 2016 году таких статей было уже 965, а в 2021 — 1 863. Поэтому представляется важным обобщить и систематизировать работы зарубежных исследователей, посвященные изучению родительского стресса, связанного с воспитанием ребенка с ДЦП. Также важно предложить рекомендательную базу по переносу исследовательского и прикладного зарубежного опыта на российскую действительность. Изучение и описание данной проблемы поможет специалистам составить более полную картину об особенностях переживания стресса у родителей, воспитывающих ребенка с ДЦП, и оказывать им более эффективную помощь по снижению стресса.

Цель данного обзора — обобщить и систематизировать работы зарубежных исследователей, направленные на изучение стресса у родителей во взаимосвязи с воспитанием ребенка с ДЦП.

Методы

Поиск информации проводился в следующих базах данных: SCOPUS, Google Scholar, Medline и PubMed. Поиск проводился по ключевым словам: *parental stress* (родительский стресс), *cerebral palsy* (детский церебральный паралич), *CP* (ДЦП), *life with* (жизнь с...), *living with* (проживание с...), *experience* (опыт), *perception* (восприятие), *attitude* (отношение), *feeling* (чувство), *everyday life* (повседневная жизнь), *parent* (родитель), *mother* (мать). В поиск включались только англоязычные статьи за последние 20 лет. Приоритет был отдан материалам, опубликованным

в психологических и медицинских зарубежных журналах, имеющих уровень квартиля Q1 и Q2.

Материалы проходили отбор, если соответствовали следующим критериям: 1) изучение родительского опыта воспитания ребенка с ДЦП; 2) изучение опыта проживания с ребенком с ДЦП других родственников (дедушки и бабушки, братья и сестры); 3) описание методов/способов оказания помощи семьям, воспитывающим ребенка с ДЦП; 4) изучение проявления стресса в семьях с ребенком с ДЦП.

Изначально нами было отобрано 98 статей. 15 из них были отсеяны, т.к. не представлялось возможным получить полную версию текста. Ряд материалов, указанных в списке литературы, не подходили под вышеописанные критерии, но использовались нами для описания истории исследования родительского стресса и выработки рекомендаций.

Понятие «родительский стресс»

Исследования родительского стресса (далее — РС) начались относительно недавно — в 80-х годах прошлого столетия. Проблему РС изучали многие известные психологи и психиатры: Р. Лазарус, К. Диттер-Деккард, К. Крник, М. Гринберг, Р. Абидин [64]. По мере развития науки менялись представления об РС. Изначально под РС понимались физиологические и психологические реакции организма, которые помогали человеку адаптироваться к стрессу. Стоит добавить, что данная модель на тот момент применялась не только к РС, но и к стрессу в целом. Из-за этого нельзя его рассматривать в плоскости только РС [77].

Следующим этапом в исследованиях РС стало изучение стрессовых событий и их влияния на психическое здоровье родителя. На данный момент этот этап является неактуальным, т.к. не учитывает промежуточные факторы, которые могут влиять на уровень РС (например, социальная поддержка семьи) [70].

Третий этап рассматривал РС как череду ежедневных трудностей, связанных с воспитанием ребенка. Иными словами, источником стресса может быть не только «большое событие» (например, рождение ребенка с ДЦП), но и проблемы, связанные с воспитанием и лечением ребенка. Таким образом, РС имеет кумулятивный характер, состоящий из трудностей и хлопот, связанных с ребенком. В рамках этого этапа К. Крник и М. Гринберг рассматривали РС в рамках повседневного стресса. По их мнению, РС повышается при незначительных стрессовых событиях, сопровождающих уход за детьми, и при типичном, но проблемном поведении детей. Исходя из этого ими выделяется два типа стрессоров в жизни родителей. Первый тип включает в себя рутину, связанную с уходом за ребенком (кормление, подготовка к школе, уборка, стирка и т.п.). Второй тип стрессоров включает в себя проблемное поведение ребенка (драки, плач, непослушание и т.п.) [18]. К. Диттер-Деккард определяет РС как переживание чувств по отношению к себе и ребенку. Он отмечает, что уровень РС напрямую связан с требованиями родителя к себе. Стресс свойственен всем родителям независимо от их социально-экономического положения, уровня образования и наличия социальной поддержки [21; 42].

Четвертый этап, помимо достижений предыдущих этапов, вводит концепцию «ресурсного дисбаланса». Согласно этому подходу, помимо сильных стрессовых событий и изнуряющей рутины, на уровень РС влияют ресурсы родителя и поддержка, которая ему оказывается. Важно отметить, что для практической работы клинического психолога актуальны прежде всего исследования РС, посвященные дифференциации и систематизации ресурсов, доступных для семьи. В данных исследованиях ресурсы условно пытаются поделить на индивидуальные (убеждения и копинг-стратегии), семейные (поддержка и сплоченность семьи) и социальные (социальная поддержка и помощь специалистов). Также изучается взаимосвязь между этими группами ресурсов [84].

В рамках четвертого этапа Р. Лазарус включает в структуру РС четыре компонента: внешнее событие, или источник стресса; когнитивную оценку внешнего события; копинг-механизмы для совладания с событием; последствия стрессовой реакции применительно к физическому и психическому состоянию родителя [51].

Р. Абидин определяет РС как негативную реакцию в отношении себя и ребенка, возникающую при оценке уровня загруженности родительской ролью [4]. Также РС он рассматривает как отсутствие баланса между восприятием требований родительства и восприятием существующих ресурсов для решения задач родительства [4].

Р. Абидин выделяет два вида РС: стресс, связанный с ребенком, и стресс, связанный с родителем. Например, к параметрам стресса, связанного с ребенком, могут относиться расстройства дефицита внимания и гиперактивности, сложности адаптации или поведения, требовательность, негативный фон настроения, непринятие родителей, особенности развития ребенка. К параметрам стресса, связанного с родителем, относятся некомпетентность в воспитании, ощущение изоляции, низкий уровень привязанности к ребенку, проблемы со здоровьем у родителя, ограничение жизненной сферы только родительскими функциями, депрессия, сложные отношения с супругом или партнером [4].

В данной статье РС будет рассматриваться с позиции теории Р. Абидина, т.к. она включает в себя наработки всех этапов изучения РС. Таким образом, применительно к теме статьи мы будем рассматривать РС как негативную реакцию родителя на себя и ребенка с ДЦП, усиливающуюся при дефиците ресурсов родителя.

Родительский стресс, связанный с особенностями ребенка с ДЦП

Стресс, связанный с двигательными нарушениями ребенка

Воспитание и уход за детьми с ДЦП достаточно сложен и, как правило, несет пожизненный характер. Это сказывается на эмоциональном благополучии и уровне стресса родителей, воспитывающих детей с ДЦП. Все больше исследований показывают, что родители детей с инвалидностью отличаются по уровню РС от родителей, воспитывающих здорового ребенка [25; 75].

Наличие двигательных нарушений и связанных с ними проблем (малая мобильность, сложности в формировании навыков самообслуживания, ограничения в игровой или учебной деятельности) заставляет родителей резко менять свой образ жизни для удовлетворения потребностей ребенка с ДЦП. Низкая двигательная активность ребенка повышает уровень стресса у родителей [16]. Эти данные подтверждаются в исследовании Р. Сипала и коллег, в котором показывалось, что чем сильнее двигательные нарушения у ребенка, тем выше стресс у родителей [79]. Чем сильнее проявляются двигательные нарушения, тем больше ребенок опирается на помощь родителя. Например, в исследовании взаимосвязи уровня РС и уровня моторных навыков по системе GMFCS (Система оценки глобальных моторных навыков) участвовавшие в обследовании дети были поделены на пять групп в соответствии с уровнем развития их моторных навыков (1 уровень — отсутствие моторных нарушений, 5 уровень — тяжелые нарушения). Исследование показало, что чем хуже развиты моторные навыки (4-5 уровень), тем сильнее проявляются симптомы РС [19]. Уровень РС при легкой форме ДЦП может быть вдвое выше, чем при воспитании здорового ребенка [68].

Высокий уровень РС обусловлен тем, что родитель «привязан» к ребенку и вынужден проявлять крайне высокий уровень самоконтроля для эффективного ухода и воспитания. Он кормит ребенка, моет, одевает и помогает передвигаться по дому и улице. Родителю приходится полностью адаптировать свое расписание под нужды ребенка, жертвуя личным временем [66].

Также стоит упомянуть, что ДЦП сопряжен с переживанием постоянной боли у ребенка из-за неудобного положения тела. Испытывая боль при неправильной посадке за столом или неправильном положении тела в кровати, ребенок может плакать и протестовать, что приводит к увеличению РС [10]. Таким образом, на РС, связанный с воспитанием ребенка с ДЦП, влияет не только само наличие двигательных нарушений, но и их тяжесть. Также важным фактором, повышающим РС, является полная зависимость ребенка от родителя.

Стресс, связанный с особенностями развития ребенка с ДЦП

Вдобавок к двигательным нарушениям на уровень стресса родителей влияют эмоциональные и поведенческие расстройства ребенка с ДЦП, такие как тревога, зависимость от родителей. Они могут проявляться в повышенной возбудимости, разнообразных фобиях, нерешительности и неуверенности в себе, повышенной впечатлительности и обидчивости. Высокий уровень тревоги, как правило, обусловлен церебрально-органической недостаточностью, частыми посещениями больниц и переживаниями по поводу физических ограничений [1; 3].

Дети с ДЦП настолько привыкают к присутствию родителя рядом, что испытывают сильный страх даже при короткой разлуке (обследование у врача или занятие со специалистом). Данный факт «привязывает» родителя к ребенку, что также повышает уровень РС [57]. Из-за малой мобильности семьи ребенок испытывает сильный стресс при посещении малознакомых мест, что может выражаться в плаче и протестном поведении. Из-за этого посещение новых мест становится дополнительным стрессом для родителей [47; 81].

Высокий уровень РС также связан с коммуникативными нарушениями, нарушениями интеллекта и наличием болей у детей с ДЦП [68]. Интеллектуальные и коммуникативные нарушения препятствуют пониманию родителями потребностей и желаний ребенка. Ребенок, сталкиваясь с непониманием со стороны родителя, испытывает стресс, который выражается в нарушении поведения, что приводит к повышению РС. Также сопровождение ребенка с ДЦП с интеллектуальными и коммуникативными нарушениями требует от родителей изучения специфических знаний, что оказывает дополнительную нагрузку на родителя и усиливает их РС [27].

Дети с тяжелым уровнем ДЦП (4-5 уровень по GMFCS) могут иметь нарушение сна. Оно выражается в проблемах засыпания, ночных пробуждениях, сонливости в дневное время и в проблеме контроля дыхания во сне. Данные проблемы являются дополнительным фактором, повышающим РС, т.к. родители вынуждены адаптировать свой цикл сна и бодрствования под особенности ребенка [56].

Стресс, связанный с ролью родителя

Родительские навыки. Воспитание и обучение ребенка с ДЦП требует от родителей владения специфическими навыками, такими как альтернативная дополнительная коммуникация (АДК) и постуральный менеджмент. При этом овладение навыками ухода за ребенком с ДЦП затрудняется неточной и противоречивой информацией о болезни [17; 63]. АДК — это система специальных методик, разработанных для людей с коммуникативными нарушениями. Коммуникативные нарушения ребенка и отсутствие у родителей специальных навыков и знаний АДК приводят к недопониманию между ребенком и родителем. Родители, непонимающие своих детей, испытывают острое чувство беспомощности и разочарования, что усиливает их РС [13; 69]. Постуральный менеджмент — это система лечения и позиционирования детей, которая способствует развитию крупной и мелкой моторики детей с ДЦП и уменьшает риск различных деформаций тела. Наличие знаний и навыков постурального менеджмента помогает родителю снизить уровень боли и повысить комфорт для ребенка, что облегчает уход и воспитание и приводит к уменьшению РС [10].

Таким образом, эффективное воспитание ребенка с ДЦП требует от родителей владения специфическими знаниями и навыками. Их изучение является непростым, т.к. родители осваивают несколько дисциплин одновременно (педагогика, психология, логопедия, медицина). Безусловно, подобная интеллектуальная нагрузка также является дополнительным стрессом для родителей. С другой стороны, после освоения вышеописанных навыков уровень РС, связанный с воспитанием ребенка с ДЦП, снижается. К примеру, использование постурального менеджмента позволяет уменьшить болевые ощущения и улучшить качество сна у детей с ДЦП. Это, в свою очередь, улучшает качество сна у родителей и тем самым снижает их РС. [89].

Эмоциональное состояние родителя. РС может приводить к высокому уровню депрессивных и тревожных симптомов и низкой самооценке [14; 35; 41; 61].

Видение себя как родителя изменяется уже на этапе постановки диагноза ребенку. Матери, узнавшие диагноз ребенка, испытывают шок и сильное чувство беспомощности. Картина будущего семьи рушится. Родительство начинает восприниматься как бесконечное испытание. Также стоит упомянуть сильное чувство вины перед партнером и родственниками [44; 49].

Уровень РС сильно зависит от восприятия родителем ребенка с ДЦП. Высокий уровень тревоги был обнаружен у матерей, которые воспринимали своего ребенка как зависимого и неспособного адаптироваться [23; 43]. Также родители склонны оценивать моторные навыки и уровень навыков самообслуживания своих детей ниже, чем сотрудники медицинского и педагогического профилей. Это усиливает чувство беспомощности и безнадежности, что приводит к увеличению РС [35; 44; 83].

При высоком уровне стресса у родителей также проявляются симптомы депрессии. Это обусловлено тем, что они не верят в благополучное будущее ребенка. Родители ожидают, что жизнь ребенка будет наполнена ограничениями и испытаниями. У них нет уверенности, что ребенок найдет свое место в мире и сможет обеспечивать себя. Все это приводит к сильному чувству безнадежности и беспомощности, которое сопровождает родителя на протяжении всего воспитания ребенка [81].

Тревога, проявляющаяся у родителя при РС, обусловлена несколькими факторами. Как мы указывали ранее, родители сталкиваются с противоречивой информацией по поводу ДЦП. Из-за этого у них не формируется видение, как правильно сопровождать ребенка и к каким специалистам обращаться в первую очередь. Это вызывает чувства неопределенности и беспомощности, которые усиливают РС [63; 69]. Родители испытывают сильную тревогу, т.к. не понимают, кто будет помогать ребенку после их смерти. Родители испытывают недоверие к системе здравоохранения и специалистам и не могут представить, что последние будут ухаживать за ребенком так же тщательно, как они сами [31; 33].

Для эффективного воспитания и ухода за ребенком родителю приходится прилагать огромные усилия. Постоянно планировать день и искать компромисс между уходом за ребенком и своими потребностями. Постоянный контроль за расписанием приводит к сильной тревоге у родителя [50; 81]. По сравнению с отцами у матерей выше уровень тревоги и депрессии. Это связано с тем, что уход за ребенком ложится чаще всего на мать, а не на отца [74].

Культура вины и социальная изоляция. Стоит отметить влияние культуры вины на социальную изоляцию семьи. Эти два явления неразрывно связаны. Социальные ожидания предполагают, что ответственность за здоровье ребенка лежит прежде всего на родителе. Причем эта ответственность возлагается уже на этапе беременности. Родители начинают испытывать вину и стыд уже в момент постановки диагноза ребенку. По опросам родителей, поставленный диагноз вызывает у них чувство беспомощности. Прежде всего это связано с крахом их убеждений относительно идеальной семьи и счастья, связанного с воспитанием

ребенка. Родители испытывают чувство вины перед своими партнерами и родственниками за рождение ребенка с ДЦП [5; 43; 48].

Нарушения поведения у детей с инвалидностью вызывают различные реакции со стороны общественности, в том числе стыд, смех, гнев и страх. Вследствие этого некоторые родители могут полагать, что их дети мешают окружающим. Для того, чтобы избежать чувства вины и стыда, родители отказываются от посещения общественных мероприятий, связанных с выходом из дома (свадьбы, городские мероприятия и т.п.). Ограничение социальных взаимодействий приводит к тому, что родители упускают возможность получить социальную поддержку, а также заниматься другими видами деятельности, кроме воспитания детей [72; 86]. Культура вины и стыда у родителя может быть сильно развита и приводить к разрыву социальных связей даже с самыми близкими друзьями и к отказу от поддержки последних. Это неизбежно усиливает РС [78].

Проблемы со здоровьем родителя. Важным является влияние воспитания ребенка с ДЦП на здоровье родителя и усиление их РС. Родитель ежедневно носит ребенка (или помогает ему передвигаться), моет, одевает и раздевает. Подобная нагрузка является тяжелым бременем для родителя. Родители отмечают постоянные боли в области плеч и поясницы [82]. Данные проблемы усиливаются по мере роста ребенка. Родители подростков с ДЦП отмечают у себя усиление различных болей по мере набора веса ребенком. Стоит отметить, что физическая нагрузка родителей обусловлена не только взаимодействием с ребенком, но и перемещением специального оборудования, необходимого для ребенка (коляски, вертикализаторы, мобильные подъемники и т.д.). Любой выход из дома, будь то прогулка или посещение врача, требует от родителя множественных манипуляций: поместить ребенка на коляску, передвигать коляску к необходимому месту, помочь ребенку пересест с коляски на стул, поместить его со стула в вертикализатор [63].

Как мы отмечали ранее, у детей с ДЦП могут встречаться нарушения сна. Это также влияет на качество сна родителя. У последних могут встречаться проблемы с засыпанием, ночные кошмары, поверхностный сон, что повышает их уровень стресса из-за невозможности восстановиться в ночное время [66].

Взаимоотношения с супругом/супругой и другими членами семьи. Существуют исследования, отмечающие более высокий уровень разводов среди семей, имеющих ребенка с инвалидностью, чем в семьях со здоровым ребенком [30; 37; 38; 44]. Так, в одном из крупнейших исследований, посвященном сравнению уровня разводов в США в 5 089 семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья и более чем в 24 000 семьях с детьми без инвалидности, распространенность разводов у семей из первой группы была выше (14,3%), чем у вторых (11,4%). Уязвимость к разводу можно объяснить высоким уровнем требований к супругу и стрессом от наличия ребенка-инвалида [66].

В некоторых исследованиях матери отмечали, что после рождения ребенка с ДЦП их отношения с мужьями ухудшились. Отцы стыдились ребенка с ДЦП и старались избегать взаимодействия с ним и женой [44; 52].

Матери испытывают чувство вины не только перед мужем, но и перед другими детьми. Они убеждены, что не уделяют достаточного внимания другим детям, т.к. забота о ребенке с ДЦП занимает много времени [67; 73]. Сиблинги могут возмущаться количеством родительского времени и внимания, которое получает ребенок с инвалидностью. Тем не менее братья и сестры могут осознавать, что ребенок с инвалидностью имеет особые потребности. В результате обида или даже явная враждебность скорее будет направлена на родителей, чем на братьев и сестер [55; 71].

В целом, наличие еще одного ребенка в семье является дополнительным фактором, увеличивающим РС. Это связано с тем, что здоровый ребенок тоже подвергается стрессу и нуждается в повышенном внимании родителя. Братья и сестры часто сталкиваются с множеством проблем, например, с высмеиванием их брата или сестры сверстниками. Во взрослой жизни некоторые братья и сестры выбирают специальности, связанные с работой с лицами с нарушениями в развитии [46]. Многие беспокоятся о своей способности жить нормальной жизнью, учитывая их обязанности перед своими братьями и сестрами с инвалидностью. Некоторые обеспокоены тем, будут ли их братья и сестры когда-нибудь работать или иметь романтические отношения. Другие задаются вопросом о реакции общества, если они решат не поддерживать тесные отношения со своими братьями и сестрами [62].

Ресурсы и их влияние на РС. Огромное влияние на снижение РС оказывают наличие и доступность различных ресурсов у родителей. Важным фактором является взаимоподдержка в семье. Так, в исследовании Дж. Керша и коллег выявлено, что крепкие взаимоотношения между супругами уменьшают РС [46]. Участие отца в воспитании ребенка с инвалидностью также является важным фактором в борьбе семьи со стрессом. Родители, которые открыто обсуждали темы, связанные с их детьми, свои чувства и опасения, имели более крепкий брак [3; 59].

После рождения ребенка с ДЦП бабушки и дедушки становятся более вовлеченными в семейную жизнь. Это может проявляться в быту (уборка, покупка продуктов, приготовление еды), в эмоциональной поддержке родителей, в уходе за ребенком. Бабушки и дедушки выступают как поддерживающие фигуры для своих детей и, имея большой родительский опыт, наставляют их [32; 90]. При этом бабушки и дедушки испытывают двойной стресс: из-за рождения внука с ДЦП и из-за переживаний по поводу благополучия своего собственного ребенка [28].

Важно отметить помощь, которую могут оказать братья и сестры ребенка с ДЦП. Как бабушки и дедушки, они берут часть обязанностей по уходу за ребенком с ДЦП [91]. Помимо ухода, братья и сестры обучают детей с ДЦП различным навыкам (ползание, использование ложки и т.п.), способствуют их социализации и эмоциональному развитию. По сообщениям людей с ДЦП, братья и сестры порой выступали единственными друзьями в их детстве [29].

Важным ресурсом является финансовое положение семьи. Наличие ребенка с ДЦП в семье сопряжено с дополнительной финансовой нагрузкой из-за лечения. Финансовое положение семьи может ухудшиться из-за того, что один из родителей

(чаще всего мать) отказывается от работы и посвящает все время уходу за ребенком [90]. Хорошим ресурсом могут служить программы по финансированию лечения и обучению ребенка с ДЦП [12]. Еще одним ресурсом для семей, воспитывающих ребенка с ДЦП, выступают услуги по присмотру за ребенком. Это дает возможность родителям трудоустроиться и тем самым стабилизировать финансовое положение семьи [45]. Эмоциональное состояние родителей, воспитывающих детей с ДЦП, также зависит не только от особенностей ребенка, но и от недостаточной поддержки со стороны социальных служб [15; 20]. Своевременная помощь и точные рекомендации от специалистов о том, куда необходимо обратиться и какую именно помощь семья может получить в том или ином учреждении, придают уверенности родителю [87].

Важным ресурсом являются сообщества и организации родителей, воспитывающих детей с ДЦП. Эмоциональная поддержка от других родителей и ценные рекомендации по уходу и воспитанию ребенка снижают РС [39]. Подобные организации представляют широкий спектр помощи для родителей: юридическую помощь, группы поддержки родителей, консультации специалистов (врачей, педагогов, психологов и т.д.) [31]. Примером таких организаций в РФ могут служить ВОРДИ (Всероссийская организация родителей детей-инвалидов) и ГАООРДИ (Городская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов).

Также огромное влияние на РС оказывает доступность среды, адаптированной под потребности семьи с ребенком, имеющим ДЦП. Наличие пандусов, лифтов, специальных мест в общественном транспорте значительно улучшает мобильность семей, воспитывающих ребенка с ДЦП [6]. Снижается физическая нагрузка на родителя и облегчается доступ к местам, важным для сопровождения ребенка и социализации семей (больницы, учебные учреждения, детские площадки и т.д.) [54].

Важно отметить конструктивные копинги, которые могут выступать личностным ресурсом для родителя. Например, такие конструктивные копинги как планирование решения проблемы, принятие ответственности и позитивная переоценка ситуации помогают родителям увидеть возможность изменить ситуацию в лучшую сторону, что снижает уровень их РС. Копинг, направленный на поиск социальной поддержки, позволяет преодолевать социальную изоляцию семьи. Копинг, направленный на самоконтроль, позволяет родителям усиливать регуляцию эмоций и конструктивно их выражать, тем самым снижая свой РС [26; 34; 85].

Обсуждение

В своем исследовании мы ставили целью систематизировать и обобщить зарубежные исследования РС в воспитании ребенка с ДЦП и сформулировать рекомендации для специалистов по вышеописанной проблеме.

1. *Методологические проблемы изучения РС.* Р. Абидин рассматривает РС как негативную реакцию в отношении себя и ребенка, возникающую при оценке уровня загруженности родительской ролью, с выделением двух видов этого стресса: стресс, связанный с ребенком, и стресс, связанный с родителем. Мы считаем важным

изучение вопроса, какой из вышеперечисленных видов стресса является более значимым для российской выборки. Также полезно будет изучить взаимосвязь параметров данных видов стресса (например, влияет ли и как именно культура вины и социальная изоляция на экономическое положение семьи).

2. *Особенности психологической и психотерапевтической помощи.* Ожидаемым является вывод о том, что родителям детей с ДЦП необходима психотерапевтическая программа, включающая в себя семейную и индивидуальную психотерапию. На данный момент существуют исследования, рассматривающие психологическую помощь родителям как один из подходов к лечению ребенка [65]. Некоторые исследования сосредоточены на психологическом образовании и обучении родителей уходу за ребенком, страдающим каким-либо заболеванием [76]. Другие исследования рассматривают поддержку родителей непрофессиональными медицинскими работниками (LHWs) как эффективный способ повышения стрессоустойчивости первых [53].

Также важно отметить психотерапевтические направления, используемые для терапии родителей, воспитывающих детей с инвалидностью. Среди них доминируют методы когнитивного и когнитивно-поведенческого направления, но также часто используется психодинамическое направление, различные вариации семейной терапии и терапии пар [50].

Теория когнитивно-поведенческого подхода невероятно обширна, и в ее основе лежит ряд фундаментальных идей. Во-первых, поведение является социально и исторически обусловленным [80]. Во-вторых, поведение регулируется мышлением [7]. В-третьих, большая часть поведения разворачивается вне осознанного контроля человеком [8]. В-четвертых, на мышление влияют автоматические негативные мысли [11] и иррациональные убеждения [24], запускающие негативные эмоции и приводящие к дисфункциональному поведению. Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия включает целый ряд стратегий, направленных на изменение неадаптивных мыслей и поведения с целью уменьшения симптомов стресса, а значит, и родительского стресса.

Другие методы, такие как Терапия решением проблем (PST) [22], ориентируются на модели проблемной ориентации. Проблемная ориентация — набор относительно устойчивых когнитивных схем (верований, убеждений) насчет жизненных проблем и способности с ними справляться. Авторы PST выделяют два основных варианта проблемной ориентации — позитивную и негативную.

Семейная терапия также обширно используется в работе с родительским стрессом. Она основана на теории семейных систем [36], которая подчеркивает роль семейного контекста в эмоциональном функционировании человека. Интервенции, как правило, сосредоточены на изменении паттернов взаимодействия между членами семьи и включают в себя стратегическую семейную терапию.

Наконец Мультисистемная терапия (MST) — это интенсивное семейное и общинное вмешательство, основанное на психологической теории экологических систем У. Бронфенбреннера и теории семейных систем [60]. MST ориентируется на

пациента, его семью и более широкие системы, такие как школа, работа или медицинская команда. MST включает в себя широкий спектр научно обоснованных методов вмешательства, основанных на индивидуальных потребностях пациента и семьи [40], включая когнитивно-поведенческие подходы, обучение родителей и семейную терапию.

Разумеется, вышеописанные подходы не являются единственными, и создание программы помощи родителям, воспитывающим ребенка с ДЦП, не может ограничиваться лишь ими. При проведении психотерапии в групповом формате стоит обратить внимание на делегирование ответственности за ребенка и эффективное распределение времени между родителями. В вышеописанных исследованиях подмечается, что основную нагрузку за уходом берет на себя мать, что приводит к большему уровню РС у них, чем у отцов. Также в фокус семейной терапии стоит поставить работу над чувством вины перед партнером и другими членами семьи. При наличии еще одного ребенка важным представляется работа с его восприятием семейной ситуации и возникающих трудностей. При индивидуальной работе стоит обратить внимание на сепарационную тревогу у родителей. Страх оставить ребенка даже на короткое время сильно ограничивает свободу родителя и изолирует его от множества ресурсов (хобби, встречи с друзьями, лечение и т.д.). Поскольку родители испытывают стресс ежедневно, а избежать его невозможно ввиду пожизненного диагноза ребенка, актуальным будет обучить родителей различным приемам и техникам эмоциональной регуляции («безопасное место», дыхательные техники, релаксация по Э. Джекобсону, поведенческая активация и т.п.). Также стоит уделить внимание проработке чувств вины и стыда, т.к. они приводят к социальной изоляции родителей.

3. Особенности работы со стрессом, связанным с ребенком. Необходимо обучать родителей специфическим навыкам и программам, таким как поструральный менеджмент и развивающий уход. Разумеется, это выходит за рамки компетенций психотерапевта/психолога, поэтому стоит привлекать к работе специалистов других профилей (дефектологов, логопедов, реабилитологов, специалистов ЛФК). Таким образом, уменьшению РС может способствовать несколько линий помощи: психотерапия; обучение специальным программам сопровождения и воспитания ребенка с ДЦП. Разумеется, написание и реализация программы помощи, включающие в себя все вышеперечисленные аспекты, требуют огромного количества ресурсов. Поэтому специалисты могут составлять программы в соответствии с доступными им ресурсами (сотрудничество со специалистами других профилей или взаимодействие с родительскими сообществами). Предоставленная нами информация расширит понимание РС у специалистов и покажет значимость тех или иных видов помощи в уменьшении РС.

Заключение

Несмотря на важность изучения РС активно исследоваться данный вопрос стал относительно недавно, активность этих исследований только возрастает, а в России таких исследований почти нет. Изучение РС дает ценную информацию о том, какое влияние на родителей и семью в целом оказывает рождение ребенка с ДЦП. РС как феномен актуализирует необходимость создания и апробации психотерапевтической программы для родителей детей с ДЦП.

Под РС понимаются негативные чувства, возникающие, когда требования, связанные с ролью родителя ребенка с ДЦП, превышают существующие ресурсы для совладания с ними. При этом особенности ребенка с ДЦП являются одним из ключевых факторов РС. Тяжесть двигательных нарушений, проблемное поведение, нарушения в эмоциональной и познавательных сферах, проблемы в речевом развитии и наличие болей у ребенка значительно усиливают стресс, переживаемый родителями. Для преодоления этих сложностей важно обучить родителя различным программам ухода и обучения ребенка (например, постуральный менеджмент, АДК).

РС также связан со специфическими сложностями, с которыми сталкивается родитель. Эмоциональное состояние родителей меняется на этапе постановки диагноза ребенку. Родители испытывают тревогу, т.к. воспринимают своего ребенка как беспомощного и зависимого. Также их тревога обусловлена противоречивой информацией о ДЦП, недоверием к системе здравоохранения и неравномерно распределенной между родителями нагрузкой. У родителей, воспитывающих ребенка с ДЦП, часто обнаруживается депрессия. Она прежде всего связана с крушением надежд на счастливую семью, острым чувством беспомощности и вины и пессимистичным взглядом на будущее ребенка. В свою очередь культ вины формирует социальную изоляцию семьи. Завышенные требования к родителям, перекладывания ответственности за здоровье ребенка только на родителя, непонимание социумом многофакторности причин ДЦП не позволяют родителям получить поддержку и понимание от окружающих. Закономерным итогом является желание семьи дистанцироваться от общества, чтобы избежать чувства вины и стыда.

Рождение и воспитание ребенка с ДЦП сильно сказывается на взаимоотношениях в семье. В таких семьях чаще наблюдаются разводы между родителями. Чувство вины перед партнером приводит к тому, что супруги избегают взаимодействия друг с другом. Если в семье, помимо ребенка с ДЦП, есть еще дети, то они также подвергаются стрессу. Он связан с недостатком внимания со стороны родителя, поглощенного уходом за ребенком с ДЦП. В свою очередь стресс, испытываемый здоровым ребенком, провоцирует поведенческие нарушения и напряжение во взаимоотношениях с родителями. Это приводит к тому, что помимо РС, связанного с воспитанием ребенка с ДЦП, родитель испытывает дополнительный стресс от воспитания здорового ребенка.

Вышеперечисленные проблемы являются мишенями для оказания помощи. Сама же помощь может носить разнообразный характер: семейная, индивидуальная, детская психотерапия. Необходимым является участие в реализации программы специалистов иных профилей (логопедов, реабилитологов, дефектологов и т.д.).

Литература

1. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградов А.В. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы) // Российский медицинский журнал. 2012. № 8. С. 401–405.

2. *Здравоохранение в России: статистический сборник*. М.: Росстат, 2019. 170 с.
3. *Савенышева С.С., Аникина В.О., Мельдо Э.В.* Факторы родительского стресса матерей детей раннего и дошкольного возраста: анализ зарубежных исследований // *Современная зарубежная психология*. 2019. Том 8. № 4. С. 38–48. DOI: 10.17759/jmfp.2019080404
4. *Abidin R.R.* The parenting Stress Index. 3rd ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1995. 76 p.
5. *Amiri E., Khiavi F.F., Malehi A.S.* Social support and quality of life among mothers of children with cerebral palsy: A case-control study // *International Journal of Review in Life Sciences*. 2015. Vol. 5. № 10. P. 1696–1704. DOI: 10.1590/1982-0194201500029
6. *Badia M., Orgaz B.M., Gomez V.M.* Do environmental barriers affect the parent-reported quality of life of children and adolescents with cerebral palsy? // *Research in Developmental Disabilities*. 2016. Vol. 49–50. P. 312–321. DOI: 10.1016/j.ridd.2015.12.011
7. *Bandura A.* Human agency in social cognitive theory // *American Psychologist*. 1989. Vol. 44 (9). P. 1175–1184. DOI: 10.1037/0003-066x.44.9.1175
8. *Bargh J.A., Morsella E.* The unconscious mind // *Perspectives on Psychological Science*. 2008. Vol. 3. № 1. P. 73–79. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2008.00064.x
9. *Bartlett D.J., Galuppi B., Palisano R.J.* Consensus classifications of gross motor, manual ability, and communication function classification systems between therapists and parents of children with cerebral palsy // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2016. Vol. 58. № 1. P. 98–99. DOI: 10.1111/dmcn.12933
10. *Baylis M.* 24-Hour postural care and use of sleep systems in cerebral palsy // *Paediatrics and Child Health*. 2020. Vol. 30. № 8. P. 296–302. DOI: 10.1016/j.paed.2020.05.005
11. *Beck A.R., Rush A.J., Shaw B. et al.* *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1979.
12. *Bertule D., Vetra A.* Predictors of needs for community and financial resources for families of pre-school children with cerebral palsy // *SHS Web of Conferences*. 2016. Vol. 30. Article 00041. DOI: 10.1051/shsconf/20163000041
13. *Bertule D., Vetra A.* The family needs of parents of preschool children with cerebral palsy: the impact of child's gross motor and communications functions // *Medicina (Kaunas)*. 2014. Vol. 50. № 6. P. 323–328. DOI: 10.1016/j.medici.2014.11.005
14. *Brannen C., Petite K.* An alternative framework for understanding women's caregiving stress: A qualitative application of the ways of coping model // *Journal of Health Psychology*. 2008. Vol. 13. № 3. P. 355–365. DOI: 10.1177/1359105307088140
15. *Brehaut J.C., Kohen D.E., Raina P. et al.* The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: How does it compare with that of other Canadian caregivers? // *Pediatrics*. 2004. Vol. 114. № 2. e182–191. DOI: 10.1542/peds.114.2.e182

16. *Butcher P.R., Wind T., Bouma A.* Parenting stress in mothers and fathers of a child with a hemiparesis: Sources of stress, intervening factors and long-term expressions of stress // *Child: Care, Health and Development*. 2008. Vol. 34. № 4. P. 530–541. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00842.x
17. *Cho K. S., Hong E. J.* A path analysis of the variables related to the quality of life of mothers with disabled children in Korea // *Stress and Health*. 2013. Vol. 29. № 3. P. 229–239. DOI: 10.1002/smi.2457
18. *Crnic K., Greenberg M.* Minor parenting stresses with young children // *Child Development*. 1990. Vol. 61. № 5. P. 1628–1637. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x
19. *Da Costa Cunha K., Pontes F.A.R., da Costa Silva S.S.* Parenting stress and motor function of children with cerebral palsy // *Psychology*. 2017. Vol. 8. P. 44–58. DOI: 10.4236/psych.2017.81004
20. *Davis J.L., Green J.D., Reed A.* Interdependence with the environment: Commitment, interconnectedness, and environmental behavior // *Journal of Environmental Psychology*. 2009. Vol. 29. № 2. P. 173–180. DOI: 10.1016/j.jenvp.2008.11.001
21. *Deater-Deckard K.* Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1998. Vol. 5. № 3. P. 314–332. DOI: 10.1111/J.1468-2850.1998.TB00152.X
22. *D'Zurilla T.J., Goldfried M.R.* Problem solving and behavior modification // *Journal of Abnormal Psychology*. 1971. Vol. 78. № 1. P. 107–126. DOI: 10.1037/h0031360
23. *Elad D., Barak S., Eisenstein E. et al.* Discrepancies between mothers and clinicians in assessing functional capabilities and performance of children with cerebral palsy // *Research in Developmental Disabilities*. 2013. Vol. 34 № 11. P. 3746–3753. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.07.036
24. *Ellis A.* Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lule Stuart, 1962.
25. *Estes A., Munson J., Dawson G. et al.* Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay // *Autism*. 2009. Vol. 13. № 4. P. 375–387. DOI: 10.1177/1362361309105658
26. *Fairfax A., Brehaut J., Colman I. et al.* A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability // *BMC Pediatrics*. 2019. Vol. 19. № 1. Article 215. DOI: 10.1186/s12887-019-1587-3.
27. *Farajzadeh A., Dehghanizadeh M., Maroufizadeh S. et al.* Predictors of mental health among parents of children with cerebral palsy during the COVID-19 pandemic in Iran: A web-based cross-sectional study // *Research in Developmental Disabilities*. 2021. Vol. 112. Article 103890. DOI: 10.1016/j.ridd.2021.103890
28. *Findler L.* The experience of stress and personal growth among grandparents of children with and without intellectual disability // *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2014. Vol. 52. № 1. P. 32–48. DOI: 10.1352/1934-9556-52.1.32

29. *Freeborn D., Knafl K.* Growing up with cerebral palsy: Perceptions of the influence of family // *Child: Care Health Development*. 2014. Vol. 40. № 5. P. 671–679. DOI: 10.1111/cch.12113.
30. *Freedman B.H., Kalb L.G., Zablotzky B. et al.* Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. Vol. 42. № 4. P. 539–548. DOI: 10.1007/s10803-011-1269-y
31. *Fung B.K.K., Ho S.M.Y., Fung A.S.M. et al.* The development of a strength-focused mutual support group for caretakers of children with cerebral palsy // *East Asian Archives of Psychiatry*. 2011. Vol. 21. № 2. P. 64–72.
32. *Gardner J.E., Scherman A., Efthimiadis M.S. et al.* Panamanian grandmothers' family relationships and adjustment to having a grandchild with a disability // *The International Journal of Aging & Human Development*. 2004. Vol. 59. № 4. P. 305–320. DOI: 10.2190/L60R-MF1N-98AV-TMV3
33. *Glenn S., Cunningham C., Poole H. et al.* Maternal parenting stress and its correlates in families with a young child with cerebral palsy // *Child: Care, Health and Development*. 2008. Vol. 35. № 1. P. 71–78. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00891.x
34. *Guyard A., Michelsen S.I., Arnaud C. et al.* Family adaptation to cerebral palsy in adolescents: A European multicenter study // *Research in Developmental Disabilities*. 2017. Vol. 61. P. 138–150. DOI: 10.1016/j.ridd.2016.11.010.
35. *Ha J.H., Yoo H.J., Cho I.H. et al.* Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006. Vol. 67. № 5. P. 821–826. DOI: 10.4088/jcp.v67n0517
36. *Haley J.* Problem solving therapy. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
37. *Harper A., Dyches T.T., Harper J. et al.* Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013. Vol. 43. P. 2604–2616. DOI: 10.1007/s10803-013-1812-0
38. *Hartley S.L., Barker E.T., Seltzer M.M. et al.* The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder // *Journal of Family Psychology*. 2010. Vol. 24. № 4. P. 449–457. DOI: 10.1037/a0019847
39. *Hayles E., Harvey D., Plummer D. et al.* Parents' experiences of health care for their children with cerebral palsy // *Qualitative Health Research*. 2015. Vol. 25. № 8. P. 1139–1154. DOI: 10.1177/1049732315570122
40. *Henggeler S.W., Lee T.* Multisystemic treatment of serious clinical problems // *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* / A.E. Kazdin, J.R. Weisz (eds.). New York: Guilford Press, 2003. P. 301–324.
41. *Hoffman C.D., Sweeney D.P., Hodge D. et al.* Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2009. Vol. 24. № 3. P. 178–187 DOI: 10.1177/1088357609338715

42. *Huang C.Y., Costeines J., Ayala C.* Erratum to: Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development // *Journal of Child and Family Studies*. 2014. Vol. 23. № 1. P. 255–262. DOI: 10.1007/s10826-013-9807-1
43. *Huang Y.P., Kellett U.M., St. John W.* Being concerned: Caregiving for Taiwanese mothers of a child with cerebral palsy // *Journal of Clinical Nursing*. 2012. Vol. 21. № 1–2. P. 189–197. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03741.x
44. *Huang Y.P., Kellett U.M., St. John W.* Cerebral palsy: Experiences of mothers after learning their child's diagnosis // *Journal of Advanced Nursing*. 2010. Vol. 66. № 6. P. 1213–1221 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05270.x
45. *Ismail A., Sk Abd Razak R., Suddin L.S. et al.* The economic burden and determinant factors of parents/caregivers of children with cerebral palsy in Malaysia: A mixed methods study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19. № 1. Article 475. DOI: 10.3390/ijerph19010475.
46. *Kersh J., Hedvat T.T., Hauser-Cram P. et al.* The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007. Vol. 50. P. 883–893. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00906.x
47. *Ketelaar M., Volman M.J.M., Gorter J.W. et al.* Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? // *Child: Care, Health and Development*. 2008. Vol. 34. № 6. P. 825–829. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00876.x
48. *Kiser L.J., Backer P.M., Winkles J. et al.* Strengthening Family Coping Resources (SFCR): Practice-based evidence for a promising trauma intervention // *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2015. Vol. 4. № 1. P. 49–59. DOI: 10.1037/cfp0000034
49. *Knussen C., Sloper P.* Stress in families of children with disability: A review of risk and resistance factors // *Journal of Mental Health*. 1992. Vol. 1. № 3. P. 241–256. DOI: 10.3109/09638239209005457
50. *Law E., Fisher E., Eccleston C., Palermo T.M.* Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. № 3. Article CD009660. DOI: 10.1002/14651858.CD009660.pub4
51. *Lazarus R.S.* From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks // *Annual Review of Psychology*. 1993. Vol. 44. P. 1–21. DOI: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
52. *Lee M.H., Matthews A.K., Park C.G. et al.* Relationships among parenting stress, health-promoting behaviors, and health-related quality of life in Korean mothers of children with cerebral palsy // *Research in Nursing and Health*. 2020. Vol. 43. № 6. P. 590–601. DOI: 10.1002/nur.22074
53. *Lewin S., Munabi-Babigumira S., Glenton C. et al.* Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. № 3. Article CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub3

54. *Madi S.M., 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. 1–11. DOI: 10.1177/2333393619844096
55. *Marks S.U., Matson A., Barraza L.* The impact of siblings with disabilities on their brothers and sisters pursuing a career in special education // *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2005. Vol. 30. № 4. P. 205–218. DOI: 10.2511/rpsd.30.4.205
56. *Marriner A.M., Pestell C., Bayliss D.M. et al.* Confirmatory factor analysis of the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) in a clinical sample of children and adolescents // *Journal of Sleep Research*. 2017. Vol. 26. № 5. P. 587–594. DOI: 10.1111/jsr.12526
57. *McDermott S., Coker A.L., Mani S. et al.* A population-based analysis of behavior problems in children with cerebral palsy // *Journal of Pediatric Psychology*. 1996. Vol. 21. № 3. P. 447–463. DOI: 10.1093/jpepsy/21.3.447
58. *McGuire D.O., Tian L.H., Yeargin-Allsopp M. et al.* Prevalence of cerebral palsy, intellectual disability, hearing loss, and blindness, National Health Interview survey, 2009–2016 // *Disability and Health Journal*. 2019. Vol. 12. № 3. P. 443–451. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.01.005
59. *Meyer S., Raikes H.A., Virmani E.A. et al.* Parent emotion representations and the socialization of emotion regulation in the family // *International Journal of Behavioral Development*. 2014. Vol. 38. № 2. P. 164–173. DOI: 10.1177/0165025413519014
60. *Minuchin S.* Families and Family Therapy. Massachusetts: Harvard University Press, 1974. 280 p.
61. *Miodrag N., Hodapp R. M.* Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities // *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 23. № 5. P. 407–411. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833a8796
62. *Mokhtari M., Abootorabi F.* Lived experiences of mothers of children with cerebral palsy in Iran: A phenomenological study // *Child & Youth Services*. 2019. Vol. 40. № 3. P. 224–244. DOI: 10.1080/0145935X.2019.1594757
63. *Nyante G.G., Carpenter C.* The experience of carers of children with cerebral palsy living in rural areas of Ghana who have received no rehabilitation services: A qualitative study // *Child: Care, Health and Development*. 2019. Vol. 45. № 6. P. 815–822. DOI: 10.1111/cch.12706
64. *Ostberg M., Hagekull B.* A structural modeling approach to the understanding of parenting stress // *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000. Vol. 29. № 4. P. 615–625. DOI: 10.1207/S15374424JCCP2904_13
65. *Palermo T.M.* Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature // *Journal Developmental Behavioral Pediatrics*. 2000. Vol. 21. № 1. P. 58–69. DOI: 10.1097/00004703-200002000-00011
66. *Park E.Y.* Relationship among gross motor function, parenting stress, sense of control, and depression in mothers of children with cerebral palsy // *International Journal*

of Environmental Research and Public Health. 2021. Vol. 18. № 17. Article 9285. DOI: 10.3390/ijerph18179285

67. *Parkes A., Sweeting H., Wight D.* Parenting stress and parent support among mothers with high and low education // *Journal of Family Psychology*. 2015. Vol. 29. № 6. P. 907–918. DOI: 10.1037/fam0000129

68. *Parkes J., Caravale B., Marcelli M. et al.* Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011. Vol. 53. № 9. P. 815–821. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.04014.x

69. *Pennington L., Dave M., Rudd J. et al.* Communication disorders in young children with cerebral palsy // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2020. Vol. 62. № 10. P. 1161–1169. DOI: 10.1111/dmcn.14635

70. *Perry A.* A model of stress in families of children with developmental disabilities: Clinical and research applications // *Journal on Developmental Disabilities*. 2005. Vol. 11. № 1. P. 1–15.

71. *Petalas M.A., Hastings R.P., Nash S. et al.* Emotional and behavioral adjustment in siblings of children with intellectual disability with and without autism // *Autism*. 2009. Vol. 13. № 5. P. 471–483. DOI: 10.1177/1362361309335721

72. *Plant K.M., Sanders M.R.* Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007. Vol. 51. P. 109–124. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x

73. *Reid A., Imrie H., Brouwer E. et al.* “If I knew then what I know now”: Parents’ reflections on raising a child with cerebral palsy // *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 2011. Vol. 31. № 2. P. 169–183. DOI: 10.3109/01942638.2010.540311

74. *Rudebeck S. R.* The psychological experience of children with cerebral palsy // *Pediatrics and Child Health*. 2020. Vol. 30. № 8. P. 283–287. DOI: 10.1016/j.paed.2020.05.003

75. *Samadi S.A., McConkey R., Bunting B.* Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities // *Research in Developmental Disabilities*. 2014. Vol. 35. № 7. P. 1639–1647. DOI: 10.1016/j.ridd.2014.04.001

76. *Savage E., Beirne P.V., Ni Chroinin M. et al.* Self-management education for cystic fibrosis // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. № 7. Article CD007641. DOI: 10.1002/14651858.CD007641.pub2

77. *Selye H.* The Stress Concept Today // *Handbook on Stress and Anxiety* / I.L. Kutash, L.B. Schlesinger (eds.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1980. P. 127–143.

78. *Singogo C., Mweshi M., Rhoda A.* Challenges experienced by mothers caring for children with cerebral palsy in Zambia // *The South African Journal of Physiotherapy*. 2015. Vol. 71. № 1. Article 274. DOI: 10.4102/sajp.v71i1.274

79. *Sipal R.F., Schuengel C., Voorman J.M. et al.* Course of behavior problems of children with cerebral palsy: the role of parental stress and support // *Child: Care, Health and Development*. 2010. Vol. 36. P. 74–84. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2009.01004.x
80. *Skinner B.F.* Science and Human Behaviour. Toronto: The Macmillan Company, 1953. 461 p.
81. *Smith M., Blamires J.* Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review // *Journal of Pediatric Nursing*. 2022. Vol. 64. P. 64–73. DOI: 10.1016/j.pedn.2022.01.014
82. *Vadivelan K., Sekar P., Sruthi S.S. et al.* Burden of caregivers of children with cerebral palsy: An intersectional analysis of gender, poverty, stigma, and public policy // *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20. № 1. Article 645. DOI: 10.1186/s12889-020-08808-0
83. *Veisson M.* Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children // *Social Behavior and Personality*. 1999. Vol. 27. № 1. P. 87–98. DOI: 10.2224/sbp.1999.27.1.87
84. *Villeneuve M., Chatenoud C., Minnes P.M. et al.* The experience of parents as their children with developmental disabilities transition from early intervention to kindergarten // *Canadian Journal of Education*. 2013. Vol. 36. № 1. P. 4–43.
85. *Wanamaker C.E., Glenwick D.S.* Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with cerebral palsy // *Rehabilitation Psychology*. 1998. Vol. 43. № 4. P. 297–312. DOI: <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.4.297>
86. *Wang Y., Huang Z., Kong F.* Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support // *Journal of Health Psychology*. 2017. Vol. 25. № 3. P. 416–425. DOI: 10.1177/1359105317739100
87. *Whittingham K., Wee D., Sanders M.R. et al.* Sorrow, coping and resiliency: Parents of children with cerebral palsy share their experiences // *Disability and Rehabilitation*. 2013. Vol. 35. № 17. 1447–1452. DOI: 10.3109/09638288.2012.737081
88. *Williams C.M., Tinley P., Curtin M.* Idiopathic toe walking and sensory processing dysfunction // *Journal of Foot and Ankle Research*. 2010. Vol. 3. Article 6. DOI: 10.1186/1757-1146-3-16
89. *Wood N., Brown S.* An exploratory study: The effects of sleep systems on sleep quality, pain and carer goals for non-ambulant children and young people with cerebral palsy // *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. 2022. № 9. Article 20556683211070729. DOI: 10.1177/20556683211070729.
90. *Woodbridge S., Buys L., Miller E.* 'My grandchild has a disability': Impact on grandparenting identity, roles and relationships // *Journal of Aging Studies*. 2012. Vol. 25. № 4. P. 355–363. DOI: 10.1016/j.jaging.2011.01.002
91. *Woodgate R L., Edwards M., Ripat J. D. et al.* Siblings of children with complex care needs: their perspectives and experiences of participating in everyday life [Electronic

journal] // Child: Care, Health and Development. 2016. Vol. 42. № 4. P. 504–512. DOI: 10.1111/cch.12345

References

1. Batysheva T.T., Bykova O.V., Vinogradov A.V. Detskii tserebral'nyi paralich – sovremennye predstavleniya o probleme (obzor literatury) [Cerebral palsy – modern ideas about the problem (literature review)]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal=Russian Medical Journal*, 2012, no. 8, pp. 401–405. (In Russ.).
2. Zdravookhranenie v Rossii: statisticheskii sbornik [Health care in Russia: statistical collection]. Moscow: Rosstat. 2019. 170 p. (In Russ.).
3. Savenysheva S.S., Anikina V.O., Meldo E.V. Faktory roditel'skogo stressa materei detei rannego i doskol'nogo vozrasta: analiz zarubezhnykh issledovaniy [Factors of parenting stress in mothers of young and preschool children: An analysis of foreign studies]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya=Journal of Modern Foreign Psychology*, 2019. vol. 8, no. 4, pp. 38–48. DOI: 10.17759/jmfp.2019080404. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Abidin R.R. The parenting Stress Index. 3rd ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1995. 76 p.
5. Amiri E., Khiavi F.F., Malehi A.S. Social support and quality of life among mothers of children with cerebral palsy: A case-control study. *International Journal of Review in Life Sciences*, 2015, vol. 5, no. 10, pp. 1696–1704. DOI: 10.1590/1982-0194201500029
6. Badia M., Orgaz B.M., Gomez V.M. Do environmental barriers affect the parent-reported quality of life of children and adolescents with cerebral palsy? *Research in Developmental Disabilities*, 2016, vol. 49–50, pp. 312–321. DOI: 10.1016/j.ridd.2015.12.011
7. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 1989, vol. 44 (9), pp. 1175–1184. DOI: 10.1037/0003-066x.44.9.1175
8. Bargh J.A., Morsella E. The unconscious mind. *Perspectives on Psychological Science*, 2008, vol. 3, no. 1, pp. 73–79. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2008.00064.x
9. Bartlett D.J., Galuppi B., Palisano R.J. Consensus classifications of gross motor, manual ability, and communication function classification systems between therapists and parents of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2016, vol. 58, no. 1, pp. 98–99. DOI: 10.1111/dmcn.12933
10. Baylis M. 24-Hour postural care and use of sleep systems in cerebral palsy. *Paediatrics and Child Health*, 2020, vol. 30, no. 8, pp. 296–302. DOI: 10.1016/j.paed.2020.05.005
11. Beck A.R., Rush A.J., Shaw B. et al. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1979.
12. Bertule D., Vetra A. Predictors of needs for community and financial resources for families of pre-school children with cerebral palsy // SHS Web of Conferences. 2016. Vol. 30. Article 00041. DOI: 10.1051/shsconf/20163000041

13. Bertule D., Vetra A. The family needs of parents of preschool children with cerebral palsy: the impact of child's gross motor and communications functions. *Medicina (Kaunas)*, 2014. vol. 50, no. 6. pp. 323–328. DOI: 10.1016/j.medic.2014.11.005
14. Brannen C., Petite K. An alternative framework for understanding women's caregiving stress: A qualitative application of the ways of coping model. *Journal of Health Psychology*, 2008, vol. 13, no. 3, pp. 355–365. DOI: 10.1177/1359105307088140
15. Brehaut J.C., Kohen D.E., Raina P. et al. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: How does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics*, 2004, vol. 114, no. 2, e182–191. DOI: 10.1542/peds.114.2.e182
16. Butcher P.R., Wind T., Bouma A. Parenting stress in mothers and fathers of a child with a hemiparesis: Sources of stress, intervening factors and long-term expressions of stress. *Child: Care, Health and Development*, 2008, vol. 34, no. 4, pp. 530–541. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00842.x
17. Cho K. S., Hong E. J. A path analysis of the variables related to the quality of life of mothers with disabled children in Korea. *Stress and Health*, 2013, vol. 29, no. 3, pp. 229–239. DOI: 10.1002/smi.2457
18. Crnic K., Greenberg M. Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 1990, vol. 61, no. 5, pp. 1628–1637. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x
19. Da Costa Cunha K., Pontes F.A.R., da Costa Silva S.S. Parenting stress and motor function of children with cerebral palsy, *Psychology*, 2017, vol. 8, pp. 44–58. DOI: 10.4236/psych.2017.81004
20. Davis J.L., Green J.D., Reed A. Interdependence with the environment: Commitment, interconnectedness, and environmental behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 2009, vol. 29, no. 2, pp. 173–180. DOI: 10.1016/j.jenvp.2008.11.001
21. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1998, vol. 5, no. 3. P. 314–332. DOI: 10.1111/J.1468-2850.1998.TB00152.X
22. D'Zurilla T.J., Goldfried M.R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, vol. 78, no. 1. P. 107–126. DOI: 10.1037/h0031360
23. Elad D., Barak S., Eisenstein E. et al. Discrepancies between mothers and clinicians in assessing functional capabilities and performance of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 2013, vol. 34, no. 11. P. 3746–3753. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.07.036
24. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lule Stuart, 1962.
25. Estes A., Munson J., Dawson G. et al. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 2009, vol. 13, no. 4, pp. 375–387. DOI: 10.1177/1362361309105658

26. Fairfax A., Brehaut J., Colman I. et al. A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatrics*, 2019, vol. 19, no. 1, article 215. DOI: 10.1186/s12887-019-1587-3.
27. Farajzadeh A., Dehghanizadeh M., Maroufizadeh S. et al. Predictors of mental health among parents of children with cerebral palsy during the COVID-19 pandemic in Iran: A web-based cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 2021, vol. 112, article 103890. DOI: 10.1016/j.ridd.2021.103890
28. Findler L. The experience of stress and personal growth among grandparents of children with and without intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 2014, vol. 52, no. 1. pp. 32–48. DOI: 10.1352/1934-9556-52.1.32
29. Freeborn D., Knafl K. Growing up with cerebral palsy: Perceptions of the influence of family. *Child: Care Health Development*, 2014, vol. 40, no. 5, pp. 671–679. DOI: 10.1111/cch.12113.
30. Freedman B.H., Kalb L.G., Zablotsky B. et al. Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011, vol. 42, no. 4, pp. 539–548. DOI: 10.1007/s10803-011-1269-y
31. Fung B.K.K., Ho S.M.Y., Fung A.S.M. et al. The development of a strength-focused mutual support group for caretakers of children with cerebral palsy. *East Asian Archives of Psychiatry*, 2011. vol. 21, no. 2. P. 64–72.
32. Gardner J.E., Scherman A., Efthimiadis M.S. et al. Panamanian grandmothers' family relationships and adjustment to having a grandchild with a disability. *The International Journal of Aging & Human Development*, 2004, vol. 59, no. 4, pp. 305–320. DOI: 10.2190/L60R-MF1N-98AV-TMV3
33. Glenn S., Cunningham C., Poole H. et al. Maternal parenting stress and its correlates in families with a young child with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 2008, vol. 35, no. 1, pp. 71–78. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00891.x
34. Guyard A., Michelsen S.I., Arnaud C. et al. Family adaptation to cerebral palsy in adolescents: A European multicenter study. *Research in Developmental Disabilities*, 2017, vol. 61, pp. 138–150. DOI: 10.1016/j.ridd.2016.11.010.
35. Ha J.H., Yoo H.J., Cho I.H. et al. Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, vol. 67, no. 5, pp. 821–826. DOI: 10.4088/jcp.v67n0517
36. Haley J. Problem solving therapy. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
37. Harper A., Dyches T.T., Harper J. et al. Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, pp. 2604–2616. DOI: 10.1007/s10803-013-1812-0

38. Hartley S.L., Barker E.T., Seltzer M.M. et al. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 2010, vol. 24, no. 4, pp. 449–457. DOI: 10.1037/a0019847
39. Hayles E., Harvey D., Plummer D. et al. Parents' experiences of health care for their children with cerebral palsy. *Qualitative Health Research*, 2015, vol. 25, no. 8, pp. 1139–1154. DOI: 10.1177/1049732315570122
40. Henggeler S.W., Lee T. Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A.E. Kazdin, J.R. Weisz (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press, 2003. pp. 301–324.
41. Hoffman C.D., Sweeney D.P., Hodge D. et al. Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2009, vol. 24, no. 3, pp. 178–187 DOI: 10.1177/1088357609338715
42. Huang C.Y., Costeines J., Ayala C. Erratum to: Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development. *Journal of Child and Family Studies*, 2014, vol. 23, no. 1, pp. 255–262. DOI: 10.1007/s10826-013-9807-1
43. Huang Y.P., Kellett U.M., St. John W. Being concerned: Caregiving for Taiwanese mothers of a child with cerebral palsy. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, vol. 21, no.1–2, pp. 189–197. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03741.x
44. Huang Y.P., Kellett U.M., St. John W. Cerebral palsy: Experiences of mothers after learning their child's diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 6. pp. 1213–1221 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05270.x
45. Ismail A., Sk Abd Razak R., Suddin L.S. et al. The economic burden and determinant factors of parents/caregivers of children with cerebral palsy in Malaysia: A mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, no. 1, article 475. DOI: 10.3390/ijerph19010475.
46. Kersh J., Hedvat T.T., Hauser-Cram P. et al. The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2007, vol. 50, pp. 883–893. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00906.x
47. Ketelaar M., Volman M.J.M., Gorter J.W. et al. Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? *Child: Care, Health and Development*, 2008, vol. 34, no. 6, pp. 825–829. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00876.x
48. Kiser L.J., Backer P.M., Winkles J. et al. Strengthening Family Coping Resources (SFCR): Practice-based evidence for a promising trauma intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2015, vol. 4, no. 1, pp. 49–59. DOI: 10.1037/cfp0000034
49. Knussen C., Sloper P. Stress in families of children with disability: A review of risk and resistance factors, *Journal of Mental Health*, 1992, vol. 1, no. 3, pp. 241–256. DOI: 10.3109/09638239209005457

50. Law E., Fisher E., Eccleston C., Palermo T.M. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, no. 3, article CD009660. DOI: 10.1002/14651858.CD009660.pub4
51. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1993, vol. 44, pp. 1–21. DOI: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
52. Lee M.H., Matthews A.K., Park C.G. et al. Relationships among parenting stress, health-promoting behaviors, and health-related quality of life in Korean mothers of children with cerebral palsy. *Research in Nursing and Health*, 2020, vol. 43, no. 6, pp. 590–601. DOI: 10.1002/nur.22074
53. Lewin S., Munabi-Babigumira S., Glenton C. et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, vol. 3, article CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub3
54. Madi S.M., 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, pp. 1–11. DOI: 10.1177/2333393619844096
55. Marks S.U., Matson A., Barraza L. The impact of siblings with disabilities on their brothers and sisters pursuing a career in special education. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 2005, vol. 30, no. 4, pp. 205–218. DOI: 10.2511/rpsd.30.4.205
56. Marriner A.M., Pestell C., Bayliss D.M. et al. Confirmatory factor analysis of the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Sleep Research*, 2017, vol. 26, no. 5, pp. 587–594. DOI: 10.1111/jsr.12526
57. McDermott S., Coker A.L., Mani S. et al. A population-based analysis of behavior problems in children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 1996, vol. 21, no. 3, pp. 447–463. DOI: 10.1093/jpepsy/21.3.447
58. McGuire D.O., Tian L.H., Yeargin-Allsopp M. et al. Prevalence of cerebral palsy, intellectual disability, hearing loss, and blindness, National Health Interview survey, 2009–2016. *Disability and Health Journal*, 2019, vol. 12, no. 3, pp. 443–451. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.01.005
59. Meyer S., Raikes H.A., Virmani E.A. et al. Parent emotion representations and the socialization of emotion regulation in the family. *International Journal of Behavioral Development*, 2014, vol. 38, no. 2. P. 164–173. DOI: 10.1177/0165025413519014
60. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. Massachusetts: Harvard University Press, 1974. 280 p.
61. Miodrag N., Hodapp R.M. Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 23, no. 5, pp. 407–411. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833a8796

62. Mokhtari M., Abootorabi F. Lived experiences of mothers of children with cerebral palsy in Iran: A phenomenological study. *Child & Youth Services*, 2019, vol. 40, no. 3, pp. 224–244. DOI: 10.1080/0145935X.2019.1594757
63. Nyante G.G., Carpenter C. The experience of carers of children with cerebral palsy living in rural areas of Ghana who have received no rehabilitation services: A qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 2019, vol. 45, no. 6, pp. 815–822. DOI: 10.1111/cch.12706
64. Ostberg M., Hagekull B. A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2000, vol. 29, no. 4, pp. 615–625. DOI: 10.1207/S15374424JCCP2904_13
65. Palermo T.M. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Journal Developmental Behavioral Pediatrics*, 2000, vol. 21, no. 1, pp. 58–69. DOI: 10.1097/00004703-200002000-00011
66. Park E.Y. Relationship among gross motor function, parenting stress, sense of control, and depression in mothers of children with cerebral palsy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, no.17, article 9285. DOI: 10.3390/ijerph18179285
67. Parkes A., Sweeting H., Wight D. Parenting stress and parent support among mothers with high and low education. *Journal of Family Psychology*, 2015, vol. 29, no. 6, pp. 907–918. DOI: 10.1037/fam0000129
68. Parkes J., Caravale B., Marcelli M. et al. Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2011, vol. 53, no. 9, pp. 815–821. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.04014.x
69. Pennington L., Dave M., Rudd J. et al. Communication disorders in young children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2020, vol. 62, no. 10, pp. 1161–1169. DOI: 10.1111/dmcn.14635
70. Perry A. A model of stress in families of children with developmental disabilities: Clinical and research applications. *Journal on Developmental Disabilities*, 2005, vol. 11, no. 1, pp. 1–15.
71. Petalas M.A., Hastings R.P., Nash S. et al. Emotional and behavioral adjustment in siblings of children with intellectual disability with and without autism. *Autism*, 2009, vol. 13, no. 5, pp. 471–483. DOI: 10.1177/1362361309335721
72. Plant K.M., Sanders M.R. Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2007, vol. 51, pp. 109–124. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x
73. Reid A., Imrie H., Brouwer E. et al. «If I knew then what I know now»: Parents' reflections on raising a child with cerebral palsy. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 2011, vol. 31, no. 2, pp. 169–183. DOI: 10.3109/01942638.2010.540311

74. Rudebeck S.R. The psychological experience of children with cerebral palsy. *Pediatrics and Child Health*, 2020, vol. 30, no. 8, pp. 283–287. DOI: 10.1016/j.paed.2020.05.003
75. Samadi S.A., McConkey R., Bunting B. Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 2014, vol. 35, no. 7, pp. 1639–1647. DOI: 10.1016/j.ridd.2014.04.001
76. Savage E., Beirne P.V., Ni Chroinin M. et al. Self-management education for cystic fibrosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, no. 7, article CD007641. DOI: 10.1002/14651858.CD007641.pub2
77. Selye H. *Handbook on Stress and Anxiety*. In I.L. Kutash, L.B. Schlesinger (eds.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1980. P. 127–143.
78. Singogo C., Mweshi M., Rhoda A. Challenges experienced by mothers caring for children with cerebral palsy in Zambia. *The South African Journal of Physiotherapy*, 2015, vol. 71, no. 1. Article 274. DOI: 10.4102/sajp.v71i1.274
79. Sipal R.F., Schuengel C., Voorman J.M. et al. Course of behavior problems of children with cerebral palsy: the role of parental stress and support // *Child: Care, Health and Development*. 2010. Vol. 36. P. 74–84. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2009.01004.x
80. Skinner B.F. *Science and Human Behaviour*. Toronto: The Macmillan Company, 1953. 461 p.
81. Smith M., Blamires J. Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 2022, vol. 64. pp. 64–73. DOI: 10.1016/j.pedn.2022.01.014
82. Vadivelan K., Sekar P., Sruthi S.S. et al. Burden of caregivers of children with cerebral palsy: An intersectional analysis of gender, poverty, stigma, and public policy. *BMC Public Health*, 2020, vol. 20, no.1, article 645. DOI: 10.1186/s12889-020-08808-0
83. Veisson M. Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children. *Social Behavior and Personality*, 1999, vol. 27, no. 1, pp. 87–98. DOI: 10.2224/sbp.1999.27.1.87
84. Villeneuve M., Chatenoud C., Minnes P.M. et al. The experience of parents as their children with developmental disabilities transition from early intervention to kindergarten. *Canadian Journal of Education*, 2013, vol. 36, no. 1, pp. 4–43.
85. Wanamaker C.E., Glenwick D.S. Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with cerebral palsy. *Rehabilitation Psychology*, 1998, vol. 43, no. 4, pp. 297–312. DOI: <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.4.297>
86. Wang Y., Huang Z., Kong F. Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of Health Psychology*, 2017, vol. 25, no. 3, pp. 416–425. DOI: 10.1177/1359105317739100

Ким К.А., Кадыров Р.В. Родительский стресс и воспитание ребенка с детским церебральным параличом: обзор зарубежных исследований
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 1–29.

Kim K.A., Kadirov R.V. Parental Stress and Bringing up a Child with Cerebral Palsy: A Foreign Studies Review
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 1–29.

87. Whittingham K., Wee D., Sanders M.R. et al. Sorrow, coping and resiliency: Parents of children with cerebral palsy share their experiences. *Disability and Rehabilitation* 2013, vol. 35, no. 17, pp. 1447–1452. DOI: 10.3109/09638288.2012.737081

88. Williams C.M., Tinley P., Curtin M. Idiopathic toe walking and sensory processing dysfunction. *Journal of Foot and Ankle Research*, 2010, vol. 3, article 6. DOI: 10.1186/1757-1146-3-16

89. Wood N., Brown S. An exploratory study: The effects of sleep systems on sleep quality, pain and carer goals for non-ambulant children and young people with cerebral palsy. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 2022, no. 9. Article 20556683211070729. DOI: 10.1177/20556683211070729.

90. Woodbridge S., Buys L., Miller E. 'My grandchild has a disability': Impact on grandparenting identity, roles and relationships. *Journal of Aging Studies*, 2012, vol. 25, no. 4, pp. 355–363. DOI: 10.1016/j.jaging.2011.01.002

91. Woodgate R. L., Edwards M., Ripat J. D. et al. Siblings of children with complex care needs: their perspectives and experiences of participating in everyday life. *Child: Care, Health and Development*, 2016, vol. 42, pp. 504–512. DOI: 10.1111/cch.12345

Информация об авторах

Ким Константин Анатольевич, аспирант, Дальневосточный федеральный университет (ФГАОУ ВО ДВФУ), г. Владивосток, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-1300>, e-mail: scicon@yandex.ru

Кадыров Руслан Васитович, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин, Тихоокеанский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>, e-mail: rusl-kad@yandex.ru

Information about the authors

Konstantin A. Kim, Graduate Student, Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-1300>, e-mail: scicon@yandex.ru

Ruslan V. Kadirov, PhD in Psychology, Head of the Department of General Psychological Disciplines, Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5548>, e-mail: rusl-kad@yandex.ru

Получена: 25.10.2021

Received: 25.10.2021

Принята в печать: 29.12.2022

Accepted: 29.12.2022

Нетерпимость к неопределенности и трудности принятия решений у взрослых людей с высокофункциональным аутизмом

Козунова Г.Л.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1286-8654>, e-mail: kozunovagl@mgppu.ru*

Новиков А.Ю.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
e-mail: artemnovikov21@gmail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6393-6864>*

Строганова Т.А.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3750-9890>, e-mail: stroganova56@mail.ru*

Чернышев Б.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8267-3916>, e-mail: b_chernysh@mail.ru*

Взрослые люди с высокофункциональным аутизмом испытывают трудности с принятием решений в условиях неполноты и неоднозначности информации, в частности, в контексте социального взаимодействия. Необходимость быстрого ответа или отступления от привычного распорядка вызывает у них чрезмерную тревогу, ограничивающую их социальную и профессиональную активность. Попытки замаскировать для окружающих свою консервативность являются одним из факторов риска по развитию у них коморбидной депрессии. С другой стороны, стремление к постоянству и ясности может давать людям с аутизмом преимущества при длительном выполнении монотонных задач. Цель настоящего обзора состоит в том, чтобы рассмотреть эти симптомы в рамках подхода прогностического кодирования информации. Данные ряда экспериментов свидетельствуют о том, что у испытуемых с аутизмом затруднен процесс прогнозирования последствий на основе обобщенного опыта своего взаимодействия с окружающей средой, а также обновления ожиданий по мере поступления новых свидетельств. Можно предполагать, что эти особенности анализа и прагматической оценки информации лежат в основе характерной для большинства людей с аутизмом нетерпимости к неопределенности и избеганию новизны.

Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Строганова Т.А.,
Чернышев Б.В. Нетерпимость к неопределенности
и трудности принятия решений у взрослых людей
с высокофункциональным аутизмом
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 30–69.

Kozunova G.L., Novikov A.Yu., Stroganova T.A.,
Chernyshev B.V. Intolerance of Uncertainty and
Challenges in Decision-making in Adults with
High-Functioning Autism
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 30–69.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, высокофункциональный аутизм, принятие решений, метакогнитивные способности, социальная мотивация, ценностная система восприятия, внутренняя прогностическая модель среды.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 20-18-00252.

Для цитаты: Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Строганова Т.А., Чернышев Б.В. Нетерпимость к неопределенности и трудности принятия решений у взрослых людей с высокофункциональным аутизмом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 30–69. DOI: 10.17759/cpse.2022110402

Intolerance of Uncertainty and Challenges in Decision-making in Adults with High-Functioning Autism

Galina L. Kozunova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0777-1111>, e-mail: kozunovagl@mgppu.ru*

Artem Yu. Novikov

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6393-6864>, e-mail: artemnovikov21@gmail.ru*

Tatiana A. Stroganova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3750-9890>, e-mail: stroganova56@mail.ru*

Boris V. Chernyshev

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8267-3916>, e-mail: b_chernysh@mail.ru*

Individuals with high-functioning autism have difficulties in decision-making in face of incomplete or ambiguous information, particularly in the context of social interaction. Tasks demanding an immediate response or deviation from the usual behavior make them feel excessive anxiety which restricts their social and professional activity. Attempts to camouflage their conservatism to others are one of the risk factors for comorbid depression. Therefore, they avoid new and non-routine situations, thus restricting their own social activity and professional development. On the other hand, insisting on sameness and clarity may give individuals with autism an advantage in long-lasting monotonous

tasks. The aim of this review is to consider these symptoms from the perspective of predictive coding. A range of experimental studies has shown that most of the subjects with autism have difficulty in predicting the outcomes based on the cumulative history of interacting with the environment, as well as updating expectations as new evidence becomes available. These peculiarities of the analysis and pragmatic weighting of information may cause the trait intolerance of uncertainty and novelty avoidance of most people with autism.

Keywords: autism spectrum disorders, high-functioning autism, decision-making, metacognitive abilities, social motivation, the value system of perception, internal predicting model of the environment.

Funding. The study was funded by the Russian Science Foundation grant no. 20-18-00252.

For citation: Kozunova G.L., Novikov A.Yu., Stroganova T.A., Chernyshev B.V. Intolerance of Uncertainty and Challenges in Decision-making in Adults with High-Functioning Autism. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 30–69. DOI: 10.17759/cpse.2022110402 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

В настоящее время в научно-практических исследованиях наблюдается тенденция к изменению фундаментального подхода к определению и объяснению психических расстройств у человека. Вместо конвенциональных классификаций психических расстройств, основанных на детальной типологизации клинических симптомов, все чаще исследователи обращаются к иерархическим измерительным моделям (например, Hierarchical Taxonomy of Psychopathology — HiTOP) [51]. То есть происходит систематическое смещение фокуса внимания исследователей с поведенческих феноменов на глубинные особенности организации нейрокognитивных процессов, которые не являются уникальными для людей с определенными психическими расстройствами, а скорее распределяются в общей популяции континуально, достигая у пациентов крайней степени выраженности [25].

Для этих перемен есть веские основания. Во-первых, в реальной популяции людей с психиатрическими диагнозами большинство пациентов имеет одно или несколько коморбидных расстройств [12]. В научных исследованиях обычно таких людей исключают из выборок для соблюдения чистоты экспериментов. Это приводит к тому, что выборки участников исследований могут быть не вполне репрезентативными: психологические особенности пациентов, которых специально предварительно отобрали для участия в экспериментах, могут не отражать реальные особенности большинства пациентов, которые не прошли отбор. Во-первых, разные психические расстройства могут иметь общие патогенетические звенья, а пациенты с разными диагнозами — сходным образом отвечать на одни и те же препараты или методы психотерапевтической коррекции. Во-вторых, дифференциальная диагностика психиатрических расстройств с похожими симптомами имеет слабую прогностическую ценность, не соотносится с профилями

психологических особенностей пациентов и не используется для подбора фармакологической или психотерапевтической поддержки. В частности, по этой причине в актуальной версии Руководства по статистике и учету психических расстройств 5 пересмотра (DSM-V), в отличие от предыдущего издания (DSM-IV), были упразднены такие категории, как синдром Аспергера, дезинтегративное расстройство и другие атипичные первазивные расстройства развития (PDD-NOS). В-третьих, некоторые люди без психических расстройств, особенно родственники пациентов с психическими заболеваниями, могут иметь такие же особенности психической деятельности, как и пациенты, что само по себе не провоцирует у них дезадаптацию, но является фактором риска возникновения психических расстройств или субклинического эмоционального неблагополучия [19].

Предполагается, что в основе разнообразия симптомов у пациентов с распространенными психиатрическими диагнозами лежит общий универсальный фактор уязвимости к психическим расстройствам¹, который прямо коррелирует с выраженностью симптомов и увеличивает риск коморбидности [106]. Этим фактором, находящимся на вершине иерархической модели, является тревожность (нейротизм, негативная эмоциональность), то есть тенденция к постоянному ожиданию и преувеличению негативных последствий в будущем [51]. Она тесным образом связана с нетерпимостью к неопределенности, тревогой, перфекционизмом и тенденцией к избеганию дискомфорта, даже если это может привести к еще большим негативным последствиям в долгосрочной перспективе (experiential avoidance) [75].

Независимо от типа диагноза или его отсутствия люди с такими характеристиками зачастую имеют трудности с принятием решений в бытовых и профессиональных ситуациях, а также в социальном взаимодействии в связи с неизбежным для естественной социальной среды уровнем неопределенности. В экспериментах, моделирующих естественные процессы обучения методом проб и ошибок в вероятностной и изменчивой среде, неоднократно показано, что пациенты с тревожными расстройствами [53], клинической депрессией [74], шизофренией [30] и обсессивно-компульсивным расстройством [70] обнаруживают дефицит когнитивной гибкости и прогнозирования исходов собственных действий. В других экспериментах аналогичные поведенческие тенденции возникали у нейротипичных добровольцев без истории психических расстройств, когда исследователи провоцировали у них ситуационное тревожное состояние (state anxiety), сообщая о том, что сразу после эксперимента несколько участников исследования будут случайным образом выбраны для публичного выступления перед незнакомыми людьми [39].

Следствием хронической тревожности (trait anxiety) может быть устойчивое избегание новизны, узкий круг деятельности [17]. Несмотря на то, что ригидность

¹ По крайней мере, это касается спектра проблем по типу интернализации (беспокойства, компульсивного поведения, страхов, дисфории, ангедонии, дистресса, суицидальных намерений, расстройств пищевого поведения, сексуальности и сна) и в меньшей степени применимо к расстройствам мышления (бред, дезориентация) и к симптомам экстернализации (агрессии, паранойе, жестокости, импульсивности, использованию наркотиков, склонности к риску).

мышления и поведения считается специфической чертой аутистического спектра, исследования показывают, что она в разной степени присуща пациентам с другими психиатрическими диагнозами. Согласно одной из гипотез, объясняющих эти факты, нетерпимость к неопределенности может быть универсальной врожденной тенденцией, изначально присущей для всех людей с рождения как проявление базовой потребности в безопасности [15]. По мере накопления позитивного опыта взаимодействия с окружающей средой у человека формируется выученная модель безопасности. Ее нейрофизиологической основой может быть нисходящее тормозное влияние префронтальной коры на подкорковые структуры (миндалину, таламус, гипоталамус, островковую зону), которые постоянно по умолчанию настроены на запуск стрессовых реакций борьбы или бегства. Таким образом, функциональные нарушения работы префронтальной и поясной коры, приводящие у многих пациентов с психическими расстройствами к нейропсихологическому дефициту исполнительных функций торможения, переключения и обновления информации, могут растормаживать элементарные стрессовые реакции на безопасные стимулы.

В настоящем обзоре на примере расстройств аутистического спектра (РАС) будет показана роль нарушений базовых механизмов обучения на основе вероятностной и изменчивой обратной связи о последствиях собственных действий в формировании характерных для этих людей трудностей принятия решения. Мы опишем специфику проявлений РАС у высокофункциональных, социально адаптированных взрослых людей, их типичные трудности в повседневных социальных и профессиональных ситуациях, а также приведем результаты многочисленных экспериментальных исследований, моделирующих процессы принятия решения людьми с РАС в естественных условиях. В заключении мы покажем предположительные причинные связи между особенностями психической деятельности людей с РАС и формирующейся у многих из них нетерпимостью к неопределенности как устойчивой личностной чертой. Кроме того, будут обозначены некоторые имеющиеся в настоящее время нерешенные вопросы, касающиеся клинико-психологической характеристики людей с высокофункциональным аутизмом.

Симптомы РАС во взрослом возрасте и стратегии их маскировки

Аутизм предоставляет собой первазивное расстройство психического развития человека, которое проявляется в раннем детском возрасте в виде стойких нарушений социализации и коммуникации, наряду с узким стереотипным репертуаром поведения и аномальной чувствительностью сенсорных систем [4]. Частота РАС в общей популяции оценивается по разным источникам от 0,3 до 3,2% в зависимости от географии и способа сбора статистики (подсчет количества установленных клинических диагнозов или анализ скрининговых опросников, заполняемых родителями) [23; 24; 90; 112]. Среди детей с РАС мальчиков в 4 раза больше, чем девочек, причем в выборках без нарушений интеллекта эта разница еще выше — 8:1 [111]. Типичными симптомами аутизма у детей являются избегание глазного контакта, задержка речи при отсутствии компенсирующих ее естественных жестов, стереотипные движения, необычные пристрастия к предметам, ритуалы [19].

По данным недавнего лонгитюдного исследования, дети, у которых в возрасте двух лет наблюдалась развернутая картина детского аутизма без общей задержки развития, к совершеннолетию уже не проявляли явных проблем с коммуникацией, однако у них сохранилась склонность к особым интересам [84]. Это может быть связано с тем, что многие взрослые с РАС сознательно используют стратегии маскировки симптомов.

В многочисленных исследованиях феномена маскировки аутизма (camouflaging) можно выделить два основных подхода [67]. Первый — опирается на прямые самоотчеты людей с аутизмом об их внутреннем опыте. По данным одного из таких опросов, 70% взрослых респондентов с аутизмом сообщили о том, что они в присутствии других людей совершают над собой усилия: например, заставляют себя смотреть окружающим людям в глаза, сознательно используют правила этикета, контролируют привычные раскачивания и так далее. Потребность в однообразных движениях они могут восполнять скрытыми способами. Например, одна из участниц нашего исследования, результаты которого в настоящее время находятся в печати, проделала пирсинг в своем языке и постоянно поворачивала серьгу во рту, незаметно для окружающих.

Второй подход к исследованию феномена маскировки симптомов аутизма ориентирован не на субъективные отчеты самих людей с РАС, а на поведенческие и психометрические показатели. В рамках этого подхода используются стандартизованные шкалы для клинической оценки выраженности симптомов аутизма на основании наблюдений во время беседы (Autism Diagnostic Observation Schedule — ADOS) и задач на понимание социального контекста историй, в которых один персонаж нарушает ожидания другого героя или ведет себя по отношению к нему бестактно (Theory of Mind Tasks). Объективным показателем «замаскированности» аутизма считается разница между внешними проявлениями симптомов и успешностью решения задач на понимание социального контекста. Значительная часть людей с РАС в реальных ситуациях социального взаимодействия не проявляет очевидных проблем, однако при этом не справляется с решением во внутреннем плане задач, требующих учета чувств и намерений действующих лиц. Этот контраст свидетельствует об успешной маскировке аутизма [59].

Маскировка симптомов аутизма особенно характерна для девочек с высоким интеллектом [43]. В отличие от мальчиков они проводят больше времени в окружении сверстниц и копируют их поведение, причем как сознательно, так и произвольно [67]. Возможно, этим объясняется, почему среди детей с высокофункциональным аутизмом преобладают мальчики: из-за превосходной маскировки симптомов многим девочкам с РАС удается избежать диагноза в детском возрасте [42; 85]. Благодаря распространению информации об аутизме через интернет-ресурсы в последнее время появилась многочисленная категория взрослых людей, которые диагностировали у себя аутизм самостоятельно. Главным образом, это женщины с легкими формами РАС. Также в эту группу можно отнести представителей старшего поколения, чье детство прошло до того, как диагноз «аутизм» был введен в официальное руководство по диагностике и учету психических расстройств [97].

Стратегии маскировки симптомов играют важную роль в социальной адаптации индивидов с аутизмом. Благодаря превосходной маскировке симптомов многие из них производят полное впечатление нейротипичных людей, заводят друзей и реализуют свой потенциал в профессиональной сфере [93]. Вместе с тем в большинстве исследований отмечается следующая закономерность: чем выше у испытуемых с РАС уровень маскировки симптомов, тем выше у них уровень тревожности и депрессии [44; 98]. По-видимому, постоянный напряженный самоконтроль в ситуациях социального взаимодействия и копирование социально одобряемых образцов поведения являются факторами риска развития коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у индивидов с РАС, не имеющих серьезных симптомов на уровне внешнего поведения [26].

Действительно, большинство самостоятельно диагностированных людей с РАС (чье предположение впоследствии было подтверждено профессиональным психиатром) принимали антидепрессанты или транквилизаторы до того, как узнали об аутизме [97]. По данным недавнего метаанализа, у 25–40% взрослых людей с высокофункциональным аутизмом также диагностируются коморбидные психические расстройства: депрессия, биполярное расстройство, тревожное расстройство или расстройство личности [41]. Кроме того, 9–18% из них имеют алкогольную зависимость [62]. Согласно опросу психотерапевтов, которые в своей практике сталкивались с клиентами с РАС, эмоциональные проблемы этой категории клиентов плохо поддаются коррекции стандартными методами когнитивно-поведенческой терапии в связи с ригидностью мышления, тенденцией к категоричным суждениям и алекситимией [27]. Важную роль в развитии тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с РАС может играть характерный для них дефицит когнитивной гибкости и тормозного контроля: им трудно останавливать свои навязчивые негативные мысли и переключать внимание на другие объекты [20].

Трудности взрослых людей с РАС в профессиональной и социальной жизни

Высокая частота коморбидных психических расстройств среди людей с аутизмом не является единственной причиной того, что многие из них (80–90%) не выходят на свободный рынок труда или занимают должности, не соответствующие их уровню образования и интеллектуальных возможностей [93].

Во-первых, несмотря на то, что 70% людей с РАС демонстрируют формальные показатели интеллекта в диапазоне нормативных значений [94], для многих из них характерен субклинический дефицит отдельных когнитивных функций: рабочей памяти, переключения внимания, вербальной гибкости, целостного восприятия информации в контексте [72; 109]. Анализ профилей выполнения людьми с РАС стандартного теста на интеллект (тест Векслера) показал, что их наиболее сильной стороной является логическое мышление (*verbal reasoning, perceptual reasoning*), а слабыми сторонами — рабочая память (*working memory index*) и скорость обработки информации (*processing speed*) [73; 109]. Для тех взрослых людей с РАС, у которых в детском возрасте были нарушения речи, характерен профиль с относительным подъемом по невербальным шкалам (*Performance IQ*) в сравнении

с вербальными тестами (Verbal IQ) [59]. Среди людей с синдромом Аспергера, наоборот, чаще встречается преобладание вербальных способностей над зрительно-пространственными [50].

Во-вторых, несмотря на высокий уровень компенсации или маскировки трудностей социального взаимодействия, значительная часть людей с РАС имеет проблемы с установлением и поддержанием социальных взаимоотношений [34]. Они не могут автоматически, не прилагая к этому специальных усилий, считывать признаки, свидетельствующие о чувствах и мотивах окружающих людей (mind-reading) [60]. В реальных ситуациях это проявляется, например, в длинных развернутых монологах на необычные или социально табуированные темы, которые могут быть не понятны и не интересны собеседникам [3]. Например, некоторых участников нашего исследования чрезвычайно интересовало содержимое мусорных свалок в разных странах и городах, тема апокалипсиса, даты похорон исторических личностей, мягкие игрушки и тому подобное.

По данным анонимного анкетирования [60], респонденты с аутизмом чаще, чем нейротипичные респонденты того же возраста, совершали поступки, сопряженные с этическими или социальными рисками. Многие из них отметили в своих анкетах, что они без опасений вступают в споры с авторитетными экспертами или разглашают в присутствии посторонних конфиденциальную информацию о близких людях. Участники нашего исследования также рассказывали о некоторых эпизодах из своей жизни, свидетельствующих о недооценке социальных последствий своих действий. Например, молодая женщина с РАС возвращалась в поезде метро после сеанса психотерапии (где она обсуждала со своим коучем тему личных границ). Когда случайный попутчик прикоснулся к ее дредам, она ударила его в живот, мотивируя это намерением обозначить границы. Для нее было неочевидно, что таким поведением она подвергала себя опасности, так как со стороны именно она выглядела агрессором. Ранее она была арестована за нападение с ножом, которого она, по ее словам, не совершала.

Вместе с тем было бы неверным считать, что для людей с РАС в целом характерна склонность к риску как устойчивая личностная черта. При совершении покупок, в вопросах собственного здоровья и безопасности жизни они демонстрируют средний или даже более низкий уровень склонности к риску, чем нейротипичные респонденты того же возраста [64]. Так, некоторые из наших испытуемых с РАС сообщили, что в повседневной жизни они избегают рисков, которые большинству людей представляются несущественными (пользоваться банковскими картами, самостоятельно избавиться от разбитого ртутного градусника, повторно заразиться коронавирусом и т.д.) [1]. То есть кажущаяся склонность к рискованному поведению у людей с РАС проявляется исключительно в социальных ситуациях и не распространяется на другие сферы жизнедеятельности.

В-третьих, препятствием к профессиональной реализации для многих взрослых с РАС может выступать характерная для них непереносимость ситуаций неопределенности [77]. По нашим собственным наблюдениям [1], многие взрослые с аутизмом выбирают для себя профессии, связанные с четкими должностными

инструкциями и заранее известными результатами труда: повар, курьер, автомеханик, корректор, стоматолог, учитель начальных классов, библиотекарь. Одна испытуемая рассказала о том, что она отказалась от повышения на более интересную и высокооплачиваемую должность менеджера по продажам товаров для ветеринаров и предпочла спокойную работу секретаря, поскольку у нее были ясные представления о том, как нужно хранить документы, но не о том, как объясняться с недовольными заказчиками.

Склонность к постоянству и ясности может давать индивидам с РАС преимущества в определенных сферах деятельности, где многократно повторяются однообразные задачи. Так, в экспериментальной задаче, моделирующей утомительную процедуру досмотра чемоданов пассажиров с помощью рентгеновских лучей, у испытуемых с РАС наблюдалось уменьшение ошибок после многократных повторений, в то время как в контрольной группе утомление приводило к росту числа ложных тревог [37]. На сенсорном уровне у испытуемых с аутизмом дольше, чем у большинства обычных людей, не происходит привыкания к повторяющимся однообразным стимулам. Это может давать им преимущества в кулинарной или парфюмерной промышленности, где важна дифференциация многочисленных вкусов и запахов на протяжении длительного времени [18]. На когнитивном уровне устойчивость к повторениям может способствовать длительному углубленному изучению людьми с аутизмом определенных тем, которые становятся предметом их особых интересов.

Распознавание и понимание внутренних состояний других людей

Дефицит спонтанного автоматического считывания внутренних состояний других людей у людей с РАС многократно продемонстрирован в исследованиях зрительного восприятия лиц и экспрессивных жестов [61]. Для оценки этой способности у людей с высокофункциональным аутизмом был разработан тест на распознавание смешанных эмоций по выражению глаз (Reading Mind in the Eyes Test — RMET) [7]. В этом тесте испытуемым показывают фрагменты черно-белых фотографий, представляющих собой кадры из фильмов с эмоционально насыщенными сценами. Тестовые изображения содержат только область глаз и бровей актеров, что создает условия сильного дефицита информации. Испытуемым необходимо выбрать одно из четырех слов, которое наилучшим образом описывает внутреннее состояние человека на фотографии. Для этого требуется некая мысленная реконструкция контекста, из которого мог быть вырезан этот фрагмент. Несмотря на низкое разрешение, отсутствие цвета и узкую область видимости лица на фотографии, большинство людей распознают на них сложные переходные ментальные состояния: подозрительность, задумчивость, флирт, осуждение, предвкушение, недоверие, интерес, сомнение, самоуверенность и тому подобные. Нейротипичные добровольцы давали в среднем около 70% верных ответов, в то время как респонденты с РАС — лишь около 50% (что все же выше 25% шанса случайного угадывания) [85]. Успешность выполнения этого зрительного теста испытуемыми с РАС коррелировала с показателями решения устных задач на социальную компетентность, например, понимание смысла историй, в которых один персонаж ведет себя бестактно по отношению к другому или нарушает его ожидания (False Belief Task; Strange Story Task) [7].

На материале RMET было показано, что положительные эмоции распознаются большинством нейротипичных испытуемых быстрее и точнее, чем отрицательные [6]. Авторы исследования объясняют это тем, что при типичном варианте развития система распознавания мимики новых лиц настроена на поиск положительных сигналов, поскольку они играют приоритетную роль в установлении и поддержании социальных взаимоотношений. У испытуемых с аутизмом на фоне общего снижения точности распознавания ментальных состояний отсутствовал эффект преимущества распознавания положительных эмоций в сравнении с отрицательными [6]. Авторы выдвинули гипотезу о том, что при РАС может быть снижена субъективная прагматическая ценность положительных эмоций при восприятии лиц.

Согласно выводам недавнего метаобзора, обобщившего 25-летнюю историю применения теста на распознавание эмоций по глазам, низкие результаты испытуемых с высокофункциональным аутизмом не объясняются ни возможными трудностями различения смысловых оттенков слов, ни дефицитом целостного зрительного восприятия лиц [86]. У нейротипичных добровольцев и испытуемых с синдромом Аспергера была обнаружена умеренная положительная корреляция между успешностью распознавания эмоций и коэффициентом интеллекта, причем вербальные и перцептивные способности вносили в нее независимый вклад [85]. Однако в другом исследовании [7] прямой связи между интеллектом и тенденцией к спонтанной ментальной атрибуции у людей с высокофункциональным аутизмом не было обнаружено.

В нейротипичных выборках на модели теста Струпа и иерархических букв Навона было показано, что одним из предикторов успешного распознавания эмоций по глазам является устойчивость к помехам при произвольном переносе внимания с одних признаков зрительных объектов на другие [66]. Иначе говоря, хорошо распознавали эмоции те испытуемые, которые меньше ошибались в задачах на устойчивость к зрительной интерференции. По данным фМРТ-исследований, во время выполнения RMET задействуется вентральный поток системы произвольной ориентировки внимания [66; 70], включающий в себя область на стыке теменной, височной и затылочной долей (temporoparietal junction), с ее обширными анатомическими связями с поясной корой [9]. Эта система играет ключевую роль в приоритизации сенсорных признаков, усиливая перцептивную обработку важных в текущем контексте признаков (например, пространственного положения, модальности), а также в переключении приоритетов [78; 96; 101].

У людей с РАС может быть нарушена работа ценностной системы восприятия. Так в отличие от нейротипичных добровольцев у них была снижена активность вентрального зрительного потока, когда им показывали испуганные лица с отведенным в сторону взглядом, но не с прямым [114]. Поскольку отведенный в сторону взгляд на испуганном лице при коротком предъявлении распознается как имплицитный коммуникативный сигнал внешней опасности, он несет в себе сравнительно бóльшую прагматическую или биологическую ценность, чем аналогичное лицо с прямым взглядом. Интересно, что в перцептивно легких задачах на распознавание базовых эмоций (отличить радость от злости по фотографии), с восприятием которых испытуемые с РАС не испытывают никаких трудностей, они

демонстрировали сниженный ответ вегетативной нервной системы. В отличие от нейротипичных участников исследования у испытуемых с РАС не повышалась амплитуда кожно-гальванической реакции при решении задачи с эмоциональными стимулами в сравнении с контрольной задачей на определение возраста людей с нейтральным выражением лица. Это указывает на дефицит имплицитных процессов восприятия эмоций (covert emotional processing) [32].

В целом, повышение кожной проводимости является одним из вегетативных компонентов ориентировочной реакции на новые, эмоционально значимые, в том числе социальные стимулы [8]. Важно подчеркнуть, что ключевым фактором в развитии ориентировочной реакции является рассогласование воспринимаемого стимула с его внутренней моделью [49; 95]. По-видимому, у людей с РАС снижена ориентировочная реакция на социальные сигналы. Об этом также свидетельствует тот факт, что трудности распознавания эмоций по видеозаписи характерны не для всех испытуемых с РАС, а только для тех, у кого была снижена вариативность кожно-гальванической реакции в состоянии покоя [71].

Вопрос о взаимосвязи способностей к распознаванию внутренних состояний других людей с общим интеллектом, а также о возможности их компенсации в настоящее время остается нерешенным. Возможно, рассогласование данных разных корреляционных исследований обусловлено тем, что ментализация и интеллект связаны между собой не напрямую, а через третье звено — функции исполнительного контроля [80; 83]. Действительно, исполнительные функции вносят вклад как в интеллектуальные возможности, так и в способности к ментальной атрибуции. Это подтверждается многими исследованиями развития психических функций у детей в дошкольном возрасте [52] и фактом угасания когнитивных возможностей по мере нормального старения [110]. Нарушение исполнительных функций при любых психических и нейродегенеративных расстройствах, затрагивающих лобную кору или влияющих на нее мезолимбических нейромодуляторных систем [81], приводит к нарушениям способности к построению модели психического. Неудивительно, что трудности распознавания сложных переходных эмоций обнаруживаются не только у людей с аутизмом, но и у пациентов с болезнью Паркинсона [28], эпилепсией с источником патологической активности в лобной или височной доле [99], лобно-височной деменцией [79], хореей Гентингтона [54], шизофренией [79], депрессией [10], обсессивно-компульсивным расстройством [47; 104], наркотической зависимостью от кокаина и амфетаминов [91], синдромом дефицита внимания и гиперактивностью [87] и невротической анорексией [58].

На нейрофизиологическом уровне ключевыми корковыми структурами, задействованными в процессах принятия собственных решений и оценки действий других людей, являются поясная, дорсолатеральная и вентромедиальная префронтальная области коры, которые имеют обширные реципрокные связи между собой [5; 62]. Рассогласование наблюдаемого результата с субъективным прогнозом, основанном на предварительном опыте, вызывает мощный ответ в этих областях. Аналогичные изменения происходят в ответ на наблюдаемую ошибку другого человека или противоречие его действий с собственным опытом

наблюдателя [36]. Интересно, что величина ответа области на стыке теменной и височной долей на ошибку другого человека усиливается, если ошибку совершает тот, кто лично знаком испытуемому или по меньшей мере принадлежит к одной с ним социальной группе [82]. Этот эффект может быть обусловлен наличием стойких априорных позитивных ожиданий (*strong positive prior*) в отношении людей своего круга, что усиливает эффект неожиданности их ошибочных действий. Эксперименты с постепенным формированием ожиданий от незнакомых людей путем добавления новых биографических фактов показали, что эти области чувствительны к знаку ошибки предсказания. Негативная ошибка предсказания (сообщение об аморальном поступке персонажа после серии рассказов о его заслугах) вызывала у нейротипичных испытуемых большую активность основных корковых узлов ментализации, чем позитивная ошибка предсказания (неожиданно благородный поступок после череды аморальных). Чем больше свидетельств предосудительного или одобряемого поведения приводилось в предыстории, тем более сильными были корковые ответы на ошибку предсказания [5].

Оказалось, что у людей с аутизмом детекция конфликта между априорными ожиданиями от человека и его неожиданным поступком ослаблена [103]. В отличие от нейротипичных участников эксперимента испытуемые с РАС формировали жесткие и негибкие прогнозы в отношении других людей, основываясь на предварительных данных об их репутации. Участникам эксперимента в игровой форме предлагали инвестировать виртуальные деньги в проекты вымышленных заемщиков. Демонстрация фотографий этих людей сопровождалась рассказом об их прежних успехах и неудачах, то есть у испытуемых формировали репутационный прототип. Когда результаты собственного опыта инвестирования испытуемых начинали раз за разом входить в противоречие с репутационной предысторией, большинство нейротипичных добровольцев пересматривали свои первоначальные оценки заемщиков в соответствии с новой информацией. У испытуемых с аутизмом эффект репутационных ожиданий был столь же силен как в норме, однако он сохранялся на протяжении всего эксперимента и не подлежал пересмотру под влиянием опыта собственного взаимодействия с заемщиками [72]. Выраженность этой особенности в выборке испытуемых с РАС напрямую коррелировала со степенью их трудностей в реальных ситуациях социального взаимодействия, оцениваемой по стандартному диагностическому интервью ADI-R.

Формирование прогностической модели среды и стратегия принятия решений

С одной стороны, взрослые люди с РАС демонстрируют необычайную жесткость априорных прогнозов в экспериментальных и жизненных ситуациях. С другой стороны, первоначальное формирование этих ожиданий у них может быть затруднено, замедленно или протекать по иной траектории, чем у обычных людей. В частности, внутренний прототип может формироваться у них медленнее из-за диспропорционально большого вклада процессов анализа актуальной информации над процессами абстрактного обобщения [5].

Динамический баланс внутренних прототипов и сенсорных процессов меняется в зависимости от двух взаимосвязанных факторов: объективной изменчивости

среды, с которой субъект взаимодействует, и функционального состояния его нейромодуляторных систем. Если условия среды относительно стабильны, то по мере накопления опыта внутренняя модель укрепляется. На физиологическом уровне это проявляется в постепенном угасании вызванной активности сенсорных областей мозга в ответ на повторяющиеся, легко предсказуемые стимулы. Произвольное усиление внимания или прием препаратов, имитирующих действие дофамина или норадреналина, способны приостановить привыкание, поддерживая бдительность субъекта к потенциально возможным изменениям среды [113].

Следствием преобладания восходящих процессов переработки информации над нисходящим самоконтролем внимания у людей с РАС может быть нарушение процессов обучения с вероятностной обратной связью [56]. В одном из экспериментов [55] испытуемые с аутизмом выполняли задачу на категоризацию быстро мелькающих изображений на две группы (дома и лица). Перед каждым предъявлением картинка подавался высокий или низкий звуковой тон, который с высокой вероятностью (в 80% случаев) предсказывал категорию следующего изображения. Большинство нейротипичных испытуемых с каждой последующей пробой отвечали быстрее и точнее, ориентируясь на звуковую подсказку. В редких пробах с несоответствием тона и категории изображения испытуемые отвечали медленнее и чаще ошибались. У испытуемых с аутизмом не наблюдалось прогресса ни в скорости, ни в точности ответов по мере тренировки. Когда ассоциация между высотой звука и категорией изображения внезапно менялась на противоположную, это не вызывало у испытуемых с РАС ни замедления времени реакции, ни увеличения количества ошибок, в отличие от нейротипичных испытуемых. Таким образом, несмотря на общее положение о негибкости людей с РАС, в данном эксперименте они оказались, наоборот, более успешны, чем нейротипичные добровольцы, при внезапной смене условий задачи. На самом деле, их успешность в данном варианте задачи объяснялась не гибкостью как таковой, а тем, что их внутренняя прогностическая модель была просто ослаблена. Результаты этого эксперимента можно интерпретировать как подтверждение гипотезы о медленном или ослабленном формировании внутренней прогностической модели среды при РАС [71]. С другой стороны, дефицит формирования модели при таком дизайне исследования мог быть обусловлен не столько аномалией системы прогностического кодирования, сколько дефицитом межмодальной интеграции сенсорных сигналов [88] или трудностями переключения внимания между зрительным и слуховым каналами восприятия [22].

Метакогнитивные способности

Одним из следствий слабости формирования обобщенных прототипов может быть снижение метакогнитивных способностей — субъективной оценки собственной компетентности в отношении поставленной задачи. Иными словами, люди с РАС не делают имплицитных прогнозов в отношении своей успешности в новой задаче, исходя из предыдущих опытов решения других подобных задач. Показано, что у испытуемых с РАС ослаблены эффекты внутренней детекции совершенной ошибки [13]. Так, при решении арифметических задач взрослые добровольцы с РАС чаще неверно оценивали правильность своих ответов, чем

нейротипичные добровольцы с таким же уровнем образования, у которых правильные решения сопровождались внутренним ощущением уверенности [14].

Метакогнитивная репрезентация собственных возможностей является фундаментальной способностью психики, которая обнаруживается даже у животных. Например, капуцины при выполнении хорошо освоенных задач на перцептивную дифференцировку предпочитали рискованные опции, связанные с большей величиной как награды, так и наказания. То есть они были заранее уверены, что справятся. Наоборот, при решении новых и трудных задач они выбирали относительно безопасные варианты, где цена ошибки и величина награды были невелики [95]. Работы, выполненные в парадигме зрительного предпочтения (preferential looking), где удлинение продолжительности фиксации оценивается как индикатор ошибки предсказания, показали, что приматы способны прогнозировать не только свои собственные возможности решить задачу, но и компетентность другого действующего лица [68]. Макаки-резус наблюдали, как человек помещал яблоко в ящик, а после этого уходил и возвращался. Если экспериментатор на глазах у обезьян совершал ошибку, открывая не тот ящик, где на самом деле было яблоко, макаки смотрели дольше, чем в случаях, когда он действовал в соответствии со знанием обезьяны. Удлинение продолжительности зрительных фиксаций считается маркером реакции удивления. Если же за время отсутствия экспериментатора яблоко было перемещено другим человеком, то макаки уже не могли правильно спрогнозировать, где экспериментатор будет его искать, о чем говорит одинаковое время фиксации взгляда при обоих исходах. Правильно отражая уровень своей собственной и чужой осведомленности, животные оказались не способны автоматически прогнозировать последствия неверных представлений других субъектов [69].

Предполагается, что человеческая способность реконструировать ментальные состояния других людей развивается в индивидуальном онтогенезе на основе базовых метакогнитивных способностей к отражению собственных состояний [34]. Репрезентация собственного ментального состояния, интегрированная со способностями к воображению и подражанию, позволяет человеку мысленно поставить себя на место другого. Возможно, для людей с РАС характерно базовое нарушение метакогнитивных способностей. Об этом свидетельствуют данные исследований, показавших, что в отличие от нейротипичных добровольцев у испытуемых с РАС отсутствовала ожидаемая корреляция между успешностью выполнения задачи на дискриминацию трудно различимых линий, незначительно отличающихся по длине, и степенью субъективной уверенности в правильности собственного ответа [77]. Таким образом, аномалия метакогнитивных способностей при аутизме может быть первичной причиной их нетерпимости к неопределенности, тенденции к избеганию новых социальных контактов.

Сильные и слабые стороны людей с аутизмом в принятии решений

Ситуации выбора являются для большинства людей с аутизмом чрезмерно стрессогенными. Многие взрослые люди с РАС затрудняются с принятием решений даже в повседневных ситуациях, испытывая изматывающие сомнения в таких

вопросах, как, например, что надеть, что есть, во сколько ложиться спать [35]. Нередко они сознательно стараются избегать ситуаций выбора, в особенности если от них может потребоваться незамедлительный ответ или отступление от привычного распорядка [63]. В большинстве ситуаций им требуется значительно больше времени для принятия решений, чем обычным людям [11]. Дело в том, что, вынося суждения, они не пользуются для облегчения своей мыслительной нагрузки типичными упрощенными схемами — эвристиками [32]. По собственному выражению одного из респондентов с РАС, в ситуации выбора у него наступает «аналитический паралич» [60].

С экономической точки зрения решения испытуемых с аутизмом могут быть более логически последовательны и постоянны, чем выборы большинства нейротипичных людей. Например, в одном из исследований [29] испытуемые с РАС продемонстрировали исключительную стабильность предпочтений в ситуации выбора товаров. Участникам эксперимента предлагалось выбрать один из двух товаров, каждый из которых превосходил другой по одному параметру и одновременно с этим уступал по другому параметру. Например, один из принтеров более экономно расходовал чернила, зато второй быстрее печатал страницы; или одно жилье располагалось в благополучном районе, зато другое было больше по площади. В подобных ситуациях трудного, почти равноценного выбора испытуемые равновероятно принимали решения в пользу одной или другой альтернативы. Допустим, человек выбрал вариант А (медленно печатающий принтер с экономичным расходом чернил) и отказался от варианта В (быстро печатающий принтер с большим расходом чернил). При появлении третьей альтернативы С, которая уступала варианту В по обоим параметрам (медленно печатающий принтер с большим расходом чернил), появлялась поведенческая тенденция изменить первоначальное решение с А на В. Несмотря на то что испытуемые практически никогда не выбирали заведомо невыгодное предложение С, сам факт его присутствия автоматически повышал ценность В, как обладающего редким преимуществом [33]. Этот экспериментально установленный феномен часто эксплуатируется в политике, маркетинге, даже в адвокатской практике. Оказалось, что у добровольцев с РАС этот эффект был в значительной мере снижен (хотя и не отсутствовал полностью) [32]. Они реже меняли свое первоначальное решение при появлении непривлекательной альтернативы.

Еще одно нейроэкономическое исследование показало, что люди с аутизмом нечувствительны к эффекту фрейминга — влиянию словесной формулировки вопроса на принимаемое решение [29]. Испытуемым давали 50 долларов, а затем предлагали выбор: либо оставить себе 20 долларов, либо сыграть в лотерею с равновероятными шансами сохранить или потерять полную сумму. Обычно при такой постановке вопроса люди отказываются от рискованного предложения. Однако незначительное изменение формулировки приводило к диаметрально противоположной тенденции в поведении испытуемых. Когда им предлагалось либо сразу отдать 30 долларов, либо сыграть в лотерею с равновероятными шансами сохранить или потерять полную сумму, то большинство испытуемых предпочитали лотерею. Формально фразы «оставить себе 20 из 50 долларов» или «отдать 30 из 50 долларов» значат одно и то же. Тем не менее эти словесные формулировки

по-разному влияли на тенденции в принятии решений. Испытуемые с готовностью шли на риск, чтобы избежать потери, но не для того, чтобы выиграть. Нейротипичные добровольцы выбирали лотерею в 55% случаев в контексте избегания потерь и в 45% случаев в контексте получения большей награды. В выборке испытуемых с высокофункциональным аутизмом эти показатели составили 40% и 35% соответственно. То есть в большинстве случаев люди с РАС просто избегали неопределенности независимо от формулировки вопроса [29].

Выразительным примером рассогласования эмоциональных и когнитивных составляющих принятия решения у людей с РАС является их поведение в ситуациях распределения ресурсов между людьми [46]. Эксперимент был организован в виде парной игры, в которой двое незнакомых добровольцев делили между собой общую сумму денег (Ultimatum Game). При этом лишь одного человека из пары экспериментатор наделял полномочиями определять, сколько денег оставить себе, а сколько отдать партнеру. В каждой пробе участники эксперимента встречались с одним и тем же человеком лишь один раз. Если игрок соглашался с предложенным решением, оно исполнялось. Если же он отказывался принять названную сумму, то оба участника эксперимента оставались ни с чем. С точки зрения объективной экономической выгоды оптимальная стратегия игрока, которому досталась пассивная роль, — всегда соглашаться с любыми решениями партнера, если тот готов делиться. Даже если распределяющий игрок хочет забрать себе почти всю сумму, то второму все равно выгоднее получить хотя бы немного денег, чем совсем ничего. Вопреки очевидной логике, большинство добровольцев не соглашалось с теми решениями, которые казались им несправедливыми — если партнер собирался оставить себе более 70% от общей суммы. Иными словами, их негативные эмоции, сопровождающие восприятие данной ситуации как несправедливого распределения ресурсов, конкурировали с рациональной оценкой экономической перспективы. В сравнении с нейротипичными испытуемыми, которые соглашались на предложения с несправедливым распределением ресурсов только в 20% случаев, испытуемые с РАС принимали рациональные решения в 42% случаев [100]. Показательно, что нейротипичные добровольцы достигали таких же показателей рациональности, как люди с РАС, в модификации игры, где решение о распределении ресурсов выбиралось не реальным человеком, а случайным образом с помощью компьютерной программы [107]. По-видимому, ввиду отсутствия у испытуемых модели психического по отношению к компьютеру, неравное распределение ресурсов не вызывало у них эмоций, предрасполагающих их к невыгодным решениям. Об этом свидетельствовала более слабая кожно-гальваническая реакция в ответ на несправедливое распределение ресурсов компьютером, чем в случае, когда решение принимал реальный человек. Дефицит спонтанного построения модели психического по отношению к незнакомым партнерам у испытуемых с РАС приводил к такой же стратегии выбора, какую нейротипичные испытуемые использовали в игре с компьютером.

Это не означает, что у людей с РАС отсутствуют представления о справедливом распределении ресурсов. В другом исследовании испытуемые с РАС оказывались в роли игрока, распределяющего деньги [46]. Оказалось, что они чаще делили сумму точно поровну, в то время как нейротипичные добровольцы обычно оставляли себе

немного больше половины. Контрольная группа в среднем приближалась к некому оптимальному балансу, позволяющему им получить больше, чем партнер, но при этом не спровоцировать его на отказ. Интересно, что присутствие наблюдателя во время принятия решения о распределении ресурсов или даже фоновое схематическое изображение глаз, якобы смотрящих на игроков, у нейротипичных испытуемых приводило к тенденции чаще распределять сумму поровну. Это объясняется тем, что социальные стимулы автоматически актуализировали у них неосознаваемую мотивацию к общественному одобрению. Испытуемые с РАС, которые изначально были склонны делить сумму со своим партнером поровну, делали это независимо от контекста (нейтральный фон или наблюдатель). Возможно, они не стремились получить больше, чем партнер, из-за сниженной чувствительности к положительному подкреплению или из-за отсутствия мотивации превосходства.

Таким образом, основной чертой, характеризующей процесс принятия решения людьми с аутизмом, является ослабленное влияние социального контекста. Дезинтеграция рациональных и эмоциональных компонентов принятия решений у людей с РАС, с одной стороны, делает для них выбор более медленным и энергозатратным. С другой стороны, когда стратегия принятия решения уже выработана, они используют ее более последовательно и не гибко, вероятно, избегая повторения трудного процесса принятия решения.

Нетерпимость к неопределенности

Склонность к избеганию ситуаций выбора в условиях неопределенности исхода имеет непосредственное отношение к конструкту нетерпимости к неопределенности, которая была детально изучена в психологических исследованиях, в том числе как личностная особенность, распространенная в общей популяции [2]. Также она известна в качестве универсального трансдиагностического фактора предрасположенности к психическим расстройствам, сопряженным с повышенным уровнем тревожности [48], в том числе генерализованному тревожному расстройству [20], клинической депрессии [16], обсессивно-компульсивному расстройству [92], невротическим расстройствам пищевого поведения [16], психозам с симптомами паранойи [57], посттравматическому стрессовому расстройству [89]. Люди с высоким уровнем нетерпимости к неопределенности по умолчанию оценивают ситуации неполноты и противоречивости информации как потенциально угрожающие, ожидая от них только негативных исходов [11]. Нетерпимость к неопределенности включает в себя два аспекта: реактивный (в ситуациях неясности и противоречивости информации возникает тревога, дистресс, чувство беспомощности, неспособность самостоятельно принять решение) и проактивный (склонность к детальному продумыванию планов и систематизации, чтобы избежать неясности, и отказ от участия в активности, которую невозможно заранее распланировать) [17]. Частично эти личностные особенности пересекаются с основными клиническими симптомами РАС, но не сводятся к ним. Более вероятно, что характерная для людей с РАС склонность к ритуалам и поддержанию постоянного распорядка может представлять собой своеобразную копинг-стратегию, позволяющую сделать повседневность максимально предсказуемой и снизить уровень тревоги [40].

Во многих корреляционных исследованиях показана стойкая тройная ассоциация между нетерпимостью к неопределенности, тревожностью и сенсорной гиперчувствительностью [45; 65; 76; 105]. Однако природа этой стабильно воспроизводимой в нейротипичных и клинических выборках корреляции мало изучена [76]. Предполагают, что нетерпимость к неопределенности может играть роль промежуточного звена, опосредствующего связь между сенсорной гиперреактивностью и развитием повышенной тревожности [65].

Рассмотрим эту модель подробнее. Тревожность при РАС обнаруживает себя с раннего возраста — до 6 лет. При этом она имеет тенденцию усиливаться по мере взросления [108], в особенности у тех, кто использует стратегии маскировки симптомов аутизма [44]. Еще раньше в индивидуальном онтогенезе у детей с РАС проявляется сенсорная гиперчувствительность, которая, в отличие от тревожности обычно не нарастает по мере возрастного развития, а остается стабильной [38]. В зависимости от соотношения порогов сенсорной чувствительности и стратегии саморегуляции выделено 4 паттерна аномальной сенсорной реактивности [31].

1. При повышенном пороге сенсорной чувствительности и активной стратегии саморегуляции наблюдается поведение, направленное на поиск желанных ощущений (sensory seeking), например, продолжительное рассматривание предмета под разными углами зрения.

2. Если повышенный сенсорный порог сочетается с пассивной стратегией саморегуляции, человек как бы не замечает сигналов из окружающей обстановки (low registration): например, ребенок не реагирует на обращенную к нему речь, будто не слышит ее.

3. При сниженном сенсорном пороге и пассивной стратегии саморегуляции наблюдается сенсорная гиперчувствительность, когда некоторые обычные по интенсивности стимулы воспринимаются как болезненные и раздражающие. Это может провоцировать у ребенка агрессию и неконтролируемые аффективные вспышки, которые нередко кажутся окружающим беспричинными.

4. При сниженном сенсорном пороге и активной стратегии саморегуляции ребенок заранее избегает потенциально болезненных стимулов.

У детей и взрослых людей с аутизмом подробно описаны все четыре типа аномальной сенсорной реактивности. Симптомы сниженной сенсорной чувствительности (поиск ощущений или пропуски сенсорных сигналов) не коррелируют с тревожностью и нетерпимостью к неопределенности. в отличие от сенсорной гиперчувствительности, которая связана с этими чертами напрямую [78]. Возможно, проактивно избегающий тип реагирования на незнакомые стимулы у детей с повышенной чувствительностью сенсорных систем выступает в индивидуальном онтогенезе как ранний предвестник нетерпимости к неопределенности с последующим развитием тревожности. Интересно, что и у детей без аутизма, имеющих тревожные расстройства (генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, социальная тревожность), тоже

описаны тенденции к сенсорной сверхчувствительности, включая раздражительность, крайнюю избирательность в питании и проблемы со сном, которые отмечали их родители с раннего возраста, еще до постановки основного диагноза [21].

Таким образом, сенсорная гиперчувствительность детей с аутизмом в раннем возрасте может приводить к «выученной безопасности», приводя к развитию тревожности и нетерпимости к неопределенности. В свою очередь индуцированные тревожные состояния могут вторично усугублять сенсорную гиперреактивность, в частности, снижая болевые пороги независимо от исходного уровня нейротизма [102]. Вследствие этого люди с такими характеристиками предпочитают избегать новых ситуаций, еще больше ограничивая свои возможности для получения позитивного опыта взаимодействия с окружающей средой, в том числе социальной. Несмотря на колоссальное количество научных исследований в этой области, вклад специфичного для аутизма дефицита в сфере социального познания и трансдиагностических факторов уязвимости к эмоциональному неблагополучию в формирование устойчивых личностных особенностей и стиля принятия решений остается неясным. В частности, недостает сравнительных исследований людей с аутизмом, имеющих повышенный или обычный уровень нетерпимости к неопределенности. Отдельный вопрос представляет изучение протективных факторов, благодаря которым некоторым людям с аутизмом удастся не только успешно замаскировать свои симптомы от окружающих, но и поддерживать собственное эмоциональное благополучие.

Заключение

Анализ современных исследований особенностей психической деятельности людей с высокофункциональным аутизмом позволяет выделить ряд особенностей, которые неизбежным образом затрагивают процессы принятия решений. Так, для них характерна сниженная приоритизация воспринимаемых событий с позиции их прагматической значимости. В особенности это касается социальных сигналов. Аномалия системы прагматической оценки воспринимаемых стимулов может являться одним из факторов, усиливающих сенсорную гиперчувствительность ввиду переизбытка анализируемой информации. Обобщение опыта и формирование внутренней прагматической модели на основании кумулятивной истории проб и ошибок у людей с РАС происходит медленнее, чем у большинства людей без психических расстройств. Принимая решения, они не чувствуют внутренней уверенности в ожидаемом результате, неточно оценивают собственную компетентность в решении задачи, с трудом прогнозируют реакции других людей на свои действия. Когда людям с РАС все же удастся выработать для себя эффективную стратегию выбора, она часто становится чрезмерно жесткой и негибкой. Стереотипный негибкий подход к решению знакомых задач предотвращает возобновление ситуаций выбора в условиях неполной или противоречивой информации, которые вызывают у людей с РАС чрезмерный стресс. Они неохотно пересматривают свои устоявшиеся представления и отношение к людям и долго не меняют выработанные поведенческие паттерны, когда этого требуют изменившиеся обстоятельства. Большинство людей с РАС вырабатывают нетерпимость к неопределенности как устойчивую личностную черту, что предрасполагает их к избеганию новых

и нестандартных ситуаций, в которых необходимо принимать решения. Исследования роли нарушений нейрокогнитивных механизмов обучения у людей с психическими расстройствами в формировании у них устойчивых личностных особенностей не только обогащают современное понимание фундаментальных психологических закономерностей, но и открывают перспективы для разработки научно обоснованных методов психотерапевтической поддержки в обозримом будущем.

Литература

1. Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Чернышев Б.В. Профиль интеллектуальных способностей и личностные особенности взрослых пациентов с высокофункциональным аутизмом // Национальный психологический журнал. 2023. № 1. (В печати).
2. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Том 31. № 1. С. 74–86.
3. Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. Некоторые вопросы профессиональной ориентации подростков и взрослых с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2016. Том 14. № 3. С. 3–20. DOI: 10.17759/autdd.2016140301
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.
5. Balsters J.H., Apps M.A., Bolis D. et al. Disrupted prediction errors index social deficits in autism spectrum disorder // Brain. 2017. Vol. 140. № 1. P. 235–246. DOI: 10.1093/brain/aww287
6. Baltazar M., Geoffray M.M., Chatham C. et al. «Reading the Mind in the Eyes» in autistic adults is modulated by valence and difficulty: An InFoR study // Autism Research. 2021. Vol. 14. № 2. P. 380–388. DOI: 10.1002/aur.2390
7. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J. et al. The «Reading the Mind in the Eyes» Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism // The Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2001. Vol. 42. № 2. P. 241–251. DOI: 10.1017/S0021963001006643
8. Barry R.J. The orienting response: Stimulus factors and response measures // The Pavlovian Journal of Biological Science. 1990. Vol. 25. № 3. P. 93–103. DOI: 10.1007/BF02974263
9. Bast N., Poustka L., Freitag C.M. The locus coeruleus–norepinephrine system as pacemaker of attention – a developmental mechanism of derailed attentional function in autism spectrum disorder // European Journal of Neuroscience. 2018. Vol. 47. № 2. P. 115–125. DOI: 10.1111/ejn.13795
10. Bora E., Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis // Journal of Affective Disorders. 2016. Vol. 191. P. 49–55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.023

11. *Boulter C., Freeston M., South M. et al.* Intolerance of uncertainty as a framework for understanding anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014. Vol. 44. № 6. P. 1391–1402. DOI: 10.1007/s10803-013-2001-x
12. *Brolsma S.C., Vrijzen J.N., Vassena E. et al.* Challenging the negative learning bias hypothesis of depression: Reversal learning in a naturalistic psychiatric sample // *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 52. № 2. P. 303–313. DOI: 10.1017/S0033291720001956
13. *Brosnan M., Chapman E., Ashwin C.* Adolescents with autism spectrum disorder show a circumspect reasoning bias rather than «jumping-to-conclusions» // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014. Vol. 44. № 3. P. 513–520. DOI: 10.1007/s10803-013-1897-5
14. *Brosnan M., Johnson H., Grawemeyer B. et al.* Deficits in metacognitive monitoring in mathematics assessments in learners with autism spectrum disorder // *Autism*. 2016. Vol. 20. № 4. P. 463–472. DOI: 10.1177/1362361315589477
15. *Brosschot J.F., Verkuil B., Thayer J.F.* The default response to uncertainty and the importance of perceived safety in anxiety and stress: An evolution-theoretical perspective // *Journal of Anxiety Disorders*. 2016. Vol. 41. P. 22–34. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.04.012
16. *Brown M., Robinson L., Campione G.C. et al.* Intolerance of uncertainty in eating disorders: A systematic review and meta-analysis // *European Eating Disorders Review*. 2017. Vol. 25. № 5. P. 329–343. DOI: 10.1002/erv.2523.
17. *Buhr K., Dugas M.J.* Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012. Vol. 5. № 1. P. 1–17. DOI: 10.1521/ijct.2012.5.1.1
18. *Bury S.M., Hedley D., Uljarević M. et al.* The autism advantage at work: A critical and systematic review of current evidence // *Research in Developmental Disabilities*. 2020. Vol. 105. Article 103750. DOI: 10.1016/j.ridd.2020.103750
19. *Cai R.Y., Uljarević M., Leekam S.R.* Predicting mental health and psychological wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder: Roles of intolerance of uncertainty and coping // *Autism Research*. 2020. Vol. 13. № 10. P. 1797–1801. DOI: 10.1002/aur.2341
20. *Carleton R.N., Mulvogue M.K., Thibodeau M.A. et al.* Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression // *Journal of Anxiety Disorders*. 2012. Vol. 26. № 3. P. 468–479. DOI: 10.1016/j.janxdis.2012.01.011
21. *Carpenter K.L.H., Baranek G.T., Copeland W.E. et al.* Sensory over-responsivity: An early risk factor for anxiety and behavioral challenges in young children // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019. Vol. 47. № 6. P. 1075–1088. DOI: 10.1007/s10802-018-0502-y

22. *Charbonneau G., Bertone A., Véronneau M. et al.* Within- and cross-modal integration and attention in the autism spectrum // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020. Vol. 50. № 1 P. 87–100. DOI: 10.1007/s10803-019-04221-8
23. *Christensen D.L., Maenner M.J., Bilder D. et al.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014 // *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*. 2019. Vol. 68. № SS2. P. 1–19. DOI: 10.15585/mmwr.ss6802a1.
24. *Constantino J.N., Davis S.A., Todd R.D. et al.* Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: Comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2003. Vol. 33. № 4. P. 427–433. DOI: 10.1023/A:1025014929212
25. *Conway C.C., Forbes M.K., Forbush K.T. et al.* A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research // *Perspectives on Psychological Science*. 2019. Vol. 14. № 3. P. 419–436. DOI: 10.1177/1745691618810696
26. *Cook J., Hull L., Crane L. et al.* Camouflaging in autism: A systematic review // *Clinical Psychology Review*. 2021. Vol. 89. Article 102080. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102080
27. *Cooper K., Loades M.E., Russell A.* Adapting psychological therapies for autism // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2018. Vol. 45. P. 43–50. DOI: 10.1016/j.rasd.2017.11.002
28. *Coundouris S.P., Adams A.G., Henry J.D.* Empathy and theory of mind in Parkinson's disease: A meta-analysis // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020. Vol. 109. P. 92–102. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.12.030
29. *De Martino B., Harrison N.A., Knaflo S. et al.* Explaining enhanced logical consistency during decision making in autism // *Journal of Neuroscience*. 2008. Vol. 28. № 42. P. 10746–10750. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2895-08.2008
30. *Deserno L., Boehme R., Mathys C. et al.* Volatility estimates increase choice switching and relate to prefrontal activity in schizophrenia // *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2020. Vol. 5. № 2. P. 173–183. DOI: 10.1016/j.bpsc.2019.10.007
31. *Dunn W.* Supporting children to participate successfully in everyday life by using sensory processing knowledge // *Infants & Young Children*. 2007. Vol. 20. № 2. P. 84–101. DOI: 10.1097/01.IYC.0000264477.05076.5d
32. *Farmer G.D., Baron-Cohen S., Skylark W.J.* People with autism spectrum conditions make more consistent decisions // *Psychological Science*. 2017. Vol. 28. № 8. P. 1067–1076. DOI: 10.1177/0956797617694867
33. *Farmer G.D., El-Deredy W., Howes A. et al.* The attraction effect in motor planning decisions // *Judgment and Decision Making*. 2015. Vol. 10. № 5. P. 503–510.

34. *Fein D., Barton M., Eigsti I.M. et al.* Optimal outcome in individuals with a history of autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013. Vol. 54. № 2. P. 195–205. DOI: 10.1111/jcpc.12037
35. *Gaeth G.J., Levin I.P., Jain G.* Toward understanding everyday decision making by adults across the autism spectrum // *Judgment and Decision Making*. 2016. Vol. 11. № 6. P. 537–546.
36. *Goldman A.I.* Simulating minds: The philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading. Oxford University Press, 2006. 384 p.
37. *Gonzalez C., Martin J.M., Minshew N.J. et al.* Practice makes improvement: How adults with autism out-perform others in a naturalistic visual search task // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013. Vol. 43. № 10. P. 2259–2268. DOI: 10.1007/s10803-013-1772-4
38. *Green S.A., Ben-Sasson A., Soto T.W. et al.* Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: Bidirectional effects across time // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012. Vol. 42. № 6. P. 1112–1119. DOI: 10.1007/s10803-011-1361-3
39. *Hein T.P., de Fockert J., Ruiz M.H.* State anxiety biases estimates of uncertainty and impairs reward learning in volatile environments // *NeuroImage*. 2021. Vol. 224. Article 117424. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2020.117424
40. *Hodgson A.R., Freeston M.H., Honey E. et al.* Facing the unknown: Intolerance of uncertainty in children with autism spectrum disorder // *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017. Vol. 30. № 2. P. 336–344. DOI: 10.1111/jar.12245
41. *Hollocks M.J., Lerh J.W., Magiati I. et al.* Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis // *Psychological Medicine*. Volume 49. № 4. P. 559 – 572. DOI: 10.1017/S0033291718002283
42. *Hubert B.E., Wicker B., Monfardini E. et al.* Electrodermal reactivity to emotion processing in adults with autistic spectrum disorders // *Autism*. 2009. Vol. 13. №1. P. 9–19. DOI: 10.1177/1362361308091649
43. *Hull L., Lai M.C., Baron-Cohen S. et al.* Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults // *Autism*. 2020. Vol. 24. № 2. P. 352–363. DOI: 10.1177/1362361319864804
44. *Hull L., Levy L., Lai M.C. et al.* Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults? // *Molecular Autism*. 2021. Vol. 12. Article 13. DOI: 10.1186/s13229-021-00421-1
45. *Hwang Y.I., Arnold S., Srasuebkul P. et al.* Understanding anxiety in adults on the autism spectrum: An investigation of its relationship with intolerance of uncertainty, sensory sensitivities and repetitive behaviours // *Autism*. 2020. Vol. 24. № 2. P. 411–422. DOI: 10.1177/1362361319868907

46. *Ikuse D., Tani M., Itahashi T. et al.* The effect of visual cues on performance in the ultimatum game in individuals with autism spectrum disorder // *Psychiatry Research*. 2018. Vol. 259. P. 176–183. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.10.013
47. *Jansen M., Overgaauw S., De Bruijn E.R.A.* Social cognition and obsessive-compulsive disorder: A review of subdomains of social functioning // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. Article 118. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00118
48. *Jenkinson R., Milne E., Thompson A.* The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in autism: A systematic literature review and meta-analysis // *Autism*. 2020. Vol. 24. № 8. P.1933–1944. DOI: 10.1177/1362361320932437
49. *Johnson S.A., Yechiam E., Murphy R.R. et al.* Motivational processes and autonomic responsivity in Asperger's disorder: Evidence from the Iowa Gambling Task // *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2006. Vol. 12. № 5. P. 668–676. DOI: 10.1017/S1355617706060802
50. *Kanai C., Tani M., Hashimoto R. et al.* Cognitive profiles of adults with Asperger's disorder, high-functioning autism, and pervasive developmental disorder not otherwise specified based on the WAIS-III // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012. Vol. 6. № 1. P. 58–64. DOI: 10.1016/j.rasd.2011.09.004
51. *Kotov R., Cicero D.C., Conway C.C. et al.* The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research // *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 52. № 9. P. 1666-1678. DOI: 10.1017/S0033291722001301
52. *Kouklari E.C., Tsermentseli S., Monks C.P.* Developmental trends of hot and cool executive function in school aged children with and without autism spectrum disorder: Links with theory of mind // *Development and Psychopathology*. 2019. Vol. 31. № 2. P. 541–556. DOI: 10.1017/S0954579418000081
53. *LaFreniere L.S., Newman M.G.* Probabilistic learning by positive and negative reinforcement in generalized anxiety disorder // *Clinical Psychological Science*. 2019. Vol. 7. № 3. P. 502–515. DOI:10.1177/2167702618809366
54. *Lagravinese G., Avanzino L., Raffo De Ferrari A. et al.* Theory of mind is impaired in mild to moderate Huntington's disease independently from global cognitive functioning // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. Article 80. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00080
55. *Lawson R.P., Mathys C., Rees G.* Adults with autism overestimate the volatility of the sensory environment // *Nature Neuroscience*. 2017. Vol. 20. № 9. P. 1293–1299. DOI: 10.1038/nn.4615
56. *Lawson R.P., Rees G., Friston K.J.* An aberrant precision account of autism // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014. Vol. 8. Article 302. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00302
57. *Lebert L., Turkington D., Freeston M. et al.* Rumination, intolerance of uncertainty and paranoia in treatment resistant psychosis // *Psychosis*. 2021. Vol. 13. № 1. P. 65–70. DOI: 10.1080/17522439.2020.1798489

58. *Leppanen J., Sedgewick F., Treasure J. et al.* Differences in the Theory of Mind profiles of patients with anorexia nervosa and individuals on the autism spectrum: A meta-analytic review // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018. Vol. 90. P. 146–163. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.009
59. *Lincoln A., Courchesne E., Allen M. et al.* Neurobiology of Asperger syndrome // *Asperger syndrome or high-functioning autism?* 1998. P. 145–163. DOI: 10.1007/978-1-4615-5369-4_8
60. *Livingston L.A., Carr B., Shah P.* Recent advances and new directions in measuring theory of mind in autistic adults // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. Vol. 49. № 4. P. 1738–1744. DOI: 10.1007/s10803-018-3823-3
61. *Livingston L.A., Colvert E., Bolton P. et al.* Good social skills despite poor theory of mind: Exploring compensation in autism spectrum disorder // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. Vol. 60. № 1. P. 102–110. DOI: 10.1111/jcpp.12886
62. *Lugo-Marín J., Magan-Maganto M., Rivero-Santana A. et al.* Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019. Vol. 59. P. 22–33. DOI: 10.1016/j.rasd.2018.12.004
63. *Luke L.R.* Decision-making in autism spectrum conditions. PhD (Psychology) Dissertation. University of Cambridge, 2011. DOI: 10.17863/CAM.16549
64. *Luke L., Clare I.C., Ring H. et al.* Decision-making difficulties experienced by adults with autism spectrum conditions // *Autism*. 2012. Vol. 16. № 6. P. 612–621. DOI: 10.1177/1362361311415876
65. *MacLennan K., Rossow T., Tavassoli T.* The relationship between sensory reactivity, intolerance of uncertainty and anxiety subtypes in preschool-age autistic children // *Autism*. 2021. Vol. 25. № 8. P. 2305–2316. DOI:10.1177/13623613211016110
66. *Malaei F., Sohrabi A., Jahanitabesh A.* «Reading the Mind in the Eyes» is associated with top-down visual attention // *Activitas Nervosa Superior*. 2020. Vol. 62. № 4. P. 143–153. DOI: 10.1007/s41470-020-00075-z
67. *Mandy W.* Social camouflaging in autism: Is it time to lose the mask? // *Autism*. 2019. Vol. 23. № 8. P. 1879–1881. DOI: 10.1177/1362361319878559
68. *Martcorena D.C., Ruiz A.M., Mukerji C. et al.* Monkeys represent others' knowledge but not their beliefs // *Developmental Science*. 2011. Vol. 14. № 6. P. 1406–1416. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2011.01085.x
69. *Martin A., Santos L.R.* The origins of belief representation: Monkeys fail to automatically represent others' beliefs // *Cognition*. 2014. Vol. 130. № 3. P. 300–308. DOI: 10.1016/j.cognition.2013.11.016
70. *Marzuki A.A., Tomić I., Ip S.H.Y et al.* Association of environmental uncertainty with altered decision-making and learning mechanisms in youths with obsessive-

compulsive disorder // JAMA Network Open. 2021. Vol. 4. № 11. Article 2136195. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.36195

71. *Mathersul D., McDonald S., Rushby J.A.* Autonomic arousal explains social cognitive abilities in high-functioning adults with autism spectrum disorder // International Journal of Psychophysiology. 2013. Vol. 89. № 3. P. 475–482. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2013.04.014

72. *Maurer C., Chambon V., Bourgeois-Gironde S. et al.* The influence of prior reputation and reciprocity on dynamic trust-building in adults with and without autism spectrum disorder // Cognition. 2018. Vol. 172. P. 1–10. DOI: 10.1016/j.cognition.2017.11.007

73. *Mayes S.D., Calhoun S.L.* WISC-IV and WIAT-II profiles in children with autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2008. Vol. 38. № 3. P. 428–439. DOI: 10.1007/s10803-007-0410-4

74. *Mukherjee D., Filipowicz A.L.S., Vo K. et al.* Reward and punishment reversal-learning in major depressive disorder // Journal of Abnormal Psychology. 2020. Vol. 129. № 8. P. 810–823. DOI: 10.1037/abn0000641

75. *Naragon-Gainey K., Watson D.* What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders // Assessment. 2018. Vol. 25. № 2. P. 143–158. DOI:10.1177/1073191116659741

76. *Neil L., Olsson N.C., Pellicano E.* The relationship between intolerance of uncertainty, sensory sensitivities, and anxiety in autistic and typically developing children // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2016. Vol. 46. № 6. P. 1962–1973. DOI: 10.1007/s10803-016-2721-9

77. *Nicholson T., Williams D.M., Grainger C. et al.* Relationships between implicit and explicit uncertainty monitoring and mindreading: Evidence from autism spectrum disorder // Consciousness and Cognition. 2019. Vol. 70. P. 11–24. DOI: 10.1016/j.concog.2019.01.013

78. *Normansell-Mossa K.M., Top Jr. D.N., Russell N. et al.* Sensory sensitivity and intolerance of uncertainty influence anxiety in autistic adults // Frontiers in Psychology. 2021. Vol. 12. Article 731753. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.731753

79. *Okruszek L., Bala A., Wordecha M. et al.* Social cognition in neuropsychiatric populations: A comparison of theory of mind in schizophrenia and mesial temporal lobe epilepsy // Scientific Reports. 2017. Vol. 7. № 1. Article 484. DOI: 10.1038/s41598-017-00565-2

80. *Panerai S., Tasca D., Ferri R. et al. M.* Executive functions and adaptive behaviour in autism spectrum disorders with and without intellectual disability // Psychiatry Journal. 2014. Article 941809. DOI: 10.1155/2014/941809

81. *Pardini M., Gialloreti L.E., Mascolo M. et al.* Isolated theory of mind deficits and risk for frontotemporal dementia: a longitudinal pilot study // Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2013. Vol. 84. № 7. P. 818–821. DOI: 10.1136/jnnp-2012-303684

82. *Park B., Fareri D., Delgado M. et al.* The role of right temporoparietal junction in processing social prediction error across relationship contexts // *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2021. Vol. 16. № 8. P. 772–781. DOI: 10.1093/scan/nsaa072

83. *Pellicano E.* Individual differences in executive function and central coherence predict developmental changes in theory of mind in autism // *Developmental Psychology*. 2010. Vol. 46. № 2. P. 533–544. DOI: 10.1037/a0018287

84. *Pender R., Fearon P., Heron J. et al.* The longitudinal heterogeneity of autistic traits: A systematic review // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020. Vol. 79. № 4. Article 101671. DOI: 10.1016/j.rasd.2020.101671

85. *Peñuelas-Calvo I., Sareen A., Porrás-Segovia A. et al.* The association between reading the mind in the eyes test performance and intelligence quotient in children and adolescents with asperger syndrome // *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 12. Article 642799. DOI: 10.3389/fpsy.2021.642799

86. *Peñuelas-Calvo I., Sareen A., Sevilla-Llewellyn-Jones J. et al.* The «Reading the mind in the eyes» test in autism-spectrum disorders comparison with healthy controls: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. Vol. 49. № 3. P. 1048–1061. DOI: 10.1007/s10803-018-3814-4

87. *Pineda-Alhucema W., Aristizabal E., Escudero-Cabarcas J. et al.* Executive function and theory of mind in children with ADHD: A systematic review // *Neuropsychology Review*. 2018. Vol. 28. № 3. P. 341–358. DOI: 10.1007/s11065-018-9381-9

88. *Poole D., Miles E., Gowen E. et al.* Shifting attention between modalities: Revisiting the modality-shift effect in autism // *Attention, Perception, and Psychophysics*. 2021. Vol. 83. № 6. P. 2498–2509. DOI: 10.3758/s13414-021-02302-4

89. *Raines A.M., Oglesby M.E., Walton J.L. et al.* Intolerance of uncertainty and DSM-5 PTSD symptoms: Associations among a treatment seeking veteran sample // *Journal of Anxiety Disorders*. 2019. Vol. 62. P. 61–67. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.12.002

90. *Saito M., Hirota T., Sakamoto Y. et al.* Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children // *Molecular Autism*. 2020. Vol. 11. № 1. Article 35. DOI: 10.1186/s13229-020-00342-5

91. *Sanvicente-Vieira B., Kluwe-Schiavon B., Corcoran R. et al.* Theory of mind impairments in women with cocaine addiction // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2017. Vol. 78. № 2. P. 258–267. DOI: 10.15288/jsad.2017.78.258

92. *Sato W., Uono S., Kochiyama T. et al.* Structural correlates of reading the mind in the eyes in autism spectrum disorder // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2017. Vol. 11. Article 361. DOI: 10.3389/fnhum.2017.00361

93. *Scott M., Milbourn B., Falkmer M. et al.* Factors impacting employment for people with autism spectrum disorder: A scoping review // *Autism*. 2019. Vol. 23. № 4. P. 869–901. DOI: 10.1177/1362361318787789

94. *Simonoff E., Kent R., Stringer D. et al.* Trajectories in symptoms of autism and cognitive ability in autism from childhood to adult life: Findings from a longitudinal epidemiological cohort // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2020. Vol. 59. № 12. P. 1342–1352. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.11.020
95. *Smith J.D., Beran M.J., Couchman J.J. et al.* The comparative study of metacognition: Sharper paradigms, safer inferences // *Psychonomic Bulletin and Review.* 2008. Vol. 15. № 4. P. 679–691. DOI: 10.3758/PBR.15.4.679
96. *Sokolov E.N.* The orienting response, and future directions of its development // *The Pavlovian Journal of Biological Science.* 1990. Vol. 25. № 3. P. 142–150. DOI: 10.1007/BF02974268
97. *Stagg S.D., Belcher H.* Living with autism without knowing: Receiving a diagnosis in later life // *Health Psychology and Behavioral Medicine.* 2019. Vol. 7. № 1. P. v348–361. DOI: 10.1080/21642850.2019.1684920
98. *Stark E., Stacey J., Mandy W. et al.* Autistic cognition: Charting routes to anxiety // *Trends in Cognitive Sciences.* 2021. Vol. 25. № 7. P. 571–581. DOI: 10.1016/j.tics.2021.03.014
99. *Stewart E., Catroppa C., Lah S.* Theory of mind in patients with epilepsy: A systematic review and meta-analysis // *Neuropsychology Review.* 2016. Vol. 26. № 1. P. 3–24. DOI: 10.1007/s11065-015-9313-x
100. *Sui J., Humphreys G.W.* The integrative self: How self-reference integrates perception and memory // *Trends in Cognitive Sciences.* 2015. Vol. 19. P. 719–728. DOI: 10.1016/j.tics.2015.08.015
101. *Sui J., Rotshtein P.* Self-prioritization and the attentional systems // *Current Opinion in Psychology.* 2019. Vol. 29. P. 148–152. DOI: 10.1016/j.copsy.2019.02.010
102. *Tang J., Gibson S.J.* A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety // *The Journal of Pain.* 2005. Vol. 6. № 9. P. 612–619. DOI: 10.1016/j.jpain.2005.03.009
103. *Tei S., Fujino J., Hashimoto R.I. et al.* Inflexible daily behaviour is associated with the ability to control an automatic reaction in autism spectrum disorder // *Scientific Reports.* 2018. Vol. 8. № 1. Article 8082. DOI: 10.1038/s41598-018-26465-7
104. *Tolin D.F., Abramowitz J.S., Brigidi B.D. et al.* Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder // *Journal of Anxiety Disorders.* 2003. Vol. 17. № 2. P. 233–242. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00182-2
105. *Uljarević M., Carrington S., Leekam S.* Brief report: Effects of sensory sensitivity and intolerance of uncertainty on anxiety in mothers of children with autism spectrum disorder // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2016. Vol. 46. № 1. P. 315–319. DOI: 10.1007/s10803-015-2557-8

106. Van den Bergh O., Brosschot J., Critchley H. et al. Better safe than sorry: A common signature of general vulnerability for psychopathology // *Perspectives on Psychological Science*. 2021. Vol. 16. № 2. P. 225–246. DOI:10.1177/1745691620950690

107. Van't Wout M., Kahn R.S., Sanfey A.G. et al. Affective state and decision-making in the ultimatum game // *Experimental Brain Research*. 2006. Vol. 169. № 4. P. 564–568. DOI: 10.1007/s00221-006-0346-5

108. Vasa R.A., Keefer A., McDonald R.G. et al. A scoping review of anxiety in young children with autism spectrum disorder // *Autism Research*. 2020. Vol. 13. № 12. P. 2038–2057. DOI: 10.1002/aur.2395

109. Williams D.L., Goldstein G., Kojkowski N. et al. Do individuals with high functioning autism have the IQ profile associated with nonverbal learning disability? // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2008. Vol. 2. № 2. P. 353–361. DOI: 10.1016/j.rasd.2007.08.005

110. Yildirim E., Soncu Büyükişcan E., Gürvit H. Affective theory of mind in human aging: Is there any relation with executive functioning? // *Aging, Neuropsychology, and Cognition*. 2020. Vol. 27. № 2. P. 207–219. DOI: 10.1080/13825585.2019.1602706

111. Young H., Oreve M.J., Speranza M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls // *Archives de Pédiatrie*. 2018. Vol. 25. № 6. P. 399–403. DOI: 10.1016/j.arcped.2018.06.008

112. Yu A., Dayan P. Expected and unexpected uncertainty: ACh and NE in the neocortex // *Advances in neural information processing systems*. 2003. P. 173–180.

113. Zhou H., Xu X., Yan W. et al. Prevalence of autism spectrum disorder in China: A nationwide multi-center population-based study among children aged 6 to 12 years // *Neuroscience Bulletin*. 2020. Vol. 36. № 9. P. 961–971. DOI: 10.1007/s12264-020-00530-6

114. Zürcher N.R., Rogier O., Boshyan J. et al. Perception of social cues of danger in autism spectrum disorders // *PloS ONE*. 2013. Vol. 8. № 12. E81206. DOI: 10.1371/journal.pone.0081206

References

1. Kozunova G.L., Novikov A.Yu., Chernyshev B.V. Profil' intellektual'nykh sposobnostei i lichnostnye osobennosti vzroslykh patsientov s vysokofunktsional'nym autizmom [Profile of intellectual abilities and personal characteristics of adult patients with high-functioning autism]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal=National Psychological Journal*, 2023, no. 1. (In print). (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Kornilova T.V. Novyi oprosnik tolerantnosti-intolerantnosti k neopredelennosti [Tolerance-intolerance of ambiguity new questionnaire]. *Psikhologicheskii zhurnal=Psychological Journal*, 2010, vol. 31, no. 1, pp. 74–86. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Morozov S.A., Morozova T.I., Belyavskiy B.V. Nekotorye voprosy professional'noi orientatsii podrostkov i vzroslykh s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Some issues of professional orientation of adolescents and adults with autism spectrum disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya=Autism and Developmental Disorders (Russia)*, vol. 14, no. 3, pp. 3–20. DOI: 10.17759/autdd.2016140301 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.
5. Balsters J.H., Apps M.A., Bolis D. et al. Disrupted prediction errors index social deficits in autism spectrum disorder. *Brain*, 2017, vol. 140, no. 1, pp. 235–246. DOI: 10.1093/brain/aww287
6. Baltazar M., Geoffroy M.M., Chatham C. et al. «Reading the Mind in the Eyes» in autistic adults is modulated by valence and difficulty: An InFoR study. *Autism Research*, 2021, vol. 14, no. 2, pp. 380–388. DOI: 10.1002/aur.2390
7. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J. et al. The «Reading the Mind in the Eyes» Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, no. 2, pp. 241–251. DOI: 10.1017/S0021963001006643
8. Barry R.J. The orienting response: Stimulus factors and response measures. *The Pavlovian Journal of Biological Science*, 1990, vol. 25, no. 3, pp. 93–103. DOI: 10.1007/BF02974263
9. Bast N., Poustka L., Freitag C.M. The locus coeruleus–norepinephrine system as pacemaker of attention – a developmental mechanism of derailed attentional function in autism spectrum disorder. *European Journal of Neuroscience*, 2018, vol. 47, no. 2, pp. 115–125. DOI: 10.1111/ejn.13795
10. Bora E., Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2016, vol. 191, pp. 49–55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.023
11. Boulter C., Freeston M., South M. et al. Intolerance of uncertainty as a framework for understanding anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014, vol. 44, no. 6, pp. 1391–1402. DOI: 10.1007/s10803-013-2001-x
12. Brolsma S.C., Vrijzen J.N., Vassena E. et al. Challenging the negative learning bias hypothesis of depression: Reversal learning in a naturalistic psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 2022, vol. 52, no. 2, pp. 303–313. DOI: 10.1017/S0033291720001956
13. Brosnan M., Chapman E., Ashwin C. Adolescents with autism spectrum disorder show a circumspect reasoning bias rather than «jumping-to-conclusions». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014, vol. 44, no. 3, pp. 513–520. DOI: 10.1007/s10803-013-1897-5

14. Brosnan M., Johnson H., Grawemeyer B. et al. Deficits in metacognitive monitoring in mathematics assessments in learners with autism spectrum disorder. *Autism*, 2016, vol. 20, no. 4, pp. 463–472. DOI: 10.1177/1362361315589477
15. Brosschot J.F., Verkuil B., Thayer J.F. The default response to uncertainty and the importance of perceived safety in anxiety and stress: An evolution-theoretical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 2016, vol. 41, pp. 22–34. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.04.012
16. Brown M., Robinson L., Campione G.C. et al. Intolerance of uncertainty in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 2017, vol. 25, no. 5, pp. 329–343. DOI: 10.1002/erv.2523.
17. Buhr K., Dugas M.J. Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2012, vol. 5, no. 1, pp. 1–17. DOI: 10.1521/ijct.2012.5.1.1
18. Bury S.M., Hedley D., Uljarević M. et al. The autism advantage at work: A critical and systematic review of current evidence. *Research in Developmental Disabilities*, 2020, vol. 105, article 103750. DOI: 10.1016/j.ridd.2020.103750
19. Cai R.Y., Uljarević M., Leekam S.R. Predicting mental health and psychological wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder: Roles of intolerance of uncertainty and coping. *Autism Research*, 2020, vol. 13, no. 10, pp. 1797–1801. DOI: 10.1002/aur.2341
20. Carleton R.N., Mulvogue M.K., Thibodeau M.A. et al. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 2012, vol. 26, no. 3, pp. 468–479. DOI: 10.1016/j.janxdis.2012.01.011
21. Carpenter K.L.H., Baranek G.T., Copeland W.E. et al. Sensory over-responsivity: An early risk factor for anxiety and behavioral challenges in young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2019, vol. 47, no. 6, pp. 1075–1088. DOI: 10.1007/s10802-018-0502-y
22. Charbonneau G., Bertone A., Véronneau M. et al. Within- and cross-modal integration and attention in the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2020, vol. 50, no. 1, pp. 87–100. DOI: 10.1007/s10803-019-04221-8
23. Christensen D.L., Maenner M.J., Bilder D. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 2019, vol. 68, no. SS2, pp. 1–19. DOI: 10.15585/mmwr.ss6802a1.
24. Constantino J.N., Davis S.A., Todd R.D. et al. Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: Comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2003, vol. 33, no. 4, pp. 427–433. DOI: 10.1023/A:1025014929212

25. Conway C.C., Forbes M.K., Forbush K.T. et al. A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science*, 2019, vol. 14, no. 3, pp. 419–436. DOI: 10.1177/1745691618810696
26. Cook J., Hull L., Crane L. et al. Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2021, vol. 89, article 102080. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102080
27. Cooper K., Loades M.E., Russell A. Adapting psychological therapies for autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2018, vol. 45, pp. 43–50. DOI: 10.1016/j.rasd.2017.11.002
28. Coundouris S.P., Adams A.G., Henry J.D. Empathy and theory of mind in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, vol. 109, pp. 92–102. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.12.030
29. De Martino B., Harrison N.A., Knaflo S. et al. Explaining enhanced logical consistency during decision making in autism. *Journal of Neuroscience*, 2008, vol. 28, no. 42, pp. 10746–10750. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2895-08.2008
30. Deserno L., Boehme R., Mathys C. et al. Volatility estimates increase choice switching and relate to prefrontal activity in schizophrenia. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2020, vol. 5, no. 2, pp. 173–183. DOI: 10.1016/j.bpsc.2019.10.007
31. Dunn W. Supporting children to participate successfully in everyday life by using sensory processing knowledge. *Infants & Young Children*, 2007, vol. 20, no. 2, pp. 84–101. DOI: 10.1097/01.IYC.0000264477.05076.5d
32. Farmer G.D., Baron-Cohen S., Skylark W.J. People with autism spectrum conditions make more consistent decisions. *Psychological Science*, 2017, vol. 28, no. 8, pp. 1067–1076. DOI: 10.1177/0956797617694867
33. Farmer G.D., El-Deredy W., Howes A. et al. The attraction effect in motor planning decisions. *Judgment and Decision Making*, 2015, vol. 10, no. 5, pp. 503–510.
34. Fein D., Barton M., Eigsti I.M. et al. Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013, vol. 54, no. 2, pp. 195–205. DOI: 10.1111/jcpp.12037
35. Gaeth G.J., Levin I.P., Jain G. Toward understanding everyday decision making by adults across the autism spectrum. *Judgment and Decision Making*, 2016, vol. 11, no. 6, pp. 537–546.
36. Goldman A.I. *Simulating minds: The philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading*. Oxford University Press, 2006. 384 p.
37. Gonzalez C., Martin J.M., Minshew N.J. et al. Practice makes improvement: How adults with autism out-perform others in a naturalistic visual search task. *Journal of Autism*

and *Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 10, pp. 2259–2268. DOI: 10.1007/s10803-013-1772-4

38. Green S.A., Ben-Sasson A., Soto T.W. et al. Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: Bidirectional effects across time. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2012, vol. 42, no. 6, pp. 1112–1119. DOI: 10.1007/s10803-011-1361-3

39. Hein T.P., de Fockert J., Ruiz M.H. State anxiety biases estimates of uncertainty and impairs reward learning in volatile environments. *NeuroImage*, 2021, vol. 224, article 117424. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2020.117424

40. Hodgson A.R., Freeston M.H., Honey E. et al. Facing the unknown: Intolerance of uncertainty in children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2017, vol. 30, no. 2, pp. 336–344. DOI:10.1111/jar.12245

41. Hollocks M.J., Lerh J.W., Magiati I. et al. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, vol. 49, no. 4, pp. 559 – 572. DOI: 10.1017/S0033291718002283

42. Hubert B.E., Wicker B., Monfardini E. et al. Electrodermal reactivity to emotion processing in adults with autistic spectrum disorders. *Autism*, 2009, vol. 13, no. 1, pp. 9–19. DOI: 10.1177/1362361308091649

43. Hull L., Lai M.C., Baron-Cohen S. et al. Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults. *Autism*, 2020, vol. 24, no. 2, pp. 352–363. DOI: 10.1177/1362361319864804

44. Hull L., Levy L., Lai M.C. et al. Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults? *Molecular Autism*, 2021, vol. 12, article 13. DOI: 10.1186/s13229-021-00421-1

45. Hwang Y.I., Arnold S., Srasuebkul P. et al. Understanding anxiety in adults on the autism spectrum: An investigation of its relationship with intolerance of uncertainty, sensory sensitivities and repetitive behaviours. *Autism*, 2020, vol. 24, no. 2, pp. 411–422. DOI: 10.1177/1362361319868907

46. Ikuse D., Tani M., Itahashi T. et al. The effect of visual cues on performance in the ultimatum game in individuals with autism spectrum disorder. *Psychiatry Research*, 2018, vol. 259, pp. 176–183. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.10.013

47. Jansen M., Overgaauw S., De Bruijn E.R.A. Social cognition and obsessive-compulsive disorder: A review of subdomains of social functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 2020, vol. 11, article 118. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00118

48. Jenkinson R., Milne E., Thompson A. The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in autism: A systematic literature review and meta-analysis. *Autism*, 2020, vol. 24, no. 8, pp. 1933–1944. DOI: 10.1177/1362361320932437

49. Johnson S.A., Yechiam E., Murphy R.R. et al. Motivational processes and autonomic responsivity in Asperger's disorder: Evidence from the Iowa Gambling Task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2006, vol. 12, no. 5, pp. 668–676. DOI: 10.1017/S1355617706060802
50. Kanai C., Tani M., Hashimoto R. et al. Cognitive profiles of adults with Asperger's disorder, high-functioning autism, and pervasive developmental disorder not otherwise specified based on the WAIS-III. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2012, vol. 6, no. 1, pp. 58–64. DOI: 10.1016/j.rasd.2011.09.004
51. Kotov R., Cicero D.C., Conway C.C. et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine*, 2022, vol. 52, no. 9, pp. 1666–1678. DOI: 10.1017/S0033291722001301
52. Kouklari E.C., Tsermentseli S., Monks C.P. Developmental trends of hot and cool executive function in school aged children with and without autism spectrum disorder: Links with theory of mind. *Development and Psychopathology*, 2019, vol. 31, no. 2, pp. 541–556. DOI: 10.1017/S0954579418000081
53. LaFreniere L.S., Newman M.G. Probabilistic learning by positive and negative reinforcement in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychological Science*, 2019, vol. 7, no. 3, pp. 502–515. DOI: 10.1177/2167702618809366
54. Lagravinese G., Avanzino L., Raffo De Ferrari A. et al. Theory of mind is impaired in mild to moderate Huntington's disease independently from global cognitive functioning. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, article 80. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00080
55. Lawson R.P., Mathys C., Rees G. Adults with autism overestimate the volatility of the sensory environment. *Nature Neuroscience*, 2017, vol. 20, no. 9, pp. 1293–1299. DOI: 10.1038/nn.4615
56. Lawson R.P., Rees G., Friston K.J. An aberrant precision account of autism. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2014, vol. 8, article 302. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00302
57. Lebert L., Turkington D., Freeston M. et al. Rumination, intolerance of uncertainty and paranoia in treatment resistant psychosis. *Psychosis*, 2021, vol. 13, no. 1, pp. 65–70. DOI: 10.1080/17522439.2020.1798489
58. Leppanen J., Sedgewick F., Treasure J. et al. Differences in the Theory of Mind profiles of patients with anorexia nervosa and individuals on the autism spectrum: A meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2018, vol. 90, pp. 146–163. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.009
59. Lincoln A., Courchesne E., Allen M. et al. Neurobiology of Asperger syndrome. *Asperger syndrome or high-functioning autism?* 1998, pp. 145–163. DOI: 10.1007/978-1-4615-5369-4_8
60. Livingston L.A., Carr B., Shah P. Recent advances and new directions in measuring theory of mind in autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2019, vol. 49, no. 4, pp. 1738–1744. DOI: 10.1007/s10803-018-3823-3

61. Livingston L.A., Colvert E., Bolton P. et al. Good social skills despite poor theory of mind: Exploring compensation in autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2019, vol. 60, no. 1, pp. 102–110. DOI: 10.1111/jcpp.12886
62. Lugo-Marín J., Magan-Maganto M., Rivero-Santana A. et al. Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2019, vol. 59, pp. 22–33. DOI: 10.1016/j.rasd.2018.12.004
63. Luke L.R. Decision-making in autism spectrum conditions. PhD (Psychology) Dissertation. University of Cambridge, 2011. DOI: 10.17863/CAM.16549
64. Luke L., Clare I.C., Ring H. et al. Decision-making difficulties experienced by adults with autism spectrum conditions. *Autism*, 2012, vol. 16, no. 6, pp. 612–621. DOI: 10.1177/1362361311415876
65. MacLennan K., Rossow T., Tavassoli T. The relationship between sensory reactivity, intolerance of uncertainty and anxiety subtypes in preschool-age autistic children. *Autism*, 2021, vol. 25, no. 8, pp. 2305–2316. DOI: 10.1177/13623613211016110
66. Malaei F., Sohrabi A., Jahanitabesh A. «Reading the Mind in the Eyes» is associated with top-down visual attention. *Activitas Nervosa Superior*, 2020, vol. 62, no. 4, pp. 143–153. DOI: 10.1007/s41470-020-00075-z
67. Mandy W. Social camouflaging in autism: Is it time to lose the mask? *Autism*, 2019, vol. 23, no. 8, pp. 1879–1881. DOI: 10.1177/1362361319878559
68. Marticorena D.C., Ruiz A.M., Mukerji C. et al. Monkeys represent others' knowledge but not their beliefs. *Developmental Science*, 2011, vol. 14, no. 6, pp. 1406–1416. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2011.01085.x
69. Martin A., Santos L.R. The origins of belief representation: Monkeys fail to automatically represent others' beliefs. *Cognition*, 2014, vol. 130, no. 3, pp. 300–308. DOI: 10.1016/j.cognition.2013.11.016
70. Marzuki A.A, Tomić I., Ip S.H.Y et al. Association of environmental uncertainty with altered decision-making and learning mechanisms in youths with obsessive-compulsive disorder. *JAMA Network Open*, 2021, vol. 4, no. 11, article 2136195. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.36195
71. Mathersul D., McDonald S., Rushby J.A. Autonomic arousal explains social cognitive abilities in high-functioning adults with autism spectrum disorder. *International Journal of Psychophysiology*, 2013, vol. 89, no. 3, pp. 475–482. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2013.04.014
72. Maurer C., Chambon V., Bourgeois-Gironde S. et al. The influence of prior reputation and reciprocity on dynamic trust-building in adults with and without autism spectrum disorder. *Cognition*, 2018, vol. 172, pp. 1–10. DOI: 10.1016/j.cognition.2017.11.007

73. Mayes S.D., Calhoun S.L. WISC-IV and WIAT-II profiles in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008, vol. 38, no. 3, pp. 428–439. DOI: 10.1007/s10803-007-0410-4
74. Mukherjee D., Filipowicz A.L.S., Vo K. et al. Reward and punishment reversal-learning in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2020, vol. 129, no. 8, pp. 810–823. DOI: 10.1037/abn0000641
75. Naragon-Gainey K., Watson D. What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. *Assessment*, 2018, vol. 25, no. 2, pp. 143–158. DOI: 10.1177/1073191116659741
76. Neil L., Olsson N.C., Pellicano E. The relationship between intolerance of uncertainty, sensory sensitivities, and anxiety in autistic and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016, vol. 46, no. 6, pp. 1962–1973. DOI: 10.1007/s10803-016-2721-9
77. Nicholson T., Williams D.M., Grainger C. et al. Relationships between implicit and explicit uncertainty monitoring and mindreading: Evidence from autism spectrum disorder. *Consciousness and Cognition*, 2019, vol. 70, pp. 11–24. DOI: 10.1016/j.concog.2019.01.013
78. Normansell-Mossa K.M., Top Jr. D.N., Russell N. et al. Sensory sensitivity and intolerance of uncertainty influence anxiety in autistic adults. *Frontiers in Psychology*, 2021, vol. 12, article 731753. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.731753
79. Okruszek L., Bala A., Wordecha M. et al. Social cognition in neuropsychiatric populations: A comparison of theory of mind in schizophrenia and mesial temporal lobe epilepsy. *Scientific Reports*, 2017, vol. 7, no. 1, article 484. DOI: 10.1038/s41598-017-00565-2
80. Panerai S., Tasca D., Ferri R. et al. M. Executive functions and adaptive behaviour in autism spectrum disorders with and without intellectual disability. *Psychiatry Journal*, 2014, article 941809. DOI: 10.1155/2014/941809
81. Pardini M., Gialloreti L.E., Mascolo M. et al. Isolated theory of mind deficits and risk for frontotemporal dementia: a longitudinal pilot study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2013, vol. 84, no. 7, pp. 818–821. DOI: 10.1136/jnnp-2012-303684
82. Park B., Fareri D., Delgado M. et al. The role of right temporoparietal junction in processing social prediction error across relationship contexts. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2021, vol. 16, no. 8, pp. 772–781. DOI: 10.1093/scan/nsaa072
83. Pellicano E. Individual differences in executive function and central coherence predict developmental changes in theory of mind in autism. *Developmental Psychology*, 2010, vol. 46, no. 2, pp. 533–544. DOI: 10.1037/a0018287
84. Pender R., Fearon P., Heron J. et al. The longitudinal heterogeneity of autistic traits: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2020, vol. 79, no. 4, article 101671. DOI: 10.1016/j.rasd.2020.101671

85. Peñuelas-Calvo I., Sareen A., Porrás-Segovia A. et al. The association between reading the mind in the eyes test performance and intelligence quotient in children and adolescents with asperger syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 2021, vol. 12, article 642799. DOI: 10.3389/fpsy.2021.642799
86. Peñuelas-Calvo I., Sareen A., Sevilla-Llewellyn-Jones J. et al. The «Reading the mind in the eyes» test in autism-spectrum disorders comparison with healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2019, vol. 49, no. 3, pp. 1048–1061. DOI: 10.1007/s10803-018-3814-4
87. Pineda-Alhucema W., Aristizabal E., Escudero-Cabarcas J. et al. Executive function and theory of mind in children with ADHD: A systematic review. *Neuropsychology Review*, 2018, vol. 28, no. 3, pp. 341–358. DOI: 10.1007/s11065-018-9381-9
88. Poole D., Miles E., Gowen E. et al. Shifting attention between modalities: Revisiting the modality-shift effect in autism. *Attention, Perception, and Psychophysics*, 2021, vol. 83, no. 6, pp. 2498–2509. DOI: 10.3758/s13414-021-02302-4
89. Raines A.M., Oglesby M.E., Walton J.L. et al. Intolerance of uncertainty and DSM-5 PTSD symptoms: Associations among a treatment seeking veteran sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 2019, vol. 62, pp. 61–67. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.12.002
90. Saito M., Hirota T., Sakamoto Y. et al. Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. *Molecular Autism*, 2020, vol. 11, no. 1, article 35. DOI: 10.1186/s13229-020-00342-5
91. Sanvicente-Vieira B., Kluwe-Schiavon B., Corcoran R. et al. Theory of mind impairments in women with cocaine addiction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2017, vol. 78, no. 2, pp. 258–267. DOI: 10.15288/jsad.2017.78.258
92. Sato W., Uono S., Kochiyama T. et al. Structural correlates of reading the mind in the eyes in autism spectrum disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2017, vol. 11, article 361. DOI: 10.3389/fnhum.2017.00361
93. Scott M., Milbourn B., Falkmer M. et al. Factors impacting employment for people with autism spectrum disorder: A scoping review. *Autism*, 2019, vol. 23, no. 4, pp. 869–901. DOI: 10.1177/1362361318787789
94. Simonoff E., Kent R., Stringer D. et al. Trajectories in symptoms of autism and cognitive ability in autism from childhood to adult life: Findings from a longitudinal epidemiological cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2020, vol. 59, no. 12, pp. 1342–1352. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.11.020
95. Smith J.D., Beran M.J., Couchman J.J. et al. The comparative study of metacognition: Sharper paradigms, safer inferences. *Psychonomic Bulletin and Review*, 2008, vol. 15, no. 4, pp. 679–691. DOI: 10.3758/PBR.15.4.679
96. Sokolov E.N. The orienting response, and future directions of its development. *The Pavlovian Journal of Biological Science*, 1990, vol. 25, no. 3, pp. 142–150. DOI: 10.1007/BF02974268

97. Stagg S.D., Belcher H. Living with autism without knowing: Receiving a diagnosis in later life. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2019, vol. 7, no. 1, p. v348–361. DOI: 10.1080/21642850.2019.1684920
98. Stark E., Stacey J., Mandy W. et al. Autistic cognition: Charting routes to anxiety. *Trends in Cognitive Sciences*, 2021, vol. 25, no. 7, pp. 571–581. DOI: 10.1016/j.tics.2021.03.014
99. Stewart E., Catroppa C., Lah S. Theory of mind in patients with epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 2016, vol. 26, no. 1, pp. 3–24. DOI: 10.1007/s11065-015-9313-x
100. Sui J., Humphreys G.W. The integrative self: How self-reference integrates perception and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 2015, vol. 19, pp. 719–728. DOI: 10.1016/j.tics.2015.08.015
101. Sui J., Rotshtein P. Self-prioritization and the attentional systems. *Current Opinion in Psychology*, 2019, vol. 29, pp. 148–152. DOI: 10.1016/j.copsyc.2019.02.010
102. Tang J., Gibson S.J. A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *The Journal of Pain*, 2005, vol. 6, no. 9, pp. 612–619. DOI: 10.1016/j.jpain.2005.03.009
103. Tei S., Fujino J., Hashimoto R.I. et al. Inflexible daily behaviour is associated with the ability to control an automatic reaction in autism spectrum disorder. *Scientific Reports*, 2018, vol. 8, no. 1, article 8082. DOI: 10.1038/s41598-018-26465-7
104. Tolin D.F., Abramowitz J.S., Brigidi B.D. et al. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2003, vol. 17, no. 2, pp. 233–242. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00182-2
105. Uljarević M., Carrington S., Leekam S. Brief report: Effects of sensory sensitivity and intolerance of uncertainty on anxiety in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016, vol. 46, no. 1, pp. 315–319. DOI: 10.1007/s10803-015-2557-8
106. Van den Bergh O., Brosschot J., Critchley H. et al. Better safe than sorry: A common signature of general vulnerability for psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 2021, vol. 16, no. 2, pp. 225–246. DOI:10.1177/1745691620950690
107. Van't Wout M., Kahn R.S., Sanfey A.G. et al. Affective state and decision-making in the ultimatum game. *Experimental Brain Research*, 2006, vol. 169, no. 4, pp. 564–568. DOI: 10.1007/s00221-006-0346-5
108. Vasa R.A., Keefer A., McDonald R.G. et al. A scoping review of anxiety in young children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 2020, vol. 13, no. 12, pp. 2038–2057. DOI: 10.1002/aur.2395
109. Williams D.L., Goldstein G., Kojkowski N. et al. Do individuals with high functioning autism have the IQ profile associated with nonverbal learning disability? *Research in*

Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Строганова Т.А.,
Чернышев Б.В. Нетерпимость к неопределенности
и трудности принятия решений у взрослых людей
с высокофункциональным аутизмом
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 30–69.

Kozunova G.L., Novikov A.Yu., Stroganova T.A.,
Chernyshev B.V. Intolerance of Uncertainty and
Challenges in Decision-making in Adults with
High-Functioning Autism
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 30–69.

Autism Spectrum Disorders, 2008, vol. 2, no. 2, pp. 353–361. DOI: 10.1016/j.rasd.2007.08.005

110. Yıldırım E., Soncu Büyükişcan E., Gürvit H. Affective theory of mind in human aging: Is there any relation with executive functioning? *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 2020, vol. 27, no. 2, pp. 207–219. DOI: 10.1080/13825585.2019.1602706

111. Young H., Oreve M.J., Speranza M. Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 2018, vol. 25, no. 6, pp. 399–403. DOI: 10.1016/j.arcped.2018.06.008

112. Yu A., Dayan P. Expected and unexpected uncertainty: ACh and NE in the neocortex. *Advances in neural information processing systems*, 2003, pp. 173–180.

113. Zhou H., Xu X., Yan W. et al. Prevalence of autism spectrum disorder in China: A nationwide multi-center population-based study among children aged 6 to 12 years. *Neuroscience Bulletin*. 2020, vol. 36, no. 9, pp. 961–971. DOI: 10.1007/s12264-020-00530-6

114. Zürcher N.R., Rogier O., Boshyan J. et al. Perception of social cues of danger in autism spectrum disorders. *PLoS ONE*, 2013, vol. 8, no. 12, e81206. DOI: 10.1371/journal.pone.0081206

Информация об авторах

Козунова Галина Леонидовна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1286-8654>, e-mail: kozunovagl@mgppu.ru

Новиков Артем Юрьевич, психиатр, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6393-6864>, e-mail: artemnovikov21@gmail.ru

Строганова Татьяна Александровна, доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник Центра нейрокогнитивных исследований (МЭГ-центр), Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3750-9890>, e-mail: stroganova56@mail.ru

Чернышев Борис Владимирович, кандидат биологических наук, руководитель Центра нейрокогнитивных исследований (МЭГ-центр), Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8267-3916>, e-mail: b_chernysh@mail.ru

Information about the authors

Galina L. Kozunova, PhD in Psychology, Senior Research Fellow, Centre for Neuro-Cognitive Studies (MEG-center), Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1286-8654>, e-mail: kozunovagl@mgppu.ru

Artem Yu. Novikov, Psychiatrist, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6393-6864>, e-mail: artemnovikov21@gmail.ru

Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Строганова Т.А.,
Чернышев Б.В. Нетерпимость к неопределенности
и трудности принятия решений у взрослых людей
с высокофункциональным аутизмом
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 30–69.

*Kozunova G.L., Novikov A.Yu., Stroganova T.A.,
Chernyshev B.V. Intolerance of Uncertainty and
Challenges in Decision-making in Adults with
High-Functioning Autism
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 30–69.*

Tatiana A. Stroganova, PhD in Biology, Leading Research Fellow, Centre for Neuro-Cognitive Studies (MEG-center), Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3750-9890>, e-mail: stroganova56@mail.ru

Boris V. Chernyshev, PhD in Biology, Head, Center for Neurocognitive Research (Moscow MEG-center), Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8267-3916>, e-mail: b_chernysh@mail.ru

Получена: 05.06.2022

Received: 05.06.2022

Принята в печать: 17.12.2022

Accepted: 17.12.2022

Потребность в когнитивном закрытии у пациентов с социальной фобией

Диденко А.В.

*Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru*

Аленина О.К.

*Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru*

Оглезнева А.В.

*Томский институт повышения квалификации работников Федеральной службы исполнения наказаний России (ФКУ ДПО Томский ИПКР ФСИН России),
г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-8584>, e-mail: anastasiavia01@mail.ru*

Проведено сравнительное исследование взаимосвязей между потребностью в когнитивном закрытии, социальной тревожностью и когнитивными стратегиями регуляции эмоций при социальной фобии. Обследовано 135 человек (57,8% женщин; средний возраст — $32,8 \pm 11,3$ лет) с диагнозом «Социальная фобия» (F40.1 по МКБ-10), сочетанным с другими психическими расстройствами (длительность течения расстройства — $13,1 \pm 8,1$ лет). Группа сравнения представлена лицами без психических расстройств — 100 человек (53% женщин; средний возраст — $35,2 \pm 6,5$ лет). В исследовании использовались следующие методики: Шкала потребности в закрытости (Need for Closure Scale) А. Kruglanski и D. Webster в адаптации М.И. Ясина; Опросник когнитивной регуляции эмоций (Cognitive Emotional Regulation Questionnaire) N. Garnefski и др. в адаптации Е.И. Рассказовой и др.; Шкала социальной тревожности Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale) в адаптации И.В. Григорьевой и С.Н. Ениколопова. Установлено, что клинические проявления социальной фобии характеризуются высокой потребностью в когнитивном закрытии, а используемые дисфункциональные когнитивные стратегии регуляции эмоциональной сферы отражаются в неспособности достижения когнитивного закрытия, в невозможности снижения уровня социальной тревоги, что повышает мотивацию к социальному избеганию.

Ключевые слова: социальная тревожность, когнитивное закрытие, эмоциональная регуляция.

Для цитаты: Диденко А.В., Аленина О.К., Оглезнева А.В. Потребность в когнитивном закрытии у пациентов с социальной фобией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 70–91. DOI: 10.17759/cpse.2022110403

Need for Cognitive Closure in Patients with Social Phobia

Alexander V. Didenko

National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru

Olesya K. Alenina

National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru

Anastasia V. Oglezneva

Tomsk Institute of Advanced Training of Employees of the Federal Penitentiary Service
of Russia, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-8584>, e-mail: anastasiavia01@mail.ru

A comparative study of the relationship between the need for cognitive closure, social anxiety, and cognitive strategies for regulating emotions in social phobia was carried out. We examined 135 people (57.8% female; Mage=32.8±11.3 years) with a diagnosis of "Social phobia" (F40.1, ICD-10), combined with other mental disorders (mean disorder duration — 13.1±8.1 years). The comparison group was represented by 100 people without mental disorders (53% female; Mage=35.2±6.5 years). Tools used: Need for Closure Scale by A. Kruglanski and D. Webster adapted by M.I. Yasin; Cognitive Emotional Regulation Questionnaire by N. Garnefski et al., adapted by E.I. Rasskazova et al.; Liebowitz Social Anxiety Scale in the adaptation of I.V. Grigorieva and S.N. Enikolopov. It has been established that the clinical manifestations of social phobia are characterized by a high need for cognitive closure and the used dysfunctional cognitive strategies for regulating the emotional sphere are reflected in the inability to achieve cognitive closure, the impossibility of reducing the level of social anxiety, which increases the motivation for social avoidance.

Keywords: social anxiety, cognitive closure, emotional regulation.

For citation: Didenko A.V., Alenina O.K., Oglezneva A.V. Need for Cognitive Closure in Patients with Social Phobia. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 70–91. DOI: 10.17759/cpse.2022110403 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Когнитивные искажения в клинике социальной фобии (социального тревожного расстройства) являются одними из центральных нарушений, определяющих клиническую картину расстройства [5; 9; 20; 24]. При проведении диагностики социальной фобии клиницисты сталкиваются с отсутствием четкого, клинически очерченного состояния, что связано с различной интенсивностью социальной тревоги и социального избегания и проявляется в установлении при общении дифференцированной индивидуально-комфортной социальной дистанции [14; 15]. Границы социального избегания простираются от непатологических форм функционирования до генерализованной социальной фобии, приводящей к социальной изоляции и дезадаптации. Большую роль в этом играет и коморбидность социальной фобии с другими психическими расстройствами [1]. Коморбидные аффективные расстройства выводят проявления социальной фобии на клинически значимый уровень, а усиление эмоциональной дисрегуляции способствует формированию состояний, некомпенсируемых ресурсами личности [8].

Поведенческие последствия социальной фобии в виде социального избегания ситуаций, связанных с оценкой, определяются устойчивым суждением, базирующимся на когнитивных искажениях и предыдущем негативном опыте личности о контакте с социальной реальностью, интерпретируемой им как опасная или осуждающая. Интенсивность социального избегания должна зависеть от выраженности эмоциональной дисрегуляции, клиническим проявлением которой является так называемая *социальная тревога*. В формировании мотивации к избеганию при столкновении с социальной ситуацией, связанной с оценкой (или потенциальной оценочной ситуацией), большую роль играет однозначное и непротиворечивое отношение к ней как к ситуации, несущей угрозу.

Одним из подходов к социально-когнитивному аспекту понимания ситуации на основе собственных убеждений человека является теория *эпистемической мотивации* (Lay Epistemic Theory) [18]. Эпистемическая мотивация описывает процесс развития устойчивого понимания ситуации на основе собственных убеждений личности и накопленных знаний с использованием первого впечатления о ситуации, частоты встречаемости явления и стереотипных суждений при объяснении механизма поведения человека. В теории заложены два независимых измерения: потребность в получении или избегании информации и потребность в определенной или неопределенной информации [7]. Исходя из данного конструкта выводятся четыре кластера мотивационных потребностей, описываемых в рамках так называемой «когнитивной закрытости», позволяющей человеку формировать однозначный вывод путем отсекающей лишней, противоречивой информации [19]: потребность и избегание специфической или неспецифической закрытости.

Потребность в закрытии (Need for Closure, далее — NFCL) — это стремление к ясному, определенному или недвусмысленному пониманию социальной ситуации, влияющее на дальнейшие действия человека. Высокий уровень NFCL мотивирует личность к быстрому формулированию выводов и прекращению когнитивной переработки, связанной с проблемой. Такая мотивация достаточно быстро завершает процесс генерации и/или проверки гипотезы. Используемый термин

«потребность» отражает мотивированную тенденцию, а не дефицитарность [22]. NFCL может варьироваться в зависимости от ситуации, но также является характеристикой длительно существующих и устойчивых личностных черт. Феноменологически NFCL выражается в том, что лица с высоким ее уровнем испытывают негативные чувства (тревогу, беспокойство, внутренний дискомфорт), когда нарушается когнитивное закрытие, и испытывают чувство облегчения, когда закрытие достигается. Мотивация к избеганию негативных чувств побуждает к действиям, направленным на достижение закрытия, и, следовательно, смещает выбор и предпочтения человека в сторону мотивации, связанной с когнитивным закрытием [25]. Для оценки уровня NFCL А. Kruglanski и D. Webster [26] разработали и валидизировали Шкалу потребности в закрытости (Need for Closure Scale, NFCS), которая включает пять субшкал:

1. Стремление к порядку (Measure the need for order) — желание определенного порядка и структурирования своей жизни, негативное отношение к хаосу и беспорядку. Например, утверждение: «Я думаю, что наличие четких правил и порядка на работе необходимо для успеха» (по данным авторов внутренняя согласованность шкалы (α -Кронбаха) составляет 0,82);

2. Стремление к предсказуемости (Measure the need for predictability) — аффективный дискомфорт, вызванный двусмысленностью при отсутствии когнитивной закрытости, с предпочтением избегания ситуаций, при которых мотивация фрустрирована. Например, утверждение: «Я предпочту узнать плохие новости, чем остаться в состоянии неопределенности» (α -Кронбаха=0,79);

3. Решительность (Measure decisiveness) — срочность стремления к когнитивной закрытости при формировании суждений и в процессе принятия решений. Например, утверждение: «Обычно я принимаю важные решения быстро и уверенно» (α -Кронбаха 0,70);

4. Избегание двусмысленности (Measure avoidance of ambiguity) — однозначность, надежность сформированного суждения, его непротиворечивость, обеспечивающая предсказуемость будущих действий. Например, утверждение: «Я не люблю погружаться в ситуацию, не зная, что я могу ожидать от этого» (α -Кронбаха=0,67);

5. Закрытость мышления (Measure closed mindedness) — желание надежной закрытости суждения (однозначного ответа на вопрос), нежелание обладать убеждением, связанным с альтернативным мнением или противоречивыми доказательствами. Например: «Обычно я не принимаю во внимание много различных мнений, прежде чем сформировать свою точку зрения» (α -Кронбаха=0,62).

Шкала потребности в закрытости обладает высокой внутренней согласованностью (α -Кронбаха=0,84) и высокой ретестовой надежностью ($r=0,86$).

В дальнейшем были установлены взаимосвязи и модулирующее влияние NFCL на процесс принятия решения и систему поведенческого торможения в условиях неопределенной информации (тревоги неопределенности) [17]. Исследования

конструкта NFCL у лиц с бредовыми расстройствами показали зависимость получаемых результатов от уровня коморбидной тревожной и депрессивной симптоматики, выявляемой у пациентов, а также практическую неприменимость модели NFCL в изучении психотических нарушений [12]. При этом исследования говорят о существенном влиянии индивидуальных различий потребности в когнитивном закрытии и способности к когнитивному закрытию на проявления тревожной и депрессивной симптоматики в результате повторяющихся ситуаций «эксцессивного» выбора (при столкновении с противоречивой информацией в условиях дефицита времени) [21]. В этом аспекте отсутствуют сравнительные исследования взаимосвязей когнитивных стратегий регуляции эмоций с потребностью в когнитивном закрытии у лиц с социальной тревожностью и у лиц без психических расстройств. Можно предположить, что использование дисфункциональных когнитивных стратегий регуляции эмоций как проявление когнитивных искажений у пациентов с социальной фобией представляет собой механизм, непосредственно влияющий на социальное избегание посредством усиления социальной тревоги. С другой стороны, NFCL как социально-когнитивный феномен, связанный с мотивацией, должен быть направлен на устранение когнитивных противоречий и снижение дискомфорта, тревоги от мешающей и противоречивой информации. До настоящего времени структурно-функциональные особенности взаимоотношений этих явлений в аспекте их регулирующего влияния на социальную тревогу не изучены. Полученные данные исследования могут быть востребованы при проведении терапии социальной фобии с использованием различных методов, в том числе Терапии принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy) с акцентом на развитие гибкости мышления [23].

Цель исследования — проведение сравнительного исследования взаимосвязей между выраженностью социальной тревоги, потребностью в когнитивном закрытии и используемыми стратегиями когнитивной регуляции эмоций у пациентов с социальной фобией и у лиц без психических расстройств.

Гипотеза исследования — лица с социальной фобией характеризуются высокой потребностью в когнитивном закрытии, однако используемые ими дисфункциональные стратегии когнитивной регуляции эмоций не позволяют снижать уровень социальной тревожности, а усиливают мотивацию к социальному избеганию.

Материалы и методы

Выборка. Экспериментальную группу составили 135 пациентов (57,7% женщин) в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст — $32,8 \pm 11,3$ лет), проходивших лечение по поводу тревожных и аффективных психических расстройств, определяемых по критериям МКБ-10. Средняя длительность клинических проявлений социальной фобии составила $13,1 \pm 8,1$ лет.

Критерии включения в экспериментальную группу: 1. наличие у всех пациентов клинических проявлений социальной фобии (F40.1) в виде тревоги, страха оценки с соответствующей психовегетативной симптоматикой, связанной с определенными социальными ситуациями, а также избеганием потенциально-

угрожающих ситуаций; 2. коморбидные психические расстройства следующих диагностических рубрик МКБ-10: F3 (Аффективные расстройства), F4 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), F5 (Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами), F6 (Специфические расстройства личности). Включение в выборку широкого спектра коморбидных психических расстройств было обусловлено имеющимися литературными сведениями о неоднородности клинической структуры социальной фобии, ее высокой коморбидности с другими непсихотическими психическими расстройствами тревожного спектра, а также аффективной и личностной патологией.

Критерии исключения из экспериментальной группы: 1. возраст моложе 18 и старше 55 лет; 2. психические расстройства следующих диагностических рубрик МКБ-10: F0 (Органические, включая симптоматические психические расстройства), F1 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ), F2 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства); 3. соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Группа сравнения представлена лицами без клинических проявлений психических расстройств. Всего обследовано 100 человек (53,0% женщины) в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст — $35,2 \pm 6,5$ лет). Группа представлена сотрудниками силовых структур, проходящих службу на аттестованных должностях среднего начальствующего состава по контракту. Использование данной группы сравнения было обусловлено необходимостью исключения влияния на результаты исследования сторонних факторов, связанных с возможными психопатологическими проявлениями (сотрудники ежегодно консультируются психиатром и психологом).

Критерии включения в группу сравнения: у испытуемых отсутствуют психические расстройства; ранее они никогда не обращались за психиатрической помощью и не проходили лечение у психиатра.

Критерии исключения из группы сравнения: 1. возраст моложе 18 и старше 55 лет; 2. наличие диагностированных психических расстройств и нахождение под наблюдением психолога в группе повышенного внимания.

Результаты сравнительного анализа социально-демографических показателей показали отсутствие значимых различий между группами больных и здоровых по полу ($\chi^2 = -31,00$; $p = 0,815$) и возрасту ($t = 1,37$; $p = 0,169$). Однако группы отличались по уровню образования ($\chi^2 = 55,00$; $p = 0,001$), при этом группа сравнения была представлена лицами только с высшим образованием. Данный фактор в дальнейшем не контролировался в связи с однородностью группы здоровых лиц.

Процедура исследования. Исследование одобрено Этическим комитетом НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (№ 140/2-2021 от 15.03.2021). Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на включение в исследование. Защита персональных данных обеспечивалась соответствующим кодированием. Обследование пациентов осуществлялось в рамках лечебного процесса (госпитализации, амбулаторной помощи) с последующим предоставлением

информации о результатах проведенного исследования в понятной для пациента форме. В группе сравнения обследование осуществлялось сотрудником психологической службы организации в процессе проведения периодической психологической диагностики личного состава. Обратная связь также предоставлялась в рамках индивидуального консультирования.

Методики

1. *Шкала потребности в закрытости (NFCS)*, разработанная А. Kruglanski и D. Webster [26]. Использовалась русскоязычная адаптация М.И. Ясина (2017) [6]. Оригинальный вариант включает 42 пункта, коэффициент α -Кронбаха — 0,811, что свидетельствует о высокой согласованности утверждений. Поскольку методика валидизировалась на нормативной выборке, перед проведением исследования на выборке пациентов с социальной фобией была проверена внутренняя надежность субшкал. В текущем исследовании показатели самосогласованности (α -Кронбаха) составили: Стремление к порядку — 0,78; Стремление к предсказуемости — 0,79; Решительность — 0,68; Избегание двусмысленности — 0,61; Закрытость мышления — 0,55; общий показатель по шкале — 0,78. Согласие респондента с каждым пунктом шкалы оценивается по шкале Ликерта от 1 балла («полностью не согласен») до 6 баллов («полностью согласен»). Схема расчета итоговых сырых баллов включала обратный подсчет сырых баллов по ряду пунктов, а также исключение случаев на основании анализа пунктов, составивших шкалу лжи (доверительное значение не выше 15 баллов). Таким образом, Шкала потребности в закрытости состоит из 5 субшкал, а также интегральной шкалы «Потребность в закрытии», представленной суммарным баллом по всем субшкалам. Описание параметров, измеряемых пятью субшкалами, представлено во введении к статье.

2. *Опросник когнитивной регуляции эмоций (Cognitive Emotional Regulation Questionnaire, CERQ)*, разработанный N. Garnefski и др. [13]. Использовалась русскоязычная адаптация Е.И. Рассказовой и др. (2011), психометрические качества которой проверялись как на нормативной выборке, так и на клинической (пациенты с аффективными, тревожными, обсессивно-компульсивными и соматоформными расстройствами) [4]. Оригинальный вариант опросника CERQ направлен на оценку частоты использования каждой из выделяемых когнитивных стратегий регуляции эмоций. В оригинальном исследовании внутренняя согласованность пунктов достаточно высока как по опроснику в целом (α -Кронбаха=0,86), так и по отдельным шкалам (диапазон α -Кронбаха — 0,65–0,83. Методика состоит из 36 утверждений и включает 9 шкал, характеризующих следующие когнитивные стратегии регуляции эмоций: 1) Самообвинение — мысли, в которых человек винит себя за случившееся; 2) Принятие — мысли о принятии того, что случилось; 3) Руминации — постоянные размышления о мыслях и чувствах, связанных с пережитой трудной ситуацией; 4) Позитивная перефокусировка — отвлечение на мысли о более приятных событиях и ситуациях вместо размышлений о пережитых затруднениях; 5) Фокусировка на планировании — размышления о том, какие следующие шаги лучше предпринять по отношению к случившемуся; 6) Позитивная переоценка — поиск положительного смысла в произошедшем событии в целях личностного роста или приобретения нового опыта; 7) Рассмотрение в перспективе — снижение исключительной значимости события за счет его сравнения с другими ситуациями;

8) Катастрофизация — мысли о глобальных размерах произошедшего события и его отрицательных последствиях; 9) Обвинение других — перекалывание вины за пережитое человеком событие на окружающих. Согласие респондента с каждым пунктом шкалы оценивается по шкале Ликерта от 1 балла («никогда») до 5 баллов («почти всегда»). Результаты по субшкалам рассчитываются суммированием в соответствии с «ключами».

3. *Шкала социальной тревожности Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)* разработана М.Р. Liebowitz [16]. Использовалась адаптированная версия И.В. Григорьевой и С.Н. Ениколопова [2], включающая 24 пункта, представляющих собой описания ситуаций, в которых испытуемому предлагается оценить интенсивность возникающего страха и частоту избегания (социальные ситуации взаимодействия и ситуации, в которых индивид потенциально может стать объектом наблюдения). Пункты группируются в три субшкалы: Страх социальных ситуаций, Социальное избегание и Социальная тревожность (общий суммарный балл — сумма двух предшествующих субшкал). В адаптированной версии внутренняя согласованность пунктов (α -Кронбаха) шкалы достаточно высока и составляет 0,87 по субшкале Страх социальных ситуаций, 0,81 — Социальное избегание и 0,91 — по общему суммарному показателю Социальной тревожности. Оценка производится по четырехбалльной шкале Ликерта, где 0 — отсутствие страха / избегания, а 3 — сильный страх / полное избегание.

Анализ данных. Статистическая обработка данных проводилась в программе StatSoft STATISTICA v. 10.0. с использованием непараметрических методов. Разбиение на кластеры в пространстве трех показателей опросника LSAS (Страх социальных ситуаций, Социальное избегание, Социальная тревожность) осуществлялось с использованием метода k -средних. Нормальность распределения показателей анализируемых шкал проверялись критериями Шапиро–Уилка и Колмогорова–Смирнова. Все анализируемые показатели не соответствовали нормальному распределению, поэтому сравнение групп проводилось с использованием U -критерия Манна–Уитни. Для выявления взаимосвязей параметров социальной тревожности (страх, избегание) с субшкалами NFCS и CERQ использовался метод ранговой корреляции Спирмена. Различия и корреляции считались статистически достоверными при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$.

Результаты

На первом этапе исследования была проведена клиническая и психометрическая оценка обследованных пациентов и лиц группы сравнения. На основании количественных характеристик социальной тревожности по LSAS была проведена кластеризация данных методом k -средних. Параметры кластеризации включали три показателя, определяемые по LSAS: суммарный балл подшкалы Страх социальных ситуаций, суммарный балл подшкалы Социального избегания и общий интегративный параметр — Социальная тревожность, представляющий собой сумму двух указанных выше показателей.

Аналогичная процедура кластеризации параметров социальной тревожности была проведена на группе сравнения. Таким образом, обследованные группы были

разделены на три подгруппы в соответствии с уровнем выраженности социальной тревожности (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели социальной тревожности у пациентов
 с социальной фобией и лиц группы сравнения**

Группы	Низкий уровень социальной тревожности (кластер 1)		Средний уровень социальной тревожности (кластер 2)		Высокий уровень социальной тревожности (кластер 3)		Суммы рангов	U	
	n	M±SD	n	M±SD	n	M±SD		Манна- Уитни	p
Пациенты с социальной фобией	48	24,8±7,5	54	52,6±8,3	33	87,4±15,4	19459,5	3220,5	0,001
Группа сравнения	38	11,5±5,1	37	29,0±6,1	25	53,8±9,3	8270,5		

Примечание: n — число респондентов в подгруппе; M±SD — среднее ± стандартное отклонение.

Сравнение пациентов с социальной фобией и лиц без психических расстройств по уровню социальной тревожности. По результатам сравнительного анализа было установлено, что пациенты с социальной фобией характеризуются более высоким уровнем социальной тревожности по шкале LSAS, чем пациенты без психических расстройств. При клиническом обследовании также установлено, что коморбидная психическая патология отмечалась у всех обследованных пациентов с социальной фобией: аффективные расстройства (расстройств депрессивного спектра) F3 (n=27; 20%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4 (n=90; 66,7%); расстройства личности F6 (n=18; 13,3%).

На втором этапе исследования был проведен сравнительный анализ характеристик NFCS у пациентов с социальной фобией и лиц без психических расстройств, а также корреляционный анализ показателей NFCS и социальной тревожности.

Сравнение пациентов с социальной фобией и лиц без психических расстройств по параметрам когнитивной закрытости. Сравнительный анализ данных по шкале NFCS у пациентов с социальной фобией и у группы сравнения показал, что мотивационно-когнитивная predisпозиция пациентов с социальной фобией характеризовалась: более высоким стремлением к предсказуемости; более низкой решительностью при формулировке суждений о социальной реальности; более высокими показателями испытываемого дискомфорта от двусмысленности и ее избегания в ситуации выбора; более высокими показателями закрытости мышления и испытываемой потребности в закрытии (табл. 2). По параметру «Стремление к порядку» статистически значимых различий выявлено не было.

Таблица 2

**Показатели NFCS у пациентов с социальной фобией
 и у лиц группы сравнения ($p \leq 0,05$)**

Группы	Суммы рангов	U Манна–Уитни	p
Стремление к порядку			
Пациенты с социальной фобией	16596,0	6084,0	0,196
Группа сравнения	11134,0		
Стремление к предсказуемости			
Пациенты с социальной фобией	17801,0	4879,0	<0,001
Группа сравнения	9929,0		
Решительность			
Пациенты с социальной фобией	12236,0	3056,0	<0,001
Группа сравнения	15494,0		
Избегание двусмысленности			
Пациенты с социальной фобией	18821,5	3858,5	<0,001
Группа сравнения	8908,5		
Закрытость мышления			
Пациенты с социальной фобией	17242,5	5437,5	<0,05
Группа сравнения	10487,5		
Интегральный показатель NFCL			
Пациенты с социальной фобией	17312,5	5367,5	<0,01
Группа сравнения	10417,5		

Связи между социальной тревожностью и параметрами NFCS у пациентов с социальной фобией и у лиц без психических расстройств. При анализе взаимосвязей показателей NFCS с социальной тревожностью и двумя ее параметрами (Страх социальных ситуаций и Социальное избегание) у пациентов с социальной фобией было установлено, что коэффициенты корреляции имели положительное и отрицательное значения и варьировали от $r = -0,737$ (Решительность и Социальная тревожность) до $r = 0,590$ (Стремление к предсказуемости и Социальная тревожность) (табл. 3). Для пациентов с социальной фобией были установлены положительные связи между Социальной тревожностью, Страхом социальных ситуаций, Социальным избеганием и Стремлением к предсказуемости ($r = 0,590$; $r = 0,590$; $r = 0,577$ соответственно, при $p \leq 0,05$), а также с параметрами субшкалы NFCS «Избегание двусмысленности» ($r = 0,547$; $r = 0,533$; $r = 0,530$ соответственно, при $p \leq 0,05$). Отрицательные корреляции были установлены между Социальной тревожностью, Страхом социальных ситуаций, Социальным избеганием и Решительностью ($r = -0,737$; $r = -0,707$; $r = -0,717$ соответственно, при $p \leq 0,05$).

Таблица 3

Корреляции между социальной тревожностью, страхом социальных ситуаций, социальным избеганием и показателями NFCS у пациентов с социальной фобией и лиц группы сравнения ($p \leq 0,05$)

Социальная тревожность и ее факторы	Пациенты с социальной фобией	Группа сравнения
Стремление к порядку		
Социальная тревожность	-	-
Страх социальных ситуаций	-	-
Социальное избегание	-	-
Стремление к предсказуемости		
Социальная тревожность	0,590	0,131
Страх социальных ситуаций	0,586	0,121
Социальное избегание	0,577	0,111
Решительность		
Социальная тревожность	-0,737	-0,261
Страх социальных ситуаций	-0,707	-0,191
Социальное избегание	-0,717	-0,309
Избегание двусмысленности		
Социальная тревожность	0,547	0,225
Страх социальных ситуаций	0,533	0,202
Социальное избегание	0,530	0,216
Закрытость мышления		
Социальная тревожность	0,122	-
Страх социальных ситуаций	0,123	-
Социальное избегание	0,118	-
Интегральный показатель NFCL		
Социальная тревожность	0,242	-
Страх социальных ситуаций	0,270	-
Социальное избегание	0,211	-

В отношении субшкалы NFCS Стремление к порядку у пациентов с социальной фобией и у лиц группы сравнения корреляции с Социальной тревожностью не обнаружены. Также не обнаружены корреляции между субшкалами Закрытость мышления, NFCL и Социальной тревожностью у лиц группы сравнения. При анализе связей показателей NFCS и Социальной тревожности, Страх социальных ситуаций

и Социального избегания у лиц без психических расстройств установлена слабая отрицательная корреляционная связь с субшкалой «Решительность» ($r=-0,261$; $r=-0,191$; $r=-0,309$ соответственно, при $p \leq 0,05$). Взаимосвязи с другими показателями NFCS носили в основном положительный, но очень слабый характер.

На третьем этапе исследования были проведены сравнительный анализ используемых когнитивных стратегий регуляции эмоций (опросник CERQ), а также корреляционный анализ взаимосвязей между параметрами опросника CERQ и Социальной тревожностью. Сравнительный анализ значений по шкалам опросника CERQ (табл. 4) показал, что для пациентов с социальной фобией характерны более высокие показатели по шкалам, связанным с использованием непродуктивных когнитивных стратегий регуляции эмоций. В частности, в отличие от респондентов из группы сравнения, у них более выражен самообвиняющий стиль объяснения своих действий (Самообвинение); они чаще возвращаются к повторным размышлениям о пережитом (Руминации); имеют более высокие показатели по субшкалам «Катастрофизация» и «Обвинение других» — последняя связана с внешне обвиняющей позицией и склонностью перекладывать ответственность на других людей. Продуктивные способы регуляции эмоций — Позитивная перефокусировка и Позитивная переоценка — респонденты с социальной фобией используют сравнительно реже, чем условно здоровые люди. В то же время они имеют более высокие показатели по шкале «Фокусировка на планировании». Не было выявлено значимых межгрупповых различий по параметрам «Принятие» и «Рассмотрение в перспективе».

Таблица 4

**Показатели опросника CERQ у пациентов с социальной фобией
и у лиц группы сравнения ($p \leq 0,05$)**

Группы	Суммы рангов	U Манна-Уитни	p
Самообвинение			
Пациенты с социальной фобией	18284,5	4395,5	<0,001
Группа сравнения	9445,5		
Принятие			
Пациенты с социальной фобией	16254,0	6426,0	0,529
Группа сравнения	11476,0		
Руминации			
Пациенты с социальной фобией	19845,0	2835,0	<0,001
Группа сравнения	7885,0		
Позитивная перефокусировка			
Пациенты с социальной фобией	13632,5	4452,5	<0,001
Группа сравнения	14097,5		

Фокусирование на планировании			
Пациенты с социальной фобией	14601,5	5421,5	<0,01
Группа сравнения	13128,5		
Позитивная переоценка			
Пациенты с социальной фобией	13254,0	4074,0	<0,001
Группа сравнения	14476,0		
Рассмотрение в перспективе			
Пациенты с социальной фобией	16172,5	6507,5	0,637
Группа сравнения	11557,5		
Катастрофизация			
Пациенты с социальной фобией	19809,0	2871,0	<0,001
Группа сравнения	7921,0		
Обвинение других			
Пациенты с социальной фобией	18262,5	4417,5	<0,001
Группа сравнения	9467,5		

Корреляционный анализ шкал опросника CERQ и социальной тревожности показал различия в силе и направлении связей между пациентами с социальной фобией и лицами группы сравнения (табл. 5).

Таблица 5

Корреляции между социальной тревожностью, страхом социальных ситуаций, социальным избеганием и показателями опросника CERQ у пациентов с социальной фобией и у лиц группы сравнения ($p \leq 0,05$)

Социальная тревожность и ее факторы	Пациенты с социальной фобией	Группа сравнения
Самообвинение		
Социальная тревожность	0,348	0,290
Страх социальных ситуаций	0,364	0,279
Социальное избегание	0,323	0,285
Принятие		
Социальная тревожность	-0,340	0,386
Страх социальных ситуаций	-0,314	0,275
Социальное избегание	-0,346	0,309
Руминации		
Социальная тревожность	0,542	0,262

Страх социальных ситуаций	0,543	0,248
Социальное избегание	0,495	0,261
Позитивная перефокусировка		
Социальная тревожность	0,169	0,121
Страх социальных ситуаций	0,167	0,106
Социальное избегание	0,148	0,111
Фокусирование на планировании		
Социальная тревожность	-0,314	-
Страх социальных ситуаций	-0,325	-
Социальное избегание	-0,287	-
Позитивная переоценка		
Социальная тревожность	-0,403	-
Страх социальных ситуаций	-0,317	-
Социальное избегание	-0,401	-
Рассмотрение в перспективе		
Социальная тревожность	-0,305	0,326
Страх социальных ситуаций	-0,285	0,351
Социальное избегание	-0,304	0,289
Катастрофизация		
Социальная тревожность	0,659	0,237
Страх социальных ситуаций	0,672	0,265
Социальное избегание	0,606	0,222
Обвинение других		
Социальная тревожность	-0,656	0,209
Страх социальных ситуаций	-0,631	0,190
Социальное избегание	-0,636	0,211

В группе лиц с социальной фобией были установлены пять отрицательных и значимых связей Социальной тревожности, Страх социальных ситуаций и Социального избегания с субшкалами опросника CERQ: Принятие ($r=-0,330$; $r=-0,314$; $r=-0,346$ соответственно); Фокусирование на планировании ($r=-0,314$; $r=-0,325$; $r=-0,287$ соответственно); Позитивная переоценка ($r=-0,403$; $r=-0,317$; $r=-0,401$ соответственно); Рассмотрение в перспективе ($r=-0,305$; $r=-0,285$; $r=0,304$ соответственно); Обвинение других ($r=-0,656$; $r=-0,631$; $r=-0,636$ соответственно). Сила корреляций оказалась слабой или умеренной. Положительная умеренная корреляция в группе пациентов с социальной фобией была выявлена по шкале «Катастрофизация» ($r=0,659$; $r=0,672$; $r=0,606$). В группе лиц без психических

расстройств были обнаружены только положительные корреляции, варьировавшие от $r=0,106$ до $r=0,386$ (от очень слабой до слабой корреляции).

Обсуждение результатов

Исследование показало, что уровень Социальной тревожности, определяемый по шкале LSAS, значимо выше у пациентов с социальной фобией, чем у лиц без психических расстройств. Однако Социальная тревожность, определяемая у пациентов с социальной фобией, имеет не только количественные, но и качественные отличия, поскольку были выявлены ее особые корреляции с параметрами NFCS, отражающими потребность в когнитивном закрытии, и со шкалами CERQ, связанными с предпочтительными способами регуляции эмоций.

В рамках модели NFCL пациенты с социальной фобией характеризуются более высокими показателями когнитивной закрытости, чем лица без психических расстройств, составляющие группу сравнения. Лица с социальной фобией характеризуются высокой чувствительностью к социальным сигналам, высоким стремлением к предсказуемости и стремятся к однозначности суждений, избеганию двусмысленности. Указанная особенность пациентов с социальной фобией подтверждается корреляционными взаимосвязями Социальной тревожности со шкалами «Стремление к предсказуемости» и «Избегание двусмысленности» (средняя положительная корреляция), «Решительность» (сильная отрицательная корреляция). Таким образом, потребность в когнитивном закрытии у пациентов с социальной фобией связана со склонностью личности к фиксации на негативных эмоциях, в частности, тревожной симптоматике и предыдущем негативном опыте при нарастании уровня социальной тревожности.

Исследование используемых когнитивных стратегий регуляции эмоций также показало, что для пациентов с социальной фобией характерно использование дисфункциональных когнитивных стратегий регуляции эмоциональной сферы в виде самообвинения, руминаций, катастрофизации и обвинения других. Однако корреляционный анализ выявил различия в знаке взаимосвязей между социальной тревожностью и когнитивными стратегиями регуляции эмоций у пациентов с социальной фобией и лиц без психических расстройств. Так, например, в целом эффективные стратегии регуляции эмоций, связанные с позитивной переоценкой события, рассмотрением в перспективе, фокусированием на планировании, субъективным принятием ситуации, у пациентов с социальной фобией имеют отрицательные корреляции с социальной тревожностью, в то время как у лиц без психических расстройств — положительные. Непродуктивная стратегия регуляции эмоций — обвинение других — у пациентов с социальной фобией отрицательно связана с социальной тревожностью, что клинически может отражаться в усилении самообвинения. Изучение взаимосвязей уровня социальной тревожности и неконструктивных способов совладания со стрессом, в которых показано, что с увеличением уровня социальной тревожности большее предпочтение отдается использованию неконструктивной стратегии в форме социального избегания [3], согласуется с результатами настоящего исследования.

Указанные особенности лишают лиц с социальной фобией возможности формировать устойчивое, адаптивное поведение. Формируемое суждение о социальной

реальности, несмотря на высокую потребность в закрытии, содержит в себе противоречивые компоненты. При этом однозначность принимаемого решения сопряжена с высоким уровнем дискомфорта, и лишь поведенческое избегание при столкновении с социальной ситуацией, связанной с оценкой, способно предотвратить действие негативных эмоций на какое-то время.

Вероятно, механизм когнитивного закрытия у пациентов с социальной фобией в соответствии с формулировкой теоретического конструкта не выполняет своих функций, а именно защиту личности от противоречивой информации. Указанная специфическая комбинация низкой решительности и высокой потребности в закрытии суждений в сочетании с высокой потребностью в предсказуемости и в избегании двусмысленности не избавляет личность от дискомфорта социальной тревоги. В результате когнитивное закрытие как социально-когнитивный механизм у пациентов с социальной фобией дополнительно фиксирует выраженные дисфункциональные когнитивные стратегии регуляции эмоциональной сферы.

Проведенные ранее исследования по анализу взаимосвязей между показателями NFCL и тревожной симптоматикой (генерализованное тревожное расстройство) подтверждают обнаруженные нами корреляции между высоким уровнем значений по субшкалам NFCL и проявлениями социальной тревожности [10]. Наиболее сильные позитивные корреляции с тревожной симптоматикой были обнаружены по субшкалам NFCL: Стремление к порядку, Стремление к предсказуемости и Избегание двусмысленности. Кроме этого, исследования показывают неприменимость модели NFCL для выявления взаимосвязей с тревожностью психотического характера. Другие исследователи также ставят под вопрос применимость NFCL для оценки выраженности психотической симптоматики, но обращают внимание на значимость такой характеристики, как Решительность, в аспекте ее взаимосвязей с тревожной симптоматикой [11]. Кроме того, в литературе также представлены исследования, показывающие, что диссонанс между высокой потребностью в когнитивном закрытии и неспособностью к его достижению может влиять на развитие психопатологических проявлений преимущественно тревожного, соматоформного и депрессивного характера [21].

Выводы

1. Высокая потребность в когнитивном закрытии является значимой мотивационной характеристикой социальной фобии.

2. Используемые дисфункциональные когнитивные стратегии регуляции эмоциональной сферы, связанные с когнитивными искажениями, отражаются в неспособности личности с социальной фобией достигать когнитивного закрытия с формированием непротиворечивых, снижающих тревогу суждений при самовосприятии и оценке социальной реальности, а также усиливают мотивацию к социальному избеганию.

3. Паттерны взаимосвязей между субшкалами NFCL и CERQ у пациентов с социальной фобией и лиц без психических расстройств, связанные с потребностью

в когнитивном закрытии и используемыми способами когнитивной регуляции эмоций, существенно различаются, что отражает специфические особенности эмоционально-когнитивной сферы пациентов с социальной фобией.

Ограничения исследования. Обследованная группа не была разделена на подгруппы в зависимости от имеющейся коморбидной патологии, также не были установлены корреляционные взаимосвязи социальной тревожности, NFCL и шкал CERQ с отдельными проявлениями коморбидности.

Перспективы исследования. Выявленные особенности потребности в когнитивном закрытии требуют изучения данного феномена в динамике, особенно в процессе терапии социальной фобии (терапия принятия и ответственности, когнитивно-поведенческая терапия). Полученная в ходе подобных исследований информация может быть использована как в диагностических, так и в прогностических целях при оценке эффективности терапии социальной фобии.

Литература

1. Бохан Н.А., Диденко А.В., Аленина О.К. Коморбидные психические расстройства и качество жизни пациентов с социальной фобией // Психиатрия. 2022. Том 20. № 2. С. 14–23. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23
2. Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» // Национальный психологический журнал. 2016. Том 21. № 1. С. 31–44. DOI: 10.11621/npj.2016.0105
3. Краснова-Гольева В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. Том 3. № 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml (дата обращения: 11.12.2022)
4. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.
5. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Том 117. № 4. С. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22
6. Ясин М.И. Когнитивная закрытость и установки в межличностных отношениях // Психолог. 2017. № 5. С. 46–54. DOI: 10.25136/2409-8701.2017.5.22350
7. Ясин М.И. Концепция когнитивной закрытости: история и смежные понятия // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Том 26. № 1. С. 174–181. DOI: 10.34216/2073-1426-2020-26-1-174-181
8. Akkuş K., Peker M. Exploring the relationship between interpersonal emotion regulation and social anxiety symptoms: The mediating role of negative mood regulation

expectancies // *Cognitive Therapy and Research*. 2022. Vol. 46. № 2. P. 287–301. DOI: 10.1007/s10608-021-10262-0

9. *Chiu K., Clark D.M., Leigh E.* Cognitive predictors of adolescent social anxiety // *Behaviour Research and Therapy*. 2021. Vol. 137. Article 103801. DOI: 10.1016/j.brat.2020.103801

10. *Colbert S.M., Peters E.R., Garety P.A.* Need for closure and anxiety in delusions: A longitudinal investigation in early psychosis // *Behaviour Research and Therapy*. 2006. Vol. 44. № 10. P. 1385–1396. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.007

11. *Daren A., Mętel D., Błądziński P. et al.* The relationships of need for closure dimensions with psychotic-like experiences and jumping to conclusions. A study of a large cross-population sample // *Psychiatria Polska*. 2021. Vol. 55 (2). P. 287–307. DOI: 10.12740/PP/131533

12. *Freeman D., Garety P., Kuipers E. et al.* Delusions and decision-making style: Use of the Need for Closure Scale // *Behaviour Research and Therapy*. 2006. Vol. 44. № 8. P. 1147–1158. DOI: 10.1016/j.brat.2005.09.002

13. *Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P.* Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems // *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30. № 8. P. 1311–1327. DOI: /10.1016/S0191-8869(00)00113-6

14. *Gilboa-Schechtman E.* A dual-system model of social anxiety disorder: The interplay of the social-rank and affiliation biopsychosocial systems // *Clinical Psychology and Special Education*. 2020. Vol. 9. № 3. P. 15–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090302

15. *Givon-Benjio N., Oren-Yagoda R., Aderka I.M. et al.* Biased distance estimation in social anxiety disorder: A new avenue for understanding avoidance behavior // *Depression and Anxiety*. 2020. Vol. 37. № 12. P. 1243–1252. DOI: 10.1002/da.23086

16. *Heimberg R., Horner K.J., Juster H.R. et al.* Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale // *Psychological Medicine*. 1999. Vol. 29. P. 199–212. DOI: 10.1017/s0033291798007879

17. *Jaśko K., Czernatowicz-Kukuczka A., Kossowska M. et al.* Individual differences in response to uncertainty and decision making: The role of behavioral inhibition system and need for closure // *Motivation and Emotion*. 2015. Vol. 39. № 4. P. 541–552. DOI: 10.1007/s11031-015-9478-x

18. *Kruglanski A.W.* Lay Epistemic Theory // *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1* / P.A. Van Lange, A.W. Kruglanski, E. Tory Higgins (eds.). London: SAGE Publishing, 2012. P. 201–219. DOI:10.4135/9781446249215.n11

19. *Kruglanski A.W.* The psychology of closed mindedness. New York: Psychology Press, 2004. P. 5–13. DOI: 10.4324/9780203506967

20. *Rapee R.M., Heimberg R.G.* A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia // *Behavior Research and Therapy*. 1997. Vol. 35. № 8. P. 741–756. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3

21. Roets A., Soetens B. Need and ability to achieve closure: relationships with symptoms of psychopathology // *Personality and Individual Differences*. 2010. Vol. 48. № 2. P. 60–65. DOI: 10.1016/j.paid.2009.09.013
22. Roets A., Van Hiel A. Separating ability from need: Clarifying the dimensional structure of the Need for Closure Scale // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007. Vol. 33. № 2. P. 266–280. DOI: 10.1177/0146167206294744
23. Sewart A.R., Niles A.N., Burklund L.J. et al. Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 2019. Vol. 50 (6). P. 1112–1124. DOI: 10.1016/j.beth.2019.07.001
24. Spence S.H., Rapee R.M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model // *Behavior Research and Therapy*. 2016. Vol. 86. P. 50–67. DOI: 10.1016/j.brat.2016.06.007
25. Webster D.M., Kruglanski A.W. Cognitive and social consequences of the need for cognitive closure // *European Review of Social Psychology*. 1997. Vol. 18. № 1. P. 133–173. DOI: 10.1080/14792779643000100
26. Webster D.M., Kruglanski A.W. Individual differences in need for cognitive closure // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994. Vol. 67. № 6. P. 1049–1062. DOI: 10.1037//0022-3514.67.6.1049

References

1. Bokhan N.A., Didenko A.V., Alenina O.K. Komorbidnye psikhicheskie rasstroistva i kachestvo zhizni patsientov s sotsial'noi fobiey [Comorbid Mental Disorders and Quality of Life in Patients with Social Phobia]. *Psikhiatriya = Psychiatry (Moscow)*, 2022, vol. 20, no. 2, pp. 14–23. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Grigorieva I.V., Enikolopov S. N. Aprobatsiya oprosnikov «Shkala sotsial'noi trevozhnosti Libovitsa» i «Shkala strakha negativnoi otsenki (kratkaya versiya)» [Testing questionnaires «Liebowitz Social Anxiety Scale» and «Fear of Negative Evaluation Scale» (short version)]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal = National Psychological Journal*, 2016, vol. 21, no.1, pp. 31–44. DOI: 10.11621/npj.2016.0105 (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Krasnova-Golyeva V.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost' i studencheskaya dezadaptatsiya [Social anxiety and student maladaptation]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru = Psychological Science and Education psyedu.ru*, 2011, vol. 3, no. 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml (Accessed: 11.12.2022). (In Russ.).
4. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka russkoyazychnoi versii oprosnika kognitivnoi regulyatsii eh Motsii [Development of the Russian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya = Moscow University Psychology Bulletin*, 2011, no. 4, pp. 161–179. (In Russ.).

5. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Sindrom sotsial'noi fobii i ego psikhologicheskoe sodержanie [A psychological content of social phobia syndrome]. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2017, vol. 117, no. 4, pp. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22 (In Russ.).
6. Yasin M.I. Kognitivnaya zakrytost' i ustanovki v mezhlichnostnykh otnosheniyakh [Cognitive closeness and attitudes in interpersonal relationships]. *Psikholog = Psychologist*, 2017, no. 5, pp. 46–54. DOI: 10.25136/2409-8701.2017.5.22350 (In Russ.).
7. Yasin M.I. Kontsepsiya kognitivnoi zakrytosti: istoriya i smezhnye ponyatiya [Cognitive closure concept: History and relevant notions]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetica*, 2020, vol.26, no. 1, pp. 174–181. DOI: 10.34216/2073-1426-2020-26-1-174-181 (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Akkuş K., Peker M. Exploring the relationship between interpersonal emotion regulation and social anxiety symptoms: The mediating role of negative mood regulation expectancies. *Cognitive Therapy and Research*, 2022, vol. 46, no. 2, pp. 287–301. DOI: 10.1007/s10608-021-10262-0
9. Chiu K., Clark D.M., Leigh E. Cognitive predictors of adolescent social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 2021, vol. 137, article 103801. DOI: 10.1016/j.brat.2020.103801
10. Colbert S.M., Peters E.R., Garety P.A. Need for closure and anxiety in delusions: A longitudinal investigation in early psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 2006, vol. 44, no. 10, pp. 1385–1396. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.007
11. Daren A., Mętel D., Błądziński P. et al. The relationships of need for closure dimensions with psychotic-like experiences and jumping to conclusions. A study of a large cross-population sample. *Psychiatria Polska*, 2021, vol. 55 (2), pp. 287–307. DOI: 10.12740/PP/131533
12. Freeman D., Garety P., Kuipers E. et al. Delusions and decision-making style: Use of the Need for Closure Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 2006, vol. 44, no. 8, pp. 1147–1158. DOI: 10.1016/j.brat.2005.09.002
13. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2001, vol. 30, no. 8, pp. 1311–1327. DOI: /10.1016/S0191-8869(00)00113-6
14. Gilboa-Schechtman E. A dual-system model of social anxiety disorder: The interplay of the social-rank and affiliation biopsychosocial systems. *Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9, no. 3, pp. 15–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090302
15. Givon-Benjio N., Oren-Yagoda R., Aderka I.M. et al. Biased distance estimation in social anxiety disorder: A new avenue for understanding avoidance behavior. *Depression and Anxiety*, 2020, vol. 37, no. 12, pp. 1243–1252. DOI: 10.1002/da.23086

16. Heimberg R., Horner K.J., Juster H.R. et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 1999, vol. 29, pp. 199–212. DOI: 10.1017/s0033291798007879
17. Jaśko K., Czernatowicz-Kukuczka A., Kossowska M. et al. Individual differences in response to uncertainty and decision making: The role of behavioral inhibition system and need for closure. *Motivation and Emotion*, 2015, vol. 39, no. 4, pp. 541–552. DOI: 10.1007/s11031-015-9478-x
18. Kruglanski A.W. Lay Epistemic Theory. In P.A. Van Lange, A.W. Kruglanski, E. Tory Higgins (eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1*. London: SAGE Publishing, 2012, pp. 201–219. DOI: 10.4135/9781446249215.n11
19. Kruglanski A.W. The psychology of closed mindedness. New York: Psychology Press, 2004. P. 5–13. DOI: 10.4324/9780203506967
20. Rapee R.M., Heimberg R.G. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 1997, vol. 35, vol 8, pp. 741–756. DOI: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3
21. Roets A., Soetens B. Need and ability to achieve closure: relationships with symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 2010, vol. 48, vol. 2, pp. 60–65. DOI: 10.1016/j.paid.2009.09.013
22. Roets A., Van Hiel A. Separating ability from need: Clarifying the dimensional structure of the Need for Closure Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2007, vol. 33, no. 2, pp. 266–280. DOI: 10.1177/0146167206294744
23. Sewart A.R., Niles A.N., Burklund L.J. et al. Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2019, vol. 50 (6), pp. 1112–1124. DOI: 10.1016/j.beth.2019.07.001
24. Spence S.H., Rapee R.M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behavior Research and Therapy*, 2016, vol. 86, pp. 50–67. DOI: 10.1016/j.brat.2016.06.007
25. Webster D.M., Kruglanski A.W. Cognitive and social consequences of the need for cognitive closure. *European Review of Social Psychology*, 1997, vol. 18, no. 1, pp. 133–173. DOI: 10.1080/14792779643000100
26. Webster D.M., Kruglanski A.W. Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, vol. 67, no. 6, pp. 1049–1062. DOI: 10.1037//0022-3514.67.6.1049

Информация об авторах

Диденко Александр Владимирович, доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, отделение пограничных состояний, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, Сибирский государственный

Диденко А.В., Аленина О.К., Оглезнева А.В.
Потребность в когнитивном закрытии
у пациентов с социальной фобией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 70–91.

Didenko A.V., Alenina O.K., Oglezneva A.V. Need for
Cognitive Closure in Patients with Social Phobia
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 70–91.

медицинский университет (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru

Аленина Олеся Кареновна, врач-психиатр, отделение пограничных состояний, НИИ психического
здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН),
г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail:
dr.alenina.ok@mail.ru

Оглезнева Анастасия Викторовна, старший преподаватель, кафедра организации кадровой,
социальной, психологической и воспитательной работы, Томский институт повышения
квалификации работников Федеральной службы исполнения наказаний России (ФКУ ДПО Томский
ИПКР ФСИН России), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-8584>,
e-mail: anastasiavia01@mail.ru

Information about the authors

Alexander V. Didenko, MD, Associate Professor, Leading Researcher, Department of the Borderline States of
the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of
Sciences, Tomsk, Russia; Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Siberian
State Medical University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail:
dedzone@yandex.ru

Olesya K. Alenina, Psychiatrist, Department of the Borderline States of the Mental Health Research
Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru

Anastasia V. Oglezneva, Senior Lecturer, Department of Organization of Personnel, Social, Psychological
and Educational Work, Tomsk Institute of Advanced Training of Employees of the Federal
Penitentiary Service of Russia, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-8584>, e-mail:
anastasiavia01@mail.ru

Получена: 09.08.2022

Received: 09.08.2022

Принята в печать: 28.12.2022

Accepted: 28.12.2022

Особенности распознавания эмоций и управления ими при гелотофобии

Климова К.К.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (ФГБОУ ВО РАНХиГС), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2163-4996>, e-mail: klimova-kk@ranepa.ru

Кравченко Ю.Е.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (ФГБОУ ВО РАНХиГС), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3351-123X>, e-mail: asunaro@mail.ru

Гелотофобия — боязнь осмеяния, проявляющаяся как в составе тревожных и депрессивных расстройств, так и самостоятельно. В исследовании выяснялось, ограничиваются ли свойственные гелотофобии особенности распознавания и контроля экспрессии областью позитивных эмоций или проявляются в регуляции других эмоций; сопоставимы ли результаты самоотчетных и тестовых методов оценки понимания эмоций, а также прямой и косвенной оценки способности к контролю эмоций. В совокупности приняли участие 235 студентов первого курса гуманитарных направлений Института общественных наук ФГБОУ ВО РАНХиГС, среди которых 181 девушка и 54 юноши (средний возраст — $17,95 \pm 1,78$ лет). Использовались следующие самоотчетные методики: ЭМИн, GELOPH-15, Опросник способов копинга (ОСК), Торонтская алекситимическая шкала, Метод определения атрибутивных стилей; а также тестовые методы: Видео-тест Д.В. Люсина и В.В. Овсянниковой и аппаратное хронометрирование скорости определения эмоций по стабильному изображению. Результаты обрабатывались с помощью сравнительного, корреляционного и регрессионного видов анализа. Результаты исследования свидетельствуют о том, что связанные с гелотофобией особенности распознавания и контроля эмоций распространяются, помимо радости, на печаль, но не страх и гнев. Видимое ухудшение качества распознавания и контроля эмоций хорошо фиксируется самоотчетными методами, тогда как тестовые задачи свидетельствуют об отсутствии таких ухудшений или их вторичности: точность распознавания снижается только при ограничении времени, отводимого на распознавание позитивной экспрессии. Снижение эффективности контроля эмоций проявляется только в более редком обращении к копингу «Избегание» (более низкие оценки своей способности контролировать достижение успеха и избегание неудачи).

Ключевые слова: гелотофобия, эмоциональный интеллект, копинг, стили объяснения успехов и неудач, категоризация эмоций, понимание эмоций, контроль экспрессии.

Для цитаты: Климова К.К., Кравченко Ю.Е. Особенности распознавания эмоций и управления ими при гелотофобии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 92–113. DOI: 10.17759/cpse.2022110404

Understanding and Managing Emotions in Gelotophobia

Kseniia K. Klimova

*Russian Presidential Academy of National Economy
and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2163-4996>, e-mail: klimova-kk@ranepa.ru*

Yunna E. Kravchenko

*The Russian Presidential Academy of National Economy
and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3351-123X>, e-mail: [e-mail: asunaro@mail.ru](mailto:asunaro@mail.ru)*

Gelotophobia is a fear of ridicule, that manifests both as part of anxiety and depressive disorders, and independently. The study finds out whether some features of recognition and control of expression are limited to the area of positive emotions or manifest themselves in the regulation of other emotions with gelotophobia. The results of self-reporting and test methods for assessing the understanding of emotions, as well as direct and indirect measurements of the ability to control emotions, are compared, and an interference effect of alexithymia is controlled. In total 235 subjects took a part ($M_{age}=17,95$, $SD_{age}=1,78$), among whom 181 female and 54 male students of the humanities answered questionnaires Emotional Intelligence (EI), Ways of coping (WCQ) of Lazarus, Questionnaire of Gelotophobia (GELOPH-15), Toronto Alexithymia Scale (TAS), attributional style questionnaire of Seligman) and did tests (Video Test of Lysin and Ovsyannikova, timing of emotion naming). Quantitative comparative analysis, correlation, and regression analysis were used. The results indicate that some characteristic properties of recognition and control of emotions associated with gelotophobia extend to some other emotions (sadness, but not fear and anger). The reduction in recognition and control of emotions in gelotophobia manifests only through self-reporting methods, while tests show minimal differences depending on gelotophobia grade and their derived character. The accuracy of recognition decreases with gelotophobia grade only when the recognition time is limited. The reduction of control manifests only in the rarer use of Avoidance coping, which is associated with a lower evaluation of the ability to control achieving success and avoiding failure by the individual. the conviction of the individual.

Keywords: gelotophobia, emotional intelligence, coping, attribution of success and failure style, emotions categorization, emotions recognition, expression control.

For citation: Klimova K.K., Kravchenko Yu.E. Understanding and Managing Emotions in Gelotophobia. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 92–113. DOI: 10.17759/cpse.2022110404 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Гелотофобия — боязнь осмеяния, которая делает ее обладателей подозрительными и тревожными по отношению к людям, которые веселятся или шутят. В структуру гелотофобии входят неумение воспринимать улыбку и смех собеседника как нечто позитивное, неспособность различать добродушное подтрунивание и агрессивное дразнение и болезненное реагирование на юмористические замечания — доброжелательные шутки окружающих воспринимаются как насмешки. Обладатели гелотофобии смеются как бы против воли, их смех может быть неестественным и неуместным. Юмор при гелотофобии тоже неуместный и агрессивный; такие люди способны шутить только в присутствии близких, не могут использовать юмор в качестве копинга [7; 15; 21].

Изначально М. Титц обнаружил гелотофобию как феномен при работе с пациентами клиники неврозов. Он заметил, что некоторые пациенты с расстройствами тревожного и депрессивного спектров убеждены, что они являются смешными и нелепыми, и поэтому озабочены смехом окружающих. Такую озабоченность М. Титц охарактеризовал как паранойяльную тенденцию, проявляющуюся в гипертрофированной чувствительности к оскорблениям, провоцирующей замкнутость [25].

Впоследствии подобная гипертрофированная боязнь осмеяния обнаружилась и при отсутствии невротических проявлений, что позволило присвоить ей статус самостоятельного синдрома. В. Рух и Р.Т. Проьер выделили критерии различения здорового страха выглядеть смешным и его патологических проявлений. Патологический страх осмеяния отличают следующие манифестации: страх выглядеть смешным является безосновательным (актуальная причина высмеивания со стороны других людей отсутствует); физиологические и поведенческие симптомы в ответ на чьи-то шутки имеют экстраординарную интенсивность; страх сохраняется длительное время в отсутствие подкрепления [7; 11].

В контексте перечисленных особенностей основным предметом изучения когнитивных аспектов гелотофобии стала специфика различения доброжелательной и негативной окрасок юмора, а также способность к контролю эмоциональных переживаний и реакций, связанных с восприятием юмора.

В целом исследователи отмечают более низкие способности к различению насмешек и доброжелательного смеха при гелотофобии [11; 18; 22], и качество такого различения по картиночным тестам коррелирует с самоотчетом [20]. Однако проанализировав публикации по теме в базах e-library, Psycarticals и Psychinfo, нам не удалось найти исследований, проверяющих, распространяется ли данная закономерность на функции различения эмоций других людей или же она ограничивается только распознаванием доброжелательной или враждебной интенции,

лежащей за веселой экспрессией. Поскольку восприятие экспрессии других людей варьирует на фоне собственных переживаний человека, можно допустить, что гелотофобия может затронуть не только уровень распознавания веселой экспрессии окружающих, но и экспрессии страха (поскольку переживается боязнь осмеяния), а также экспрессии гнева, который выступает типичной реакцией на осмеяние, особенно публичное. Также при гелотофобии может быть искажено восприятие печали — эмоции, которая во многих теориях эмоций выступает противоположностью радости.

Нам удалось найти только косвенные свидетельства в пользу существования специфики распознавания других эмоций, кроме веселья, при гелотофобии. Об особой незащищенности в отношении проявлений гнева и агрессии свидетельствуют психофизиологические данные И. Папусек и коллег. В серии исследований с использованием электроэнцефалограммы они показали, что активация префронтальных и задних зон коры при распознавании веселья при гелотофобии снижена по сравнению с контрольной группой. Авторы интерпретируют меньшую активность этих зон как показатель ослабленной высокоуровневой переработки информации, связанной с переживаниями гнева и агрессии, что делает обладателя гелотофобии более подверженным этим переживаниям и менее способным к пониманию их оттенков — различению дружеского подшучивания и высмеивания [13; 14; 16].

С таким же недостатком исследовательских данных мы столкнулись в отношении способности к контролю эмоций. Исследователи в основном фокусируются на факте, что при гелотофобии затруднено использование юмора в качестве стратегии копинга, т.е. в качестве средства преодоления негативных переживаний и стресса [2; 11; 23]. Однако не исключено, что это не единственная стратегия копинга, возможности использования которой ограничены, а ее ограничение является частным случаем более общего нарушения способности к контролю эмоций. Дефицит контроля эмоций обычно распространяется на другие сферы, в том числе связанные с последствиями гелотофобии. По наблюдениям М. Титца страх показаться смешным, тревога по поводу социальных контактов, гнев в адрес смеющихся, печаль и депрессивные состояния часто сопровождаются гелотофобией. В подтверждение этому обладатели гелотофобии в самоотчетных методиках оценивают свои способности к контролю эмоций в целом и не пытаются противостоять негативному воздействию стрессовых ситуаций [10; 15].

Косвенно о снижении контроля эмоций при гелотофобии свидетельствуют хорошо реплицируемые связи между гелотофобией и деструктивными стилями привязанности [8; 10; 15; 27]. Нарушение привязанности возникает как реакция на невозможность своевременно получить материнскую заботу и внимание в раннем возрасте и проявляется в преувеличенном и ненасыщаемом стремлении контролировать привязанность партнера в старших возрастах [19].

Данные об особенностях понимания и контроля эмоций при гелотофобии иногда выглядят противоречиво по причине различий в методах исследования. На это обратили внимание сами исследователи [8; 17], которые указывают, что обладателей гелотофобии отличают не столько особенности функционирования тех или иных процессов, сколько обесценивающее отношение к ним со стороны их обладателей.

Так, остроумие и способность шутить при гелотофобии не снижены (хотя имеют свои особенности), но недооцениваются их обладателями. Такое же отношение выявляется и к неэмоциональным процессам при гелотофобии. «Гелотофобия не связана с уровнем развития когнитивных способностей (вербальным и математическим интеллектом, пространственным мышлением, рассуждением, словарным запасом, памятью и вниманием), однако люди с высокой степенью выраженности гелотофобии склонны их недооценивать» [17 с. 152]. Поэтому измерение с помощью самоотчетных и тестовых методов одних и тех же личностных особенностей при гелотофобии может давать различающиеся результаты.

Это обстоятельство привело нас к ряду вопросов.

1) Сопряжено ли наличие гелотофобии с более низкой или высокой оценкой своих способностей к пониманию и контролю эмоций (своих и других людей)?

2) Затрагивают ли эти особенности только субъективное представление (самоотчет) человека о своих способностях распознавать и контролировать эмоции или проявляются в эффективности решения тестовых заданий?

3) Действительно ли особенности распознавания и контроля эмоций при гелотофобии ограничиваются только проявлениями веселья и не распространяются на сферы других эмоций?

Поиск ответов на эти вопросы и стал целью предлагаемого нами исследования. Учитывая тесную связь гелотофобии с озабоченностью своим образом в глазах окружающих, мы предположили, что большинство нарушений распознавания и контроля эмоций выявятся в самоотчетных методиках, но не в тестовых, и будут нарастать пропорционально выраженности гелотофобии. Чем больше выражена гелотофобия, тем больше эти особенности будут распространяться на другие эмоции, помимо распознавания и контроля веселья. Основываясь на том, что первоначально гелотофобия была описана как симптом в невротической картине депрессивных и тревожных расстройств, мы ожидали обнаружить более низкую оценку своих способностей к пониманию и контролю эмоций даже при минимальной выраженности гелотофобии. Более низкая оценка может основываться на сравнении своего болезненного реагирования на веселье окружающих с более легким реагированием других людей. Однако не исключена и более высокая оценка этих способностей, основанная на уверенности в том, что обладатель гелотофобии видит больше, чем другие: оскорбления и насмешки, скрытые за улыбкой и шуткой. В случае подтверждения наших гипотез можно будет рассматривать в качестве перспективы для дальнейших исследований возможность распространения особенностей контроля и распознавания экспрессии за пределы веселья (основного объекта страха при гелотофобии) на другие эмоции. А также возможность изучить искажения репрезентации своих способностей к пониманию и контролю эмоций как признаки перехода от страха осмеяния, присущего любому человеку в норме, к его невротическому протеканию, и даже шире — как признаки, позволяющие подозревать невротическую подоплеку в других психологических явлениях эмоциональной природы (например, в особенностях характера), встречающихся как в норме, так и в клинике.

Методы исследования

Выборка. В исследовании приняли участие 235 студентов, обучающиеся в РАНХиГС на первом курсе по гуманитарным направлениям. Возрастной диапазон респондентов составил 16–23 года (средний возраст — $17,95 \pm 1,78$ лет); участвовали 181 девушка и 54 юноши. Поскольку гелотофобия диагностировалась нами методикой, нормированной на клинической и не клинической группах, критерии включения и исключения из выборки не применялись.

Процедура исследования. Опросники заполнялись с помощью гугл-форм: 125 респондент заполнил гугл-формы в аудитории в присутствии исследователя, 110 респондентов заполнили опросники вне университета.

Самоотчетные методики

1. *Опросник GELOPH-15* (в адаптации Е.А. Стефаненко, Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова) применялся для выявления гелотофобии [7]. Опросник нормирован на клинической (пациенты клиники неврозов с депрессивными и тревожными диагнозами) и на обычной выборках, устанавливает среднестатистические нормы выраженности гелотофобии при тревожных и депрессивных расстройствах и среднестатистический уровень выраженности гелотофобии, встречающийся в повседневной жизни в отсутствие невротической симптоматики. Это позволяет с помощью одной методики оценивать соответствие статистической норме проявлений гелотофобии при наличии и отсутствии невротического расстройства [23, с. 97]. Таким образом, GELOPH-15 позволяет устанавливать полное отсутствие страха осмеяния, пограничное состояние, слабую, среднюю и сильную выраженность гелотофобии. Опросник состоит из 15 утверждений, оценивающих субъективный уровень страха насмешки по шкале Ликерта от 1 («полностью не согласен») до 4 баллов («полностью согласен»). Количество баллов суммируется и делится на количество вопросов; итоговый балл варьируется в диапазоне от 1 до 4 ($M=2,5$, $SD=0,5$).

2. *Опросник ЭМИн* (разработан Д.В. Люсиным [3]) использовался для оценки способности к контролю эмоций. Этот самоотчетный опросник позволяет оценить эффективность понимания и контроля своих эмоций и эмоций другого человека, а также контроль собственной экспрессии. Методика состоит из 46 прямых и обратных утверждений, оцениваемых от 1 балла («полностью не согласен») до 4 баллов («полностью согласен»). Пункты объединяются в пять субшкал: 1) Общий эмоциональный интеллект, который трактуется как способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими; 2) Межличностный эмоциональный интеллект — понимание эмоций других людей; 3) Внутриличностный эмоциональный интеллект — понимание собственных эмоций; 4) Способность к пониманию своих и чужих эмоций; 5) Способность к управлению своими и чужими эмоциями. В основе измерения лежит шкала стенов, субшкалы различаются по среднему стандартному отклонению.

В дополнение были взяты две стандартизированные самоотчетные методики, оценивающие способность к контролю эмоций не непосредственно, а через оценку

убеждений относительно контролируемости причин успехов и неудач, служащих поводами для оптимистических и пессимистических переживаний, и через оценку частоты использования отдельных способов контроля негативных переживаний и стресса.

3. *Опросник определения атрибутивных стилей* разработан М. Зелигманом на основании его теории выученной беспомощности [5] и использовался нами для оценки способностей к контролю возникновения позитивных и негативных эмоций через контролируемость источников этих переживаний. Опросник состоит из 48 вопросов, образующих 9 стандартизированных шкал, соответствующих атрибутивным стилям: негативный интернальный, негативный стабильный, негативный глобальный; позитивный интернальный, позитивный стабильный, позитивный глобальный, общий позитивный, общий негативный атрибутивный и ведущий [5]. Для получения результатов по общему позитивному и общему негативному атрибутивным стилям складываются три показателя по оценке позитивных и негативных событий соответственно. Чтобы высчитать ведущий стиль, высчитывается разница между общим позитивным и общим негативным стилями. Шкалы отражают уверенность человека в своих возможностях достижения успеха и избегания неудачи, выступающих фундаментальными источниками позитивных и негативных переживаний. Оптимистический стиль реагирования предполагает контролируемость достижения успеха и убежденность в случайной и непредсказуемой природе неудач. Пессимистический стиль, напротив, отражает уверенность в случайности успеха и неконтролируемости неудач, которые возникают по причине «непреодолимых» личностных особенностей.

4. *Методика Опросник способов coping (ОСК)* [1] является единственной полной адаптацией известного опросника *Ways of Coping (WCQ)* [11; 12] и использовалась нами для косвенной оценки способности к контролю эмоций через количество и частоту обращения к разным по характеру действия средствам такого контроля (стратегиям coping). Методика состоит из 66 утверждений, степень согласия с которыми оценивается по шкале Ликерта от 0 до 3. Результаты отражают частоту использования стратегий coping: планомерное решение проблемы, обращение за поддержкой к социальному окружению, позитивная переоценка, противостояние, самоконтроль, самообвинение, фантазирование и надежда на внешние силы, дистанцирование, уход, избегание.

Поскольку затруднения в словесном описании своего состояния могли повлиять на результаты исследования, алекситимия была введена как контролирующая переменная и также измерялась самоотчетной методикой.

5. *Торонтская алекситимическая шкала* (в адаптации Е.Г. Старостиной и др. [6]) использовалась для оценки способности респондентов называть эмоции, переживаемые ими самим или другими людьми. Шкала стандартизована, состоит из 20 утверждений, оцениваемых респондентом по пятибалльной шкале Ликерта. Шкала содержит нормативные значения, полученные на представительной выборке терапевтических больных и позволяющие установить невротический уровень, легкую степень или отсутствие алекситимии.

Тестовые методики

1. *Видео-тест Д.В. Люсина и В.В. Овсянниковой* [4] использовался для оценки способности к пониманию своих и чужих эмоций. Тест позволяет оценить точность понимания эмоций и сензитивность к положительной и отрицательной валентностям переживания эмоций. Тест состоит из семи отобранных разработчиками видеозаписей естественного поведения отдельных лиц, групп людей и индивидуально-группового взаимодействия. Длительность каждой записи примерно 60 секунд. На роликах были представлены один или несколько персонажей. Респондентам предстояло оценить интенсивность эмоции ключевого персонажа по набору шкал. Для этого авторы разработали 15 шкал, представляющих собой названия эмоциональных категорий (гнев, расслабленность, удивление, презрение, стыд, тревога, отвращение, интерес, недовольство, возбуждение, страдание, радость, страх, спокойствие, вина). Тест проводился в аудитории с помощью компьютерной презентации. Обработка результатов проводилась с помощью электронного ключа, составленного разработчиками, основанного на сопоставлении точности определения эмоций респондентами и приписываемой ими интенсивности с данными экспертов, закодированными в электронный ключ. Итоговые результаты Видео-теста представлены в шкале стенов.

2. *Аппаратное хронометрирование* скорости определения эмоций по стабильному изображению применялось в качестве альтернативной тестовой оценки точности и скорости называния модальности эмоций. Процедура была реализована с помощью программного обеспечения Ogama 5.0, позволяющего регистрировать скорость реакции от начала предъявления стимула до итогового выбора ответа, а также записывать траекторию движения мыши, которая показывает перемещения между разными вариантами ответов до итогового выбора. Участники должны были по фотографии называть модальность четырех эмоций: радости, печали, страха и гнева. Радость и страх были выбраны исходя из понятия гелотофобии как боязни осмеяния, а печаль и гнев — как противоположные радости и страху модальности переживания. Распознавание модальностей эмоций производилось по фотографиям на основании двух источников — лицевой экспрессии и обстоятельств переживания.

Лица, использованные в качестве стимульного материала, были взяты из базы эмоциональных выражений NimStim, имеющейся в открытом доступе в интернете [26]. Всего было 4 мужских лица и 4 женских, выражающих базовые эмоции гнева, страха, радости и печали. На основании данных обширного кросскультурного исследования [24], авторы которого описали условия и события, наиболее типичные с точки зрения представителей более чем двух десятков культур для переживания базовых эмоций, были подобраны изображения ситуаций, которые наиболее типичны для переживания тех же эмоций.

В инструкции респондентов просили на основании лицевой экспрессии или оценки ситуации переживания оценить, какую из четырех эмоций чувствует человек на фотографии. Респонденту нужно было кликнуть мышью на наименование эмоции, которую он считает наиболее соответствующей данному выражению лица или обстоятельству. На фотографиях могли предъявляться: 1) лицо с определенной экспрессией на белом фоне; либо 2) изображение обстоятельств и фигуры человека

с неразличимым выражением лица; либо 3) ситуации, в которых выражение лица соответствовало обстоятельствам переживания и было вызвано ими; либо 4) ситуации, в которых выражение лица отличалось, либо было прямо противоположно тем переживаниям, которые провоцируют обстоятельства, видимые на фотографии. Оценивались точность и скорость называния эмоции по лицу или на основе оценки условий переживания. Всего респондентами оценивалось 170 изображений.

Анализ данных. Обработка результатов проводилась в три этапа. Предварительно контролировалось влияние побочных переменных — алекситимии и гендерных особенностей — на результаты выполнения методик исследования. На первом этапе выявлялись особенности контроля и понимания эмоций, которые сопряжены с наличием или отсутствием гелотофобии, путем сравнения средних значений (критерий Манна–Уитни) по самоотчетным методикам ($n=235$). На втором и третьем этапах результаты самоотчетных методик в совокупности с тестовой оценкой точности и скорости распознавания эмоций в двух разных тестовых процедурах обрабатывались с помощью линейного регрессионного анализа ($n=201$). Так как тестовые процедуры измеряли одни и те же психологические особенности разными методами, совмещение их в одной процедуре статистической обработки было недопустимо, поэтому были построены две регрессионные модели. Поскольку в основе регрессионного анализа лежит оценка множественной корреляции, применение его к результатам всей выборки позволило соблюсти одно из обязательных требований данной статистической процедуры — избежать ограничения диапазона переменной, операционализирующей объект исследования (выраженность проявлений гелотофобии).

Результаты

Особенности контроля эмоций, связанные со страхом осмеяния

Ранговый коэффициент Спирмена показал, что выраженность гелотофобии и алекситимии не коррелируют ($r=0,12$; $p=0,89$). Поэтому можно исключить коварирующее влияние способности высказываться о своих эмоциях на результаты исследования. Также отсутствуют значимые гендерные различия между участниками по всем переменным, измеряемым в исследовании.

Оценка по критерию Колмогорова–Смирнова показала, что распределение ответов по гелотофобии, эмоциональному интеллекту, копингам, стилям реагирования на успехи и неудачи не соответствует нормальному и не позволяет пользоваться параметрической статистикой. Поэтому, опираясь на опыт других исследователей [7], выборка была поделена в соответствии с нормами опросника гелотофобии на две группы: люди, у которых гелотофобия варьирует от полностью невыраженной до пограничного состояния страха осмеяния ($n=153$); и те, у кого гелотофобия варьирует от минимальной степени до выраженной ($n=48$). Полученные таким образом группы сравнивались с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни для выяснения тех аспектов самооценки способностей к пониманию и контролю эмоций, высокая или низкая выраженность которых сопряжена с обладанием гелотофобией. Результаты этого анализа приведены в таблице 1.

Таблица 1

Различия в частоте объяснений успехов и неудач, обращений к стратегиям копинга и по эмоциональному интеллекту в связи с наличием или отсутствием гелотофобии

Шкалы	Без гелотофобии (n=153)	С минимальной гелотофобией (n=48)	p
	Средний балл	Средний балл	
Постоянство объяснения неудач	3,69	4,78	0,004
Постоянство объяснения успехов	2,93	1,67	0,028
Широта (распространенность) причин неудач	3,44	4,76	<0,001
Широта (глобальность) причин успеха	3,52	2,42	<0,001
Выраженность пессимистического стиля	12,41	14,76	<0,001
Выраженность оптимистического стиля	9,71	6,67	<0,001
Ведущий атрибутивный стиль (пессимизм)	-2,69	-8,09	<0,001
ЭИ: Управление эмоциями окружающих	18,47	15,88	0,037
ЭИ: Управление своими эмоциями	12,18	9,82	<0,001
Копинг «Избегание»	19,98	3,38	0,040

Примечания. В таблице представлены только те шкалы, по которым выявились значимые различия. ЭИ — эмоциональный интеллект. Результаты представлены с поправкой Холма–Бонферрони на множественные сравнения.

Обобщая данные таблицы 1, можно сказать, что при наличии гелотофобии неудачи рассматриваются как следствие причин, постоянно действующих в широком круге ситуаций, а успехи — как результат редкого и случайного стечения обстоятельств, что характерно для пессимистического стиля объяснения: он существенно выше, чем в группе без гелотофобии. Возможно, именно в этой связи обладатели гелотофобии ниже оценивают свою способность управлять своими и чужими эмоциями, так как острее ощущают недостаток способности контролировать поводы для их переживания — добиваться успехов и избегать неудач — и одновременно не готовы уклоняться от конфронтации с источниками переживания (существенно реже используют копинг «Избегание»). Остальные копинги они используют так же часто, как и люди без гелотофобии. В свете дальнейших результатов существенно то, что значимые различия проявляются только в сфере контроля своих и чужих эмоций, но не в сфере способности к пониманию эмоций.

Особенности распознавания и понимания эмоций, связанные со страхом осмеяния

Для оценки распознавания эмоций, кроме опросника на эмоциональный интеллект, использовались тестовые процедуры, которые исключали дистанционный формат проведения. Поэтому количество участников исследования сократилось до 201, среди которых 157 девушек и 54 юноши. Согласно критерию Колмогорова–Смирнова новое распределение соответствует нормальному виду по всем шкалам, кроме чувствительности к негативной валентности переживания в Видео-тесте (которая в любом случае не вошла ни в одну регрессионную модель), способностей к пониманию своих эмоций и управлению чужими эмоциями при оценке эмоционального интеллекта. Результаты обрабатывались с помощью линейного регрессионного анализа методом пошагового исключения, в котором зависимой переменной была выраженность гелотофобии, а независимыми — шкалы опросника ЭМИн и Видео-теста (см. табл. 2).

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа по данным предикции гелотофобии самоотчетными методиками и результатами Видео-теста (n=201)

Предикторы	β	t	p
Константа		16,82	<0,00
Сензитивность к положительной валентности и низкой активации (спокойствие, расслабленность, радость) ^a	-0,16	-2,60	0,01
Понимание эмоций других людей ^b	0,25	3,19	0,00
Управление эмоциями других ^b	-0,28	-3,56	0,00
Понимание своих эмоций ^b	-0,21	-3,12	0,00
Управление своими эмоциями ^b	-0,28	-4,02	0,00
Точность модели: R=0,51; R ² =0,26; F=13,40; p<0,001			

Примечание: β — стандартизированный коэффициент; ^a — Видео-тест; ^b — Опросник на эмоциональный интеллект.

В таблице 2 выделяются два важных результата. Во-первых, по данным тестовой оценки значимым предиктором гелотофобии оказалась сензитивность к положительной валентности эмоций. Чем сильнее недооценивается выраженность позитивных эмоций в видеосюжетах при выполнении теста, тем больше симптомов гелотофобии демонстрируют участники, среди которых были как обладатели выраженной гелотофобии, так и те, у кого гелотофобия не выражена. Сензитивность к негативной валентности эмоций варьирует независимо от выраженности гелотофобии. То есть чувствительность при распознавании эмоций, непосредственно проявляемая участниками в Видео-тесте, продемонстрировала прогрессивность и избирательность снижения по мере прироста проявлений гелотофобии.

Во-вторых, бросается в глаза противоречие: чем больше расхождение между растущей оценкой способности к пониманию своих эмоций в самоотчете и снижающейся чувствительностью к положительной валентности эмоциональной экспрессии, продемонстрированной в Видео-тесте, тем более выражена гелотофобия. Обращает на себя внимание, что понимание эмоций других людей — это единственная особенность эмоционального интеллекта, которая положительно коррелирует с выраженностью гелотофобии в регрессионной модели. Снижение способности к управлению своими и чужими эмоциями при более выраженной гелотофобии представляется неоднозначным фактом, поскольку распределение данных по обеим шкалам отлично от нормального, что нарушает требования регрессионного анализа. Однако этот результат подтверждается данными сравнения по критерию Манна–Уитни, выявившему более низкие оценки способности к управлению своими и чужими эмоциями при хотя бы минимальной гелотофобии, а также данными других исследователей [14].

Пролить свет на природу расхождения между самооценкой способности к распознаванию эмоций и фактической способностью распознавать чужие эмоции помог тест оценки скорости и точности категоризации эмоций. Возможно, гелотофобия провоцирует у своего обладателя определенную мнительность при оценке экспрессии, когда более выраженные признаки позитивных переживаний распознаются и оцениваются как фальшивые, неискренние, требующие обнаружения истинной подоплеки, совсем не позитивной, и это приводит к различиям в результатах теста и самоотчета. С другой стороны, причина может заключаться в измерительном инструменте. Например, опросник ЭМИн не уделяет достаточного внимания позитивным эмоциям, поэтому качество их распознавания не принимается в расчет в итоговых оценках успешности понимания эмоций, а в Видео-тесте им отведена отдельная шкала и два показателя — точность и сензитивность, из которых только последняя снижается по мере выраженности гелотофобии. То есть чем более выражена гелотофобия, тем более интенсивная позитивная экспрессия необходима, чтобы она была распознана. Поэтому последнее задание на категоризацию эмоций дублировало результаты Видео-теста, так как тоже позволяло оценить и точность, и скорость словесного обозначения эмоций, однако другим способом — не через соответствие ответов испытуемых оценкам экспертов, которое оценивается в Видео-тесте, а с помощью оценки времени реакции при назывании эмоций. Также это задание позволило искусственно развести два источника информации, на основе которой идентифицируется позитивная эмоция — лицевую экспрессию и ситуационный контекст, провоцирующий те или иные эмоции.

Корреляционный анализ количества неправильных ответов при категоризации страха, радости, печали и гнева с симптоматикой гелотофобии с использованием рангового коэффициента Спирмена выявил только две значимые, но крайне слабые корреляции: чем чаще ошибаются при определении страха по лицу ($r=-0,132$, $p=0,046$) и по ситуации ($r=-0,133$, $p=0,045$), тем выше гелотофобия. Также обнаружена одна значимая корреляция между количеством ошибок и опознанием печали по лицу, согласно которой большее количество ошибок сопровождается меньшей выраженностью гелотофобии ($r=-0,130$, $p=0,049$). Однако поправка на множественные сравнения нивелирует эти корреляции. Следовательно, нельзя говорить о том, что точность распознавания разных эмоций как-то связана с выраженностью гелотофобии.

Далее мы исключили из обработки неправильные ответы участников, сохранив только время правильного опознания разных эмоций. Распределение этих данных соответствовало нормальному виду, поэтому был использован линейный регрессионный анализ методом пошагового исключения. Предиктором выступала скорость распознавания четырех эмоций на основе лицевой экспрессии и условий переживания, а зависимой переменной — выраженность гелотофобии. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Результаты регрессионного анализа по данным предикции гелотофобии
 самоотчетными методиками и результатами аппаратного хронометрирования**

Условия распознавания (что предъявляется участнику)	Предикторы	β	t	p
Лицо на белом фоне	Константа		5,01	<0,001
	Гнев	-0,14	-0,98	0,330
	Радость	-0,37	-2,25	0,030
	Печаль	0,39	2,37	0,020
Ситуация переживания, выражение лица неразлично	Гнев	0,28	1,91	0,060
	Страх	-0,18	-0,98	0,330
	Радость	-0,49	-3,04	<0,001
	Печаль	0,17	1,09	0,280
Выражение лица и условия переживания согласованы, называть эмоции по ситуации	Страх	0,37	1,76	0,080
	Радость	-0,59	-2,20	0,030
	Печаль	0,54	3,59	<0,001
Выражение лица и условия переживания согласованы, называть эмоции по лицу	Радость	0,16	1,26	0,220
	Страх	0,14	0,89	0,380
Выражение лица и условия переживания рассогласованы, называть эмоции по ситуации	Печаль	0,24	1,47	0,150
	Гнев	-0,34	-1,96	0,060
	Страх	0,12	0,95	0,350
	Радость	0,58	2,82	0,010
Выражение лица и условия переживания рассогласованы, называть эмоции по лицу	Печаль	-0,36	-2,06	0,050
	Гнев	-0,26	-1,63	0,110
	Страх	0,32	2,10	0,040

Примечание: β — стандартизированный коэффициент регрессии. Жирным шрифтом выделены значимые предикторы.

Значимым предиктором гелотофобии выступает скорость правильного опознания радости и ее противоположности — печали. Причем чем более выражена гелотофобия, тем быстрее опознается печаль и медленнее — радость в тех условиях, когда информация однозначна: если экспрессия и обстоятельства переживания соответствуют друг другу по эмоциональной окраске или если из этих двух источников эмоциональной информации доступен только один. Когда же лицевая экспрессия и обстоятельства переживания не соответствуют друг другу, данная закономерность пропадает и даже меняет знак, как в случае задачи на игнорирование экспрессии и ориентировки только на условия переживания.

Процедура категоризации эмоций позволила выяснить, что снижение сензитивности к позитивной валентности эмоций, обнаруженное при использовании Видео-теста, обусловлено скоростью распознавания позитивных эмоций при гелотофобии, а не снижением точности распознавания. Она связана с ограниченной продолжительностью видеостимулов (около минуты). При увеличении выраженности гелотофобии респондентам не хватает этого времени, чтобы ответить корректно.

Обсуждение результатов

Как мы и предполагали, снижение эффективности распознавания и контроля эмоций в связи с выраженностью гелотофобии воспроизводится на всех этапах данного исследования только в результатах самоотчетной методики (ЭМИн). Тогда как в тестовых методиках обнаруживается снижение сензитивности и скорости, но не точности распознавания позитивной экспрессии. Способность к контролю своих эмоций, измеренная косвенно, — через частоту использования разных стратегий копинга — также оказывается не связанной с выраженностью симптоматики гелотофобии, за единственным исключением — более редким использованием копинга «Избегание». В отношении нашей первой гипотезы о существовании специфических особенностей контроля или понимания эмоций при гелотофобии можно заключить, что отказ от копинга «Избегание» является единственной такой особенностью, сопряженной с самим фактом обладания гелотофобией, вне зависимости от степени ее выраженности. Тогда как остальные полученные в этом исследовании данные касательно худшего распознавания и контроля эмоций свидетельствуют больше об обесценивании своих способностей при гелотофобии, чем о действительном их состоянии. Эти результаты соответствуют общей тенденции к недооценке своих когнитивных способностей при гелотофобии, отмеченные ранее по результатам совокупности исследований [17], и добавляют к их списку когнитивные по своей функции способности, направленные на переработку эмоционального содержания, в соответствии со второй гипотезой исследования.

Результаты данного исследования позволяют развить и конкретизировать то, как именно искажаются представления о своих когнитивных возможностях при гелотофобии. Обобщая эти результаты, можно увидеть амбивалентность как в оценке способности к контролю эмоций, так и в отношении понимания эмоций в связи с наличием гелотофобии.

Амбивалентность в отношении контроля эмоций проявляется в том, что наличие гелотофобии сопряжено с низкой уверенностью в своей способности управлять

эмоциями (своими и других людей), преодолевать причины неуспеха и контролировать факторы, приводящие к успеху (т.е. поводы для соответствующих переживаний). Более низкие оценки способности управлять своими эмоциями при гелотофобии отмечали и другие авторы [20]. Наиболее разумной стратегией при такой низкой оценке своей способности к контролю эмоций является избегание обстоятельств, провоцирующих эмоции. Однако присутствие даже минимально выраженной гелотофобии сопряжено с отказом от стратегии копинга «Избегание», характеризующейся стремлением уклоняться от контакта с неприятной ситуацией, с мыслями и переживаниями по ее поводу (см. табл. 1). При этом другие стратегии копинга используются одинаково часто при наличии гелотофобии и при ее отсутствии. В таком противоречивом отношении к источникам переживаний — отказе предпринимать действия, направленные на избегание, на фоне заниженной оценки возможности контролировать негативные переживания, вызываемые угрозой, — проявляется невротическая природа страха осмеяния.

Способность к пониманию эмоций при гелотофобии также ведет себя амбивалентно в отношении объекта страха — позитивной экспрессии (в тестовых видеосюжетах) и ее оценки в самоотчете. Более низкая сензитивность к положительной валентности эмоциональной экспрессии в тесте сопровождается более высокой оценкой своей способности к пониманию эмоций других людей. Чем больше выражена гелотофобия, тем более выражено данное расхождение (см. табл. 2). Это может объясняться не только особенностями понимания эмоций, но и разницей в методах измерения.

Измерение способности к распознаванию эмоций разными тестовыми методами показало, что вариативность этой способности зависит от метода исследования. Обладатели гелотофобии не обманывают, когда сообщают об успешности в понимании эмоций. В обеих тестовых методиках это подтверждается отсутствием связей между гелотофобией и точностью опознания как валентности (позитивной и негативной) эмоций, так и отдельных модальностей эмоций (радость, страх, гнев и печаль). Хронометрирование категоризации эмоций показало, что гелотофобия сопровождается снижением скорости опознания позитивных эмоций и ускорением распознавания экспрессии печали (см. табл. 3). Если эти процессы не пропорциональны друг другу, то повышение гелотофобии вполне может сопровождаться повышением успешности распознавания эмоций, отраженным в самоотчете, за счет чувствительности к проявлениям печали. Выявленное в Видео-тесте уменьшение сензитивности к положительной валентности связано со стандартной продолжительностью видеосюжетов в методике (60 сек.). Чем больше выражена гелотофобия, тем сильнее этого времени не хватает человеку для распознавания одной только позитивной экспрессии, что проявляется в снижении показателя сензитивности к позитивной валентности, не затрагивая показатель точности. Гелотофобия не нарушает умение распознавать лицевую экспрессию, она отвлекает на себя психологические ресурсы только при распознавании позитивной экспрессии. Это позволяет объяснить возможную причину искажений в оценке собственных познавательных способностей при гелотофобии в рамках второй гипотезы исследования. Она возникает не вследствие рефлексии большого количества ошибок при распознавании или попытках контроля эмоций, а в результате осознания того, что другие люди быстрее справляются с данной задачей.

Такое увеличение времени перцептивной переработки пугающих стимулов Дж. Бруннер и представители школы *new look* объясняли с помощью понятия перцептивной защиты [9], при которой люди стараются до последнего не распознавать угрозу, в противоположность стратегии перцептивной бдительности, направленной на максимально быстрое обнаружение источника беспокойства. Обе стратегии, согласно представлениям исследователей, реализуются неосознанно, обеспечивая избирательность нашего восприятия. Защита проявляется в том, что признаки угрозы, каковыми при гелотофобии выступают смех и улыбка, отфильтровываются уже на уровне восприятия ситуации.

Можно сказать, что избегание, не реализованное на уровне поведенческой стратегии копинга, обеспечивающей снижение эмоционального напряжения за счет намеренного игнорирования источника негативных переживаний и стресса, отличает обладателей гелотофобии от тех, у кого страх осмеяния не выражен. Тем не менее эта копинг-стратегия реализуется при гелотофобии в работе перцептивных механизмов при распознавании экспрессии, провоцирующей их фобию.

Выводы

Присутствие даже минимальной гелотофобии способствует активации избегания угрозы — защитного поведения, свойственного переживанию любого страха. Избегание угрозы при гелотофобии невротически амбивалентно. Оно не проявляется в форме намеренно используемой стратегии копингового поведения: копинг «Избегание» обладатели хотя бы минимально выраженной гелотофобии используют существенно реже, чем их сверстники, не обладающие гелотофобией. Скорее, избегание угрозы реализуется в форме перцептивной защиты, суть которой в том, чтобы игнорировать выражение веселья в воспринимаемой экспрессии (по результатам регрессионного анализа). Перцептивная защита проявляется в пропорциональном количестве проявлений гелотофобии при снижении скорости опознания позитивной экспрессии в ситуациях, содержащих однозначную непротиворечивую информацию о переживаемых эмоциях. Однако этот механизм дает сбой, когда такая информация противоречива.

Другой особенностью восприятия эмоциональной экспрессии при более выраженной гелотофобии является более быстрое распознавание экспрессии печали на всем диапазоне измерения гелотофобии, подтверждая вторую гипотезу исследования о том, что влияние гелотофобии выходит за рамки переработки информации об объекте страха — позитивной экспрессии. В совокупности с увеличением времени распознавания позитивной экспрессии это провоцирует расхождение в оценке точности понимания веселья тестовыми и самоотчетными методами, нашедшее отражение в результатах данного исследования, а также в противоречивости исследовательских данных о точности распознавания эмоций при гелотофобии.

Важным результатом данного исследования является демонстрация того, что наиболее вероятным источником этих противоречий является снижение не точности, а скорости опознания позитивной экспрессии, вклад которой нам удалось выявить, благодаря снятию ограничения на продолжительность восприятия эмоциональной экспрессии, накладываемого длиной видеороликов в методике В.В. Овсянниковой

и Д.В. Люсина. При снятии этого ограничения указанное противоречие разрешилось: увеличение гелотофобии больше не сопровождалось снижением точности распознавания эмоций. Мы объясняем это действием перцептивной защиты, которая требует все большего времени на ее преодоление, прежде чем эмоция будет опознана. Этот результат свидетельствует о том, что дело не в деструкции процессов распознавания эмоций, связанной с боязнью осмеяния, а в ограничении времени, отводимого на решение этой перцептивной задачи.

Перспективы и ограничения исследования. Перспектива использования полученных данных связана с необходимостью контроля фактора времени, затрачиваемого при опознании эмоций, для более точного изучения способности к пониманию эмоций при гелотофобии. Данная перспектива является методической, открывающей необходимость контроля времени, отводимого на выполнение заданий, в качестве побочной переменной при диагностике ограничений, связанных с боязнью осмеяния. Диагностическая перспектива использования полученных результатов связана с проверкой в последующих исследованиях готовности и способности использовать сознательно контролируемые средства управления страхом. В данном исследовании в этой роли выступали стратегии копинга как критерий различения гелотофобии, в основе которой лежит либо отсутствует невротическая симптоматика.

Наконец, новая перспектива исследования связана с прояснением значения механизма перцептивной защиты в функционировании и возможном прогрессе гелотофобии. При обращении к исследованию этих перспектив, безусловно, необходимо проверить значимость дополнительных переменных, характеризующих выборку данного исследования. Самое основное — хотя гелотофобия и оценивалась с помощью надежной и стандартизированной методики, однако установленные с ее помощью оценки гелотофобии не сопровождалась клинической проверкой невротических проявлений. Как показали разработчики методики GELOPF-15, гелотофобия может быть одним из проявлений невротизации по депрессивному или тревожному типу или же существовать независимо от них. Баллы методики лишь оценивают выраженность страха осмеяния, но не позволяют определить, лежит в его основе такая невротизация или нет. Другие факторы, которые должны быть проконтролированы в исследовании гелотофобии, — это возраст, статус учащихся, уровень интеллекта и мотивация. Эти особенности могут обуславливать более выраженную подверженность страху осмеяния или, наоборот, служить буфером для его формирования.

Литература

1. Битюцкая Е. Обоснование и разработка русскоязычной версии «Опросника способов копинга» // Развитие личности. 2014. № 3. Р. 187–208. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obosnovanie-i-razrabotka-russkoyazychnoy-versii-oprosnika-sposobov-kopinga/viewer> (дата обращения: 18.12.2022).
2. Иванова П.О., Иванова Е.М. Апробация русскоязычной версии Опросника сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 140–158. DOI: 10.17759/cpse.2019080208

3. Люсин Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3–22.
4. Люсин Д.В., Овсянникова В. В. Измерение способности к распознаванию эмоций с помощью видеотеста // Психологический журнал. 2013. Том 34. № 6. С. 82–94.
5. Рудина Л.М. Тест на оптимизм: Метод определения атрибутивных стилей: методическое пособие / Под ред. В.М. Русалова. М.: Наука, 2002. 24 с.
6. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20. № 4. С. 31–38.
7. Стефаненко Е.А., Иванова И.М., Ениколопов С.Н. и др. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал. 2011. Том 32. № 2. С. 94–108.
8. Brauer K., Proyer R., Ruch W. Extending the study of gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism in romantic life toward romantic attachment // Journal of Individual Differences. 2020. Vol. 41. № 2. P. 86–100. DOI: 10.1027/1614-0001/a000307
9. Bruner J.S., Postman L. On the perception of incongruity: A paradigm // Journal of Personality. 1949. Vol. 18. № 2. P. 206–223. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1949.tb01241.x
10. Canestrari C., Carrieri A., Del Moral G. et al. Do coping strategies and the degree of satisfaction with one's social life and parental attachment modulate gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism? A study on young Italian adults // Current Psychology. 2019. DOI: 10.1007/s12144-019-00417-4
11. Folkman S., Lazarus R.S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination // Journal of Personality and Social Psychology. 1985. Vol. 48. № 1. P. 150–170. DOI: 10.1037//0022-3514.48.1.150
12. Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C. et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes // Journal of Personality and Social Psychology. 1986. Vol. 50. № 5. P. 992–1003. DOI: 10.1037//0022-3514.50.5.992
13. Papousek I., Ruch W., Freudenthaler H.H. et al. Gelotophobia, emotion-related skills and responses to the affective states of others // Personality and Individual Differences. 2009. Vol. 47. № 1. P. 58–63. DOI: 10.1016/j.paid.2009.01.047
14. Papousek I., Schuler G., Rominger C. et al. The fear of other persons' laughter: Poor neuronal protection against social signals of anger and aggression // Psychiatry Research. 2016. Vol. 235. P. 61–68. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.11.049
15. Platt T. Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? // Humor: International Journal of Humor Research. 2008. Vol. 21. № 2. P. 105–128. DOI: 10.1515/HUMOR.2008.005
16. Proyer R.T., Hempelmann C.F., Ruch W. Were they really laughed at? That much? Gelotophobes and their history of perceived derisibility // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1–2. P. 213–231. DOI: 10.1515/HUMR.2009.010

17. Proyer R.T., Ruch W. Enjoying and fearing laughter: Personality characteristics of gelotophobes, gelotophiles, and katagelasticians // *Psychological Test and Assessment Modeling*. 2010. Vol. 52. № 2. P. 148–160. DOI: 10.5167/uzh-34689.
18. Ritter J., Brück C., Jacob H. et al. Laughter perception in social anxiety // *Journal of Psychiatric Research*. 2015. Vol. 60. P. 178–184. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.09.021
19. Rom E., Mikulincer M. Attachment theory and group processes: The association between attachment style and group-related representations, goals, memories, and functioning // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84. № 6. P. 1220–1235. DOI: 10.1037/0022-3514.84.6.1220
20. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview // *Humor: International Journal of Humor Research*. 2009. Vol. 22. № 1–2. P. 1–25. DOI: 10.1515/humr.2009.001
21. Ruch W., Altfreder O., Proyer R.T. How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept // *Humor: International Journal of Humor Research*. 2009. Vol. 22. № 1–2. P. 63–89. DOI:10.1515/HUMR.2009.004
22. Ruch W., Platt T., Bruntsch R. et al. Evaluation of a picture-based test for the assessment of gelotophobia // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. Article 2043. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02043
23. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in gelotophobia // *Humor: International Journal of Humor Research*. 2008. Vol. 21. № 1. P. 47–67. DOI: 10.1515/humor.2008.002
24. Scherer K.R., Summerfield A.B., Wallbott H.G. Cross-national research on antecedents and components of emotion: A progress report // *Social Science Information*. 1983. Vol. 22. № 3. С. 355–385. DOI: 10.1177/053901883022003002
25. Titze M. Gelotophobia: The fear of being laughed at // *Humor: International Journal of Humor Research*. 2009. Vol. 22. № 1–2. P. 27–48. DOI: 10.1515/HUMR.2009.002
26. Tottenham N., Tanaka J.W., Leon A.C. et al. The NimStim set of facial expressions: Judgments from untrained research participants // *Psychiatry Research*. 2009. Vol. 168. № 3. P. 242–249. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.05.006
27. Weiss E.M., Schuler G., Freudenthaler H.H. et al. Potential markers of aggressive behavior: The fear of other persons' laughter and its overlaps with mental disorders // *PLoS ONE*. 2012. Vol. 7. № 5. E38088. DOI: 10.1371/journal.pone.0038088

References

1. Bityutskaya E. Obosnovanie i razrabotka russkoyazychnoi versii «Oprosnika sposobov kopinga» [Substantiation and elaboration of Russian language version of «Ways of Coping Questionnaire»]. *Razvitie lichnosti = Development of Personality*, 2014, no. 3, pp.187–208. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obosnovanie-i-razrabotka-russkoyazychnoy-versii-oprosnika-sposobov-kopinga/viewer> (Accessed: 18.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.)

2. Ivanova P.O., Ivanova E.M. Aprobatsiya russkoyazychnoi versii Oprosnika stsenariiev družhelyubnogo podshuchivaniya i agressivnogo vysmeivaniya (OSPV) T. Platt [Russian Approbation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ) of T. Platt]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 2, pp. 140–158. DOI:10.17759/cpse.2019080208. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Lyusin D.V. Novaya metodika dlya izmereniya ehmtsional'nogo intellekta: Oprosnik EhMIn [A new technique for measuring emotional intelligence: The EmIn Questionnaire]. *Psikhologicheskaya diagnostika = Psychological Diagnostics*, 2006, no. 4, pp. 3–22. (In Russ.).
4. Lyusin D.V. Ovsyannikova V.V. Izmerenie sposobnosti k raspoznavaniyu ehmtsii s pomoshch'yu videotesta [Video test for measuring emotions recognition]. *Psikhologicheskii zhurnal = Psychological Journal*, 2013, vol. 34, no. 6, pp. 82–94. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Rudina L.M. Test na optimizm: Metod opredeleniya atributivnykh stilei: Metodicheskoe posobie [Optimism Test: Method for Determining Attributive Styles: A methodical guideline]. V.M. Rusalov (ed.). Moscow: Nauka, 2002. 24 p. (In Russ.).
6. Starostina E.G., Taylor G.D., Quilty L.K. et al. Torontskaya shkala aleksitimii (20 punktov): Validizatsiya russkoyazychnoi versii na vyborke terapevticheskikh bol'nykh [A new 20-item version of the Toronto Alexithymia Scale: Validation of the Russian language translation in a sample of medical patients]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya = Social and Clinical Psychiatry*, 2010, vol. 20, pp. 31–38. (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Stefanenko E.A., Ivanova E.M., Enikolopov S.N. et al. Diagnostika strakha vyglyadet' smeshnym: russkoyazychnaya adaptatsiya oprosnika gelotofobii [The fear of being laughed at at diagnostics: Russian adaptation of Gelotophobia Questionnaire]. *Psikhologicheskii zhurnal = Psychological Journal*, 2011, vol. 32, № 2, pp. 94–108. (In Russ., abstr. in Engl.)
8. Brauer K., Proyer R., Ruch W. Extending the study of gelotophobia, gelotophilia, and katagelasticism in romantic life toward romantic attachment. *Journal of Individual Differences*, 2020, vol. 41, no. 2, pp. 86–100. DOI: 10.1027/1614-0001/a000307
9. Bruner J.S., Postman L. On the perception of incongruity: A paradigm. *Journal of Personality*, 1949, vol. 18, no. 2, pp. 206–223. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1949.tb01241.x
10. Canestrari C., Carrieri A., Del Moral G. et al. Do coping strategies and the degree of satisfaction with one's social life and parental attachment modulate gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism? A study on young Italian adults. *Current Psychology*, 2019. DOI: 10.1007/s12144-019-00417-4
11. Folkman S., Lazarus R.S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985, vol. 48, no. 1, pp. 150–170. DOI: 10.1037//0022-3514.48.1.150
12. Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C. et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol. 50, no. 5, pp. 992–1003. DOI: 10.1037//0022-3514.50.5.992
13. Papousek I., Ruch W., Freudenthaler H.H. et al. Gelotophobia, emotion-related skills and responses to the affective states of others. *Personality and Individual Differences*, 2009, vol. 47, no. 1, pp. 58–63. DOI: 10.1016/j.paid.2009.01.047

14. Papousek I., Schulter G., Rominger C. et al. The fear of other persons' laughter: Poor neuronal protection against social signals of anger and aggression. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 235, pp. 61–68. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.11.049
15. Platt T. Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008, vol. 21, no. 2, pp. 105–128. DOI: 10.1515/HUMOR.2008.005
16. Proyer R.T., Hempelmann C.F., Ruch W. Were they really laughed at? That much? Gelotophobes and their history of perceived derisibility. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1–2, pp. 213–231. DOI: 10.1515/HUMR.2009.010
17. Proyer R.T., Ruch W. Enjoying and fearing laughter: Personality characteristics of gelotophobes, gelotophiles, and katagelasticians. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 2010, vol. 52, no. 2, pp. 148–160. DOI: 10.5167/uzh-34689.
18. Ritter J., Brück C., Jacob H. et al. Laughter perception in social anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 2015, vol. 60, pp. 178–184. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.09.021
19. Rom E., Mikulincer M. Attachment theory and group processes: The association between attachment style and group-related representations, goals, memories, and functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, vol. 84, no. 6, pp. 1220–1235. DOI: 10.1037/0022-3514.84.6.1220
20. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1–2, pp. 1–25. DOI: 10.1515/humr.2009.001
21. Ruch W., Altfreder O., Proyer R.T. How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1–2, pp. 63–89. DOI: 10.1515/HUMR.2009.004
22. Ruch W., Platt T., Bruntsch R. et al. Evaluation of a picture-based test for the assessment of gelotophobia. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, article 2043. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02043
23. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in gelotophobia. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008, vol. 21, no. 1, pp. 47–67. DOI: 10.1515/humor.2008.002
24. Scherer K.R., Summerfield A.B., Wallbott H.G. Cross-national research on antecedents and components of emotion: A progress report. *Social Science Information*, 1983, vol. 22, no. 3, pp. 355–385. DOI: 10.1177/053901883022003002
25. Titze M. Gelotophobia: The fear of being laughed at. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1–2, pp. 27–48. DOI: 10.1515/HUMR.2009.002
26. Tottenham N., Tanaka J.W., Leon A.C. et al. The NimStim set of facial expressions: Judgments from untrained research participants. *Psychiatry Research*, 2009, vol. 168, no. 3, pp. 242–249. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.05.006

Климова К.К., Кравченко Ю.Е.
Особенности распознавания эмоций
и управления ими при гелотофобии
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 92–113.

Klimova K.K., Kravchenko Yu.E.
Understanding and Managing Emotions
in Gelotophobia
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 92–113.

27. Weiss E.M., Schuler G., Freudenthaler H.H. et al. Potential markers of aggressive behavior: The fear of other persons' laughter and its overlaps with mental disorders. *PLoS ONE*, 2012, vol. 7, no. 5, e38088. DOI: 10.1371/journal.pone.0038088

Информация об авторах

Климова Ксения Константиновна, аспирант факультета психологии, преподаватель кафедры общей психологии, Институт общественных наук, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (ФГБОУ ВО РАНХиГС), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2163-4996>, e-mail: klimova-kk@ranepa.ru

Кравченко Юнна Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей психологии, Институт общественных наук, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (ФГБОУ ВО РАНХиГС), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3351-123X>, e-mail: asunaro@mail.ru

Information about the authors

Kseniia K. Klimova, Postgraduate Student, Faculty of Psychology, Lecturer, Faculty of Psychology, Institute for Social Sciences, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2163-4996>, e-mail: klimova-kk@ranepa.ru

Yunna E. Kravchenko, PhD in Psychology, Associate Professor, Faculty of Psychology, Institute for Social Sciences, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3351-123X>, e-mail: asunaro@mail.ru

Получена: 12.03.2022

Received: 12.03.2022

Принята в печать: 22.12.2022

Accepted: 22.12.2022

Ранние дезадаптивные схемы и тип отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации

Кузьмина А.С.

*Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ),
г. Барнаул, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5864-7120>, e-mail: annakuz87@yandex.ru*

Прайзендорф Е.С.

*Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ),
г. Барнаул, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9014-8927>, e-mail: catherinears@list.ru*

Логина И.В.

*Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства
(КГБУЗ АККЦОМД), г. Барнаул, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6008-5198>, e-mail: login.gela@mail.ru*

Работа направлена на изучение ранних дезадаптивных схем женщин и типа отношения к беременности на позднем сроке гестации. Представлены материалы эмпирического исследования, полученные на выборке женщин в поздние сроки беременности. Средний срок беременности составил $38,9 \pm 0,92$ недель. В исследовании приняли участие 122 женщины в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст — $28,84 \pm 6,1$ лет). В исследовании использовались методика диагностики ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ-S3R; в адаптации П.М. Касьяник, Е.В. Романовой, 2013) и тест отношений беременной И.В. Добрякова (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская, 2003). По результатам исследования выявлены достоверные различия в типах психологического компонента гестационной доминанты у женщин в зависимости от возраста. Для женщин в возрасте 26–30 лет в большей степени, чем женщинам до 25 лет, характерен оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты ($p=0,05$). Наиболее высокие значения получены по домену «Нарушенные границы». Домены «Нарушение связи и отвержение» и «Нарушенная автономия» являются наименее выраженными у женщин на позднем сроке беременности. Для женщин с оптимальным типом отношения к беременности в меньшей степени характерна ранняя дезадаптивная схема «Социальная отчужденность». Для женщин с эйфорическим типом отношения к беременности в большей степени характерны такие ранние дезадаптивные схемы, как «Самопожертвование», «Жесткие стандарты / Придирчивость», «Поиск одобрения». Получены и описаны две регрессионные модели для эйфорического типа отношения к беременности ($F=1,77$, $R^2=0,236$, $p=0,039$) и оптимального типа ($F=2,19$, $R^2=0,277$, $p=0,007$). В качестве предикторов эйфорического типа отношения к беременности и родам можно выделить: а) отсутствие ожидания от других обмана

и манипуляций; б) отсутствие потребности в контроле своих эмоций и в) повышенную требовательность к окружающим. Предикторами оптимального типа отношения к беременности являются: а) потребность в сплоченности, связности с окружающими; б) внимание к своим потребностям и неготовность ими жертвовать «по указке» окружающих; в) повышенная потребность в контроле своих эмоций и импульсов и г) уверенность в том, что они (беременные женщины) обладают особым социальным статусом и привилегиями.

Ключевые слова: ранняя дезадаптивная схема, беременность, поздние сроки беременности, отношение к беременности.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Алтайского государственного университета в рамках научного проекта «Когнитивные установки в структуре самосознания беременных женщин и женщин в послеродовой период в условиях распространения коронавирусной инфекции в контексте здоровьесберегающих технологий».

Для цитаты: Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С., Логинова И.В. Ранние дезадаптивные схемы и тип отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 114–137. DOI: 10.17759/cpse.2022110405

Early Maladaptive Patterns and the Type of Attitude to Pregnancy in Women at Late Gestation

Anna S. Kuzmina

Altai State University, Barnaul, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5864-7120>, e-mail: annakuz87@yandex.ru

Ekaterina S. Praizendorf

Altai State University, Barnaul, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9014-8927>, e-mail: catherinears@list.ru

Irina V. Loginova

Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health, Barnaul, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6008-5198>, e-mail: login.gela@mail.ru

The work is aimed at studying the early maladaptive schemes of women and the type of attitude to pregnancy at late gestation. The materials of an empirical study obtained on a sample of women in late pregnancy are presented. The average gestation period was

38.9±0.92 weeks. The study involved 122 women aged 18 to 40 years (mean age — 28.84±6.1 years). The design of the study included a method for diagnosing Jeffrey Young's Early Maladaptive Schemes (YSQ-S3R, adapted by P.M. Kasyanik, E.V. Romanova, 2013), the test of the relationship of a pregnant I.V. Dobryakova (E.G. Eidemiller, I.V. Dobryakov, I.M. Nikolskaya, 2003). The following results were obtained: significant differences in the types of psychological components of gestational dominance in women, depending on age, were revealed. For women aged 26-30 years, to a greater extent than for women under 25 years, the optimal type of psychological component of the gestational dominant is typical ($p=0.05$). The highest values were obtained for the domain "Broken boundaries". The domains "Communication disruption and rejection" and "Impaired autonomy" are the least pronounced in women in late pregnancy. For women with an optimal type of attitude to pregnancy, the early maladaptive scheme of "Social alienation" is less characteristic. For women with a euphoric type of attitude to pregnancy, such early maladaptive schemes as "Self-sacrifice", "Strict standards / Pickiness", and "Seeking approval" are more typical. Two reliable regression models were obtained and described for the euphoric type of attitude to pregnancy ($F=1.77$, $R^2=0.236$, $p=0.039$) and the optimal type ($F=2.19$, $R^2=0.277$, $p=0.007$). As possible predictors of the euphoric type of attitude to pregnancy and childbirth, we can distinguish the following: a) a lack of expectation from others of deception and manipulation; b) a lack of need to control their emotions, and c) increased demands on others, as possible predictors of the optimal type of attitude to pregnancy a) a need for cohesion, connectivity with others; b) attention to their needs and unwillingness to sacrifice them "at the behest" of others; c) an increased need to control their emotions and impulses and d) confidence that they have a special social status and privileges.

Keywords: early maladaptive pattern, pregnancy, late pregnancy, attitude to pregnancy.

Funding. The study was carried out with the financial support of a grant from Altai State University within the framework of the scientific project "Cognitive attitudes in the structure of self-consciousness of pregnant women and women in the postpartum period in the context of the spread of coronavirus infection in the context of health-saving technologies".

For citation: Kuzmina A.S., Praizendorf E.S., Loginova I.V. Early Maladaptive Patterns and the Type of Attitude to Pregnancy in Women at Late Gestation. *Klinicheskaja i spetsial'naja psichologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 114–137. DOI: 10.17759/cpse.2022110405

Введение

Актуальная ситуация развития общества свидетельствует о необходимости тщательного решения проблемы психологической готовности женщин к беременности и родам и, как следствие, к материнству. Психологическая готовность и устойчивость выступают основополагающими факторами благополучного вынашивания ребенка и конструктивного родоразрешения, а также выступают ресурсом, определяющим качество здоровья матери и ребенка [8; 16].

К.Н. Белогай и Е.И. Захарова отмечают, что качество течения беременности оказывает отсроченное влияние на формирование личности ребенка [2; 10]. В этой связи важнейшую роль играет эмоциональная составляющая данного периода,

которая определяет отношение беременной женщины к себе, к будущему ребенку, к беременности в целом [1; 21; 24]. При этом беременность и роды могут выступать сильнейшим стрессогенным фактором, вызывающим развитие симптомов посттравматического стресса у женщин после рождения ребенка [33].

В научных работах рассматриваются факторы, оказывающие влияние на психологическое состояние женщины во время беременности и родов. Среди этих факторов особое значение занимают наличие или отсутствие партнера, супруга, особенности внутрисемейных отношений, а также другие социально-демографические характеристики [18; 20; 23]. Качественный анализ запросов к практикующим врачам и психологам позволяет сделать вывод о том, что многие женщины во время беременности и в послеродовой период имеют проблемы с психоэмоциональным состоянием, которое накладывает отпечаток на здоровье и взаимоотношения матери и ребенка, а также на благополучие семьи в целом [3; 6].

Опираясь на культурно-исторический подход Л.С. Выготского, можно сказать, что для женщины беременность выступает особой социальной ситуацией развития, которая выражается в уникальном, своеобразном опыте, сказывающемся на социальной и ролевой реализации женщины [4]. Нельзя не отметить важность изучения феномена материнства ввиду его многогранности. Материнство может отражать не только уровень личностного развития женщины, но и указывать на состояние общества и даже государства. Часто беременность рассматривается учеными как кризисный период, который сопровождается разными соматическими и психологическими изменениями [11; 32]. Г.Г. Филиппова отмечает, что успешность протекания беременности и родоразрешения во многом зависит от психологической готовности женщины к данным процессам [24; 25]. При этом на сегодняшний день до конца не ясно, какие факторы и условия должны присутствовать или отсутствовать, чтобы однозначно указывать на психологическую готовность женщины к беременности и родам [29].

Важной составляющей в изучении феномена материнства выступает отношение беременной к своему состоянию. Согласно концепции И.В. Добрякова, тип отношения беременной определяется психологическим компонентом гестационной доминанты [8; 9]. Тип отношения к беременности включает обобщенную систему механизмов саморегуляции психики, которая активизируется у беременных женщин и участвует в сохранении гестации, а также способствует созданию определенных условий, помогающих развиваться ребенку благополучно. Таким образом, тип отношения к беременности определяет отношение беременной женщины к своей беременности и к ребенку, отражающееся в большинстве случаев в виде специфических поведенческих паттернов [17]. Проведено немало исследований, посвященных изучению взаимосвязей между типом отношения к беременности и личностными особенностями [17; 19; 22], социально-демографическими факторами [18; 20] и даже наличием хронических заболеваний и ценностными ориентациями [26].

В качестве концептуальной основы, которая могла бы описывать, каким образом события прошлого, а в особенности раннего детства, связаны с формированием определенного психологического компонента гестационной доминанты, мы предлагаем взять такой теоретический конструкт, как ранние дезадаптивные схемы. Под ранней

дезадаптивной схемой Д. Янг определяет устойчивый паттерн, который включает совокупность знаний, воспоминаний, эмоций, представлений человека о самом себе и о взаимоотношениях с другими людьми [14, 15; 31]. Важной характеристикой ранних дезадаптивных схем является наличие дисфункциональных переживаний, которые возникают в ходе общения ребенка с членами семьи [37; 40]. Дезадаптивные схемы воспринимаются как «точные» знания о себе и окружающей действительности и в большинстве случаев активизируются факторами внешней среды [12; 30; 42]. При этом неблагоприятные жизненные события, происходящие в раннем возрасте, могут способствовать возникновению ряда психических и психологических расстройств [7; 38]. Многочисленные исследования показывают влияние ранних дезадаптивных схем на формирование материнской привязанности к будущему ребенку [34; 36; 41], на развитие симптомов посттравматического стресса у матери после рождения ребенка [33], послеродовой депрессии [39] и тревоги [35], а также на формирование патологических форм стресс-реакций [13].

В контексте данной работы было проведено исследование особенностей типа отношения к беременности и ранних дезадаптивных схем у женщин различных возрастных категорий на позднем сроке гестации. Можно предположить, что ранние дезадаптивные схемы выступают фактором, предопределяющим возникновение определенного типа отношения к беременности. Изучение факторов риска, опосредующих факторов, а также предикторов формирования определенного типа отношения к беременности важно с научной точки зрения. Так, негативный опыт детства женщины может приводить к различным отрицательным эмоциям, когнитивным искажениям, реализации неадаптивных поведенческих стереотипов [14; 27].

Является интересным изучение психологических особенностей женщин именно на позднем сроке беременности. С одной стороны, к сроку гестации в 36–40 недель многие женщины уже осознали и внутренне приняли свое положение, новую социальную роль. С другой — этот период ознаменован появлением различных страхов, опасений, противоречий, которые связаны с предстоящими родами, со способностью родить здорового ребенка, при этом самой оставшись полноценной [28]. Нередко на позднем сроке беременности женщины начинают сомневаться в собственных личностных ресурсах, достаточных родительских компетенциях. Этот период характеризуется обеспокоенностью в связи с изменением образа физического «Я», сексуальной непривлекательностью, возможным ухудшением материального положения своей семьи, дефицитом личного времени и свободы действий. Особенности данных представлений о беременности обуславливают изменения, происходящие на эмоциональном уровне [5; 40]. На сегодняшний день исследование различных аспектов беременности и материнства укладывается в комплексный междисциплинарный подход. При этом до сих пор остались не изученными роль ранних дезадаптивных схем и тип отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации, что определяет проблему настоящего исследования.

Целью исследования стало изучение ранних дезадаптивных схем и типов отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации с разными социально-демографическими характеристиками.

В качестве *гипотез* были выдвинуты следующие предположения:

- 1) социально-демографические характеристики женщин могут выступать фактором формирования типа отношения к беременности;
- 2) существуют различия в выраженности ранних дезадаптивных схем у женщин с преобладанием одного из типов отношения к беременности;
- 3) ранние дезадаптивные схемы могут выступать предикторами типа отношения к беременности и родам на поздних сроках гестации.

Материалы и методы исследования

Выборка. Предварительное анкетирование было проведено на базе КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» среди 452 женщин, находящихся на позднем сроке беременности (36–40 недель). Анкетные данные выявляли возраст, семейное положение, наличие осложнений в период беременности. Из выборочной совокупности были исключены женщины, имеющие перинатальные и постнатальные потери (выкидыши, замершие беременности), аборт в анамнезе, а также имеющие более 3 детей. Также были исключены женщины с психическими и хроническими соматическими заболеваниями. Итоговую выборку составили 122 женщины в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст — $28,84 \pm 6,1$ лет); характеристики выборки представлены в таблице 1.

Таблица 1

Описание выборки			
Параметр	Значение	Количество человек	%
Возраст	до 25 лет	46	37,70
	26–30 лет	34	27,87
	31–40 лет	42	34,43
Семейное положение	состоит в браке	88	72,13
	не состоит в браке	34	27,87
Количество родов в анамнезе	0	63	51,64
	1	41	33,61
	2	18	14,75
Наличие осложнений в период беременности	угроза преждевременных родов	62	50,82
	нет	60	49,18
Наличие у женщины детей	0	63	51,60
	1	41	33,60
	2	18	14,80

Методики. Использовались два диагностических инструмента.

1. *Методика диагностики ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ-S3R; в адаптации П.М. Касьяник Е.В. Романовой) [15]* для определения наличия и степени выраженности ранних дезадаптивных схем. Методика выявляет 18 видов ранних дезадаптивных схем, которые делятся на 5 доменов.

Домен 1 — *Нарушение связи и отвержение* — ожидание того, что потребности человека в защите, безопасности, стабильности, опеке, эмпатии, принятии, одобрении и уважении не будут удовлетворены. Домен включает следующие дезадаптивные схемы: Покинутость / Нестабильность; Недоверие / Ожидание жестокого обращения; Эмоциональную Депривированность; Дефективность / Стыд; Социальную отчужденность.

Домен 2 — *Нарушенная автономия* — (пониженная способность к сепарации, выживанию, независимому функционированию и успешному проявлению себя). Включает дезадаптивные схемы: Зависимость / Некомпетентность; Уязвимость; Спутанность / Неразвитую идентичность; Неуспешность.

Домен 3 — *Нарушенные границы* — дефицит внутренних границ, ответственности перед другими, долгосрочной ориентации на цель. Приводит к сложностям в сотрудничестве с другими людьми. Включает дезадаптивные схемы: Привилегированность / Грандиозность; Недостаточность самоконтроля.

Домен 4 — *Направленность на других* — чрезмерная сфокусированность на желаниях, чувствах и реакциях других, которая достигается ценой жертвования собственными потребностями и с целью получить любовь и одобрение, поддерживать связь и избежать наказания. Обычно включает подавление и слабое осознание своих агрессивных импульсов и естественных склонностей. Включает дезадаптивные схемы: Покорность; Самопожертвование; Поиск одобрения.

Домен 5 — *Сверхбдительность и запреты* — стремление подавлять свои спонтанно возникающие чувства, импульсы и предпочтения или выработка жестких внутренних правил, касающихся этичности поведения, часто в ущерб собственному счастью, самореализации, близким отношениям и здоровью. Включает дезадаптивные схемы: Негативизм / Пессимизм; Подавление эмоций; Жесткие стандарты; Пунитивность.

2. *Тест отношений беременной (ТОБ)*, разработанный И.В. Добряковым и др. [8] и предназначенный для определения типа переживания беременности у будущей матери. Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В.Н. Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Тест содержит три блока утверждений, отражающих следующие аспекты:

А. Отношение женщины к себе беременной;

Б. Отношение женщины к формирующейся системе «мать–дитя»;

В. Отношение беременной женщины к системе отношений с окружающими.

В каждом блоке выделяется три раздела. Каждый раздел представлен пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А представлен разделами: а) Отношение к беременности; б) Отношение к образу жизни во время беременности; в) Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б содержит разделы: а) Отношение к себе как к матери; б) Отношение к своему ребенку; в) Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В представлен разделами: а) Отношение ко мне, беременной, мужа; б) Отношение ко мне, беременной, родственников и близких; в) Отношение ко мне, беременной, посторонних людей.

Процедура исследования. Исследование проводилось в индивидуальной письменной форме на базе КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Продолжительность обследования — 30–40 минут. После участия в исследовании участницам предлагалось получить консультацию психолога по результатам прохождения опросников.

Анализ данных. Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics v. 23. Использовались непараметрический критерий Краскелла–Уоллиса для выявления различий между группами, регрессионный анализ для выявления предикторов типов отношения беременности.

Результаты

Для выявления различий в типах отношения к беременности у женщин на поздних сроках беременности в зависимости от социально-демографических переменных использовался критерий Краскелла–Уоллиса. В качестве группирующего фактора включались социально-демографические характеристики (возраст, семейное положение, наличие родов в анамнезе, наличие осложнений в период беременности), а в качестве независимых переменных — типы отношения к беременности.

Были выявлены достоверные различия по оптимальному типу отношения к беременности у женщин разного возраста (табл. 2). По остальным социально-демографическим параметрам значимых различий не обнаружено. Для женщин в возрасте 26–30 лет более характерен оптимальный тип отношения к беременности, чем для женщин других возрастных групп. Для них в большей мере характерно положительное отношение к факту беременности, они уверены в своей родительской компетентности, а также с удовольствием готовятся к своему новому статусу матери, организуя и перестраивая свой прежний уклад жизни.

Для выявления особенностей имеющих ранних дезадаптивных схем у женщин на позднем сроке беременности был проведен сравнительный анализ. Описательные статистики по каждому домену и по каждой ранней дезадаптивной схеме представлены в Приложении 1.

Таблица 2

**Сравнительный анализ типов отношения к беременности
 в группах женщин разного возраста**

Тип отношения к беременности	Возраст	Количество человек	Средний ранг	χ^2	p
Тревожный	до 25 лет	46	59,41	1,47	0,480
	26–30 лет	34	67,49		
	31–40 лет	42	58,94		
Оптимальный	до 25 лет	46	51,72	7,83	0,020
	26–30 лет	34	73,34		
	31–40 лет	42	62,63		
Гипогестогнозический	до 25 лет	46	57,60	2,28	0,319
	26–30 лет	34	68,51		
	31–40 лет	42	60,10		
Эйфорический	до 25 лет	46	66,42	4,31	0,116
	26–30 лет	34	51,07		
	31–40 лет	42	64,55		
Депрессивный	до 25 лет	46	60,11	0,71	0,702
	26–30 лет	34	62,91		
	31–40 лет	42	61,88		

Для выявления преобладающего домена был применен однофакторный дисперсионный анализ с апостериорным сравнением Тьюки, в котором в качестве зависимых переменных выступали значения по домену, а принадлежность к домену — факторизирующей переменной. В результате были получены достоверные отличия по домену «Нарушенные границы» ($F=5,375$; $p=0,01$). Множественные сравнения с применением апостериорного теста Тьюки показали достоверные отличия между доменом «Нарушенные границы» и доменами «Направленность на других» и «Сверхбдительность и запреты» (табл. 3). Результаты свидетельствуют о том, что наиболее на позднем сроке беременности у женщин наиболее выражен домен «Нарушенные границы», который свидетельствует о дефиците внутренних границ и низкой ориентации на сотрудничество с другими. Данные дезадаптивные схемы свойственны для женщин, которые отличаются низким уровнем принятия ответственности в части организации процесса родоразрешения. Такие женщины не ориентированы на установление контакта, сотрудничество с медицинским персоналом, участвующим в процессе родов.

Далее мы выделили четыре группы женщин с преобладанием одного из типов отношения к беременности (оптимальный, тревожный, гипогестогнозический, эйфорический). Женщин с преобладанием депрессивного отношения к беременности в исследуемой группе не обнаружено. Разделение на преобладающие типы отношения

к беременности осуществлялось на основании преобладающего у женщины типа психологического компонента гестационной доминанты по результатам проведения опросника.

Таблица 3

Сравнительный анализ выраженности доменов ранних дезадаптивных схем у исследуемой выборки с апостериорным сравнением Тьюки

Зависимая переменная	(I) Преобладающий домен	(J) Преобладающий домен	Средняя разность (I-J)	SE	p	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Домен Нарушенные границы	Нарушенные границы	Направленность на других	13,98	3,49	0,001	4,32	23,64
		Сверхбдительность и запреты	14,18	3,88	0,004	3,42	24,94

Для выявления различий в выраженности тех или иных ранних дезадаптивных схем между группами женщин, склонных к одному из типов отношения к беременности, использовался критерий Краскелла–Уоллиса. В качестве группирующего фактора включалась принадлежность к одному из типов отношения к беременности, а в качестве независимых переменных — ранние дезадаптивные схемы (табл. 4).

Для женщин с оптимальным типом отношения к беременности в меньшей степени, чем для женщин с другими типами, характерна ранняя дезадаптивная схема «Социальная отчужденность». Они в меньшей степени чувствуют себя изолированными от мира и других людей. Для женщин с эйфорическим типом отношения к беременности в большей степени характерны такие ранние дезадаптивные схемы, как «Самопожертвование», «Жесткие стандарты / Придирчивость» и «Поиск одобрения».

На следующем этапе был проведен линейный регрессионный анализ, в который в качестве независимых переменных были включены ранние дезадаптивные схемы, а в качестве зависимых переменных методом включения с вероятностью $F=0,05$ в модель добавлялись показатели типа отношения к беременности. В результате получены две достоверных регрессионных модели для эйфорического и оптимального типов отношения к беременности.

Как видно из таблицы 5, антипредикторами эйфорического типа отношения к беременности являются такие ранние дезадаптивные схемы, как «Недоверие / Ожидание жестокого обращения», «Подавленность эмоций», а предиктором — «Жесткие стандарты / Придирчивость». Таким образом, в эйфорический тип отношения к беременности вносят вклад: а) отсутствие ожидания от других обмана и манипуляций; б) отсутствие потребности в контроле своих эмоций и в) повышенная требовательность к окружающим.

Таблица 4

Сравнительный анализ показателей ранних дезадаптивных схем в группах женщин с разным типом отношения к беременности

Ранняя дезадаптивная схема	Тип отношения к беременности	Количество человек	Средний ранг	χ^2	p
Социальная отчужденность	Тревожный	12	73,00	10,39	0,016
	Оптимальный	69	52,70		
	Гипогестогнозический	6	79,83		
	Эйфорический	35	71,77		
Самопожертвование	Тревожный	12	45,17	9,37	0,025
	Оптимальный	69	56,86		
	Гипогестогнозический	6	66,42		
	Эйфорический	35	75,41		
Жесткие стандарты / Придирчивость	Тревожный	12	48,29	10,31	0,016
	Оптимальный	69	55,70		
	Гипогестогнозический	6	64,50		
	Эйфорический	35	76,94		
Поиск одобрения	Тревожный	12	58,50	9,17	0,027
	Оптимальный	69	54,10		
	Гипогестогнозический	6	69,25		
	Эйфорический	35	75,79		

Таблица 5

Предикторы эйфорического типа отношения к беременности (n=35)

Предикторы	B	Бета	p
Недоверие / Ожидание жестокого обращения	-0,040	-0,36	0,015
Подавленность эмоций	-0,041	-0,42	0,006
Жесткие стандарты / Придирчивость	0,026	0,31	0,027
(Константа)	1,739		0,01
Показатели модели: $R^2=0,236$; $R^2_{adj}=0,103$; $F=1,77$; $p=0,039$			

Для оптимального типа отношения к беременности предикторами являются такие ранние дезадаптивные схемы, как «Подавленность эмоций» и «Привилегированность / Грандиозность», а антипредикторами — «Социальная отчужденность» и «Покорность» (табл. 6). Иными словами, в адаптивный тип отношения к беременности вносят вклад: а) потребность в сплоченности, связности

с окружающими; б) внимание к своим потребностям и неготовность ими жертвовать «по указке» окружающих; в) повышенная потребность в контроле своих эмоций и импульсов и г) уверенность в том, что беременные женщины обладают особым социальным статусом и привилегиями.

Таблица 6

Предикторы оптимального типа отношения к беременности (n=69)

Предикторы	B	Бета	p
Социальная отчужденность	-0,044	-0,40	0,001
Покорность	-0,038	-0,33	0,037
Подавленность эмоций	0,034	0,35	0,020
Привилегированность / Грандиозность (Константа)	0,027 4,511	0,30	0,025 0,01

Показатели модели: $R^2=0,277$; $R^2_{adj}=0,151$ $F=2,19$; $p=0,007$

Обсуждение

Ранний травматический опыт, причиной которого часто становятся события в детстве, может сформировать особую модель взаимодействия с собой и окружающим миром (раннюю дезадаптивную схему), в которой нет предсказуемости, ощущения безопасности и стабильности. В данном ключе ранние дезадаптивные схемы воспринимаются как исключительные знания о себе и окружающей действительности и транслируются во всех сферах жизни человека: в семье, в профессии, в процессе вынашивания ребенка. Неблагоприятные жизненные события, происходящие в раннем возрасте, могут способствовать возникновению определенного типа отношения к беременности.

Мы видим, что в возрасте 26–30 лет возникает наибольшая вероятность формирования у беременной оптимального типа отношения к беременности — наиболее конструктивного и благополучного для вынашивания ребенка, родоразрешения и принятия роли матери. Это может быть обусловлено тем, что в этот возрастной период женщины отличаются большей приспособленностью, ответственностью, включенностью, субъектностью. Будущие матери других возрастных групп реже транслируют оптимальный тип отношения к беременности, что может выражаться в различных проявлениях, таких как тревога, эмоциональная неустойчивость, гиперконтроль, что в дальнейшем будет затруднять возможность конструктивно пройти этапы родов и ухода за новорожденным. Факт того, что тип отношения к беременности влияет на личностные особенности женщины, находит отражение в некоторых научных работах Е.А. Кедяровой, М.С. Рысятовой, М.Ю. Уваровой [17]. Согласно исследованиям Е.Ю. Кольчик и В.Р. Ушаковой изучение проблемы отношений беременных женщин к своей беременности и будущему ребенку способствует определению того, как в дальнейшем будут строиться детско-родительские отношения, в частности, какой стиль воспитания будет выбран матерью [18]. Кроме того, особенности психологического компонента гестационной

доминанты могут быть индикатором формирования дисфункциональных отношений в системе «мать–дитя», как показано в исследовании И.А. Золотовой [11].

При изучении ранних дезадаптивных схем у представленной выборки выявлено, что наиболее высокие значения у женщин на позднем сроке беременности получены по домену «Нарушенные границы». Мы можем говорить о том, что имеющийся и закрепившийся ранний травматический опыт детства ныне беременных женщин оформлен в дезадаптивные схемы, которые выражаются в непонимании или отсутствии собственных внутренних границ. Они отличаются гиперконтролем, придирчивостью, требовательностью по отношению к своему окружению. При этом демонстрируют выраженную потребность в поддержке, участии, заботе со стороны близких. Полученные результаты согласуются с представлениями И.С. Карауш, И.Е. Куприяновой о ранних дезадаптивных схемах как модераторах стресса и формирующейся психической патологии [13].

Регрессионный анализ позволяет сделать вывод о том, что предикторами эйфорического типа отношения к беременности являются: а) отсутствие ожидания от других обмана и манипуляций; б) отсутствие потребности в контроле своих эмоций и в) повышенная требовательность к окружающим; а предикторами оптимального типа отношения к беременности — а) потребность в сплоченности, связности с окружающими; б) внимание к своим потребностям и неготовность ими жертвовать «по указке» окружающих; в) повышенная потребность в контроле своих эмоций и импульсов и г) уверенность в том, что беременные женщины обладают особым социальным статусом и привилегиями.

Полученные результаты подтверждают исследования О.В. Лысенко, которая указывает, что для женщин с эйфорическим типом отношения к беременности характерно наличие демонстративности, эмоциональной неустойчивости, импульсивности. Таким женщинам свойственно искать максимального участия от мужа и близких, беременность становится поводом к манипулированию, а существующие сложности и недомогания, которые часто присущи беременности, ими преувеличиваются [21]. Если у женщины наблюдается оптимальный тип отношения к беременности, то в большинстве случаев речь идет о желанной беременности. Такие женщины достаточно позитивны, конструктивно относятся к своему положению, активно сотрудничают с врачами, женской консультацией, проходят курсы дородовой подготовки. Для них характерно высоко оценивать свои родительские возможности, они с радостью готовятся к процессам родов.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о важности диагностики и терапии ранних дезадаптивных схем у беременных женщин. Нами упоминалось, что ранние дезадаптивные схемы могут препятствовать адаптации. В случае с беременными вопрос адаптации стоит наиболее остро не только из-за выполнения новой социальной роли матери, но и из-за сопутствующего стрессового, болевого воздействия, связанного с этой ролью. Процесс рождения ребенка для многих женщин является травматичным событием. Если до рождения ребенка имело место депрессивное или тревожное состояние матери ввиду актуализации ранних схем, то после родов психический статус женщины может усугубиться.

Таким образом, результаты проведенного исследования ставят вопросы проверки эффективности психологического сопровождения беременных женщин на позднем сроке гестации с применением метода схема-терапии, поскольку сформированные в раннем возрасте паттерны эмоций, мышления и поведения выступают предикторами типа отношения к беременности.

Ограничениями исследования выступают малый объем выборки, а также ее географическая представленность, ограниченная только территорией Алтайского края. Кроме того, отмечается недостаточная сбалансированность выборок по социально-демографическим характеристикам.

Перспективы исследования по данной тематике видятся нам в расширении выборки в части исследования влияния роли абортов, «замерших» беременностей и в целом травматического опыта женщин, а также в увеличении количества методик для анализа более широкого круга параметров материнства. Кроме того, в качестве перспектив можно отметить возможность изучения ранних дезадаптивных схем и типов отношения к беременности у женщин на более ранних сроках гестации.

Выводы

В ходе проведенного эмпирического исследования были определены особенности имеющихся ранних дезадаптивных схем и специфика типа отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации. Были выявлены достоверные различия по оптимальному типу отношения к беременности у женщин разного возраста. По остальным критериям (семейное положение, наличие родов в анамнезе, наличие осложнений в период беременности) значимых различий не обнаружено.

Анализ выраженности ранних дезадаптивных схем у женщин на позднем сроке гестации позволил сделать вывод о том, что наиболее выраженным доменом ранних дезадаптивных схем является домен «Нарушенные границы».

Для женщин с оптимальным типом отношения к беременности в меньшей степени, чем для женщин с другими типами, характерна ранняя дезадаптивная схема «Социальная отчужденность». А для женщин с эйфорическим типом отношения к беременности в большей степени характерны такие ранние дезадаптивные схемы, как «Самопожертвование», «Жесткие стандарты / Придирчивость», «Поиск одобрения».

Получены две регрессионные модели для эйфорического и оптимального типов отношения к беременности. Предикторами эйфорического типа отношения к беременности являются: а) отсутствие ожидания от других обмана и манипуляций; б) отсутствие потребности в контроле своих эмоций и в) повышенная требовательность к окружающим. Предикторами оптимального типа отношения к беременности являются: а) потребность в сплоченности, связности с окружающими; б) внимание к своим потребностям и неготовность ими жертвовать «по указке» окружающих; в) повышенная потребность в контроле своих эмоций и импульсов и г) уверенность в том, что беременные женщины обладают особым социальным статусом и привилегиями.

Данные, которые были получены в исследовании, указывают на необходимость психологического сопровождения женщин во время беременности и могут использоваться в качестве основы в разработке программ психологического вмешательства в перинатальный период с использованием метода схема-терапии. Имеющийся ранний опыт детства беременной женщины может выступать фактором, способствующим эмоциональной неустойчивости, личностным нарушениям, сложностям в социально-ролевом функционировании. Кроме того, ранние дезадаптивные схемы могут выступать предиктором формирования определенного типа психологического компонента гестационной доминанты, что, предположительно, может отражаться на вынашивании беременности, процессе родоразрешения, а также состоянии женщины в раннем и позднем послеродовых периодах.

Литература

1. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. 2002. № 3. С. 3–18.
2. Белогай К.Н. Материнство и телесность женщины. Кемерово: Кемеровский гос. ун-т, 2014. 240 с.
3. Вербицкая М.С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом // Медицинский журнал. 2008. № 4. С. 11–14.
4. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования: Мышление и речь. Проблемы психологического развития ребенка / Под ред. А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия. М.: Изд-во Акад. Пед. наук РСФСР, 1956. 520 с.
5. Галимзянова М.В., Касьяник П.М., Романова Е.В. Восприятие родительского отношения у взрослых в связи с ранними дезадаптивными схемами // Вестник СПбГУ. Психология и педагогика. 2017. Том 7. № 4. С. 382–394. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2017.406
6. Горьковая И.А., Коргожа М.А. Влияние течения беременности и качества жизни женщин на развитие послеродовой депрессии // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Том 7. № 4 (25). С. 293–296.
7. Давыдова Е.В. Ранние дезадаптивные схемы у взрослых пациентов с параноидной шизофренией // Медицинская психология в России. 2021. Том 13. № 3. С. 7–15. DOI: 10.24412/2219-8245-2021-3-7
8. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2015. 352 с.
9. Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В. Психологическая диагностика в перинатальной психологии // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: «Сам Полиграфист», 2016. С. 118–132.

10. Захарова Е.И., Булушева Е.А. Особенности страхов беременных женщин, связанные с переживанием внутрисемейной ситуации // Перинатальная психология и психология родительства. 2009. № 3. С. 15–35.

11. Золотова И.А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты как индикатора формирования дисфункциональных отношений в системе «мать – дитя» у женщин различных возрастных категорий // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. Том 27. № 2. С. 135–142. DOI: 10.34216/2073-1426-2021-27-2-135-142

12. Кадыров Р.В., Мироненко Т.А. Обзор зарубежных исследований ранних дезадаптивных схем в клинической практике // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2017. № 3. С. 60–65. DOI: 10.18323/2221-5662-2017-3-60-65

13. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Ранние дезадаптивные схемы как модераторы стресса и формирующейся психической патологии // Сибирский психологический журнал. 2022. № 83. С. 122–140. DOI: 10.17223/17267080/83/7

14. Касьяник П.М., Галимзянова М.В., Романова Е.В. Выраженность ранних дезадаптивных схем и режимов их функционирования у взрослых, обращавшихся и не обращавшихся за психологической помощью // Прикладная юридическая психология. 2016. № 2. С. 75–83.

15. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. СПб.: Изд-во Политехнического ун-та, 2016. 152 с.

16. Кедярова Е.А., МаксUTOва А.А., Русских Н.И. и др. Психологическая готовность к материнству беременных женщин молодого репродуктивного возраста // European Social Science Journal. 2013. № 10–1 (37). С. 292–297.

17. Кедярова Е.А., Рысятова М.С., Уварова М.Ю. Характерологические особенности и типы отношения к беременности у молодых женщин // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2018. Том 24. С. 45–57. DOI: 10.26516/2304-1226.2018.24.45

18. Кольчик Е.Ю., Ушакова В.Р. Специфика отношения к беременности женщин с разным семейным статусом // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Том 8. № 3. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/84PSMN320.pdf> (дата обращения: 27.12.2022).

19. Корниенко Д.С., Радостева А.Г. Личностные черты как предикторы типа психологической компоненты гестационной доминанты в связи с опытом материнства // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. № 3. С. 393–405. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-393-405

20. Корниенко Д.С., Радостева А.Г., Силина Е.А. Особенности психологического компонента гестационной доминанты, внутрисемейных отношений и родительских установок у женщин в связи с возрастом и статусом (беременные и не беременные) // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2019. № 1. С. 83–93. DOI: 10.17072/2078-7898/2019-1-83-93

Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С., Логинова И.В.
Ранние дезадаптивные схемы и тип отношения
к беременности у женщин на позднем сроке гестации
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 114–137.

Kuzmina A.S., Praizendorf E.S., Loginova I.V.
Early Maladaptive Patterns and the Type
of Attitude to Pregnancy in Women at Late Gestation
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 114–137.

21. *Лысенко О.В.* Психологическая диагностика в системе психопрофилактической подготовки беременных к родам // Охрана материнства и детства. 2003–2004. № 1 (4-5). С. 180–184.

22. *Магденко О.В.* Репродуктивные ролевые ориентации деторождения у беременных женщин с различным типом психологического компонента гестационной доминанты // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. 2014. Т. 8, № 1. С. 86–92.

23. *Ушакова В.Р.* Специфика семейных отношений пар в период беременности и после родов // Проблемы современного педагогического образования. 2016. № 52–2. С. 310–316.

24. *Филиппова Г.Г.* Психологическая диагностика готовности к родам // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Том LX. № 3. С.148–151.

25. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства: учебное пособие для вузов. М.: Юрайт, 2020. 212 с.

26. *Хаирова С.И.* Ценностные ориентации женщин с различными типами гестационных доминант // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Том 8. № 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/73PSMN520.pdf> (дата обращения: 27.12.2022).

27. *Холмогорова А.Б.* Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 78–87.

28. *Цареградская Ж.В.* Ребенок от зачатия до года. М.: АСТ, 2009. 288 с.

29. *Черных Н.А.* Материнство как социально-обусловленный феномен. Эмпирическое исследование тревожности беременных // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. Том 22. № 2. С. 94–96.

30. *Эльзесер А.С., Люкшина Д.С., Боленкова Е.Ф.* Концепция ранних дезадаптивных схем в структуре когнитивной психологии // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Том 7. № 5А. С. 144–149.

31. *Bach B., Lockwood G., Young J.E.* A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas // Cognitive Behavioral Therapy. 2018. Vol. 47. № 4. P. 328–349. DOI: 10.1080/16506073.2017.1410566

32. *Bortolon C., Capdevielle D., Boulenger J.-Ph. et al.* Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study // Psychiatry Research. 2013. Vol. 209. № 3. P. 361–366. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.03.018

33. *Edworthy Z., Chasey R., Williams H.* The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth // Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2008. Vol. 26. № 2. P. 123–138. DOI: 10.1080/02646830801918422

34. *Moghadam F.R., Quchan A.D.M., Shomia S.K.* The role of mother's early maladaptive schema in predicting early maladaptive schemas and loneliness of children aged 8 to 15

years in Amol City, Iran // Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2018. Vol. 12. № 9. P. IC01–IC03. DOI:10.7860/JCDR/2018/36369.12072

35. Molnár J. Kósa K. Fekete Z. et al. Postpartum anxiety and intrapsychic vulnerability reflected by early maladaptive schemas // European Journal of Mental Health. 2018. Vol. 13. № 1. P. 70–81. DOI:10.5708/EJMH.13.2018.1.6

36. Nordahl D., Hoifodt R.S., Bohne A. et al. Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child // BMC Psychology. 2019. Vol. 7. № 1. Article 23. DOI: 10.1186/s40359-019-0297-9

37. Pellerone M., Iacolino C., Mannino G. et al. The influence of parenting on maladaptive cognitive schema: A cross-sectional research on a group of adults // Psychology Research and Behavior Management. 2017. № 10. P. 47–58. DOI: 10.2147/PRBM.S117371

38. Reula L.M., García H.S., Fernández A.P. Relationship between early maladaptive schemas and traumatic childhood experiences with suicidal behavior in adults // European Psychiatry. 2017. Vol. 41. № S1. P. S217. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.2199

39. Rida F., Alishba H. Predisposition of early maladaptive schemas and postpartum depression during covid-19 crisis: Mediation of mindfulness // Psychiatria Danubina. 2022. Vol. 34. № 1. P. 148–156. DOI: 10.24869/psyd.2022.148

40. Riso L.P., Froman S.E., Raouf M. et al. The long-term stability of early maladaptive schemas // Cognitive Therapy and Research. 2006. Vol. 30. № 4. P. 515–529. DOI: 10.1007/s10608-006-9015-z

41. Simard V., Moss E., Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2011. Vol. 84. № 4. P. 349–366. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x

42. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A practitioner's guide. NY: Guilford Press. 2003. 449 p.

References

1. Aivazyan E.B., Arina G.A., Nikolaeva V.V. Telesnyi i ehmtsional'nyi opyt v strukture vnutrennei kartiny beremennosti, oslozhnennoi akusherskoi i ehkstragenital'noi patologiei [Bodily and emotional experience in the structure of the internal picture of pregnancy, complicated by obstetric and extragenital pathology]. *Vestnik MGU. Seriya 14: Psikhologiya = Moscow University Psychology Bulletin. Series 14. Psychology*, 2002, no. 3, pp. 3–18. (In Russ.).

2. Belogai K.N. Materinstvo i telesnost' zhenshchiny [Motherhood and the body of a woman]. Kemerovo: KSU, 2014. 240 p. (In Russ.).

3. Verbitskaya M.S. Osobennosti techeniya beremennosti, rodov i poslerodovogo perioda u zhenshchin s razlichnym psikhosomaticheskim statusom [Features of the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with different psychosomatic status]. *Meditinskii zhurnal = Medical Journal*, 2008, no. 4, pp. 11–14. (In Russ.).

4. Vygotsky L.S. Izbrannye psikhologicheskie issledovaniya: Myshlenie i rech'. Problemy psikhologicheskogo razvitiya rebenka [Selected Psychological Studies: Thinking and Speech. Problems of the psychological development of the child]. A.N. Leontiev, A.R. Luria (eds.). Moscow.: Izd-vo Acad. Ped. Sciences RSFSR, 1956. 520 p. (In Russ.).

5. Galimzyanova M.V., Kasyanik P.M., Romanova E.V. Vospriyatie roditel'skogo otnosheniya u vzroslykh v svyazi s rannimi dezadaptivnymi skhemami [Perception of parental attitudes of adults in relation to early maladaptive schemas]. *Vestnik SPbGU. Psikhologiya i pedagogika = Vestnik SPbSU. Psychology and Education*, 2017, vol. 7, no. 4, pp. 382–394. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2017.406 (In Russ., abstr. in Engl.)

6. Gorkovaya I.A., Korgozha M.A. Vliyanie techeniya beremennosti i kachestva zhizni zhenshchin na razvitie poslerodovoi depressii [The impact of the gestation course and the women's quality of life on the development of postpartum depression]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya = Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 2018, vol. 7, no. 4 (25), pp. 293–296. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Davydova E.V. Rannie dezadaptivnye skhemy u vzroslykh patsientov s paranoidnoi shizofreniei [Early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii = Med. Psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 3, pp. 7–15. DOI: 10.24412/2219-8245-2021-3-7. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Dobryakov I.V. Perinatal'naya psikhologiya [Perinatal psychology]. St. Petersburg: Piter, 2015. 352 p. (In Russ.).

9. Dobryakov I.V., Prokhorov V.N., Prokhorova O.V. Psikhologicheskaya diagnostika v perinatal'noi psikhologii [Psychological diagnostics and perinatal psychology]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.), *Diagnostika v meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy. Kollektivnaya monografiya = Diagnostics in medical (clinical) psychology: State of the art and outlook. Collective monograph*, Moscow: «Sam Poligrafist», 2016, pp. 118–132. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Zakharova E.I., Bulusheva E.A. Zakharova E.I., Bulusheva E.A. Osobennosti strakhov beremennykh zhenshchin, svyazannye s perezhivaniem vnutrisemeinoi situatsii [Features of the fears of pregnant women associated with the experience of an intra-family situation]. *Perinatal'naya psikhologiya i psikhologiya roditel'stva = Perinatal Psychology and Psychology of Parenthood*, 2009, no. 3, pp. 15–35. (In Russ.).

11. Zolotova I.A. Issledovanie osobennostei psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominanty kak indikatora formirovaniya disfunktsional'nykh otnoshenii v sisteme «mat' – ditya» u zhenshchin razlichnykh vozrastnykh kategorii [The study of the features of the psychological component of gestational dominance as an indicator of the formation of dysfunctional relationships in the “mother-child” system in women of different age categories]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*, 2021, vol. 27, № 2, pp. 135–142. DOI: 10.34216/2073-1426-2021-27-2-135-142 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Kadyrov R.V., Mironenko T.A. Obzor zarubezhnykh issledovaniy rannikh dezadaptivnykh skhem v klinicheskoi praktike [The review of foreign studies of early

maladaptive schemas in clinical practice]. *Vektor nauki Tol'yattinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika, psikhologiya = Science Vector of Togliatti State University. Series: Pedagogy, Psychology*, 2017, no. 3, pp. 60–65. DOI: 10.18323/2221-5662-2017-3-60-65 (In Russ., absrt. in Engl.).

13. Karaush I.S., Kupriyanova I.E. Rannie dezadaptivnye skhemy kak moderatory stressa i formiruyushcheysya psikhicheskoi patologii [Early maladaptive schemas as stress and emerging mental pathology «moderators»]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian Journal of Psychology*, 2022, no. 83, pp. 122–140. DOI: 10.17223/17267080/83/7 (In Russ., absrt. in Engl.).

14. Kasyanik P.M., Galimzyanova M.V., Romanova E.V. Vyrazhennost' rannikh dezadaptivnykh skhem i rezhimov ikh funktsionirovaniya u vzroslykh, obrashchavshikhsya i ne obrashchavshikhsya za psikhologicheskoi pomoshch'yu [Early maladaptive schemas and modes in adults who seek and do not seek psychological support]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya = Applied Legal Psychology*, 2016, no. 2, pp. 75–83. (In Russ., absrt. in Engl.).

15. Kasyanik P.M., Romanova E.V. Diagnostika rannikh dezadaptivnykh skhem. [Diagnosis of early maladaptive schemes]. St. Petersburg: Izd-vo Politekhnicheskogo un-ta, 2016. 152 p. (In Russ.).

16. Kedarova E.A., Maksutova A.A., Russkih N.I. et al. Psikhologicheskaya gotovnost' k materinstvu beremennykh zhenshchin molodogo reproduktivnogo vozrasta [Psychological readiness for maternity pregnant women of reproductive age young]. *European Social Science Journal*, 2013, no. 10–1 (37), pp. 292–297. (In Russ., absrt. in Engl.).

17. Kedyarova Y.A., Rysyatova M.S., Uvarova M.Y. Kharakterologicheskie osobennosti i tipy otnosheniya k beremennosti u molodykh zhenshchin [Characterological peculiarities and types of attitude towards pregnancy of young women]. *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya = The Bulletin of Irkutsk State University. Series «Psychology»*, 2018, vol. 24, pp. 45–57. DOI: 10.26516/2304-1226.2018.24.45 (In Russ., absrt. in Engl.).

18. Kolchik E.Yu., Ushakova V.R. Spetsifika otnosheniya k beremennosti zhenshchin s raznym semeinym statusom [Specific attitudes towards pregnancy of women with different family status]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and psychology*, 2020, vol. 8, no.3. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/84PSMN320.pdf> (Accessed: 27.12.2022). (In Russ., absrt. in Engl.).

19. Kornienko D.S., Radosteva A.G. Lichnostnye cherty kak prediktory tipa psikhologicheskoi komponenty gestatsionnoi dominanty v svyazi s opytom materinstva [Personal traits as predictors of the type of psychological component of the gestation dominant in association with maternity experience]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya = Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology»*, 2018, no. 3, pp. 393–405. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-393-405 (In Russ., absrt. in Engl.).

20. Kornienko D.S., Radosteva A.G., Silina E.A. Osobennosti psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominanty, vnutrisemeinykh otnoshenii i roditel'skikh ustanovok

u zhenshchin v svyazi s vozrastom i statusom (beremennye i ne beremennye) [Psychological component of the gestational dominant, family relations and parental attitudes of women in different ages and states (pregnant and non-pregnant)]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya = Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology»*, 2019, no. 1, pp. 83–93. DOI: 10.17072/2078-7898/2019-1-83-93 (In Russ., abstr. in Engl.).

21. Lysenko O.V. Psikhologicheskaya diagnostika v sisteme psikhoprofilakticheskoi podgotovki beremennykh k rodam 2003–2004 [Lysenko O.V. Psychological diagnostics in the system of psychoprophylactic preparation of pregnant women for childbirth]. *Okhrana materinstva i detstva = Protection of Motherhood and Childhood*, 2003–2004, no. 1 (4-5), pp. 180–184. (In Russ.).

22. Magdenko O.V. Reproduktivnye rolevye orientatsii detorozhdeniya u beremennykh zhenshchin s razlichnym tipom psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominanty [Reproductive role orientations of childbirth of pregnant women with different types of psychological component of gestational dominant]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya = Vestnik NSU: Psychology*, 2014, vol. 8, no. 1, pp. 86–92. (In Russ., abstr. in Engl.).

23. Ushakova V.R. Spetsifika semeinykh otnoshenii par v period beremennosti i posle rodov [Specifics of family relations couple during pregnancy and postpartum]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya = Problems of Modern Pedagogical Education*, 2016, no. 52–2, pp. 310–316. (In Russ., abstr. in Engl.).

24. Filippova G.G. Psikhologicheskaya diagnostika gotovnosti k rodam [Psychological diagnostics of readiness for childbirth]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei = Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2011, vol. LX, no. 3, pp. 148–151. (In Russ., abstr. In Engl.).

25. Filippova G.G. Psikhologiya materinstva: uchebnoe posobie dlya vuzov [Psychology of motherhood: A textbook for universities]. Moscow: Yurait, 2020. 212 p. (In Russ.).

26. Khairova S.I. Tsennostnye orientatsii zhenshchin s razlichnymi tipami gestatsionnykh dominant [Value orientations of women with different types of gestational dominants]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and psychology*, 2020, vol. 8, no. 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/73PSMN520.pdf> (Accessed: 27.12.2022). (In Russ., abstr. In Engl.)

27. Kholmogorova A.B. J. Skhema-terapiya Dzh. Yanga – odin iz naibolee ehffektivnykh metodov pomoshchi patsientam s pogranichnym rasstroistvom lichnosti [Yang's scheme therapy — one of the most effective methods of care for patients with borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014, vol. 22, no. 2, pp. 78–87. (In Russ., abstr. in Engl.)

28. Tsaregradskaya Zh.V. Rebenok ot zachatiya do goda [Child from conception to one year]. Moscow: AST, 2009. 288 p. (In Russ.).

29. Chernykh N.A. Materinstvo kak sotsial'no-obuslovlenniy fenomen. Ehmpiricheskoe issledovanie trevozhnosti beremennykh [Motherhood as a socially-conditioned phenomenon. An empirical study of anxiety pregnant]. *Vestnik Kostromskogo*

gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics, 2016, vol. 22, no. 2, pp. 94–96. (In Russ., abstr. in Engl.).

30. El'zesser A.S., Lyukshina D.S., Bolenkova E.F. Kontseptsiya rannikh dezadaptivnykh skhem v strukture kognitivnoi psikhologii [Concept of early desadaptive schemes in the structure of cognitive psychology]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya = Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches*, 2018, vol. 7, no. 5A, pp. 144-149. (In Russ., abstr. in Engl.).

31. Bach B., Lockwood G., Young J.E. A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behavioral Therapy*, 2018, vol. 47, no. 4, pp. 328–349. DOI: 10.1080/16506073.2017.1410566

32. Bortolon C., Capdevielle D., Boulenger J.-Ph. et al. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 2013, vol. 209, no. 3, pp. 361–366. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.03.018

33. Edworthy Z., Chasey R., Williams H. The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2008, vol. 26, no. 2, pp. 123–138. DOI: 10.1080/02646830801918422

34. Moghadam F.R., Quchan A.D.M, Shomia S.K. The role of mother's early maladaptive schema in predicting early maladaptive schemas and loneliness of children aged 8 to 15 years in Amol City, Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2018, vol. 12, no. 9, pp. IC01–IC03. DOI: 10.7860/JCDR/2018/36369.12072

35. Molnár J. Kósa K. Fekete Z. et al. Postpartum anxiety and intrapsychic vulnerability reflected by early maladaptive schemas. *European Journal of Mental Health*, 2018, vol. 13, no. 1, pp. 70–81. DOI: 10.5708/EJMH.13.2018.1.6

36. Nordahl D., Hoifodt R.S., Bohne A. et al. Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. *BMC Psychology*, 2019, vol. 7, no. 1, article 23. DOI: 10.1186/s40359-019-0297-9

37. Pellerone M., Iacolino C., Mannino G. et al. The influence of parenting on maladaptive cognitive schema: A cross-sectional research on a group of adults. *Psychology Research and Behavior Management*, 2017, no. 10, pp. 47–58. DOI: 10.2147/PRBM.S117371

38. Reula L.M., García H.S., Fernández A.P. Relationship between early maladaptive schemes and traumatic childhood experiences with suicidal behavior in adults. *European Psychiatry*, 2017, vol. 41, no. S1, pp. S217. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.2199

39. Rida F., Alishba H. Predisposition of early maladaptive schemas and postpartum depression during covid-19 crisis: Mediation of mindfulness. *Psychiatria Danubina*, 2022, vol. 34, no. 1, pp. 148–156. DOI: 10.24869/psyd.2022.148

40. Riso L.P., Froman S.E., Raouf M. et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 2006, vol. 30, no. 4, pp. 515–529. DOI: 10.1007/s10608-006-9015-z

41. Simard V., Moss E., Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2011, vol. 84, no. 4, pp. 349–366. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x

42. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema Therapy: A practitioner's guide*. NY: Guilford Press. 2003. 449 p.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Описательные статистики ранних дезадаптивных схем у исследуемой выборки

Домен	Схема	M±SD по схеме	M±SD по домену
1. Нарушение связи и отвержение	Покинутость / нестабильность	26,52±17,75	14,88±10,59
	Недоверие / Ожидание жестокого обращения	18,68±14,80	
	Эмоциональная депривированность	10,88±13,60	
	Дефективность / стыдливость	6,06±8,45	
	Социальная отчужденность	12,26±15,00	
2. Нарушенная автономия	Зависимость / Беспомощность	10,62±13,07	14,52±12,22
	Уязвимость	18,49±16,10	
	Запутанность / Неразвитая идентичность	15,21±15,84	
	Неуспешность	13,77±14,29	
3. Нарушенные границы	Привилегированность / Грандиозность	28,55±18,70	26,36±17,12
	Недостаточность самоконтроля	24,16±19,30	
4. Направленность на других	Покорность	14,85±14,05	24,10±13,58
	Самопожертвование	26,00±18,77	
	Поиск одобрения	31,47±18,97	
5. Сверхбдительность и запреты	Негативизм / пессимизм	25,37±18,90	23,85±13,9
	Подавленность эмоций	20,22±16,80	
	Жесткие стандарты / Придирчивость	31,14±19,95	
	Пунитивность	18,65±15,39	

Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С., Логинова И.В.
Ранние дезадаптивные схемы и тип отношения
к беременности у женщин на позднем сроке гестации
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 114–137.

Kuzmina A.S., Praizendorf E.S., Loginova I.V.
Early Maladaptive Patterns and the Type
of Attitude to Pregnancy in Women at Late Gestation
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 114–137.

Информация об авторах

Кузьмина Анна Сергеевна, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5864-7120>, e-mail: annakuz87@yandex.ru

Прайзендорф Екатерина Сергеевна, старший преподаватель, кафедра клинической психологии, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9014-8927>, e-mail: catherinears@list.ru

Логинова Ирина Владимировна, акушер-гинеколог, Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства (КГБУЗ АКЦОМД), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6008-5198>, e-mail: login.gela@mail.ru

Information about the authors

Anna S. Kuzmina, Associate Professor, Head, Department of Clinical Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5864-7120>, e-mail: annakuz87@yandex.ru

Ekaterina S. Praizendorf, Senior Lecturer, Department of Clinical Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9014-8927>, e-mail: catherinears@list.ru

Irina V. Loginova, Obstetrician-gynecologist, Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6008-5198>, e-mail: login.gela@mail.ru

Получена: 24.08.2022

Received: 24.08.2022

Принята в печать: 29.12.2022

Accepted: 29.12.2022

Внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине

Котельникова А.В.

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ г. Москвы),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru*

Кукшина А.А.

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ г. Москвы),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru*

Тихонова А.С.

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ г. Москвы),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru*

Бузина Т.С.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com*

Целью настоящего исследования стало изучение психологических механизмов формирования интрапсихического ответа на хроническую боль в спине. Гипотезой явилось предположение о том, что внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине различается в зависимости от субъективного восприятия болевых ощущений. Операционализация внутренней картины болезни производилась в соответствии с четырехуровневой концепцией (сенситивный, мотивационный, эмоциональный и интеллектуальный уровни). Использовались психодиагностические инструменты: Опросник боли Мак-Гилла (Кастыро И.В., 2012), опросник «Восстановление локуса контроля» (Белова Н.А., 2002), экспертная оценка комплаенса по пятибалльной шкале, опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» (Рассказова Е.И., 2016). Были обследованы 84 пациента в возрасте $54,5 \pm 14,4$ лет, из них 52 (61,9%) женщины и 32 (38,1%) мужчины, находившихся на стационарном этапе медицинской реабилитации по

поводу дорсопатий с хроническим болевым синдромом умеренной выраженности. Продолжительность боли у пациентов составила $12,9 \pm 13,4$ лет. В результате проведенного исследования обнаружено, что группы пациентов со смешанной и ноцицептивной болью отличаются друг от друга структурой внутренней картины болезни: у пациентов со смешанной болью отсутствуют взаимосвязи мотивационного и эмоционального уровней с сенситивным — уровнем первичной обработки сенсорной информации.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, хроническая боль, ноцицептивная боль, нейропатическая боль, смешанная боль, дорсопатии.

Благодарности. Авторы выражают благодарность сотрудникам филиала № 3 ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» за помощь в организации исследования.

Для цитаты: Котельникова А.В., Кукшина А.А., Тихонова А.С., Бузина Т.С. Внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 138–158. DOI: 10.17759/cpse.2022110406

Internal Image of Disorder in Patients with Chronic Back Pain

Anastasia V. Kotel'nikova

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru*

Anastasia A. Kukshina

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru*

Anastasia S. Tihonova

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru*

Tatyana S. Buzina

*A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia,
<https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com*

The purpose of the work was to study the psychological mechanisms of the formation of an intrapsychic response to chronic back pain. The hypothesis was the assumption that the internal image of the disorder in patients with chronic back pain differs depending on the subjective perception of pain. Operationalization of the internal image of disorder was carried out in accordance with a four-level concept (sensitive, motivational, emotional, and intellectual levels). Psychodiagnostic tools were used: "McGill's Pain Questionnaire (Kastiro I.V., 2012), "Restoration of the locus of control" questionnaire (Belova N.A., 2002), expert assessment of compliance on a five-point scale, "Psychological factors of attitude to illness and treatment" questionnaire (Rasskazova E.I., 2016). In total, 84 patients aged 54.5 ± 14.4 years were examined, including 52 (61.9%) women and 32 (38.1%) men who were at the inpatient stage of medical rehabilitation for dorsopathies with moderate chronic pain syndrome. The pain has lasted for 12.9 ± 13.4 years. As a result of the study, it was found that the groups of patients with mixed and nociceptive pain differ from each other in the structure of the internal image of the disorder: patients with mixed pain have no relationship between the motivational and emotional levels with the sensitive – the level of primary processing of sensory information.

Keywords: internal image of the disorder, chronic pain, nociceptive pain, neuropathic pain, mixed pain, dorsopathy.

Acknowledgements. The authors express their gratitude to the staff of the branch no. 3 of the Moscow Scientific and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Regenerative and Sports Medicine of Moscow City Healthcare Department for their assistance in organizing the study.

For citation: Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S., Buzina T.S. Internal Image of Disorder in Patients with Chronic Back Pain. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 138–158. DOI: 10.17759/cpse.2022110406

Введение

Согласно результатам эпидемиологических исследований, на протяжении жизни боль в пояснично-крестцовой области возникает более чем у 70–80% населения и является одним из ведущих инвалидизирующих факторов во всем мире [7]. По некоторым оценкам затраты на лечение боли в спине составляют около 2% от ВВП в развитых странах. Результаты российских эпидемиологических исследований показали, что примерно 25% от совокупного количества обращений за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста связаны с болью в нижней части спины [5]. Право человека на облегчение боли закреплено законодательно. Пункт 5 статьи 19 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет, что пациент имеет право на «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами».

Известно, что боль, являясь комплексным феноменом, представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социо-

культурных факторов [3; 11]. Современный подход к типологии боли предполагает классификацию болевых ощущений по параметрам временной протяженности (острая, хроническая) и по механизмам формирования болевых ощущений — ноцицептивная и смешанная (нейропатическая, дисфункциональная) [3]. Есть мнение, что хроническая боль является результатом специфического «болевого поведения» и способом эмоционального реагирования пациентов, что свидетельствует о ее смешанном характере и позволяет трактовать ее как процесс, связанный с физиологией, но не тождественный ей, и осуществляемый психикой [14].

Поведенческим результатом отношения человека к собственному заболеванию, в том числе хронической боли, является его приверженность проводимым терапевтическим мероприятиям, то есть комплаенс [20]. В последние годы пристальное внимание изучению данного конструкта уделяется как медиками, так и психологами, работающими в составе мультидисциплинарных реабилитационных команд, поскольку из-за значительной временной протяженности процесса медицинской реабилитации хронизация болевых ощущений может стать фактором, истощающим не только физические, но и мотивационные ресурсы человека [6; 16].

Наиболее полно вышеизложенные соображения в проблемном поле взаимодействия личности и болезни реализованы посредством интегративного объяснительного конструкта «внутренняя картина болезни» (ВКБ), под которой в медицинской психологии понимают совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую несколько уровней психического отражения: сенситивный, мотивационный, эмоциональный и интеллектуальный [23]. В настоящее время существует большое количество работ, посвященных изучению психологических коррелятов ВКБ у пациентов с хронической болью на фоне различных заболеваний в целях поиска методов дифференциальной диагностики и организации наиболее эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий [12; 19; 27]. Выявление психологических аспектов формирования ВКБ позволяет медицинским психологам сконцентрировать внимание на специфических параметрах, актуальных для конкретных категорий пациентов.

Однако в упомянутом методическом подходе не учитывается типология болевых ощущений, в связи с чем *гипотезой* настоящего исследования стало предположение о том, что могут быть выделены варианты ВКБ у пациентов с хронической болью в спине в зависимости от характера (ноцицептивная/смешанная) субъективного восприятия болевых ощущений.

Цель исследования — изучение психологических механизмов формирования внутренней картины болезни у пациентов с хронической болью в спине.

Материал и методы

Выборка. В исследовании приняли участие 84 пациента, находившихся на стационарном этапе медицинской реабилитации в филиале № 3 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ по поводу нарушения двигательных функций, возникших на фоне дорсопатии (шифры М42, М46, М48, М51, М52, М53, М54 по МКБ-10). Критерием включения в выборку явилось наличие хронической (более 12 недель) боли умеренной

интенсивности. Было обследовано 52 (61,9%) женщины и 32 (38,1%) мужчины в возрасте $54,5 \pm 14,4$ года, продолжительность боли у которых составила $12,9 \pm 13,4$ лет. Работа выполнялась в рамках темы НИР «Разработка пациент-ориентированной модели медико-психологической реабилитации» (№ государственной регистрации АААА-А20-120060490050-1; протокол ЛЭК № 1 от 06.02.2020 г.).

Процедура и методики исследования. Предметом настоящего исследования явилось субъективное восприятие заболевания, концептуализированное в рамках четырехуровневой концепции ВКБ с помощью валидизированных и рекомендованных Союзом реабилитологов России методик и шкал. Психодиагностическое обследование производилось с учетом добровольности участия и наличия информированного согласия путем самостоятельного заполнения бланковых вариантов опросников в присутствии медицинского психолога. В качестве внешнего критерия валидности исследования использовалась усредненная оценка лечащего врача и инструктора лечебной физкультуры меры комплаенса пациентов в процессе реабилитации. Комплаенс оценивался по пятибалльной шкале Ликерта, где «5» — полное соответствие поведения больного указаниям и рекомендациям медицинского персонала (α -Кронбаха=0,73). В таблице 1 представлен перечень диагностических методик с указанием их коэффициентов самосогласованности α -Кронбаха, рассчитанных на основе эмпирических данных обследованной выборки.

Таблица 1

**Психодиагностические методики, использованные в исследовании
для измерения различных уровней ВКБ**

Уровни ВКБ	Содержание уровня	Инструменты измерения	α -Кронбаха
Сенситивный	Совокупность всех телесных феноменов и симптомов, связанных с переживаемой болезнью	Ранговый индекс боли по сенсорной шкале боли опросника Мак-Гилла	0,71
Мотивационный	Реорганизация мотивационно-потребностной сферы индивида в новых условиях его функционирования, что влечет за собой изменение образа жизни и актуализацию здоровьесберегающего поведения	Опросник «Восстановление локуса контроля»	0,43
Эмоциональный	Отражает специфику реагирования субъекта на его заболевание, ограничения и условия развития, а также аффективное предвосхищение возможных последствий	Ранговый индекс боли по аффективной шкале боли опросника Мак-Гилла	0,64
Интеллектуальный	Объективные знания и представления человека о своем заболевании, его течении, причинах и последствиях	Опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению»	$\in [0,67; 0,77]$

Опросник боли Мак-Гилла — психодиагностический инструмент, предназначенный для исследования характеристик боли по методу многомерной семантической дескрипции [1; 11]. Опросник включает в себя 78 слов-дескрипторов, описывающих различные характеристики боли, объединенные в 20 групп, в каждой из которых дескрипторы расположены в порядке нарастания интенсивности ощущения оцениваемой характеристики [9]. Респондент должен выбрать дескрипторы, наиболее соответствующие его ощущениям, — не более одного из каждой группы, но не обязательно в каждой. В качестве итоговых рассматриваются показатели сенситивной (переживание боли на уровне субъективных ощущений), аффективной (влияние боли на психику) и эвалюативной (интенсивность боли) шкалам.

Опросник «Восстановление локуса контроля» — самоотчетная методика, предназначенная для измерения уровня мотивации пациента к достижению улучшения собственного состояния [24; 25]. Тест состоит из 9 утверждений, степень согласия с которыми респондент должен оценить по четырехбалльной шкале. Итоговый показатель представляет собой сумму сырых баллов по утверждениям и может варьироваться от 0 до 36: высокие баллы свидетельствуют о высоком уровне мотивации к улучшению состояния, а низкие — об отсутствии стремления облегчить свое состояние. Ввиду недостаточно высокого показателя внутренней согласованности пунктов методики (α -Кронбаха=0,43) обработка и анализ полученных данных производились с учетом поправки по формуле $x_t = r_t \times x_i + \bar{x} \times (1 - r_t)$, где x_t — значение тестового балла, r_t — коэффициент надежности теста, x_i — эмпирический балл, \bar{x} — среднее значение оценок по тесту [2].

Опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» направлен на оценку когнитивной составляющей репрезентации заболевания, то есть тех общих представлений больных о происходящем с ними, которые формируются в ситуации заболевания [18]. Опросник состоит из 87 утверждений, детерминирующих особенности поведения человека в отношении здоровья и болезни. Пациенту предлагается оценить каждое утверждение по степени значимости, присваивая балл от 1 («совершенно не согласен») до 7 («совершенно согласен»). Ключом к оригинальному варианту методики служит количественная обработка результатов по 16 шкалам, отражающим субъективные представления о длительности заболевания, его цикличности, последствиях, личностном контроле за заболеванием, уверенности в лечении и способности контролировать состояние, понимание болезни, эмоциональное отношение к ней, а также атрибуцию причинности заболевания (внешние средовые факторы, личностные особенности, вредные привычки, ситуативные факторы). Кроме того, согласно рекомендациям создателей опросника, подсчет эмпирических данных следует производить, минуя процедуру стандартизации, что, безусловно, повышает дискриминативность методики и предоставляет возможность проведения дифференцированной диагностики в рамках индивидуального клинического случая, однако для реализации поставленных в рамках настоящего исследования аналитических задач дробление имеющихся данных на большое количество субшкал нецелесообразно, в связи с чем было предпринято снижение размерности данных [4]. Для этого использовался эксплораторный факторный анализ (метод анализа главных компонент, вращение Equamax normalized, процент объясненной дисперсии

составил 74,7%, диапазон факторных нагрузок варьировал от 0,77 до 0,89), а также расчет нормализованных показателей индексов активности–пассивности и интернальности–экстернальности пациента в отношении болезни и лечения. Таким образом, по результатам применения опросника для каждого обследованного пациента были получены интегральные индексы, отражающие:

- активность–пассивность пациента: на собственную активность или активность значимых других он опирается, принимая решения в отношении здоровья и болезни в ситуации соматического заболевания;
- степень интернальности в отношении болезни и лечения;
- представления человека о собственных возможностях в преодолении заболевания — самоэффективность в отношении болезни.

Анализ данных. Обработка данных производилась в программе Statistica v. 12.0. Использовались эксплораторный факторный анализ, кластерный анализ по методу k-средних, критерий Колмогорова–Смирнова для проверки нормальности распределения данных, критерии Крускалла–Уоллиса и Манна–Уитни для сравнения выраженности количественного признака в несвязанных группах, критерий Фишера для анализа пропорциональной представленности бинарного признака в несвязанных группах, корреляционный анализ по критерию Спирмена. Выявленные связи и различия считались достоверными при достижении уровня статистической значимости $p \leq 0,05$.

Результаты

Логика изложения результатов основана на последовательном количественном описании уровней внутренней картины болезни, поиске и анализе структурных взаимосвязей, а также оценке вклада изучаемого концепта в формирование комплаенса пациентов с хронической болью в спине в процессе реабилитации.

Исследование *сенситивного уровня* ВКБ производилось путем изучения восприятия боли с помощью сенситивной шкалы «Опросника боли Мак-Гилла». К полученным данным была применена процедура кластерного анализа для выделения групп с ноцицептивным и смешанным характером боли [22]. Оказалось, что 29 человек (34,5% случаев) из числа обследованных были склонны описывать свою боль многословно, распространенно, экспрессивно и драматично, что соответствует смешанным (нейропатическим и дисфункциональным) характеристикам боли, а 55 человек (65,5%) — лаконично и с меньшей экспрессией, что соответствует описанию ноцицептивной боли. При этом интенсивность боли по данным эвалюативной шкалы «Опросника боли Мак-Гилла» у пациентов со смешанной болью значимо превышала ($U=570,5$; $p=0,03$) соответствующие показатели у пациентов с ноцицептивной болью ($2,6 \pm 0,63$ и $2,2 \pm 0,81$ соответственно по пятибалльной шкале).

На рисунке 1 представлена график распределения эмпирических данных, отражающих результаты исследования *мотивационного уровня* ВКБ с помощью

опросника «Восстановление локуса контроля» и достоверно не отличающиеся от нормального ($d=0,13$, $p \geq 0,05$).

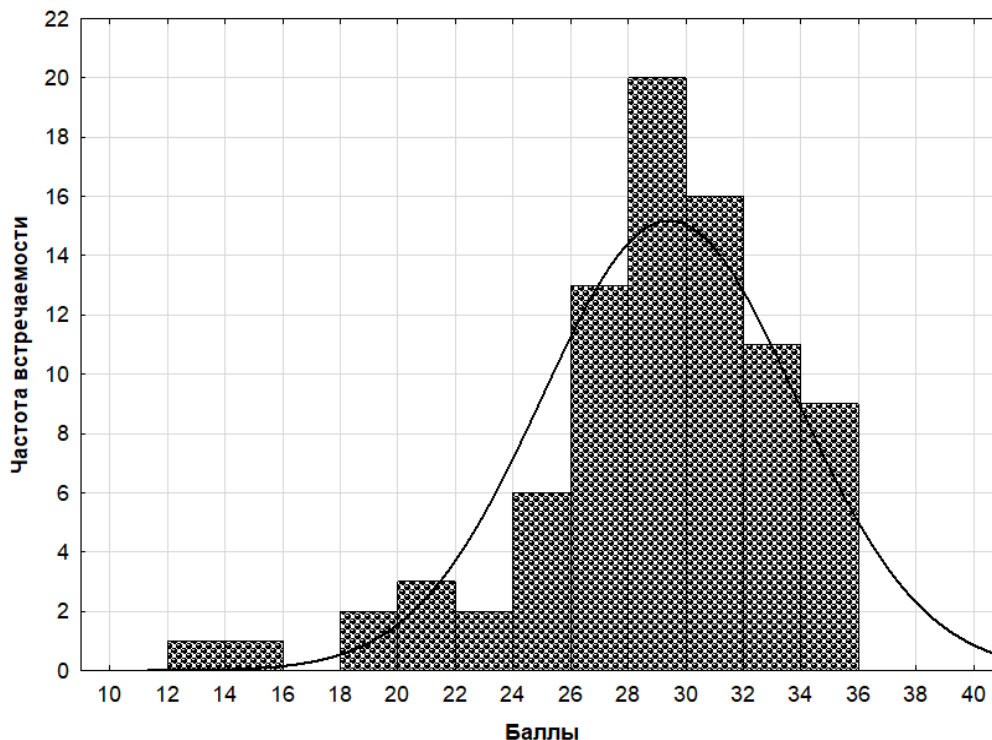


Рис. 1. Эмпирическое распределение данных, характеризующих мотивационный уровень ВКБ, по результатам применения опросника «Восстановление локуса контроля»

На рисунке 1 видно, что большинство пациентов обследованной выборки являются высоко мотивированными на продолжение лечения и реабилитацию: на графике наблюдается явное смещение распределения в сторону максимально возможного балла ($\max=36$) локуса контроля. В рамках принятой трактовки количественных значений стандартных шкал психодиагностических методик [13] собственно «низкими» показателями мотивированности обследованных по результатам применения опросника «Восстановление локуса контроля» могут считаться итоговые количественные значения, находящиеся в диапазоне первого квартиля возможных значений (от 1 до 12 баллов включительно) — таковые в имеющейся выборке пациентов обнаружены не были, что позволяет сделать вывод о 100% высоком уровне мотивации включенных в исследование респондентов. При этом, согласно зафиксированным в процессе реабилитации данным о комплаенсе, действительно высоким уровнем мотивации на реабилитацию был только в 79,7% случаев. Таким образом, рассогласование декларируемого пациентами высокого мотивационного настроя в отношении реабилитации и реального поведенческого результата было зафиксировано в каждом пятом случае (20,3%).

Межгрупповые различия в мотивационном уровне ВКБ в группах пациентов в зависимости от характера болевых ощущений были обнаружены лишь на уровне статистической тенденции ($U=616,5$; $p=0,09$): пациенты с ноцицептивной

болью имеют несколько бóльшую мотивированность по сравнению с пациентами, испытывающими смешанную боль.

Исследование корреляционных связей мотивационного уровня ВКБ и итогового комплаенса с учетом ноцицептивных и смешанных характеристик болевого синдрома показало, что высокий комплаенс соотносится с высокими показателями мотивации только в группе пациентов с ноцицептивной болью ($r=0,43$, $p<0,001$). В группе пациентов со смешанной болью указанная значимая связь не зафиксирована ($r=0,28$, $p=0,14$).

Эмоциональный уровень ВКБ изучался путем анализа данных, полученных по результатам применения аффективной шкалы «Опросника боли Мак-Гилла», с учетом ноцицептивных и смешанных характеристик болевого синдрома. Были выявлены значимые различия, отражающие следующую специфику: пациенты со смешанной болью чаще, чем пациенты с ноцицептивной болью, отмечали влияние боли на психику, многословно описывали чувства и субъективные переживания негативного регистра, которые она вызывает, что указывает на большую вовлеченность эмоциональной составляющей переживания боли. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Частота встречаемости аффективного компонента восприятия боли
в группах пациентов с ноцицептивными и смешанными
характеристиками боли**

Аффективный компонент восприятие боли (чувство)	Характер боли (абс./%)				p
	Ноцицептивный (n=55)		Смешанный (n=29)		
	Отсутствует	Выражен	Отсутствует	Выражен	
Утомляет, изматывает	18 (37,2%)	37 (62,8%)	1 (3,4%)	28 (96,6%)	0,001***
Вызывает тошноту или удушье	53 (96,4%)	2 (3,6%)	21 (72,4%)	8 (27,6%)	0,003**
Вызывает тревогу, страх	32 (58,2%)	23 (41,8%)	10 (34,5%)	19 (65,5%)	0,03*
Угнетает, раздражает, злит, приводит в ярость, приводит в отчаяние	23 (41,8%)	32 (58,2%)	4 (13,8%)	25 (86,2%)	0,01**
Обессиливает, ослепляет	37 (62,8%)	18 (37,2%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	0,03*
Чувство помехи, досады, страдания, мучения, пытки	14 (25,5%)	41 (74,5%)	1 (3,4%)	28 (96,6%)	0,01**

Примечание: * — достоверность критерия Фишера на уровне $\leq 0,05$, ** — на уровне $\leq 0,01$, *** — на уровне $\leq 0,001$.

Анализ взаимосвязей эмоционального и сенситивного уровня ВКБ выявил статистически значимые прямые связи в группе пациентов с ноцицептивным характером болевых ощущений ($r=0,41$, $p=0,002$) и отсутствие таковой в группе пациентов со смешанными характеристиками боли ($r=0,21$, $p=0,27$).

В результате исследования *интеллектуального уровня* ВКБ выявлено, что с точки зрения активности–пассивности в обследованной выборке преобладают лица с активной позицией в отношении здоровья и болезни, настроенные на реабилитацию, готовые принимать деятельное участие в процессе — их численность составила 67 человек (80%). При этом 17 пациентов (20%) продемонстрировали пассивную, основанную преимущественно на выраженных рентных установках в отношении болезни и лечения позицию. В отношении атрибуции ответственности за болезнь и лечения получены следующие данные: 64 пациента (76%) имели выраженный интернальный локус контроля, а 20 пациентов (24%) — экстернальный (внешний или безличный, подразумевающий «судьбу», «провидение», «случай»). Пациентов, оценивающих свою самооффективность как высокую, в обследованной выборке оказалось 58 человек (69%); 26 человек (31%) характеризовались низкой самооффективностью. С учетом клинически наблюдаемой комбинаторики поведения пациентов и в зависимости комбинации высоких и низких показателей активности–пассивности и интернальности–экстернальности были выделены следующие группы пациентов.

1. Группа «А+И» — 61 человек (72,6%). Характеризуется активной позицией в отношении реабилитации в сочетании с интернальным локусом контроля. Это пациенты, принимающие активное, заинтересованное участие в реабилитационном процессе, готовые взять на себя разумную часть ответственности за выздоровление и дальнейшее поддержание здоровья. Их основная установка может быть сформулирована следующим образом: «Я делаю все, что от меня зависит, для того, чтобы выздороветь».

2. Группа «А+Э» — 6 человек (7,1%). Характеризуется активной позицией в отношении реабилитации в сочетании с экстернальной атрибуцией ответственности. Это пациенты, чья активность в реабилитационном процессе направлена исключительно вовне: на лечащего врача, инструктора по лечебной физкультуре, массажиста, психолога. В их поведении могут проследиваться ярко выраженные рентные установки, реализуемые в виде внешнеобвинительных реакций, требований «немедленного» выздоровления, назначения максимального возможного количества реабилитационных процедур, а также нереалистичных ожиданий от реабилитации.

3. Группа «П+И» — 3 человека (3,6%). Характеризуется пассивной позицией в сочетании с интернальным локусом контроля. У этих пациентов истинная готовность взять на себя ответственность за восстановление здоровья подменена переживанием чувства вины за причину заболевания. Их установка в отношении болезни и лечения может быть сформулирована так: «Я виновен в том, что заболел, но, поскольку я сам ничего исправить не смогу, сделать это должны другие».

4. Группа «П+Э» — 14 человек (16,7%). Характеризуется пассивной позицией в сочетании с экстернальной атрибуцией ответственности. Пациенты этой

группы демонстрируют ярко выраженные рентные установки в отношении реабилитационного процесса, не готовы брать на себя ответственность и при этом занимают пассивную позицию, не проявляют активных действий для взаимодействия с лечащим врачом и медицинским персоналом. Они как бы «предоставляют» свое тело медикам, действуют по принципу «Вылечите меня — вдруг у вас получится».

Анализа значимости различий в уровне выраженности представлений о самоэффективности в описанных группах с использованием критериев Крускала–Уоллиса и Манна–Уитни для дальнейшего попарного сравнения зафиксировал значимые межгрупповые различия ($N=25,58$, $p<0,001$). Показано, что самоэффективность в группе «П+Э» достоверно превышает соответствующие значения во всех обследованных группах ($p<0,001$ в сравнении с группой «А+И»; $p=0,001$ — с группой «А+Э»; $p=0,01$ — с группой «П+И»). При этом показатели самоэффективности в группах «А+Э» и «П+И» достоверно не различались между собой ($p=0,71$), но были самыми низкими по выборке. Поскольку от пола, возраста и длительности болевого синдрома ощущение самоэффективности пациентов обследованной выборки не зависело ($p\geq 0,05$), привлечение данных описательной статистики позволяет предположить, что полученный результат может быть объяснен нереалистичными представлениями о собственных возможностях в отношении болезни и лечения у пациентов группы «П+Э», которые, вероятно, формируют нереалистичные ожидания от реабилитационного процесса с неизбежной последующей фрустрацией. Разброс данных в группе «П+Э» явно превышает средние значения и находится в зоне чрезмерной выраженности по сравнению с аналогичными показателями у всех остальных групп (см. рис. 2).

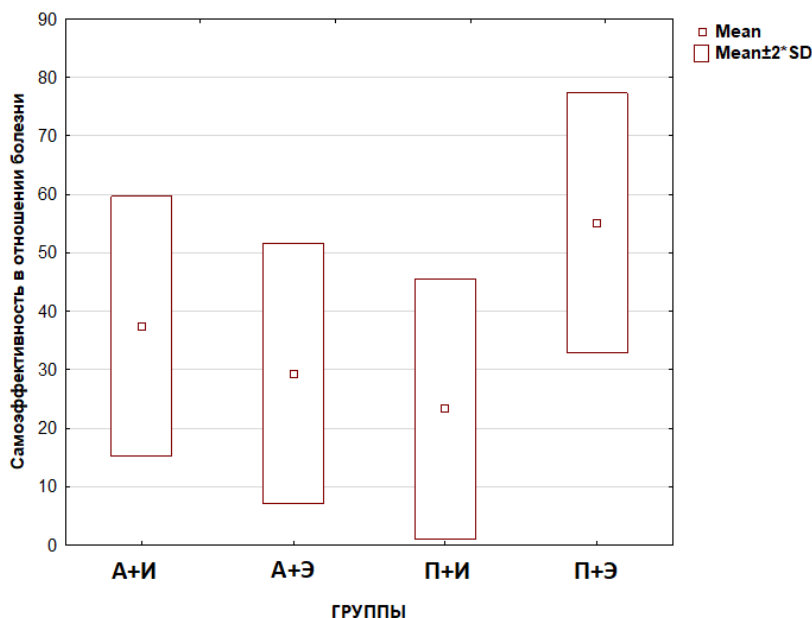


Рис. 2. Самоэффективность в группах с различным отношением к болезни и лечению

Примечание: Mean — среднее значение; Mean±2SD — среднее значение ± удвоенное стандартное отклонение.

Поскольку достоверных различий в уровне выраженности переменных, описывающих интеллектуальный уровень ВКБ, в группах пациентов с ноцицептивными и смешанными характеристиками боли по критерию Манна–Уитни выявлено не было ($p \geq 0,05$), анализ взаимосвязей с исследованными ранее уровнями проводился на общей выборке ($N=84$). Обнаружены значимые связи интеллектуального уровня в части ощущения самоэффективности пациентов обследованной выборки с мотивационным ($r=0,27$, $p=0,01$) и эмоциональным ($r=-0,26$, $p=0,01$) структурными уровнями ВКБ.

Обсуждение результатов

Результаты исследования ВКБ у пациентов с хронической болью в спине соотносятся с общенаучными представлениями о структурной организации изучаемого концепта, важную роль в которой играет психологическая составляющая [8; 26].

Уже на сенситивном уровне — на уровне первичной переработки физических ощущений — обследованная выборка отчетливо разделяется в зависимости от экспрессии и интенсивности субъективного восприятия боли на пациентов с ноцицептивными и смешанными (нейропатическими и дисфункциональными) характеристиками боли.

Результаты изучения мотивационного уровня ВКБ обследованных пациентов позволяют описать их как высоко приверженных к лечению и реабилитации, однако данный факт не дает возможности сделать однозначно положительные прогностические интерпретации, поскольку к настоящему моменту достоверно известно, что чрезмерно высокая мотивация пациентов соотносится как с нереалистичными ожиданиями от лечебного и реабилитационного процессов, так и с преувеличенными представлениями относительно своих возможностей в достижении выздоровления [21]. Результаты исследований также свидетельствуют о парадоксальном снижении регистрируемого комплаенса в процессе реабилитации исходно перемотивированных пациентов [10]. Клинические наблюдения позволяют предположить, что данный факт отражает неосознаваемое намерение так называемого «высококомплаентного» пациента атрибутировать ответственность за выздоровление и эффективность реабилитации внешним обстоятельствам в лице врача, массажиста, инструктора лечебной физкультуры; менять активную позицию «я делаю все возможное для того, чтобы выздороветь» на пассивную — «лечите меня». Приверженность лечению у таких пациентов базируется не на осознанной активной включенности в процесс выздоровления, а скорее, носит внешний характер и может стать препятствием в формировании комплаентного поведения.

Возможно, имеется также психофизиологическая детерминация, соотносящаяся с особенностями переработки сенсорной информации у пациентов со смешанным характером болевых ощущений, итоговый комплаенс которых оказался не связанным с мотивационным уровнем ВКБ, в отличие от пациентов с ноцицептивной болью.

Прямые корреляционные связи между сенситивным и эмоциональным уровнями ВКБ у пациентов с ноцицептивной болью и отсутствие таковых в случае

смешанной боли позволяют сделать предположение относительно содержания эмоциональных реакций пациентов со смешанной болью. Тот факт, что эта категория пациентов чаще, чем пациенты с ноцицептивной болью, отмечает большее влияние боли на эмоциональное состояние, не всегда представляет собой результат переработки реального опыта взаимодействия с физической болью, но может являться продуктом так называемой «вторичной выгоды от заболевания», отражающей убеждение пациента в том, что его заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Вышеуказанные положения соотносятся с описанными в литературе данными о возможности редукации субъективной степени выраженности боли и страдания пациента, базирующейся на ожидании «вознаграждения» за переживаемое состояние, при сохранении ноцицептивной стимуляции на прежнем уровне [15].

В рамках исследования интеллектуального уровня внутренней картины болезни была проанализирована совокупность установок пациентов в отношении болезни и лечения: представления о самоэффективности, атрибуции ответственности в отношении причин заболевания и в отношении лечения; на собственную активность или на активность значимых других опирается человек, принимая решения в отношении здоровья и болезни в ситуации соматического заболевания.

Основатель концепции самоэффективности А. Бандура считал самоэффективность центральной детерминантой человеческого поведения, позволяющей с большой долей вероятности предсказать реальное поведение человека. Он рассматривал самоэффективность как важный когнитивный фактор, воздействующий на поведение человека и его результаты посредством когнитивных, мотивационных, аффективных и физиологических процессов [28].

Е.И. Рассказова определяет саморегуляцию и отношение к болезни в качестве центральных конструкторов, детерминирующих поведение, связанное со здоровьем и болезнью. Представления о длительности и негативных последствиях заболевания коррелируют с более низкими показателями качества жизни, тогда как уверенность в контроле своего состояния данный параметр улучшает [17].

По результатам настоящего исследования можно констатировать, что большинство обследованных пациентов (69%) убеждены в том, что обладают всеми необходимыми ресурсами для того, чтобы преодолеть симптомы болезни, верят в успех своих действий; готовы взять на себя ответственность (76%); готовы проявить активность, упорство и настойчивость в достижении ожидаемого результата (80%). То есть 70–80% больных будут выбирать активную стратегию совладания, опираясь на собственные возможности и принимая на себя ответственность за процесс лечения. Для остальных обследованных характерным представляется выбор пассивной стратегии и перекладывание ответственности за свое здоровье на внешние факторы (врач, родственники, судьба и пр.).

Изучение структурных взаимосвязей между уровнями ВКБ у пациентов с дорсопатиями показало существование их взаимосвязи (рис. 3). Как видно на корреляционной плеяде, сенситивный, эмоциональный, мотивационный и интеллектуальный уровни ВКБ у пациентов с дорсопатиями связаны между собой

таким образом, что высокая представленность интеллектуального уровня соотносится с высокой сформированностью мотивационного уровня и уровня эмоциональной регуляции. При этом высокая представленность чувствительного уровня соотносится с высокой представленностью эмоционального и мотивационного уровней у пациентов с ноцицептивной болью (черные стрелки), но никак не взаимосвязана с указанными уровнями у пациентов со смешанными характеристиками боли (оранжевые стрелки). Данный факт позволяет предположить изолированное функционирование мотивационного и эмоционального уровней ВКБ у пациентов со смешанной болью, что может свидетельствовать о наличии патологического ответа на боль за счет нарушения интегративной функции головного мозга. Описанные результаты соотносятся с имеющимися представлениями о роли нарушения взаимодействия ноцицептивной и антиноцицептивной систем на различных уровнях ВКБ в развитии и поддержании хронической боли [1; 15].

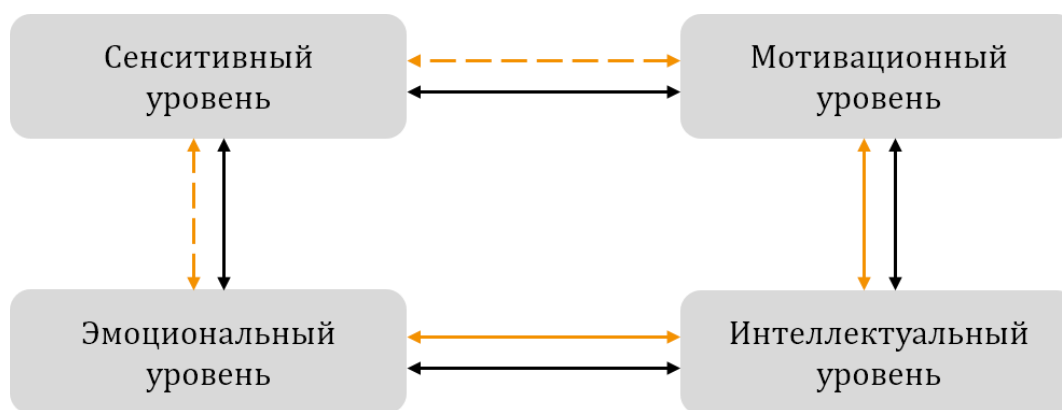


Рис. 3. Структурные взаимосвязи различных уровней ВКБ у пациентов с хронической болью

Примечание: черные стрелки отражают взаимосвязи между уровнями ВКБ у пациентов с ноцицептивной болью; оранжевые стрелки — у пациентов со смешанной болью. Пунктирные линии обозначают отсутствие связей; сплошные — их наличие.

Заключение

Исследование ВКБ у пациентов с хронической болью в спине позволило обозначить некоторые психологические механизмы формирования патологического ответа на боль. Нашла свое подтверждение гипотеза о том, что ВКБ у пациентов с хронической болью в спине различается в зависимости от характера болевых ощущений. У пациентов со смешанной болью, в отличие от пациентов с ноцицептивной болью, наблюдается нарушение интегративных связей между структурными уровнями ВКБ с изолированным функционированием мотивационного и эмоционального уровней. У пациентов с ноцицептивной болью интенсивное переживание болевых ощущений соотносится с выраженными эмоциональными реакциями, а декларируемая мотивационная готовность к ответственному участию в процессе реабилитации — с высоким комплаенсом. В случае смешанных болевых ощущений, вероятно, задействованы патологические механизмы, основанные на нарушении интегративных процессов. Выявленная неоднородность интеллектуального уровня ВКБ пациентов с хронической болью в спине, развившаяся на фоне

дорсопатии, напрямую не соотносится с ноцицептивным или смешанным характером ощущений, но различается в зависимости от комбинации представлений пациентов об атрибуции ответственности за болезнь и намерения опираться на собственную активность или на активность значимых других в процессе реабилитации. Обнаруженная связь интеллектуального уровня с эмоциональным и мотивационным в части представлений пациентов о самооффективности в отношении болезни позволяет обозначить самооффективность в качестве основной точки приложения психокоррекционных усилий. Ограничение данного исследования заключается в малом объеме выборки, а также в анализе наличия связей, но не их направленности.

Перспективой дальнейших исследований является поиск релевантных методов восстановления нарушенных взаимосвязей между уровнями ВКБ у пациентов со смешанным характером боли.

Литература

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 368 с.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 2001. 528 с.
3. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М.: «АММ ПРЕСС», 2016. 636 с.
4. Замятин А.В. Введение в интеллектуальный анализ данных: учебное пособие. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. 118 с. URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vtls:000529594> (дата обращения: 09.12.2022).
5. Зиновьева О.Е., Баринов А.Н. Патогенетическое лечение неспецифической боли в спине // Медицинский совет. 2018. № 9. С. 25–28. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-9-25-28
6. Избранные лекции по медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева и др. Тамбов: «Издательство Юлис», 2016. 278 с.
7. Исайкин А.И., Кузнецов И.В., Кавелина А.В. и др. Неспецифическая люмбалгия: причины, клиника, диагностика, лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. Том 7. № 4. С. 101–109. DOI: 10.14412/2074-2711-2015-4-101-109
8. Ишинова В.А., Митякова О.Н., Поворинский А.А. Значение хронической боли в формировании «Внутренней картины болезни» у больных, перенесших ампутацию нижних конечностей и реваскуляризацию миокарда, до и после курса эмпатотехники // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. № 3. С. 15–21.

9. Кастыро И.В., Попадюк В.И., Благодеров М.Л. и др. Опросник боли Мак-Гилла как метод определения уровня болевого синдрома у пациентов после риносептопластики и полипотомии носа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук. 2012. Том 86. № 4. Часть 2. С. 68–71.

10. Котельникова А.В., Кукушина А.А., Тихонова А.С. и др. Приверженность к лечению как предиктор эффективности включения технологий VR и AR в психологическое сопровождение пациентов с нарушением двигательных функций в процессе медицинской реабилитации // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020. № 3. С. 72–81. DOI: 10.26269/72cj-dh29

11. Кузьминова Т.И., Мухаметзянова А.Х., Магомедкеримова Л.В. Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине // Российский неврологический журнал. 2020. Том 25. № 2. С. 12–21. DOI: 10.30629/2658-7947-2020-25-2-12-21.

12. Мигунова Ю.М. Психологические факторы хронификации при головной боли // Психологические исследования. 2018. Том 11. № 57. С. 12. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/325/601> (дата обращения: 09.12.2022).

13. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и по специальностям психологии. СПб.: Речь, 2010. 388 с.

14. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С. и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019. Том 11. № 2S. С. 7–16. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16.

15. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 368 с.

16. Порошина Е. Г., Вологодина И.В. Трудный пациент: учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ имени И.И. Мечникова, 2017. 36 с.

17. Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В. и др. Когнитивная составляющая репрезентации лечения и качество жизни при соматических заболеваниях // Психическое здоровье. 2014. Том 12. № 1. С. 43–51.

18. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник Южно-Уральского Государственного университета. Серия «Психология». 2016. Том 9. № 1. С. 71–83. DOI: 10.14529/psy160108

19. Сериков А.А., Иорданишвили А.К. Изменение внутренней картины болезни в процессе лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Вестник российской военно-медицинской академии. 2019. № 3 (67). С. 46–51.

20. Старостина Е.Г. Володина М.Н. Роль комплаентности в ведении больных с диабетом // Русский медицинский журнал. 2015. Том 23. № 8. С. 477–480.

21. Сушилова А.Г., Белоусова Л.Н. Изучение зависимости уровня комплаентности от внутренней картины болезни, копинг-стратегий, тревоги и депрессии пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Профилактическая медицина — 2019: сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 14–15 ноября 2019 г. / Под ред. А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. Санкт-Петербург: СЗГМУ имени И.И. Мечникова, 2019. С. 169–176.

22. Тихонова А.С., Погонченкова И.В., Котельникова А.В. и др. Мотивация к лечению у пациентов с хронической болью в спине // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022. № 2. С. 48–51.

23. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. // Психологические исследования. 2012. Том 21. № 1. С. 11. URL: <http://psystudy.ru.0421200116/0011> (дата обращения: 09.12.2022).

24. Шкалы и алгоритмы в общеврачебной практике: практическое руководство / Н.И. Волкова, И.Ю. Давиденко, И.С. Джериева и др. / Под ред. Е.В. Доценко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 208 с. DOI: 10.33029/9704-5867-9-SHK-2020-1-208.

25. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: рук. для врачей и науч. работников / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2001. 439 с.

26. Штрахова А.В. Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных // Вестник Южно-Уральского университета. Серия «Психология». 2009. № 30 (163). С. 76–82. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosemantika-boli-v-strukture-vnutrenney-kartiny-bolezni-u-nevrologicheskikh-bolnyh> (дата обращения: 09.12.2022).

27. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Андрушкевич Т.Д. и др. Исследование параметров внутренней картины болезни у пациентов ревматологического профиля // Российский психологический журнал. 2020. Том 17. № 1. С. 15–26. DOI: 10.21702/grj.2020.1.2

28. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency // American Psychologist. 1982. Vol. 37. № 2. P. 122–147. DOI: 10.1037/0003-066X.37.2.122

References

1. Bolevye sindromy v nevrologicheskoi praktike [Pain syndromes in neurological practice]. A.M. Vein (ed.). Moscow: MEDpress-inform, 2001. 368 p. (In Russ.).

2. Burlachuk L.F., Morozov S.M. Slovar'-spravochnik po psikhodiagnostike [Dictionary-reference book on psychodiagnosics]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 528 p. (In Russ.).

3. Danilov A.B., Danilov A.I. Upravlenie bol'yu. Biopsikhosotsial'nyi podkhod [Pain management. Biopsychosocial approach]. Moscow: «AMM PRESS», 2016. 636 p. (In Russ.).

4. Zamyatin A.V. Vvedenie v intellektual'nyi analiz dannykh: uchebnoe posobie [Introduction to Data Mining: A Study Guide]. Tomsk: Izdatel'skii Dom Tomskogo gosudarstvennogo universiteta, 2016. 118 p. URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vtls:000529594> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ.).
5. Zinovieva O.E., Barinov A.N. Patogeneticheskoe lechenie nespetsificheskoi boli v spine [Pathogenetic treatment of non-specific back pain]. *Meditsinskii sovet = Medical Council*, 2018, no. 9, pp. 25–28. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-9-25-28 (In Russ, abstr. in Engl.).
6. Izbrannye lektsii po meditsinskoi reabilitatsii [Selected lectures on medical rehabilitation]. A.N. Razumov, E.A. Turova, V.I. Koryshev et al. (eds.). Tambov: «Izdatel'stvo Yulis», 2016. 278 p. (In Russ.).
7. Isaikin A.I., Kuznetsov I.V., Kavelina A.V. et al. Nespetsificheskaya lyumbalgiya: prichiny, klinika, diagnostika, lechenie [Nonspecific low back pain: Causes, clinical picture, diagnosis, and treatment]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2015, vol. 7, no. 4, pp. 101–109. DOI: 10.14412/2074-2711-2015-4-101-109 (In Russ, abstr. in Engl.).
8. Ishinova V.A., Mityakova O.N., Povorinskiy A.A. Znachenie khronicheskoi boli v formirovanii «Vnutrennei kartiny bolezni» u bol'nykh, perenesshikh amputatsiyu nizhnikh konechnostei i revaskulyarizatsiyu miokarda, do i posle kursa ehmpatotekhniki [The role of chronic pain in the formation of «internal picture of the disease» in patients after lower-limb amputation and myocardial revascularization before and after a course of empatho-technique]. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya = Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*, 2015, no. 3, pp. 15–21. (In Russ, abstr. in Engl.).
9. Kastyro I.V., Popadyuk V.I., Blagonravov M.L. et al. Oprosnik boli Mak-Gilla kak metod opredeleniya urovnya bolevogo sindroma u patsientov posle rinoseptoplastiki i polipotomii nosa [McGill Pain Questionnaire as a method of identification of pain syndrome level in patients after rhynoseptoplasty and polypothomy]. *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiiskoi akademii nauk = Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*, 2012, vol. 86, no. 4, part 2, pp. 68–71. (In Russ, abstr. in Engl.).
10. Kotelnikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S. et al. Priverzhennost' k lecheniyu kak prediktor ehffektivnosti vklyucheniya tekhnologii VR i AR v psikhologicheskoe soprovozhdenie patsientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsii v protsesse meditsinskoi reabilitatsii [Adherence to treatment as a predictor of the effectiveness of including VR and AR technologies in the psychological support of patients with movement disorders in medical rehabilitation]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik = Kremlin Medicine Journal*, 2020, no. 3, pp. 72–81. DOI: 10.26269/72cj-dh29 (In Russ, abstr. in Engl.).
11. Kuzminova T.I., Mukhametzyanova A.K., Magomedkerimova L.V. Psikhologicheskie metody lecheniya khronicheskoi nespetsificheskoi boli v spine [Psychological Methods of Chronic Non-Specific Pain Treatment]. *Rossiiskii nevrologicheskii zhurnal = Russian Neurological Journal*, 2020, vol. 25, no. 2, pp. 12–21. DOI: 10.30629/2658-7947-2020-25-2-12-21. (In Russ. abstr. in Engl.).
12. Migunova Yu.M. Psikhologicheskie faktory khronifikatsii pri golovnoi boli [Psychological factors of illness perpetuation in patients with headaches]. *Psikhologicheskie*

issledovaniya = Psychological Studies, 2018, vol. 11, no. 57, pp. 12. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/325/601> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ. abstr. in Engl.)

13. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh: uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii, obuchayushchikhsya po napravleniyu i po spetsial'nostyam psikhologii [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data: A textbook for psychology students]. Saint Petersburg: Rech', 2010. 388 p. (In Russ.).

14. Parfenov V.A., Yakhno N.N., Davydov O.S. et al. Khronicheskaya nespetsificheskaya (skeletno-myshechnaya) poyasnichnaya bol'. Rekomendatsii Rossiiskogo obshchestva po izucheniyu boli (ROIB) [Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP)]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2019, vol. 11, no. 2S, pp. 7–16. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16. (In Russ., in Engl.)

15. Podchufarova E.V., Yakhno N.N. Bol' v spine: rukovodstvo [Back Pain: A Guide]. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. 368 p. (In Russ.).

16. Poroshina E. G., Vologdina I.V. Trudnyi patsient: uchebnoe posobie [Difficult patient: A study guide]. Saint Petersburg: NWSMU n.a. I.I. Mechnikov, 2017. 36 p. (In Russ.).

17. Rasskazova E.I., Machulina A.I., Kovrov G.V. et al. Kognitivnaya sostavlyayushchaya reprezentatsii lecheniya i kachestvo zhizni pri somaticheskikh zabolevaniyakh [Cognitive representation component of treatment and quality of life with somatic diseases]. *Psikhicheskoe zdorov'e = Mental Health*, 2014, vol. 12, no. 1, pp. 43–51. (In Russ., abstr. in Engl.).

18. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Aprobatsiya metodik diagnostiki lokusa kontrolya prichin bolezni i lecheniya i samoehffektivnosti v otnoshenii lecheniya [Validation of illness- and treatment-related locus of control scale and treatment-related self-efficacy scale]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo Gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Psikhologiya» = Bulletin of the South Ural State University. Series «Psychology»*, 2016, vol. 9, no. 1, pp. 71–83. DOI: 10.14529/psy160108 (In Russ., abstr. in Engl.).

19. Serikov A.A., Iordanishvili A.K. Izmenenie vnutrennei kartiny bolezni v protsesse lecheniya zabolevanii visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Changes in the internal diseases picture during of the temporomandibular joint disease treatment]. *Vestnik rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii = Bulletin of the Russian Military Medical Academy*, 2019, no. 3 (67), pp. 46–51. (In Russ., abstr. in Engl.).

20. Starostina E.G. Volodina M.N. Rol' komplaentnosti v vedenii bol'nykh s diabetom [The role of compliance in the management of patients with diabetes]. *Russkii meditsinskii zhurnal = Russian Medical Journal*, 2015, vol. 23, no. 8, pp. 477–480. (In Russ.).

21. Sushilova A.G., Belousova L.N. Izuchenie zavisimosti urovnya komplaentnosti ot vnutrennei kartiny bolezni, koping-strategii, trevogi i depressii patsientov s zabolevaniyami zheludochno-kishechnogo trakta [Studying the dependence of the level of compliance on the internal picture of the disease, coping strategies, anxiety and depression

in patients with diseases of the gastrointestinal tract]. In A.V. Mel'tser, I.Sh. Yakubova (eds.), *Profilakticheskaya meditsina — 2019: sbornik nauchnykh trudov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem = Preventive medicine – 2019: Collection of scientific papers of the All-Russian scientific and practical conference with international participation*. St. Petersburg, November, 14–15, 2019. Saint-Petersburg: NWSMU n.a. I.I. Mechnikov, 2019. Pp. 169–176. (In Russ.).

22. Tihonova A.S., Pogonchenkova I.V., Kotel'nikova A.V. et al. Motivatsiya k lecheniyu u patsientov s khronicheskoi bol'yu v spine [Treatment motivation in patients with chronic low back pain]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik = Kremlin Medicine Journal*, 2022, no. 2, pp. 48-51. (In Russ., abstr. in Engl.).

23. Tsvetkova I.V. Problema psikhologicheskogo izucheniya vnutrennei kartiny zdorov'ya [The problem of studying the inner picture of health]. *Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological Studies*, 2012, vol. 21, no. 1, pp. 11. URL: <http://psystudy.ru.0421200116/0011> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

24. Shkaly i algoritmy v obshchevrachebnoi praktike: prakticheskoe rukovodstvo [Scales and algorithms in general medical practice: A practical guide]. E.V. Dotsenko (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2020. 208 p. DOI: 10.33029/9704-5867-9-SHK-2020-1-208. (In Russ.).

25. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii: ruk. dlya vrachei i nauch. rabotnikov [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. A.N. Belova, O.N. Shchepetova (eds.). Moscow: Antidor, 2001. 439 p. (In Russ.).

26. Shtrahova A.V. Psikhosemantika boli v strukture vnutrennei kartiny bolezni u nevrologicheskikh bol'nykh [Psychosemantics of pain in the structure of the internal picture of disease in neurological patients]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo universiteta. Seriya «Psikhologiya» = Bulletin of the South Ural State University. Series «Psychology»*. 2009, no. 30 (163), pp. 76–82. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosemantika-boli-v-strukture-vnutrenney-kartiny-bolezni-u-nevrologicheskikh-bolnyh> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

27. Yaltonskii V.M., Abrosimov I.N., Andrushkevich T.D. et al. Issledovanie parametrov vnutrennei kartiny bolezni u patsientov revmatologicheskogo profilya [Parameters of the Subjective Pattern of Disease in Rheumatoid Patients]. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal = Russian Psychological Journal*, 2020, vol. 17, no. 1, pp. 15–26. DOI: 10.21702/rpj.2020.1.2 (In Russ., abstr. in Engl.).

28. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982, vol. 37, no. 2, pp. 122–147. DOI: 10.1037/0003-066X.37.2.122

Информация об авторах

Котельникова Анастасия Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской реабилитации, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

*Котельникова А.В., Кукушина А.А., Тихонова А.С.,
Бузина Т.С.* Внутренняя картина болезни
у пациентов с хронической болью в спине
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 138–158.

*Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S.,
Buzina T.S.* Internal Image of Disorder
in Patients with Chronic Back Pain
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 138–158.

Кукушина Анастасия Алексеевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru

Тихонова Анастасия Сергеевна, медицинский психолог филиала № 3, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

Бузина Татьяна Сергеевна, доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Information about the authors

Anastasia V. Kotel'nikova, PhD in Psychology, Senior Research Assistant, Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Anastasia A. Kukshina, Doctor of Medicine, Leading Researcher, Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru

Anastasia S. Tihonova, Medical Psychologist, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

Tatyana S. Buzina, Doctor of Psychology, Head of the Department of General Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Получена: 31.01.2022

Received: 31.01.2022

Принята в печать: 10.12.2022

Accepted: 10.12.2022

Психологические факторы эмоциональной дезадаптации пациентов с двигательными нарушениями в области лица

Рахманина А.А.

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorovaab@sklif.mos.ru

Завалий Л.Б.

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: zavaliyLB@sklif.mos.ru

Калантарова М.В.

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

Петриков С.С.

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

В статье представлены результаты пилотного исследования личностных факторов, влияющих на выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации среди пациентов с двигательными расстройствами в области лица. В исследовании приняла участие 41 пациентка с установленным неврологическим диагнозом с клиническими проявлениями в виде двигательных расстройств в области лица. Возраст респонденток варьировал от 22 до 66 лет (средний возраст — $35,5 \pm 9,40$ лет). Для исследования выраженности эмоциональной дезадаптации были использованы: Шкала страха негативной оценки (BFNE), направленная на исследование выраженности страха негативной оценки со стороны других людей (Leary, 1983; в адаптации Е.Н. Клименковой, А.Б. Холмогоровой, 2017), Шкала депрессии А. Бека, направленная на исследование выраженности симптомов депрессии (Beck, 1961; в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001), и опросник Ситуативной неудовлетворенности образом тела (SIBID), предназначенный для оценки

негативного отношения к собственному телу в контексте определенных ситуаций (Cash, 1994; в адаптации Л.Т. Баранской, А.Е. Ткаченко, С.С. Татауровой, 2008). Для исследования психологических факторов эмоциональной дезадаптации использовались: трехфакторный опросник физического перфекционизма (А.Б. Холмогорова, А.А. Рахманина, 2020), трехфакторный опросник перфекционизма (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева, 2018) и шкала Торонтская шкала алекситимии (TAS-20; Taylor et al, 1985; Е.Г. Старостина, 2009). Повышенные показатели социальной тревоги были выявлены у 66% респондентов, умеренные или выраженные симптомы депрессии — у 39%. Более трети опрошенных (37%) отмечают повышенную неудовлетворенность своей внешностью. Были выделены психологические факторы неудовлетворенности своей внешностью: физический перфекционизм, перфекционистский когнитивный стиль и внешне-ориентированное мышление. В свою очередь уровень социальной тревоги зависит от уровня социально предписываемого перфекционизма и выраженности экстернального мышления, а выраженность симптомов депрессии — от перфекционистского когнитивного стиля и трудностей идентификации чувств. Полученные результаты обосновывают необходимость организации психологической помощи данному контингенту и на основе разработанного методического комплекса позволяют выявлять пациентов с повышенным риском эмоциональной дезадаптации.

Ключевые слова: эмоциональная дезадаптация, социальная тревога, депрессия, неудовлетворенность своей внешностью, физический перфекционизм, перфекционизм, алекситимия, двигательные нарушения в области лица, повреждение лица.

Для цитаты: Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б., Калантарова М.В., Петриков С.С. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации пациентов с двигательными нарушениями в области лица [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 159–178. DOI: 10.17759/cpse.2022110407

Psychological Factors of Emotional Disadaptation in Patients with Facial Movement Disorders

Anastasiya A. Rakhmanina

*Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmaninaaa@sklif.mos.ru*

Alla B. Kholmogorova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorovaab@sklif.mos.ru*

Lesya B. Zavaliy

Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: zavaliy@sklif.mos.ru

Marina V. Kalantarova

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

Sergey S. Petrikov

Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

The article presents the results of a pilot study of personality factors that affect the severity of symptoms of emotional disadaptation among patients with movement disorders in the face. The study involved 41 patients with an established neurological diagnosis with clinical manifestations in the form of movement disorders in the face. The age of the respondents ranged from 22 to 66 years (mean age – 35.5±9.40). While studying the severity of emotional disadaptation the following have been included: the BFNE scale of fear of negative evaluation, aimed at studying the severity of fear of negative evaluation from others people (Leary, 1983; adaptation of E.N. Klimenkova, A.B. Kholmogorova, 2017), a depression scale aimed at examining the severity of symptoms of depression (Beck, 1961; adaptation of N.V. Tarabrina, 2001) and a Situational inventory of body image dysphoria designed to assess the negative attitude towards one's own body in the context certain situations (SIBID, Cash, 1994; adaptation of L.T. Baranskaya, A.E. Tkachenko, S.S. Tataurova, 2008) To study the psychological factors of emotional maladaptation, we used a three-factor questionnaire of physical perfectionism (A.B. Kholmogorova, A.A. Rakhmanina, 2020), a three-factor questionnaire of perfectionism (N.G. Garanyan, A.B. Kholmogorova, T.Yu. Yudeeva, 2018) and alexithymia scale (Toronto Alexithymia Scale or TAS-20 – G.J. Taylor et al., 1985; E.G. Starostina, 2009). Increased indicators of social anxiety were revealed in 66% of respondents, and moderate or severe symptoms of depression – in 39%; more than a third of respondents (37%) note increased appearance dissatisfaction. Physical appearance perfectionism, perfectionist cognitive style, and externally oriented thinking influenced body dissatisfaction level. In turn, the level of social anxiety depends on the level of socially prescribed perfectionism and the severity of external thinking, and the severity of symptoms of depression depends on the perfectionist's cognitive style and the difficulty of identifying feelings. The results obtained substantiate the need to organize psychological assistance to this contingent and, on the basis of the developed methodological complex, make it possible to identify patients with an increased risk of emotional maladaptation.

Keywords: emotional maladaptation, social anxiety, depression, body dissatisfaction, physical perfectionism, perfectionism, alexithymia, facial movement disorders, facial injury.

For citation: Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B., Zavaliy L.B., Kalantarova M.V., Petrikov S.S. Psychological Factors of Emotional Disadaptation in Patients with Facial

Movement Disorders. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 159–178. DOI: 10.17759/cpse.2022110407 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Лицо человека выполняет чрезвычайно важные социальные функции. При общении людей именно на лице фиксирован взгляд собеседника, а пониманию смысла вербальных сообщений и общего контекста происходящего способствует в том числе «невербальная» коммуникация. Двигательные расстройства в области лица вследствие неврологических заболеваний и травм могут ухудшать качество жизни пациента не только на уровне функциональных изменений, но и влиять на его взаимоотношения с другими людьми [1; 14; 16].

Внешний вид человека всегда являлся важным атрибутом успешности. В современном мире происходит настойчивая пропаганда идеи, что привлекательная внешность — незаменимый атрибут счастливой жизни, а любые ее негативные изменения непременно приведут к «полному провалу» и социальному отвержению [5]. Красота стала важной частью бизнеса; высока популярность различных «бьюти-практик». При этом к внешнему виду женщин предъявляют больше требований [17]. Показатели физического перфекционизма — повышенного внимания к своему физическому облику и стремление к его усовершенствованию — и неудовлетворенности своей внешностью достигают высоких значений, начиная с молодого возраста [7; 8]. Заболевания, клинически проявляющиеся изменениями в общем виде лица и лицевой экспрессии (тем более — развитие асимметрий или произвольных движений), как правило, приводят к повышению неудовлетворенности собой, снижению самооценки, социальной тревожности и страху отвержения даже на самых ранних этапах заболевания, еще до накопления негативного опыта взаимодействия с окружающими [9; 16].

Согласно зарубежным исследованиям, у 30% пациентов с нейропатией лицевого нерва через полгода с момента дебюта симптомов проявляются выраженные симптомы тревоги и депрессии [12]. Показатели тревоги выше у женщин, чем у мужчин. Уровень переживаемого дистресса зачастую зависит не от тяжести поражения, а от его субъективной оценки и длительности заболевания [13; 16]. У пациентов с различными повреждениями лица, требующими оперативного вмешательства, ниже удовлетворенность качеством жизни, выше неудовлетворенность своим телом, чаще наблюдаются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и алкоголизма, растет выраженность симптомов депрессии по сравнению с группой нормы [18]. Одним из наиболее тревожащих специалистов симптомов депрессии являются суицидальные мысли пациентов. На фоне истощения от заболевания и ощущения безнадежности лечения дальнейшая жизнь может казаться пациенту потерявшей смысл. Некоторые пациенты с двигательными повреждениями в области лица сообщают, что у них возникают мысли о самоубийстве на фоне физического дискомфорта или неприятия своей внешности, но они не готовы привести их в действие [1].

Большинство исследований, направленных на изучение отношения к своему телу, оперируют понятием «неудовлетворенность своей внешностью» (body dissatisfaction) — это совокупность негативных убеждений относительно своего тела и связанных с ними эмоциональных реакций. Данный феномен сопряжен с повышением уровня тревоги, выраженностью симптомов депрессии и расстройствами пищевого поведения [10; 19]. К появлению и усилению негативных установок относительно своего тела приводят определенные личностные факторы [6; 8]. Одним из них является перфекционизм — личностная черта, характеризующаяся повышенными требованиями к себе и другим, а также убежденностью, что идеал может и должен быть достигнут.

Перфекционизм является сложным феноменом, который включает в себя разные формы или аспекты: Я-адресованный перфекционизм (собственные повышенные стандарты деятельности); социально предписываемый перфекционизм (убеждение, что окружающие люди имеют повышенные требования, которым очень важно соответствовать, чтобы избежать отвержения), а также перфекционистский когнитивный стиль (фиксация на собственном несовершенстве и постоянные невыгодные сравнения себя с другими людьми, которые представляются более успешными и удачливыми) [15].

Одним из наиболее деструктивных видов перфекционизма выступает физический перфекционизм — важный предиктор неудовлетворенности своей внешностью, который ведет к повышению показателей тревоги и депрессии [7].

Еще одним личностным фактором эмоционального неблагополучия может выступать алекситимия — особенность когнитивно-аффективной сферы человека, выражающаяся в трудностях идентификации и регуляции собственных эмоций [2]. Доказана связь алекситимии с различными видами нарушений пищевого поведения и с дисморфофобией [2; 12].

Несмотря на актуальность и остроту проблемы для пациентов данной категории, исследования, посвященные их психологическому состоянию, единичны [12; 17; 20; 21]. Имеются немногочисленные зарубежные работы, которые направлены на изучение выраженности эмоциональной дезадаптации у пациентов с двигательными нарушениями в области лица. При этом часть из них указывает, что женский пол, юный возраст, отсутствие партнера, низкая самооценка и наличие психиатрического диагноза до заболевания повышают выраженность симптомов тревоги и депрессии. Единичные отечественные исследования в большей степени направлены на исследование эпидемиологии симптомов эмоциональной дезадаптации у пациентов с повреждениями лица иной природы. Тем не менее двигательные нарушения в области лица могут проявляться только при движении мимическими мышцами и вызывать определенный физиологический дискомфорт в отличие от пациентов, например, с кожными поражениями. В связи с этим новизна данного научного исследования заключается не только в изучении уровня эмоциональной дезадаптации у пациентов с двигательными нарушениями в области лица, но и в поиске психологических факторов, которые ведут к появлению симптомов тревоги и депрессии у пациентов с данным дефектом.

Цель исследования — изучить психологические факторы, влияющие на рост симптомов эмоциональной дезадаптации у пациентов с двигательными расстройствами в области лица вследствие неврологических заболеваний и травм.

В соответствии с целью можно выделить следующие **гипотезы** исследования:

1) более трети пациенток с двигательными расстройствами в области лица будут демонстрировать повышенные показатели неудовлетворенности своей внешностью, симптомы социальной тревоги и депрессии, что соответствует международным данным;

2) выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации будет выше у пациенток более молодого возраста и не состоящих в браке, а также у пациенток со стажем заболевания более года;

3) перфекционизм, физический перфекционизм и алекситимия являются предикторами неудовлетворенности своей внешностью, социальной тревоги и депрессии у пациенток с двигательными расстройствами в области лица.

Процедура исследования. Пациентам НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ, которые проходили обследование и лечение по программе «Клиника лица»², предлагали анонимно заполнить гугл-форму с опросниками, направленными на диагностику их эмоционального состояния. Форма была открыта для заполнения в течение 30 дней (в январе 2022 года). В соответствии с этическим кодексом Российского общества психологов мы получали информированное согласие респондентов; участие в исследовании было анонимным и конфиденциальным. Также пациентам предлагали обратную связь по результатам опросников, которую запросили и получили 100% респондентов.

Выборка. В исследовании приняли участие 44 человека (41 женщина и 3 мужчины) с установленным неврологическим диагнозом с клиническими проявлениями в виде двигательных расстройств в области лица. Исследование носит пилотный характер в связи с чем выборка была малочисленна. Ввиду неравномерности распределения выборки по полу мужчины были исключены из дальнейшего статистического анализа. Возраст респонденток варьировал от 22 до 66 лет (средний возраст — $35,5 \pm 9,40$ лет). Распределение пациенток по социодемографическим показателям указано в таблице 1.

В группу обследуемых были включены пациентки с двигательными расстройствами в области лица. Пациентки были поделены на следующие группы в соответствии с видом поражения [4]: с асимметрией лица (нейропатия лицевого нерва различного генеза и срока заболевания, $n=32$), с произвольными движениями в области лица (краниальные дистонии, гемифациальный спазм, $n=4$) и с напряжением мышц лица (патология височно-нижнечелюстного сустава, $n=5$).

² Клиника лица — проект, реализуемый в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ и направленный на комплексную помощь пациентам с двигательными расстройствами в области лица.

Таблица 1

Общая характеристика групп наблюдения

Признак	Группы больных			Всего	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Заболевание	Нейропатия лицевого нерва	Гемифациальный спазм, краниальная дистония	Патология височно- нижнечелюстного сустава		
Количество человек	32	4	5	41	
Срок заболевания, Ме (25%; 75%), лет*	5 [1,5; 11,5]	6 [2; 6]	2 [2; 2]		
Возраст, Ме (25%; 75%) лет	33 [30; 39]	40 [37; 45]	33 [27; 35]		
Семейное положение	холоста	2	0	2	4
	состою в отношениях	3	1	0	4
	замужем	26	2	3	31
	разведена	1	1	0	2
Образование	высшее	29	3	5	37
	неоконченное высшее	0	1	0	1
	среднее специальное	3	0	0	3
Занятость	работаю	22	3	3	28
	не работаю	9	0	2	11
	пенсионерка	1	1	0	2

Примечания. Ме — медиана. * — при стаже заболевания более года (n=30) — 6,5 [2; 12,75] лет; менее года (n=4) — 7 [5,25; 8] месяцев.

Методики исследования. Всех респондентов просили заполнить анкету, направленную на сбор социодемографических данных (пол, возраст), информации о характере и длительности заболевания. Кроме того, участницы отвечали на вопросы, связанные с субъективным переживанием болезни³ и ожиданиями от обращения в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ. Затем респонденткам предлагали заполнить два блока методик: 1) для оценки выраженности симптомов эмоциональной дезадаптации; 2) для исследования личностных черт, которые могут усиливать негативные переживания, возникшие в результате заболевания.

³ Более подробно с результатами анкетирования можно ознакомиться в статье Л.Б. Завалий, Г.Р. Рамазанов, А.А. Рахманина и др. Скрининговая диагностика показателей эмоционального неблагополучия у пациентов с невралгией лицевого нерва. *Российский неврологический журнал*. 2022. Том 27 (3), с. 47–53. DOI: 10.30629/2658-7947-2022-27-3-47-53

Для оценки *выраженности симптомов* эмоциональной дезадаптации использовались следующие методики.

1. *Однофакторная шкала страха негативной оценки (BFNE)*, которая направлена на исследование выраженности страха негативной оценки со стороны других людей (Leary, 1983; в адаптации Е.Н. Клименковой, А.Б. Холмогоровой, 2017 [3]). Респондентам предлагается оценить 12 утверждений, описывающих эмоциональные реакции на социальное взаимодействие по пятибалльной шкале Ликерта.

2. *Шкала депрессии А. Бека*, которая направлена на исследование выраженности симптомов депрессии (Beck, 1961; в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001), в рамках которой пациенту предлагается оценить наличие того или иного симптома по шкале от 1 до 3. Может быть использована как однофакторная, либо с выделением соматических и когнитивных симптомов депрессии.

3. *Однофакторный опросник Ситуативной неудовлетворенности образом тела (SIBID)*, предназначенный для оценки негативного отношения к собственному телу в контексте определенных ситуаций (Cash, 1994; в адаптации Л.Т. Баранской, А.Е. Ткаченко, С.С. Татауровой, 2008). Респонденту предлагается оценить 20 ситуаций, в которых может возникать негативная оценка своей внешности, по пятибалльной шкале Ликерта (от 0 до 4).

Для исследования *психологических факторов* эмоциональной дезадаптации также использовались три методики.

1. *Трехфакторный опросник физического перфекционизма* — оригинальный диагностический инструмент, разработанный А.Б. Холмогоровой и А.А. Дадеко в 2006 году для диагностики выраженности физического перфекционизма (система личностных представлений и установок, связанных с внешним видом). В данной работе был использован вариант, который был сокращен до 10 утверждений в результате повторной валидизации по новым данным 2020 года [7], в рамках которой было выделено три подшкалы: 1) использование пластической хирургии как способ коррекции несовершенств; 2) высокие стандарты внешнего вида и фиксация внимания на нем; 3) склонность к неблагоприятным социальным сравнениям и руминированию на тему внешности. Респондентам предлагается оценить 10 утверждений по четырехбалльной шкале Ликерта.

2. *Трехфакторный опросник перфекционизма* (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева, 2018), включающий 18 пунктов, оцениваемых по пятибалльной шкале Ликерта, сгруппированных в три подшкалы: 1) социально предписываемый перфекционизм — озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; 2) Я-адресованный перфекционизм — высокие стандарты и требования к себе; 3) перфекционистский когнитивный стиль — негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве.

3. *Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20, Taylor et al, 1985; в адаптации Е.Г. Старостиной и др., 2009)*, направленная на оценку выраженности алекситимии.

Включает 20 пунктов и три подшкалы: трудность идентификации чувств, трудность описания чувств и внешне-ориентированное (экстернальное) мышление. Респондентам предлагается оценить утверждения по пятибалльной шкале Ликерта.

Анализ данных. Полученные данные обрабатывали при помощи пакета статистических программ SPSS Statistics 27.0 for Windows. Ввиду малого размера выборки были использованы непараметрические критерии Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса для исследования различий выраженности эмоциональной дезадаптации в группах, отличающихся по социодемографическим и клиническим параметрам; критерий Шапиро–Уилка для исследования нормальности распределения параметров; корреляционный анализ Пирсона (ввиду нормальности распределения параметров) для исследования взаимосвязи между изучаемыми параметрами; множественную линейную регрессию с пошаговым отбором для изучения влияния личностных черт на выраженность эмоциональной дезадаптации. Проверка допущений, необходимых для использования регрессионного анализа указана в разделе «Результаты исследования».

Результаты исследования

Согласно первой частной гипотезе исследования, более трети опрошенных будут сообщать о наличии симптомов эмоциональной дезадаптации (тревоге, депрессии), что соответствует имеющимся международным данным. По нашим данным, у 39% пациенток отмечаются умеренные и выраженные симптомы депрессии (табл. 2), что значительно выше в сравнении с общей популяцией. Средний показатель по шкале депрессии А. Бека равен $16,5 \pm 9,19$ баллов. 66% респонденток отмечают повышенные показатели социальной тревоги, что является достаточно высоким показателем (средний балл — $38,3 \pm 9,87$). На фоне повышения уровня социальной тревоги и депрессии около трети респондентов испытывают неудовлетворенность своей внешностью (средний балл — $1,6 \pm 0,76$).

Вторая гипотеза исследования была направлена на изучение влияния социодемографических и клинических факторов на выраженность эмоциональной дезадаптации. Для этого все респондентки были поделены на группы в соответствии с возрастом (до 35 лет, от 35 до 50 и старше), семейным положением, образованием, занятостью, видом двигательного расстройства в области лица и длительностью заболевания (до года, до пяти лет и более). Возраст, как и другие социодемографические показатели (семейное положение, образование и занятость), в данной выборке не были значимо связаны с выраженностью симптомов эмоциональной дезадаптации, перфекционизма и алекситимии. Клинические факторы (длительность заболевания и тип патологии) также не связаны с выраженностью симптомов эмоциональной дезадаптации и показателями ее психологических факторов. В связи с этим подробные статистические данные не приводятся в данной статье. С целью выявления силы влияния различных психологических факторов на выраженность физического перфекционизма и уровень эмоциональной дезадаптации мы провели несколько серий регрессионного анализа с использованием метода множественной линейной регрессии с пошаговым отбором (табл. 4).

Для начала мы проверили все переменные на нормальность с помощью критерия Шапиро–Уилка (т.к. $n < 100$). Как видно из таблицы 3, все использованные в регрессионной модели параметры соответствуют нормальному распределению.

Таблица 2

Распределение респондентов по выраженности симптомов эмоциональной дезадаптации (N=41)

Показатель по Шкале депрессии А. Бека (баллы)	N (%)
Нет депрессивных симптомов (0–13)	15 (37%)
Легкие депрессивные симптомы (14–18)	10 (24%)
Депрессивные симптомы умеренной тяжести (19–28)	11 (27%)
Выраженные симптомы депрессии (29 и более)	5 (12%)
Показатель по Шкале страха негативной оценки (баллы)	
Пониженные показатели социальной тревоги (0–35)	14 (34%)
Повышенные показатели социальной тревоги (35–60)	27 (66%)
Показатель по Шкале неудовлетворенности своей внешностью (баллы)	
Низкие значения (до 1,95)	26 (63%)
Средние значения (1,95–3)	13 (32%)
Высокие значения (свыше 3)	2 (5%)

Таблица 3

Нормальность распределения изучаемых параметров

Параметр	Статистика Шапиро–Уилка	p
Физический перфекционизм (общий показатель)	0,984	0,822
Перфекционистский когнитивный стиль	0,951	0,081
Социально предписываемый перфекционизм	0,969	0,332
Я-адресованный перфекционизм	0,979	0,640
Алекситимия (трудности идентификации чувств)	0,947	0,057
Алекситимия (трудности описания чувств)	0,976	0,534
Алекситимия (внешне-ориентированное мышление)	0,954	0,102
Неудовлетворенность своей внешностью	0,963	0,219
Социальная тревога	0,979	0,654
Симптомы депрессии	0,969	0,340

Общие баллы по опросникам, направленным на исследование психологических факторов эмоциональной дезадаптации, были исключены из анализа ввиду высокой корреляции с подшкалами. В модели регрессионного анализа были включены независимые переменные, коэффициент корреляции между которыми был менее $r=0,4$. При этом взаимосвязь с зависимыми переменными была выше 0,4.

Статистика Дарбина–Уотсона не выходит за границы [1,5; 2,5] во всех трех моделях, что говорит об отсутствии автокорреляции. Проверка моделей на гомоскедастичность указана на рисунке. Видно, что разброс дисперсии остатков не имеет определенной системы, что говорит о гомоскедастичности модели.

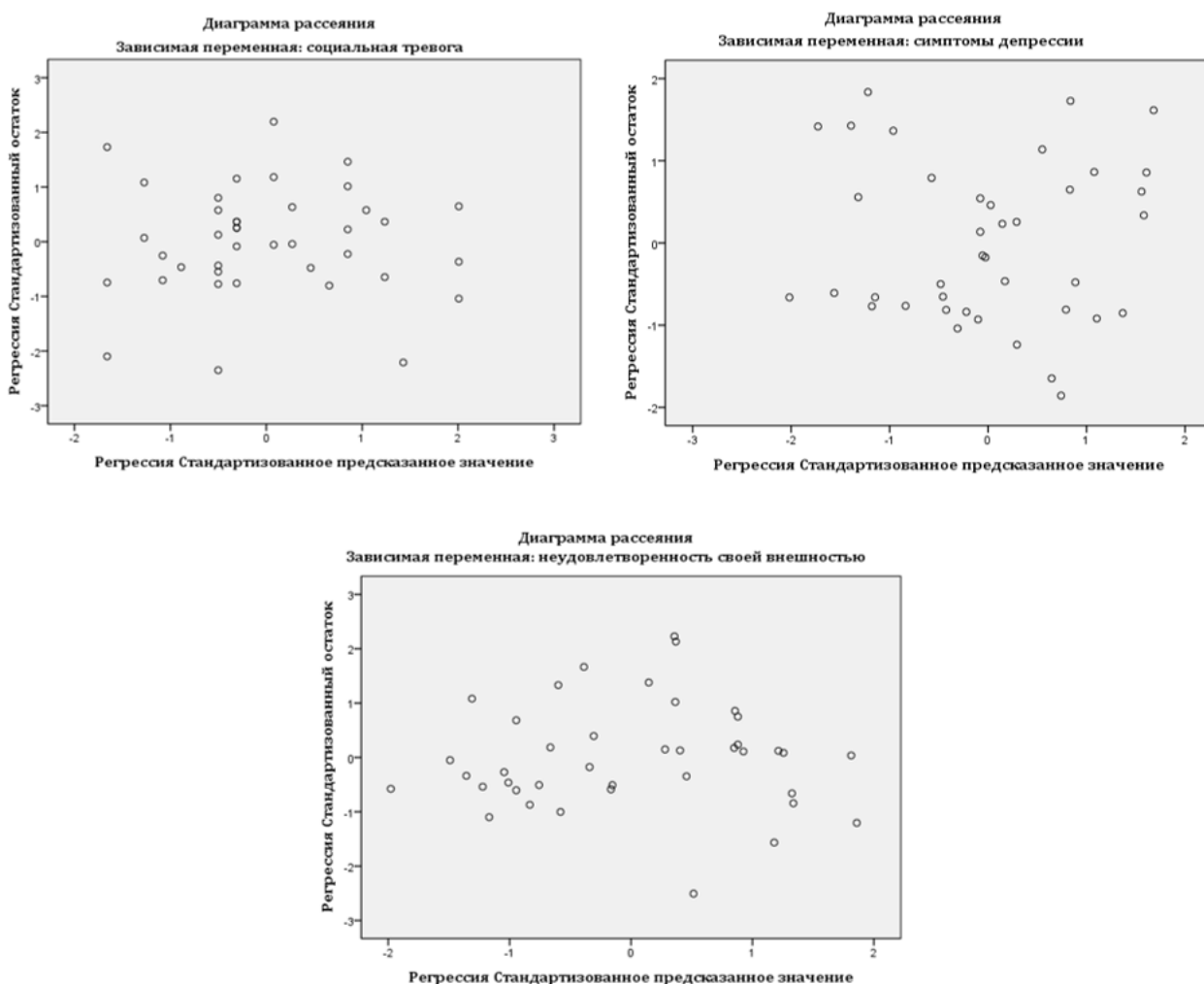


Рис. Изменение дисперсии остатков в регрессионной модели

В результате регрессионного анализа были выделены следующие переменные, влияющие на степень неудовлетворенности своей внешностью: перфекционистский когнитивный стиль, внешне-ориентированное мышление (показатель опросника алекситимии) и физический перфекционизм (см. табл. 4). Модель объясняет 44% дисперсии зависимой переменной «Неудовлетворенность своей внешностью». Таким образом, среди пациентов с двигательными расстройствами в области лица

наиболее выраженная неудовлетворенность своей внешностью будет у тех респондентов, кто изначально имел повышенные стандарты физической привлекательности, концентрировался на своих негативных чертах, часто сравнивал себя с другими и имел трудности с идентификацией и переработкой своих эмоций.

Таблица 4

**Влияние психологических факторов на выраженность симптомов
 эмоциональной дезадаптации (N=41)**

Зависимая переменная	Предикторы модели	F	R ²	p	Дарбин-Уотсон
Неудовлетворенность своей внешностью	Перфекционистский когнитивный стиль	14,32	0,44	<0,001	2,02
	Алекситимия (экстернальное мышление)				
Социальная тревога	Физический перфекционизм (общий показатель)	10,16	0,21	0,003	2,07
	Алекситимия (экстернальное мышление)				
Симптомы депрессии	Социально предписываемый перфекционизм	11,78	0,39	<0,001	1,95
	Алекситимия (трудности идентификации чувств)				
	Перфекционистский когнитивный стиль				

Примечание: F – F-критерий; R² – значение R², p – уровень значимости.

Далее с помощью регрессионного анализа были выявлены показатели, влияющие на выраженность социальной тревоги и симптомов депрессии. Среди всех независимых переменных, включенных в регрессионный анализ, только социально предписываемый перфекционизм и экстернальное мышление как показатели алекситимии оказывали влияние на уровень социальной тревоги (табл. 3). Модель объясняет 21% дисперсии социальной тревожности. Таким образом, именно социально предписываемый перфекционизм, то есть ожидание высоких требований от окружающих и страх несоответствия им будет усиливать выраженность

социальной тревоги. Наряду с социально предписываемым перфекционизмом, фокусирование на внешних событиях, а не на внутренних переживаниях (экстернальное мышление), также способствует росту страха негативной оценки со стороны окружающих людей.

Среди независимых факторов, оказывающих влияние на выраженность симптомов депрессии, были выделены трудности идентификации эмоций (одна из шкал опросника алекситимии) и перфекционистский когнитивный стиль. Модель объясняет 39% дисперсии симптомов депрессии.

Обсуждение результатов

Эмоциональная дезадаптация у пациентов с двигательными расстройствами в области лица вследствие неврологических заболеваний и травм является малоизученной проблемой, несмотря на специфические риски эмоционального неблагополучия. Данное исследование является первым, выполненным на российской выборке. Сопоставим полученные данные с международными. Из 41 обследованной пациентки с двигательными расстройствами в области лица около 39% имеют выраженные симптомы депрессии, а у 66% отмечаются повышенные показатели по шкале социальной тревоги, что несколько превышает данные зарубежных исследований, согласно которым около 30% пациентов с нейропатией лицевого нерва в хроническом периоде заболевания (более 6 месяцев) имеют симптомы тревоги и депрессии [11]. Однако эти различия могут быть обусловлены не большим неблагополучием российских пациентов, а разницей в использованных методических инструментах, большей репрезентативности выборки в работе зарубежных коллег.

Также было выявлено, что около 37% пациентов с двигательными расстройствами в области лица имеют повышенные показатели неудовлетворенности своей внешностью, хотя средний балл по исследуемой выборке соответствует нормативным показателям для женской выборки согласно зарубежным данным [11]. Однако это можно объяснить тем, что зарубежная выборка включала респондентов, имеющих симптомы психологического неблагополучия, соответствующие симптомам расстройств пищевого поведения, несмотря на заявленную авторами «нормальность», что также могло повлиять на повышение средних значений неудовлетворенности своей внешностью. Важно подчеркнуть, что полученные данные согласуются с результатами исследования пациентов с травмами лица, в которых была использована та же методика [18].

В свою очередь не было получено результатов, указывающих на влияние социодемографических и клинических факторов на степень выраженности симптомов эмоциональной дезадаптации. Вероятно, это можно объяснить малым количеством респондентов и неравномерностью распределения респондентов по группам, что является существенным ограничением пилотного исследования.

Наряду с исследованием выраженности эмоционального неблагополучия у пациентов с двигательными расстройствами в области лица, был проведен анализ

психологических факторов, оказывающих влияние на выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации.

Выдвинутые гипотезы о негативном влиянии перфекционизма (в том числе физического) и алекситимии на удовлетворенность своей внешностью и выраженность симптомов социальной тревоги и депрессии у пациентов с двигательными расстройствами в области лица подтвердились и хорошо согласуются с данными других исследований [2; 6; 12]. Влияние перфекционизма на выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации объясняется повышенными требованиями к себе (в том числе, к своей внешности) и фиксацией на негативных ее аспектах (негативное селектирование). В то же время влияние алекситимии объясняется трудностями идентификации и выражения своих эмоций и поиском источника эмоционального дискомфорта в своей внешности, теле, внешних событиях.

Ограничение исследования. Среди ограничений исследования можно выделить малый объем выборки. Кроме того, следует отметить, что шкала социальной тревоги не была стандартизирована в России на взрослой выборке, что также может влиять на анализ полученных результатов.

Перспективы исследования. В соответствии с ограничениями видятся и перспективы дальнейшего исследования, которые заключаются в расширении выборки по количеству респондентов (особенно мужского пола) и включении других типов лицевых повреждений с целью сравнительного анализа. Полученные результаты имеют практическую значимость: они обосновывают необходимость организации психологической помощи данному контингенту на основе разработанного методического комплекса. Результаты могут быть полезны при выделении группы риска среди пациенток с двигательными расстройствами в области лица и при оказании им прицельной психологической помощи.

Выводы

1. Каждая вторая респондентка с двигательными расстройствами в области лица демонстрирует признаки эмоциональной дезадаптации. Повышенные показатели социальной тревоги были выявлены у 66% респонденток, умеренные или выраженные симптомы депрессии — у 39%, более трети опрошенных (37%) отмечают повышенную неудовлетворенность своей внешностью.

2. Социодемографические (возраст, занятость, семейное положение, образование) и клинические (длительность заболевания и тип патологии) факторы, вероятно, в обследованной выборке не оказывают значимого влияния на выраженность эмоционального неблагополучия и его психологические показатели. Однако ввиду ограничений исследования полученные данные не являются надежными, их следует рассматривать с особой осторожностью.

3. Психологическими факторами неудовлетворенности своей внешностью в группе пациенток с двигательными расстройствами в области лица выступают физический перфекционизм, перфекционистский когнитивный стиль и внешне-ориентированное мышление. Уровень социальной тревоги зависит от уровня

социально предписываемого перфекционизма и выраженности экстернального мышления, а выраженность симптомов депрессии — от перфекционистского когнитивного стиля и трудностей идентификации чувств.

Литература

1. Завалий Л.Б., Рамазанов Г.Р., Рахманина А.А. и др. Скрининговая диагностика показателей эмоционального неблагополучия у пациентов с невропатией лицевого нерва // Российский неврологический журнал. 2022. Том 27. № 3. С. 47–53. DOI: 10.30629/2658-7947-2022-27-3-47-53
2. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 2. URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628_full.shtml (дата обращения: 19.12.2022)
3. Клименкова Е.Н., Холмогорова А.Б. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 1. С. 28–39. DOI: 10.17759/cpp.2017250103
4. Неврология: национальное руководство: в 2-х т. / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 428 с.
5. Развальяева А.Ю., Польская Н.А. Русскоязычная адаптация методик «Чувствительность к отвержению из-за внешности» и «Страх негативной оценки внешности» // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 4. С. 118–143. DOI: 10.17759/cpp.2020280407
6. Тарханова П.М. Физический перфекционизм как фактор эмоциональной дезадаптации у современной молодежи: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014. 181 с.
7. Холмогорова А.Б., Рахманина А.А. Трехфакторная шкала физического перфекционизма — новый инструмент диагностики патогенных стандартов внешности в современной культуре // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 4. С. 98–117. DOI: 10.17759/cpp.2020280406
8. Холмогорова А.Б., Тарханова П.М. Стандарты внешности и культура: роль физического перфекционизма и его последствия для здоровья подростков и молодежи // Вопросы психологии. 2014. № 2. С. 52–64.
9. Хритинин Д.Ф., Дударева А.П. Пограничные психические расстройства у больных с деформациями челюстно-лицевой области (обзор литературы) // Dental Forum. 2007. № 4. С. 47–54.
10. Barnes M., Abhyankar P., Dimova E. et al. Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: A systematic review and meta-analysis // PLOS ONE. 2020. Vol. 15. № 2. E0229268. DOI: 10.1371/journal.pone.0229268

Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б. и др.
Психологические факторы эмоциональной
дезадаптации пациентов с двигательными
нарушениями в области лица
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 159–178.

Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B.,
Zavaliy L.B. et al. Psychological Factors
of Emotional Disadaptation in Patients
with Facial Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 159–178.

11. *Czepczor-Bernat K., Modrzejewska A., Modrzejewska J. et al.* A preliminary study of body image and depression among adults during COVID-19: A moderation model // *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022. Vol. 36. P. 55–61. DOI: 10.1016/j.apnu.2021.11.001
12. *Fenwick A.S., Sullivan K.A.* Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample // *Psychiatry Research*. 2011. Vol. 189. № 2. P. 299–304. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.07.011
13. *Fu L., Bundy C., Sadiq S.A.* Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy // *Eye (London)*. 2011. Vol. 25. P. 1322–1326. DOI: 10.1038/eye.2011.158
14. *Hamlet C., Williamson H., Hotton M. et al.* «Your face freezes and so does your life»: A qualitative exploration of adults' psychosocial experiences of living with acquired facial palsy // *British Journal of Health Psychology*. 2021. Vol. 26. № 3. P. 977–994. DOI: 10.1111/bjhp.12515
15. *Hewitt P.L., Flett G.L.* Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 2004. 3 p.
16. *Hotton M., Huggons E., Hamlet C. et al.* The psychosocial impact of facial palsy: A systematic review // *British Journal of Health Psychology*. 2020. Vol. 25. № 3. P. 695–727. DOI: 10.1111/bjhp.12440
17. *Lepesheva S.O., Kholmogorova A.B.* Fitness blogging as a new social practice and its implications for young women's mental health // *Cultural-Historical Psychology*. 2021. Vol. 17. № 2. P. 144–154. DOI: 10.17759/chp.2021170214
18. *Levine E., Degutis L., Pruzinsky T. et al.* Quality of life and facial trauma: Psychological and body image effects // *Annals of Plastic Surgery*. 2005. Vol. 54. № 5. P. 502–510. DOI: 10.1097/01.sap.0000155282.48465.94
19. *Medina-Gómez M.B., Martínez-Martín M.A., Escolar-Llamazares M.C. et al.* Anxiety and body dissatisfaction in university students // *Acta Colombiana de Psicología*. 2019. Vol. 22. № 1. P. 13–30. DOI: 10.14718/ACP.2019.22.1.2
20. *Rahtz E., Bhui K., Hutchison I. et al.* Are facial injuries really different? An observational cohort study comparing appearance concern and psychological distress in facial trauma and non-facial trauma patients // *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2018. Vol. 71. № 1. P. 62–71. DOI: 10.1016/j.bjps.2017.08.006
21. *Tebble N.J., Thomas D.W., Price P.* Anxiety and self-consciousness in patients with minor facial lacerations // *Journal of Advanced Nursing*. 2004. Vol. 47. № 4. P. 417–426. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03123.x

References

1. Zavaliy L.B., Ramazanov G.R., Rakhmanina A.A. et al. Skriningovaya diagnostika pokazatelei ehmotSIONal'nogo neblagopoluchiya u patsientov s nevropatiei litsevogo nerva

[Screening diagnostics of emotional distress in patients with facial neuropathy]. *Rossiiskii neurologicheskii zhurnal = Russian Neurological Journal*, 2022, vol. 27, no. 3, pp. 47–53. DOI: 10.30629/2658-7947-2022-27-3-47-53 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Kelina M.Y., Meshkova T.A. Aleksitimiya i ee svyaz' s pishchevymi ustanovkami v neklinicheskoi populyatsii devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [Alexithymia and eating attitudes among adolescent and young girls of non-clinical population]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2012, vol. 1, no. 2. URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628_full.shtml (Accessed: 19.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Klimenkova E.N., Kholmogorova A.B. Validizatsiya metodik diagnostiki sotsial'noi trevozhnosti na rossiiskoi podrostkovoi vyborke [Validation of methods of diagnosis of social anxiety on the Russian adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2017, vol. 25, no. 1, pp. 28–39. DOI: 10.17759/cpp.2017250103 (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Nevrologiya: natsional'noe rukovodstvo [Neurology: National leadership] / E.I. Guseva, A.N. Konovalova, V.I. Skvortsova (eds.). In 2 vol. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2021. 428 p. (In Russ.).

5. Razvaliaeva A.Yu., Polskaya N.A. Russkoyazychnaya adaptatsiya metodik «Chuvstvitel'nost' k otverzheniyu iz-za vneshnosti» i «Strakh negativnoi otsenki vneshnosti» [Validating Appearance-based rejection sensitivity and Fear of negative appearance evaluation scales in the Russian sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 28, no. 4, pp. 118–143. DOI: 10.17759/cpp.2020280407 (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Tarkhanova P.M. Fizicheskii perfektsionizm kak faktor ehmotsional'noi dezadaptatsii u sovremennoi molodezhi: diss. ... kand. psikhol. nauk. [Physical perfectionism as a factor of emotional maladaptation in new generation. PhD (Psychology) Dissertation]. Moscow, 2014. 181 p. (In Russ.).

7. Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A. Trekhfaktornaya shkala fizicheskogo perfektsionizma — novyi instrument diagnostiki patogennykh standartov vneshnosti v sovremennoi kul'ture [Three-Factor Physical Perfectionism Scale as a new tool for the assessment of the pathogenic appearance standards in the modern culture]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 28, no. 4, pp. 98–117. DOI: 10.17759/cpp.2020280406 (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Kholmogorova A.B., Tarkhanova P.M. Standarty vneshnosti i kul'tura: rol' fizicheskogo perfektsionizma i ego posledstviya dlya zdorov'ya podrostkov i molodezhi [Standards of appearance and culture: the role of physical perfectionism and its consequences for the health of adolescents and young people]. *Voprosy psikhologii*, 2014, no. 2, pp. 52–64. (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Khritinin D.F., Dudareva A.P. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva u bol'nykh s deformatsiyami chelyustno-litsevoi oblasti (obzor literatury) [Borderline mental disorders in patients with deformities of the maxillofacial region (literature review)]. *Dental Forum*, 2007, no. 4, pp. 47–54. (In Russ.).

10. Barnes M., Abhyankar P., Dimova E. et al. Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 2020, vol. 15, no. 2, e0229268. DOI: 10.1371/journal.pone.0229268
11. Czepczor-Bernat K., Modrzejewska A., Modrzejewska J. et al. A preliminary study of body image and depression among adults during COVID-19: A moderation model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2022, vol. 36, pp. 55–61. DOI: 10.1016/j.apnu.2021.11.001
12. Fenwick A.S., Sullivan K.A. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry Research*, 2011, vol. 189, no. 2, pp. 299–304. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.07.011
13. Fu L., Bundy C., Sadiq S.A. Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy. *Eye (London)*, 2011, vol. 25, pp. 1322–1326. DOI: org/10.1038/eye.2011.158
14. Hamlet C., Williamson H., Hotton M. et al. «Your face freezes and so does your life»: A qualitative exploration of adults' psychosocial experiences of living with acquired facial palsy. *British Journal of Health Psychology*, 2021, vol. 26, no. 3, pp. 977–994. DOI: 10.1111/bjhp.12515
15. Hewitt P.L., Flett G.L. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 2004. 3 p.
16. Hotton M., Huggons E., Hamlet C. et al. The psychosocial impact of facial palsy: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 2020, vol. 25, no. 3, pp. 695–727. DOI: 10.1111/bjhp.12440
17. Lepesheva S.O., Kholmogorova A.B. Fitness blogging as a new social practice and its implications for young women's mental health. *Cultural-Historical Psychology*, 2021, vol. 17, no. 2, pp. 144–154. DOI: 10.17759/chp.2021170214
18. Levine E., Degutis L., Pruzinsky T. et al. Quality of life and facial trauma: Psychological and body image effects. *Annals of Plastic Surgery*, 2005, vol. 54, no. 5, pp. 502–510. DOI: 10.1097/01.sap.0000155282.48465.94
19. Medina-Gómez M.B., Martínez-Martín M.A., Escolar-Llamazares M.C. et al. Anxiety and body dissatisfaction in university students. *Acta Colombiana de Psicología*, 2019, vol. 22, no. 1, pp. 13–30. DOI: 10.14718/ACP.2019.22.1.2
20. Rahtz E., Bhui K., Hutchison I. et al. Are facial injuries really different? An observational cohort study comparing appearance concern and psychological distress in facial trauma and non-facial trauma patients. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 2018, vol. 71, no. 1, pp. 62–71. DOI: 10.1016/j.bjps.2017.08.006
21. Tebble N.J., Thomas D.W., Price P. Anxiety and self-consciousness in patients with minor facial lacerations. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, vol. 47, no. 4, pp. 417–426. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03123.x

Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б. и др.
Психологические факторы эмоциональной
дезадаптации пациентов с двигательными
нарушениями в области лица
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 159–178.

*Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B.,
Zavaliy L.B. et al.* Psychological Factors
of Emotional Disadaptation in Patients
with Facial Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 159–178.

Информация об авторах

Рахманина Анастасия Алексеевна, медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Завалий Леся Богдановна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: zavaliy@sklif.mos.ru

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

Петриков Сергей Сергеевич, член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук, директор, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Information about the authors

Anastasiya A. Rakhmanina, Medical Psychologist, Junior Researcher, Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Psychology, Professor, Head of Counselling and Clinical Psychology Department, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Lesya B. Zavaliy, PhD in Medicine, Senior Researcher, Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: zavaliy@sklif.mos.ru

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

Sergey S. Petrikov, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Director, Sklifosovsky Clinical and Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б. и др.
Психологические факторы эмоциональной
дезадаптации пациентов с двигательными
нарушениями в области лица
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 159–178.

Получена: 07.09.2022

Принята в печать: 23.12.2022

*Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B.,
Zavaliy L.B. et al.* Psychological Factors
of Emotional Disadaptation in Patients
with Facial Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 159–178.

Received: 07.09.2022

Accepted: 23.12.2022

Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая

Туровская Н.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России); г. Волгоград, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4914-9175>, e-mail: turovskayanata@mail.ru

Исследование особенностей когнитивных нарушений при различной церебральной органической патологии позволяет понять роль отдельных структур головного мозга в осуществлении психической деятельности и определить соответствующие пути оказания медико-психологической помощи пациентам. В ситуации редко встречающейся патологии полезен анализ отдельных клинических случаев. Целью данного исследования стало изучение состояния когнитивных функций и эмоциональной сферы у подростка 13 лет мужского пола с кистозной перестройкой эпифиза и сопутствующим недифференцированным нарушением экспрессивной речи. Изменения эпифиза были выявлены у пациента менее чем за месяц до проведения психологического исследования. В процессе исследования использовались методы патопсихологической и нейропсихологической диагностики, проективные графические тесты. В ходе нейропсихологического исследования у подростка были выявлены нарушение способности составления послоговой кинетической схемы высказывания и в целом недостаточность динамического и кинестетического праксиса, а также межполушарного взаимодействия и слухоречевой памяти. Были определены основные пути оказания психологической помощи пациенту: нейропсихологическая коррекция, направленная на восстановление нарушенной речевой функции с опорой на сохранные высшие психические функции, восстановление коммуникативной функции речи. Полученные результаты психологического исследования требуют дальнейшего осмысления и верификации, в первую очередь с целью понимания патогенеза когнитивных нарушений в ситуации кистозной перестройки шишковидной железы.

Ключевые слова: когнитивные функции, экспрессивная речь, эмоциональная сфера, кистозная перестройка эпифиза, нейропсихологическое исследование, анализ единичного случая, подростковый возраст.

Для цитаты: Туровская Н.Г. Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 179–204. DOI: 10.17759/cpse.2022110408

Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case

Natalya G. Turovskaya

Volgograd State Medical University,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4914-9175>, e-mail: turovskayanata@mail.ru

The study of the features of cognitive impairments in various cerebral organic pathologies allows us to understand the role of individual structures of the brain in the implementation of mental activity and determine the appropriate ways of providing psychological assistance to patients. In a situation of rare pathology, the analysis of individual clinical cases is useful. The aim of this research was to study the state of cognitive functions in a 13-year-old male teenager with a cystic restructuring of the pineal gland and concomitant undifferentiated impairment of expressive speech. Changes in the epiphysis were detected in the patient in less than a month before this psychological study. During the examination, methods of pathopsychological and neuropsychological diagnostics, and projective graphic tests were used. In the course of neuropsychological research on a teenager, a violation of the ability to compose a syllabic kinetic scheme of utterance and, in general, a lack of dynamic and kinesthetic praxis, as well as interhemispheric interaction and auditory-speech memory were revealed. The main ways of providing psychological assistance to the patient were identified: neuropsychological correction aimed at restoring impaired speech function based on preserved higher mental functions, and restoration of the communicative function of speech. The obtained results of psychological research require further understanding and verification, primarily in order to understand the pathogenesis of cognitive disorders in the situation of cystic pineal gland rearrangement.

Keywords: cognitive functions, expressive speech, emotional sphere, cystic restructuring of the pineal gland, neuropsychological research, analysis of a single case, teenage age.

For citation: Turovskaya N.G. Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 179–204. DOI: 10.17759/cpse.2022110408 (In Russ., abstr. In Engl.)

Введение

Исследование особенностей нарушения когнитивных функций у детей и взрослых с различной церебральной органической патологией важно, с одной стороны, для понимания роли тех или иных структур головного мозга и происходящих

в них физиологических процессов в осуществлении психических функций. С другой стороны, опираясь на представление о том, что психические функции — это «психологические системы», обладающие сложным психологическим строением и включающие много психологических компонентов (звеньев, фаз и т.д.) [24, с. 38], мы полагаем, что выявление закономерностей развития и функционирования психологических систем высших психических функций (далее — ВПФ) в условиях нарушенной работы их нейрофизиологического базиса позволит более точно определить «мишени» как психокоррекционного, так и психопрофилактического воздействия в ситуации органического поражения головного мозга [22].

В этой связи особую важность приобретают не только научные исследования, охватывающие большую выборку респондентов, но и анализ единичных клинических случаев, особенно в ситуации редко встречающейся нервно-психической патологии [3; 21; 23]. Такие исследования существенно дополняют картину представлений о нарушениях психической деятельности, вызванных под влиянием факторов различной этиологии и в условиях разнообразного патогенеза. Нередко в ходе них выявляются и описываются феномены, не укладывающиеся в рамки традиционных научных представлений.

В настоящий момент существует ряд исследований, раскрывающих особенности нарушения психической деятельности и соматического состояния у пациентов с той или иной патологией эпифиза. Эпифиз мозга (шишковидное тело) относится к эпителиальному промежуточному мозгу и располагается в неглубокой борозде, отделяющей друг от друга верхние холмики крыши среднего мозга. Форма шишковидного тела чаще овоидная, реже шаровидная или коническая. В шишковидном теле у взрослого могут встречаться отложения, которые придают ему сходство с тутовой ягодой или еловой шишкой, чем и объясняется его название. Длина шишковидного тела у взрослого человека в среднем 8–15 мм, ширина — 6–10 мм, толщина — 4–6 мм. Основание шишковидного тела обращено в сторону полости III желудочка [18]. С момента открытия А. Лернером гормона мелатонина эпифиз стал рассматриваться как циркумвентрикулярный (обеспечивающий связь между центральной нервной и кровеносной системами в месте наибольшей проницаемости гематоэнцефалического барьера) орган, который наряду с гипоталамусом и гипофизом является частью нейроэндокринной системы и является центром адаптогенеза организма [9]. Эндокринная роль эпифиза состоит в том, что его клетки выделяют вещества, тормозящие деятельность гипофиза до момента наступления половой зрелости и участвующие в тонкой регуляции почти всех видов обмена веществ [18]. Значение эпифиза в сложных неврологических, эндокринологических и психиатрических состояниях определяется секреторной активностью серотонина, мелатонина и N,N-диметилтриптамина [37].

Основным гормоном, вырабатываемым эпифизом, является мелатонин. Среди биологических параметров, участвующих в циркадном ритме, мелатонин является одним из основных регуляторов цикла сна [46]. Помимо своей роли циркадного регулятора, мелатонин также действует как плейотропная молекула, проявляя антиоксидантные, иммуномодулирующие, противовоспалительные и антикоагулопатические свойства [42]. Мелатонин модулирует нейронные сети,

изменяя циркадную нейрональную передачу посредством прямого воздействия синаптических рецепторов МТ1 и МТ2 [35]. N,N-диметилтриптамин (далее — ДМТ) представляет собой эндогенное галлюциногенное соединение, которое обнаруживается в шишковидной железе вместе с мелатонином и серотонином. Роль ДМТ не определена должным образом. Последние исследования предлагают классифицировать ДМТ как нейротрансмиттер, обладающий способностями синтезироваться, депонироваться и высвобождаться на уровне головного мозга. Его терапевтическая ценность может заключаться в лечении депрессии, тревоги и шизофренического психоза [29; 39].

Есть данные, по которым шишковидное тело опосредованно участвует в осуществлении когнитивных функций [30; 45]. Результаты исследований J.M. Vumb и коллег показали связь между объемом шишковидной железы и циркадными предпочтениями у взрослых с нарушениями внимания и гиперактивностью, а также связь циркадных предпочтений с тяжестью симптомов. По мнению авторов, учет данного факта может облегчить разработку новых подходов к хронобиологическому лечению указанной группы пациентов [32].

По другим данным у пациентов с шизофренией объем эпифиза меньше, чем у здоровых людей [36; 48]. Авторы этих исследований предположили, что объемные изменения в эпифизе больных шизофренией могут быть вовлечены в патофизиологию шизофрении. Уменьшение объема эпифиза по сравнению со здоровыми субъектами контрольной группы было обнаружено M. Atmаса и соавторами при обследовании пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством личности [28]. W. Zhao и соавторы считают, что аномалии шишковидной железы могут играть решающую роль в развитии депрессии [49]. Они выявили, что у пациентов с депрессией значительно снижен объем эпифиза, а также чаще, чем у здоровых респондентов, встречаются кисты шишковидной железы. При этом значимых корреляций между объемом эпифиза и тяжестью симптомов, а также параметрами сна они не обнаружили.

Другое морфометрическое исследование, в котором учитывалась степень кальцификации и наличие кист, показало взаимосвязь между объемом эпифиза и болезнью Альцгеймера [43]. Отдельными исследователями отмечалась роль мелатонина в патогенезе болезни Альцгеймера [47]. Было высказано предположение, что мелатонин вызывает изменения в головном мозге, которые предотвращают или ослабляют болезнь Альцгеймера за счет повышения сопротивляемости [34].

A. Maruani и коллеги выявили сниженный уровень мелатонина у детей с расстройством аутистического спектра, но не обнаружили у них связи между размерами эпифиза и уровнем мелатонина [41]. Вслед за другими исследователями авторы предположили, что нарушение регуляции мелатонинового пути при расстройствах аутистического спектра больше связано с посттрансляционными и посттранскрипционными механизмами экспрессии соответствующих генов [41; 44].

Помимо изменения размеров эпифиза, внимание исследователей привлекает и явление его кистозной перестройки. Так, было выявлено снижение уровня

мелатонина у больных с кистозной трансформацией шишковидной железы, что может быть ведущей причиной головной боли напряжения у данной категории пациентов [10; 15]. J. Choque-Velasquez и соавторы утверждают, что кистозное поражение эпифиза в детском возрасте представляет собой прогрессирующее заболевание, которое начинается с неспецифических симптомов при малом диаметре кисты и прогрессирует до нарушения зрения и гидроцефалии при увеличении диаметра кисты на последних стадиях заболевания [33].

Таким образом, существует ряд исследований, подтверждающих наличие корреляционных и в том числе причинно-следственных связей между той или иной патологией эпифиза и нарушениями психической деятельности, нервно-психическим и соматическим состоянием человека во взрослом и детском возрасте. Однако механизмы этих нарушений недостаточно ясны и требуют дальнейшего изучения. Более того, обзор результатов ранее проведенных исследований позволяет предположить высокую степень перспективности всестороннего рассмотрения как механизмов, так и клинико-психологической картины патологии психики (в частности, когнитивной и эмоциональной сфер) при различных структурных и функциональных нарушениях шишковидной железы. Такие исследования позволят лучше понять роль эпифиза в обеспечении соматического и психического благополучия человека, а также определить пути эффективной социально-медико-психологической помощи указанной категории пациентов, в том числе превентивной.

Цель исследования — изучение состояния когнитивных функций и эмоциональной сферы у подростка с патологией эпифиза и сопутствующим недифференцированным нарушением речи. Вслед за В.В. Захаровым и О.С. Левиным [8; 11] под когнитивными функциями мы понимаем весь спектр ВПФ, которые так или иначе включены в процесс познавательной деятельности человека. В частности, О.С. Левин отмечает, что «когнитивные (нейрокогнитивные) нарушения — развивающиеся вследствие поражения головного мозга нарушения психической (высшей нервной) деятельности, связанной с получением, запоминанием и анализом информации из внешней среды и регуляцией на этой основе поведения. Когнитивные нарушения могут затрагивать в той или иной степени различные когнитивные сферы (память, внимание, речь, праксис, гнозис, мышление, регуляторные функции) и по степени выраженности образуют широкий спектр — от легких (преддементных) до тяжелых, как правило, ассоциируемых с деменцией...» [11, с. 10].

Задачами исследования стали выявление клинико-психологической структуры нарушения психической деятельности подростка с патологией эпифиза и на этой основе определение ведущего этиологического фактора, а также поиск направлений социально-медико-психологической помощи.

Материалы и методы

Клинико-anamnestические характеристики обследованного подростка. За медико-психологической помощью обратилась мама подростка мужского пола 13 лет с жалобой на то, что ребенок «около года назад перестал говорить...раньше

был очень общительным... стал очень медлительным...», «проскальзывают [т.е. произносятся — примечание автора] глаголы и отдельные слова», «ему проще написать». Со слов матери, в ответ на просьбу сказать что-либо вслух подросток отвечает «не хочу». Ограничение устного речевого общения отмечается у подростка со всеми родственниками, в том числе с мамой, а также с учителями и другими взрослыми. В данный момент ребенок общается со взрослыми преимущественно в письменной форме. Со сверстниками поддерживает устное речевое общение, но в меньшем объеме, так как стал избегать соответствующих ситуаций. Дать оценку качеству общения сына со сверстниками мама не может. Также мама отмечает высокую степень тревожности ребенка, значительно усилившуюся в последнее время («Сейчас — дикое стеснение»).

В процессе сбора анамнестических сведений стало известно, что ребенок родился от первой беременности, протекавшей на всем протяжении с токсикозом. Возраст гестации на момент рождения — 42–43 недели, рост — 57 см, вес — 4200 г, данные по шкале Апгар — 89 баллов.

Развитие на первом году жизни соответствовало возрастным нормам. Неврологическая патология на первом году жизни не выявлялась. Детский сад ребенок не посещал, до школы находился дома под присмотром бабушки по материнской линии. Выраженных проблем в воспитании ребенка в дошкольном возрасте не наблюдалось. В школу пошел в 7 лет. Адаптировался нормально. Обучается в массовой школе. Успеваемость хорошая («четверки, пятерки, только по математике бывают тройки»), и несмотря на то, что подросток, со слов мамы, «стал забывать даже то, что хорошо знал», и на уроках отвечает только письменно, успеваемость в течение последнего года снизилась незначительно. Мама помогает ребенку выполнять домашние задания, при этом характеризует сына как «старательного». В беседе с психологом о характере ребенка также отмечает: «Не за что было наказывать и кричать... всегда был спокойным, не было драк... сдержанный, весь в себе...». Энурез, запинки в речи, со слов мамы, у ребенка отсутствовали. Присутствует страх темноты. «Год назад стал прищуривать глазом» — по этому поводу за медицинской помощью не обращались, симптом прошел самостоятельно. Нелепости, вычурности, дурашливости в поведении сына мама не отмечает. Семья, в которой проживает ребенок, — полная; подросток — единственный ребенок в семье. Отношения между родителями и ребенком мама характеризует как теплые, доверительные.

За месяц до обращения за медико-психологической помощью ребенок начал проходить медикаментозное лечение у эндокринолога по поводу гипофункции щитовидной железы — получает тироксин и йодомарин 200.

Менее чем за месяц до проведения данного психологического исследования в процессе магнитно-резонансной томографии головного мозга у подростка были выявлены «незначительное расширение заднего рога правого желудочка. Кистозная перестройка шишковидной железы (несколько кист размером до 2 мм в диаметре). Заключение по данным электроэнцефалограммы в динамике за последние полгода следующее: «Диффузные изменения биоэлектрической активности головного

мозга с признаками раздражения подкорковых структур. В течение всей записи регистрируется очаг патологической активности в правой височной области (тета-волны, превышающие амплитуду основного ритма в два раза); «На фоне дезорганизации ритма и преобладания альфа-активности регистрируются умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции стволовых структур. Очаговых изменений и эпилептиформной активности не зарегистрировано». В процессе сбора анамнестических данных сведения о нарушениях сна или полового созревания у подростка выявлены не были.

Методы исследования и их обоснование. Следует понимать, что нарушения экспрессивной речи у подростков могут возникать вследствие действия различных этиологических факторов: во-первых, по причине органического поражения или заболевания головного мозга; во-вторых — расстройств шизофренического спектра (в первую очередь как следствие аутизма и эмоциональной неадекватности, определяющих вычурность, нелепость поведенческих реакций, апато-абулических нарушений, а также в рамках проявления синдрома психического автоматизма или кататонии [4]); в-третьих — аффективных расстройств эндогенной и психогенной природы. При этом в ситуации церебральной органической патологии могут возникать различные формы афазий/дисфазий, дизартрия или неврозоподобное заикание, при расстройствах шизофренического спектра — тотальный или селективный мутизм, при аффективных расстройствах — селективный мутизм и невротическое заикание [2]. В каждом случае формируется своеобразная клинико-психологическая структура нарушения психической деятельности, укладывающаяся в рамки определенного патопсихологического, а в ситуации органического поражения головного мозга — и нейропсихологического синдрома. В связи с этим в процессе психологического обследования подростка проводилась дифференциальная диагностика между признаками экзогенно- и эндогенно-органического, шизофренического, аффективно-эндогенного и психогенно-невротического патопсихологических синдромов; а ведущими методами стали патопсихологическое и нейропсихологическое исследования.

Необходимо отметить, что патопсихологическое и нейропсихологическое исследование в рамках традиционного отечественного подхода предполагает качественный анализ результатов, а не количественный. Так, В.М. Блейхер с соавторами отмечал, что «на основе анализа данных эксперимента необходимо выделить ведущие патопсихологические особенности, аналогично тому, как психиатр на одном из этапов клинического мышления вычленяет в клинической картине заболевания доминирующий синдром. И патопсихолог ищет в структуре психического дефекта обследуемого своего рода патопсихологический синдром... Иногда не меньшую роль может играть констатация патопсихологом отсутствия у обследуемого тех или иных психических расстройств. Например, при дифференциальной диагностике... представляется важным то обстоятельство, что в эксперименте не обнаруживаются характерные для шизофрении нарушения мышления и аффективно-личностные изменения» [5, с. 33]. Т.В. Ахутина также указывает, что «принцип синдромного анализа наиболее последовательно реализуется при качественном анализе данных нейропсихологического обследования...», «...создание нейропсихологических норм — задача будущего...» [12, с. 6]. В связи с этим

в процессе проводимого нами исследования реализовывался качественный подход к анализу полученных данных, направленный на выявление ведущего патопсихологического, а в дальнейшем — и нейропсихологического синдрома нарушений психической деятельности испытуемого. В рамках нейропсихологической диагностики, ориентируясь на отечественный подход к методологии нейропсихологического исследования [13; 24], помимо синдромного анализа, включающего выделение первичных и вторичных нейропсихологических симптомов, мы провели факторный и топический анализ картины нарушений высших психических функций подростка. Обследование испытуемого проводилось с использованием методов патопсихологической и нейропсихологической диагностики; проективных графических тестов: «Дом. Дерево. Человек» (J. Buck, 1948 [31], Е.С. Романова, О.Ф. Потемкина, 1991 [16]), «Рисунок несуществующего животного» (М.З. Дукаревич, 1990 [7]), «Серийные рисунки» (И.М. Никольская, Г.Л. Бардиер, 1996 [14]); Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (А.S. Zigmond и R.P. Snaith, 1983 [50]; А.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003 [1]).

Патопсихологическое исследование было направлено на выявление в психической деятельности испытуемого признаков шизофренического патопсихологического синдрома. С этой целью использовались следующие методики: «Исключение предметов», «Классификация предметов», «Сравнение понятий», «Соотношение пословиц, метафор и фраз» [17]. В процессе выполнения указанных заданий предполагалась фиксация случаев выполнения подростком заданий с опорой на «латентные» [17] признаки, явлений разноплановости в процессе решения мыслительных задач.

Особую роль в выявлении клинико-психологической структуры нарушения психической деятельности при той или иной церебральной патологии играет нейропсихологическая диагностика, потому что «введение нейропсихологического аспекта анализа в программу клинического психодиагностического исследования позволяет более тонко определить уровень нарушения (корковый, подкорковый) и его структуру...» [19, с. 152].

Нейропсихологическое исследование было направлено на выявление признаков локального поражения головного мозга и, следовательно, особенностей состояния таких ВПФ, как регуляторный, динамический (в том числе оральный), кинестетический и пространственный праксис; предметный, оптико-пространственный и акустический гнозис; фонематическое восприятие; способность понимания логико-грамматических конструкций; слухоречевая память. Обследование подростка проводилось с помощью методики нейропсихологической диагностики детей Л.С. Цветковой [26]. В процессе диагностики использовались пробы, доступные для выполнения детьми младшего школьного возраста. Оценка выполнения нейропсихологических тестов производилась традиционно, в соответствии с разработанной в лаборатории А.Р. Лурия четырехбалльной шкалой: оценка «0» — практически правильное выполнение всех заданий теста без ошибок; «1» — 25% ошибок и 75% правильно выполненных заданий теста; «2» — 50% ошибок и 50% правильно выполненных заданий теста; «3» — 100% ошибок при выполнении заданий теста [26]. При этом оценка в 1 балл интерпретировалась как легкое нарушение функции, 2 балла — умеренное нарушение, 3 балла — выраженное нарушение.

Проективные графические методики и методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (A.S. Zigmond и R.P. Snaithe, 1983 [50]; А.В. Андриященко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003 [1]) использовались с целью выявления состояния эмоциональной сферы подростка. В процессе интерпретации особенностей выполнения испытуемым проективных графических методик «Дом. Дерево. Человек» (J. Buck, 1948 [31], Е.С. Романова, О.Ф. Потемкина, 1991 [16]) и «Рисунок несуществующего животного» (М.З. Дукаревич, 1990 [7]) мы учитывали признаки высокой тревожности, описанные Е.С. Романовой, О.Ф. Потемкиной и А.Л. Венгером [6]: «контур неяркий, неясный; эскизный контур; подчеркнутая линия; неровный, неодинаковый нажим; стирания; маленькие фигуры; рисунок у самого края; зачернение листы; зачернение глаз; штриховка; множественность линий...»

Анализ «Серийных рисунков» осуществлялся по алгоритму, предложенному автором методики — И.М. Никольской [27].

Результаты выполнения методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» оценивались по традиционной схеме: 0–7 баллов свидетельствуют об отсутствии достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии; 8–11 баллов предполагают субклинически выраженную тревогу/депрессию, а 12 баллов и выше — клинически выраженную тревогу/депрессию [20; 50].

Процедура обследования. Обследование ребенка проводилось в кабинете патопсихологической лаборатории в индивидуальной форме. Первоначальный контакт с испытуемым устанавливался в присутствии матери. Дальнейшее обследование проводилось без ее присутствия в кабинете. Общая продолжительность обследования — 2 часа (с одним перерывом для отдыха). Подросток в процессе психологического обследования в целом проявил адекватный уровень сформированности мотива экспертизы, однако был очень тревожен при выполнении вербальных заданий. С целью повышения мотивации испытуемого психологом использовались одобрение и психологическая поддержка.

Результаты

В процессе психологического обследования речевой контакт с подростком устанавливался с трудом. Испытуемый отвечал на вопросы психолога односложно, очень невнятно, часто не проговаривая первый или последний слог слова и добавляя к ответу слова «кажется» или «что ли». Во время речевого ответа ребенок нередко передергивал плечами и/или совершал гримасы. Иногда в ответ на вопрос взрослого он просто пожимал плечами или невнятно говорил «не знаю», избегая вербального ответа по существу. Инициативы в общении не проявлял. Интонационная выразительность речи была заметно сглажена. При этом зрительный контакт с испытуемым поддерживался в полном объеме. Ребенок был доброжелателен, синтонен, эмпатичен, ярко проявлял эмоции тревоги и огорчения (явно переживал из-за трудностей речевоспроизведения). Для эмоционального фона испытуемого было характерно преобладание выраженного чувства тревоги. Инструкции к заданиям понимал в полном объеме. Был ориентирован на позитивную оценку взрослым. В невербальных заданиях стремился достичь положительного результата.

Результаты патопсихологического исследования. В процессе исследования искажение процесса обобщения, нарушение целенаправленности мыслительных процессов, свойственные шизофреническому патопсихологическому синдрому, выявлены не были. Все предлагаемые задания испытуемый выполнял с опорой на существенные признаки. В Приложении 1 представлен протокол патопсихологического исследования.

Результаты нейропсихологического исследования. В процессе исследования испытуемый достаточно хорошо выполнял пробы «Реакция выбора», «Конфликтная произвольная деятельность», «Кулак — ребро — ладонь», направленные на исследование регуляторного и динамического праксиса. В графической пробе «Заборчик» программу принял, но испытывал стойкие и выраженные трудности переключения от одного элемента к другому (рисую в местах переключения «площадки» или пропускаю места переключения, отрывая руку). Во время рисования «заборчика» испытуемый стойко повторно обводил каждый элемент, также отрывая руку в местах соединения элементов, при этом работал медленно и старательно. Подросток хорошо удерживал строку и не проявлял тенденцию к микро- или макрографии. Пробу «Праксис позы кисти руки» по зрительному образцу выполнил практически без ошибок, по кинестетическому образцу — со значительными затруднениями. Выполнение проб «Реципрокная координация» и «Перенос поз кисти с одной руки на другую по кинестетическому образцу» для испытуемого оказалось полностью недоступным. Несмотря на то что ребенок — правша, все двигательные пробы он выполнял или начинал выполнять левой рукой.

Повторение серий звуков и слогов с неопозиционными фонемами не нарушено, однако при повторении серий слов (например, «колесо-сено-замок») и отраженном воспроизведении сложно артикулируемых слов наблюдались выраженные трудности («кинотеатр» — «кино», «баскетбол» — «кетбол», «перепорхнуть» — «порхнуть», «аквалангист» — «гист что-то», «термометр» — «мометр тер»). У испытуемого также значительно нарушено повторение серий слогов и слов с оппозиционными фонемами («ша-жа-ша», «дом-том-лом-ком» и т.п.). При этом понимание обращенной речи подростку доступно в полном объеме, о чем говорит безошибочное выполнение проб «Поиск изображений по названию» и «Понимание обратимых логико-грамматических конструкций».

Предметный и оптико-пространственный гнозис — без особенностей. Понимание квазипространственных отношений (логико-грамматических конструкций) не нарушено.

В процессе исследования слухоречевой памяти с помощью пробы «Запоминание двух групп по три слова» наблюдались не корригируемая количеством повторений контаминация рядов, перестановка и уменьшение слов в ряду.

Интересно то, что письменная речь у ребенка более сохранна, чем устная. Так, упомянутые выше сложно артикулируемые слова он пишет более четко, чем произносит («кинотеатр», «перепорхнуть», «термометр», «баскетбол», «акванагист»). Однако сами буквы испытуемый пишет нечетко (прописная «т» похожа на «м», «р» — на «г»). Ребенок часто пропускает места соединения букв, некоторые буквы обводит

по несколько раз, стремясь сделать их более понятными при восприятии, что в целом не улучшает качества письма. В Приложении 2 представлен протокол нейропсихологического исследования.

В ходе исследования *особенностей эмоциональной сферы* подростка выявился высокий уровень тревожности: все рисунки небольшого размера; дом и дерево в задании «Дом, дерево, человек» неоднократно исправлялись, дерево — с обильно заштрихованной внутри контура кроной, человек — с полностью заштрихованными глазами; контур рисунков неясный, нечеткий. В задании «Рисунок несуществующего животного» испытуемый нарисовал «тигрозайца» (название сказал невнятно, потом по просьбе взрослого записал). Рассказ о «несуществующем животном» составил, отвечая на вопросы психолога: «Это он, она, оно?» — «Он». — «Какое оно по возрасту?» — «Маленькое». — «Есть ли у него дом?» — «Да». — «Какой он?» — «Маленький». — «Он живет с кем-то или один?» — «Много, кажется». — «Чем он питается?» — «Травой, кажется». — «Когда он активен?» — «Ночью». — «Чего боится?» — «Воды, кажется». — «А еще чего-то боится?» — «Я не знаю». — «Есть ли у него враги?» — «Да». — «Кто они?» — «Нет». — «О чем он мечтает?» — «Да ни о чем».

В процессе исследования с помощью методики «Серийные рисунки» ответы испытуемого были скудными и малоинформативными («Я радуюсь» — «Тачка», «Мне грустно. Я огорчаюсь» — «Не знаю», «Я сержусь» — «Не знаю», «Я боюсь» — «Да, нет, ничего так», «Я мечтаю» — «Дом» (на рисунке внизу листа нечетко написал слово «мама», от пояснений отказался), «Я вырос. Мне 20 лет» — «Да ничего, конечно»). Отвечая, часто добавлял к словам ответа слово «кажется», при этом грустно и тревожно улыбался.

Исследование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии показало наличие у подростка клинического уровня тревоги (14 баллов) и субклинического уровня депрессии (9 баллов). От обсуждения особенностей собственной речи и речевого взаимодействия с окружающими испытуемый отказался.

Обсуждение результатов

Таким образом, в процессе патопсихологического обследования у испытуемого не были обнаружены симптомы шизофренического патопсихологического синдрома (признаки искажения процесса обобщения и нарушения целенаправленности мыслительных процессов). В то же время в ходе нейропсихологического обследования подростка были выявлены локальная корковая симптоматика (в первую очередь нарушения динамического (кинетического) и кинестетического праксиса) и симптомы нарушения межполушарного взаимодействия. Указанные выше нарушения слухоречевой памяти также свидетельствуют в пользу последствий органического поражения или заболевания головного мозга.

При анализе нарушений речи испытуемого следует учитывать, что речь — сложная функциональная система и включает много афферентных и эфферентных звеньев. В речевой функциональной системе принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный и другие. Каждый из

них вносит свой вклад в афферентные и эфферентные основы речи. Поэтому мозговая основа речи очень сложна, а нарушения речи многообразны и различны по характеру в зависимости от того, какое из звеньев речевой системы пострадало в результате мозгового поражения [24, с. 39].

Нейропсихологическое исследование показало, что импрессивная речь подростка не нарушена (сохранно восприятие звуков человеческой речи, понимание отдельных слов и сложных логико-грамматических конструкций). В основе патологии экспрессивной речи испытуемого лежит нарушение функции составления послоговой кинетической схемы высказывания, что, естественно, сделало невозможным его грамматическое структурирование и смысловое программирование. Следовательно, нарушение речи испытуемого вызвано выпадением динамического (кинетического) нейропсихологического фактора. Топический анализ результатов исследования позволяет предположить функциональную недостаточность в первую очередь премоторных и теменных отделов коры больших полушарий головного мозга, а также структур, обеспечивающих межполушарное взаимодействие.

В ходе исследования особенностей эмоциональной сферы подростка выявился высокий уровень тревожности. Мы полагаем, что относительно сохранное фонематическое восприятие позволяет испытуемому критично относиться к собственной речевой продукции, но не дает возможности полностью компенсировать недостаточность моторного звена в процессе речепорождения. Осознание речевой несостоятельности вызывает у него выраженную тревогу и компенсаторное стремление избегать ситуаций устного речевого общения. Следовательно, отказ подростка от процесса устной вербальной коммуникации является вторичным симптомом, который возникает как реакция личности на осознание наличия речевого дефекта.

Следовательно, проведенное психологическое исследование показало, что клиничко-психологическая структура нарушения психической деятельности испытуемого включает в себя нейропсихологические симптомы церебральной органической патологии, в частности, нарушения способности составления послоговой кинетической схемы высказывания и в целом недостаточность динамического (кинетического) и кинестетического праксиса, а также межполушарного взаимодействия и слухоречевой памяти. Нарушение когнитивных функций дополняется патологией эмоционального состояния подростка.

К сожалению, патофизиологический механизм возникновения данного нарушения психической деятельности у подростка в полной мере неясен. Есть отдельные исследования, указывающие на патологию когнитивных функций у пациентов с патологией эпифиза [30; 32; 38; 45]. Однако в ряде случаев отмечается, что эпифиз принимает опосредованное участие в осуществлении когнитивных функций [30; 45]. Так, S. Batouli и M. Sisakhti предполагают, что эпифиз выполняет посредническую роль в осуществлении процессов долговременной памяти [30]. Особая роль при этом отводится мелатонину [34; 38; 41; 47]. Y. Huang и соавторы, взяв за основу положение о том, что кортизол является основным конечным продуктом гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, мелатонин оказывает регулирующее

действие на эту систему и оба они тесно связаны с индивидуальным поведением и когнитивной функцией, выявили, что уровни кортизола и мелатонина в слюне у детей с дислексией были ниже, чем у детей без таковой, и снижались в течение дня. При этом их циркадный ритм был нарушенным или отсутствовал. По мнению авторов, уровни кортизола и мелатонина и их циркадный ритм могут влиять на дислексию у детей, но механизмы этого влияния нуждаются в дальнейшем изучении [38]. Некоторые исследователи считают, что мелатонин модулирует нейронные сети, изменяя циркадную нейрональную передачу [35].

Есть исследования, описывающие неврологическую патологию у пациентов с кистозной перестройкой и опухолями шишковидной железы [33; 40]. При этом основным механизмом возникновения неврологических симптомов в данном случае, по мнению указанных авторов, является развивающаяся гидроцефалия. S. Kabashi и соавторы утверждают, что пациенты с опухолями пинеальной области обычно имеют симптомы, связанные с повышенным внутричерепным давлением и/или гидроцефалией, такие как головная боль, рвота, тошнота, вялость, сонливость и отек диска зрительного нерва. У таких пациентов может развиваться паралич взора вверх, а также потеря конвергенции, аккомодации и зрачкового рефлекса на свет [40]. При этом данные авторы не описывают нарушения когнитивных функций у пациентов с гидроцефалией, вызванной кистозной перестройкой или опухолями эпифиза.

Мы можем предположить, что кистозная перестройка эпифиза и возникшие вследствие этого явления гидроцефалии привели к нарушению у пациента деятельности мозговых структур, обеспечивающих межполушарное взаимодействие, а также премоторных и теменных отделов коры больших полушарий головного мозга, что повлекло за собой нарушение моторной стороны речи. Остается непонятным, почему незначительные явления гидроцефалии в правом (субдоминантном по речи [24; 25]) полушарии головного мозга вызвали такое грубое нарушение речевой функции у подростка. Данный вопрос требует дальнейшего изучения и сопоставления полученных результатов с результатами других исследователей.

Однако уже сейчас можно определить основные пути оказания пациенту социально-медико-психологической помощи. Помимо неврологического лечения, подростку необходимо оказание психологической помощи, в первую очередь, нейропсихологической коррекции, направленной на восстановление нарушенной речевой функции с опорой на сохраненные ВПФ (фонематическое восприятие, предметный гнозис и мышление). Первостепенное внимание должно быть уделено восстановлению коммуникативной функции речи, так как неспособность пациента к вербальной форме общения «проявляется в дефектах не только внешней коммуникации... но распространяется и на внутренние ее формы — нарушается общение человека с самим собой...» [25, с. 19]. Следовательно, происходит изменение или нарушение развития его личности. Более того, в процессе реабилитации важно следование «принципу учета социальной природы человека», т.е. «создание условий для максимального использования всех возможностей и способностей человека, использования влияния социальной среды и социальных факторов на заболевшего человека» [25, с. 81–82].

Выводы

Таким образом, полученные результаты показывают, что кистозная перестройка эпифиза может сопровождаться нарушением способности составления послоговой кинетической схемы высказывания и в целом недостаточностью динамического (кинетического) и кинестетического праксиса, а также межполушарного взаимодействия и слухоречевой памяти. В этом случае возможно формирование отказа от процесса устной вербальной коммуникации как реакции личности на осознание наличия речевого дефекта.

Основными путями оказания социально-медико-психологической помощи пациенту в этом случае должны быть неврологическое лечение и нейропсихологическая коррекция, направленная на восстановление нарушенной речевой функции с опорой на сохраненные ВПФ. Первостепенное внимание должно быть уделено восстановлению коммуникативной функции речи. Полученные результаты исследования требуют дальнейшего осмысления и верификации как с целью уточнения первичных и вторичных симптомов внутри сложившегося нейропсихологического синдрома, так и понимания его этиологии и, что особенно важно, патогенеза в ситуации кистозной перестройки эпифиза.

Литература

1. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Том 103. № 5. С. 11–18.
2. Антропов Ю.Ф. Психиатрия детско-подросткового возраста. Часть 1. Общая психопатология. М.: ДеЛи принт, 2010. 416 с.
3. Биджакджи М., Кексал М., Балоглу М. Клинический случай человека с синдромом саванта из Турции: когнитивные функции и календарный расчет // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 1. С. 1–14. DOI: 10.17759/cpse.2021100101
4. Блейхер В.М. Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983. 192 с.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов: учебное пособие / Под общ. ред. С.Н. Бокова. М.: МПСИ, СПб: МОДЭК, 2009. 624 с.
6. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 160 с.
7. Дукаревич М.З., Яньшин П.В. Рисунок несуществующего животного // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: МГУ, 1990. С. 54–73.
8. Захаров В.В. Хроническая цереброваскулярная недостаточность. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 112 с.

Туровская Н.Г. Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 179–204.

Turovskaya N.G. Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 179–204.

9. Зверева Е.Е., Бессалова Е.Ю. История изучения шишковидного тела: между мифологией и наукой // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2016. Том. 6. № 3. С.186–193.

10. Криволапова Э.Г. Нейрометаболические нарушения адаптивных реакций при кистозной трансформации шишковидной железы // Проблемы научной мысли. 2018. Том 11. № 2. С. 011–014.

11. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2019. 448 с.

12. Методы нейропсихологического обследования детей 6-9 лет. / Под ред. Т.В. Ахутиной. М.: В. Секачев, 2021. 280 с.

13. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие: теория и методы. СПб.: Питер, 2021. 288 с.

14. Никольская И.М., Бардиер Г.Л. Уроки психологии в начальной школе: из опыта работы. СПб., Рига: ПЦ «Эксперимент», 1996. 86 с.

15. Овсепян К.Г., Балязина Е.В. Головная боль напряжения у лиц с кистозной трансформацией шишковидной железы и гипопродукцией мелатонина // Российский журнал боли. 2018. № 2 (56). С. 48–49.

16. Романова Е.С., Потемкина О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. М.: «Дидакт», 1991. 256 с.

17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. М.: Апрель-Пресс, 2010. 224 с.

18. Сапин М.Р., Бочаров В.Я., Никитюк Д.Б. и др. Анатомия человека. В 2-х тт. Т. 2 / Под ред. М.Р. Сапина. М.: Медицина, 2001. 640 с.

19. Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 141–157. DOI: 10.17759/cpse.2017060211

20. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М.: МИА, 2007. 252 с.

21. Туровская Н.Г. Речевая дисфункция у ребенка с кистозной перестройкой эпифиза (анализ клинического случая) // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Том 65. № 4. С. 294–295.

22. Туровская Н.Г. Сензитивные периоды и патология развития психических функций у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе // Экспериментальная психология. 2018. Том 11. № 2. С. 63–76. DOI: 10.17759/exrpsy.2018110205

23. Флетчер Дж.М., Джуранек Дж. Миеломенингоцеле при расщеплении позвоночника: нейропсихологические последствия, связанные с работой мозга //

Туровская Н.Г. Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 179–204.

Turovskaya N.G. Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 179–204.

Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 3. С. 1–14. DOI: 10.17759/cpse.2020090301

24. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб.: Питер, 2021. 496 с.
25. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М.: МПСИ; Воронеж: изд-во НПО «МОДЭК», 2001. 256 с.
26. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей: методический альбом. М.: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.
27. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 3-е. СПб.: Речь, 2007. 352 с.
28. *Atmaca M., Korucu T., Kilic M.C. et al.* Pineal gland volumes are changed in patients with obsessive-compulsive personality disorder // *Journal of Clinical Neuroscience*. 2019. Vol. 70. P. 221–225. DOI: 10.1016/j.jocn.2019.07.047
29. *Barker S.A.* N, N-dimethyltryptamine (DMT), an endogenous hallucinogen: past, present, and future research to determine its role and function // *Frontiers in Neuroscience*. 2018. Vol. 12. Article 536. DOI: 10.3389/fnins.2018.00536
30. *Batouli S.A.H., Sisakhti M.* Investigating a hypothesis on the mechanism of long-term memory storage // *NeuroQuantology*. 2019. Vol. 17. № 03. P. 60–79. DOI: 10.14704/nq.2019.17.03.1813.
31. *Buck J.N.* The HTP Technique: A qualitative and quantitative scoring manual // *Journal of Clinical Psychology*. 1948. Vol. 4. № 4. P. 317–396. DOI: 10.1002/1097-4679(194810)4:4<317::aid-jclp2270040402>3.0.co;2-6
32. *Bumb J.M., Mier D., Noelte I. et al.* Associations of pineal volume, chronotype and symptom severity in adults with attention deficit hyperactivity disorder and healthy controls // *European Neuropsychopharmacology*. 2016. Vol. 26. № 7. P. 1119–1126. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.03.016.
33. *Choque-Velasquez J., Colasanti R., Baluszek Sz. Et al.* Systematic review of pineal cysts surgery in pediatric patients // *Child's Nervous System*. 2020. Vol. 36. № 12. P. 2927–2938. DOI: 10.1007/s00381-020-04792-3.
34. *Corpas R., Griñán-Ferré C., Palomera-Ávalos V. et al.* Melatonin induces mechanisms of brain resilience against neurodegeneration // *Journal of Pineal Research*. 2018. Vol. 65. № 4. E12515. DOI: 10.1111/jpi.12515.
35. *Evely K.M., Hudson R.L., Dubocovich M.L. et al.* Melatonin receptor activation increases glutamatergic synaptic transmission in the rat medial lateral habenula // *Synapse*. 2016. Vol. 70. № 5. P. 181–186. DOI: 10.1002/syn.21892.
36. *Findıklı E., Inci M.F., Gökçe M. et al.* Pineal gland volume in schizophrenia and mood disorders // *Psychiatria Danubina*. 2015. Vol. 27. № 2. P. 153–158.

Туровская Н.Г. Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 179–204.

Turovskaya N.G. Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 179–204.

37. *Gheban B.A., Rosca I.A., Crisan M.* The morphological and functional characteristics of the pineal gland // *Medicine and Pharmacy Reports*. 2019. Vol. 92. № 3. P. 226–234. DOI: 10.15386/mpr-1235.
38. *Huang Y., Xu C., He M. et al.* Saliva cortisol, melatonin levels and circadian rhythm alterations in Chinese primary school children with dyslexia // *Medicine (Baltimore)*. 2020. Vol. 99. № 6. E19098. DOI: 10.1097/MD.00000000000019098.
39. *Jacob M.S., Presti D.E.* Endogenous psychoactive tryptamines reconsidered: an anxiolytic role for dimethyltryptamine // *Medical Hypotheses*. 2005. Vol. 64. №5. P. 930–937. DOI: 10.1016/j.mehy.2004.11.005
40. *Kabashi S., Ahmetgjekaj I., Harizi E. et al.* Mixed germ cell tumor of the pineal gland in a pediatric patient // *Radiology Case Reports*. 2022. Vol. 17. № 9. P. 2940–2945. DOI: 10.1016/j.radcr.2022.05.024
41. *Maruani A., Dumas G., Beggiato A. et al.* Morning plasma melatonin differences in autism: Beyond the impact of pineal gland volume // *Frontiers in Psychiatry*. 2019. Vol. 10. Article 11. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00011.
42. *Masters A., Pandi-Perumal S.R., Seixas A. et al.* Melatonin, the hormone of darkness: From sleep promotion to Ebola treatment // *Brain Disorders and Therapy*. 2014. Vol. 4. № 1. Article 1000151. DOI: 10.4172/2168-975X.1000151.
43. *Matsuoka T., Imai A., Fujimoto H. et al.* Reduced pineal volume in Alzheimer disease: A retrospective cross-sectional MR imaging study // *Radiology*. 2018. Vol. 286. № 1. P. 239–248. DOI: 10.1148/radiol.2017170188
44. *Pagan C., Goubran-Botros H., Delorme R. et al.* Disruption of melatonin synthesis is associated with impaired 14-3-3 and miR-451 levels in patients with autism spectrum disorders // *Scientific Reports*. 2017. Vol. 7. № 1. Article 2096. DOI: 10.1038/s41598-017-02152-x.
45. *Razavi F., Raminfard S., Hormozi H.K. et al.* A probabilistic atlas of the pineal gland in the standard space // *Frontiers in Neuroinformatics*. 2021. Vol. 15. Article 554229. DOI: 10.3389/fninf.2021.554229.
46. *Rossignol D.A., Frye R.E.* Melatonin in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2011. Vol. 53. P. 783–792. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.03980.x.
47. *Savaskan E.* Melatonin in aging and neurodegeneration // *Drug Development Research*. 2002. Vol. 56. № 3. P. 482–490. DOI: 10.1002/ddr.10104.
48. *Takahashi T., Nakamura M., Sasabayashi D. et al.* Reduced pineal gland volume across the stages of schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 206. P. 163–170. DOI: 10.1016/j.schres.2018.11.032.
49. *Zhao W., Zhu D.-M., Zhang Y. et al.* Pineal gland abnormality in major depressive disorder // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2019. Vol. 289. P. 13–17. DOI: 10.1016/j.pscychresns.2019.05.004

50. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67. № 6. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

References

1. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovol'skii A.V. Sravnitel'naya otsenka shkal CES-D, BDI i HADS(D) v diagnostike depressii v obshchemeditsinskoi praktike [A comparative validation of the scale CES-D, BDI, and HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general practice]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2003, vol. 103, no. 5, pp. 11–18. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Antropov Yu.F. Psikhatriya detsko-podrostkovogo vozrasta. Chast' 1. Obshchaya psikhopatologiya [Psychiatry of children and adolescents. Part 1. General psychopathology]. Moscow: DeLi print, 2010. 416 p. (In Russ.).
3. Bicakci M., Köksal M.S., Baloğlu M. Klinicheskii sluchai cheloveka s sindromom savanta iz Turtsii: kognitivnye funktsii i kalendarnyi raschet [A Savant Case from Turkey: Cognitive Functions and Calendar Calculation]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2021, vol. 10, no. 1, pp. 1–14. DOI: 10.17759/cpse.2021100101. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Bleikher V.M. Rasstroistva myshleniya [Thinking disorders]. Kyiv: Zdorov'e, 1983. 192 p. (In Russ.).
5. Bleikher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. Klinicheskaya patopsikhologiya: rukovodstvo dlya vrachei i klinicheskikh psikhologov: uchebnoe posobie [Clinical pathopsychology: A guide for physicians and clinical psychologists: A textbook] / S.N. Bokov (ed.). Moscow: MPSU, St. Petersburg: MODEK, 2009. 624 p. (In Russ.).
6. Venger A.L. Psikhologicheskie risunochnye testy: Illyustrirovannoe rukovodstvo [Psychological Drawing Tests: An Illustrated Guide]. Moscow: VLADOS-PRESS, 2003. 160 p. (In Russ.).
7. Dukarevich M.Z., Yan'shin P.V. Risunok nesushchestvuyushchego zhitvnogo [Drawing of a non-existent animal]. *Praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnostika motivatsii i samoregulyatsii = Workshop on psychodiagnostics. Psychodiagnostics of motivation and self-regulation*. Moscow: Moscow State University, 1990, pp. 54–73. (In Russ.).
8. Zakharov V.V. Khronicheskaya tserebrovaskulyarnaya nedostatochnost' [Chronic cerebrovascular insufficiency]. Moscow: MEDpress-inform, 2016. 112 p. (In Russ.).
9. Zvereva E.E., Bessalova E.Yu. Istoriya izucheniya shishkovidnogo tela: mezhdumifologii i naukoj [The history of the study of the pineal body: Between mythology and science]. *Krymskii zhurnal ehksperimental'noi i klinicheskoi meditsiny = Crimean Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2016, vol. 6, no. 3, pp. 186–193. (In Russ.).

10. Krivolapova E.G. Neirometabolicheskie narusheniya adaptivnykh reaktsii pri kistoznoi transformatsii shishkovidnoi zhelezy [Neurometabolic disorders of adaptive responses in cystic transformation of the pineal gland]. *Problemy nauchnoi mysli = Problems of Scientific Thought*, 2018, vol. 11, no. 2, pp. 011–014. (In Russ.).
11. Levin O.S. Diagnostika i lechenie kognitivnykh narushenii i dementsii v klinicheskoi praktike [Diagnosis and treatment of cognitive impairment and dementia in clinical practice]. Moscow: MEDpress-inform, 2019. 448 p. (In Russ.).
12. Metody neiropsikhologicheskogo obsledovaniya detei 6-9 let. [Methods of neuropsychological examination of children aged 6-9 years] / T.V. Akhutina (ed.). Moscow: V. Sekachev, 2021. 280 p. (In Russ.).
13. Mikadze Yu.V. Neiropsikhologiya detskogo vozrasta: uchebnoe posobie: teoriya i metody [Neuropsychology of childhood: A textbook: Theory and methods]. St. Petersburg: Piter, 2021. 288 p. (In Russ.).
14. Nikol'skaya I.M., Bardier G.L. Uroki psikhologii v nachal'noi shkole: iz opyta raboty [Psychology lessons in elementary school: From work experience]. St. Petersburg, Riga: «Ehksperiment», 1996. 86 p. (In Russ.).
15. Ovsepyan K.G., Balyazina E.V. Golovnaya bol' napryazheniya u lits s kistoznoi transformatsiei shishkovidnoi zhelezy i gipoproduktsiei melatonina [Tension headache in patients with cystic transformation of the pineal gland and hypoproduction of melatonin]. *Rossiiskii zhurnal boli = Russian Journal of Pain*, 2018, no. 2 (56), pp. 48–49. (In Russ.).
16. Romanova E.S., Potemkina O.F. Graficheskie metody v psikhologicheskoi diagnostike [Graphic methods in psychological diagnostics]. Moscow: Didakt, 1991. 256 p. (In Russ.).
17. Rubinshtein S.Ya. Ehksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike. Prakticheskoe rukovodstvo [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic. Practical guide]. Moscow: Aprel'-Press, 2010. 224 p. (In Russ.).
18. Sapin M.R., Bocharov V.Ya., Nikityuk D.B. et al. Anatomiya cheloveka [Human anatomy] / M.R. Sapin (ed.). In 2 vols. Vol. 2. M.: Meditsina, 2001. 640 p. (In Russ.).
19. Sergienko A. Neiropsikhologicheskii metod v differentsial'noi kliniko-psikhologicheskoi diagnostike kognitivnykh narushenii u detei i podrostkov s psikhicheskoi patologiei [Neuropsychological method in the differential diagnosis of cognitive impairment in children and adolescents with mental disorders]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2017, vol. 6, no. 2, pp. 141–157. DOI: 10.17759/cpse.2017060211. (In Russ., abstr. in Engl.).
20. Smulevich A.B. Depressii v obshchei meditsine: rukovodstvo dlya vrachei [Depression in general medicine: A guide for physicians]. Moscow: MIA, 2007. 252 p. (In Russ.).
21. Turovskaya N.G. Rechevaya disfunktsiya u rebenka s kistoznoi perestroikoi ehpfizy (analiz klinicheskogo sluchaya) [Speech dysfunction in a child with cystic ehpfizy (analysis of a clinical case)].

restructuring of the pineal gland (analysis of a clinical case)]. *Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii* = *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2020, vol. 65, no. 4, pp. 294–295. (In Russ.).

22. Turovskaya N.G. Senzitivnye periody i patologiya razvitiya psikhicheskikh funktsii u detei s sudorozhnyimi paroksizмами v anamneze [Sensitive periods and developmental pathology of psychological functions among children with paroxysms]. *Ehksperimental'naya psikhologiya* = *Experimental Psychology (Russia)*, 2018, vol. 11, no. 2, pp. 63–76. DOI: 10.17759/expsy.2018110205. (In Russ., abstr. in Engl.).

23. Fletcher J.M., Juranek J. Spina bifida myelomeningocele: The brain and neuropsychological outcomes. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* = *Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9, no. 3, pp. 1–14. DOI: 10.17759/cpse.2020090301

24. Chomskaya E.D. *Neiropsikhologiya* [Neuropsychology]. St. Petersburg: Piter, 2021. 496 p. (In Russ.).

25. Tsvetkova L.S. Afaziya i vosstanovitel'noe obuchenie [Aphasia and restorative learning]. Moscow: Publ. of MPSU; Voronezh: MODEK, 2001. 256 p. (In Russ.).

26. Tsvetkova L.S. Metodika neiropsikhologicheskoi diagnostiki detei: metodicheskiy al'bom. [Methods of neuropsychological diagnostics of children: Methodical album]. Moscow: Pedagogicheskoe obshchestvo Rossii, 2002. 96 p. (In Russ.).

27. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semeinyi diagnoz i semeinaya psikhoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachei i psikhologov [Family diagnosis and family psychotherapy. A textbook for doctors and psychologists]. St. Petersburg: Rech', 2007. 352 p. (In Russ.).

28. Atmaca M., Korucu T., Kilic M.C. et al. Pineal gland volumes are changed in patients with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2019, vol. 70, pp. 221–225. DOI: 10.1016/j.jocn.2019.07.047

29. Barker S.A. N, N-dimethyltryptamine (DMT), an endogenous hallucinogen: past, present, and future research to determine its role and function. *Frontiers in Neuroscience*, 2018, vol. 12, article 536. DOI: 10.3389/fnins.2018.00536

30. Batouli S.A.H., Sisakhti M. Investigating a hypothesis on the mechanism of long-term memory storage. *NeuroQuantology*, 2019, vol. 17, no. 03, pp. 60–79. DOI: 10.14704/nq.2019.17.03.1813.

31. Buck J.N. The HTP Technique: A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology*, 1948, vol. 4, no. 4, pp. 317–396. DOI: 10.1002/1097-4679(194810)4:4<317::aid-jclp2270040402>3.0.co;2-6

32. Bumb J.M., Mier D., Noelte I. et al. Associations of pineal volume, chronotype and symptom severity in adults with attention deficit hyperactivity disorder and healthy controls. *European Neuropsychopharmacology*, 2016, vol. 26, no. 7, pp. 1119–1126. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.03.016.

33. Choque-Velasquez J., Colasanti R., Baluszek Sz. et al. Systematic review of pineal cysts surgery in pediatric patients. *Child's Nervous System*, 2020, vol. 36, no. 12, pp. 2927–2938. DOI: 10.1007/s00381-020-04792-3.
34. Corpas R., Griñán-Ferré C., Palomera-Ávalos V. et al. Melatonin induces mechanisms of brain resilience against neurodegeneration. *Journal of Pineal Research*, 2018, vol. 65, no. 4, e12515. DOI: 10.1111/jpi.12515.
35. Evelyn K.M., Hudson R.L., Dubocovich M.L. et al. Melatonin receptor activation increases glutamatergic synaptic transmission in the rat medial lateral habenula. *Synapse*, 2016, vol. 70, no. 5, pp. 181–186. DOI: 10.1002/syn. 21892.
36. Findıklı E., Inci M.F., Gökçe M. et al. Pineal gland volume in schizophrenia and mood disorders. *Psychiatria Danubina*, 2015, vol. 27, no. 2, pp. 153–158.
37. Gheban B.A., Rosca I.A., Crisan M. The morphological and functional characteristics of the pineal gland. *Medicine and Pharmacy Reports*, 2019, vol. 92, no. 3, pp. 226–234. DOI: 10.15386/mpr-1235.
38. Huang Y., Xu C., He M. et al. Saliva cortisol, melatonin levels and circadian rhythm alterations in Chinese primary school children with dyslexia. *Medicine (Baltimore)*, 2020, vol. 99, no. 6, e19098. DOI: 10.1097/MD.00000000000019098.
39. Jacob M.S., Presti D.E. Endogenous psychoactive tryptamines reconsidered: an anxiolytic role for dimethyltryptamine. *Medical Hypotheses*, 2005, vol. 64, no. 5, pp. 930–937. DOI: 10.1016/j.mehy.2004.11.005
40. Kabashi S., Ahmetgjekaj I., Harizi E. et al. Mixed germ cell tumor of the pineal gland in a pediatric patient. *Radiology Case Reports*, 2022, vol. 17, no. 9, pp. 2940–2945. DOI: 10.1016/j.radcr.2022.05.024
41. Maruani A., Dumas G., Beggiato A. et al. Morning plasma melatonin differences in autism: Beyond the impact of pineal gland volume. *Frontiers in Psychiatry*, 2019, vol. 10, article 11. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00011.
42. Masters A., Pandi-Perumal S.R., Seixas A. et al. Melatonin, the hormone of darkness: From sleep promotion to Ebola treatment. *Brain Disorders and Therapy*, 2014, vol. 4, no. 1, article 1000151. DOI: 10.4172/2168-975X.1000151.
43. Matsuoka T., Imai A., Fujimoto H. et al. Reduced pineal volume in Alzheimer disease: A retrospective cross-sectional MR imaging study. *Radiology*, 2018, vol. 286, no. 1, pp. 239–248. DOI: 10.1148/radiol.2017170188
44. Pagan C., Goubran-Botros H., Delorme R. et al. Disruption of melatonin synthesis is associated with impaired 14-3-3 and miR-451 levels in patients with autism spectrum disorders. *Scientific Reports*, 2017, vol. 7, no. 1, article 2096. DOI: 10.1038/s41598-017-02152-x.
45. Razavi F., Raminfard S., Hormozi H.K. et al. A probabilistic atlas of the pineal gland in the standard space. *Frontiers in Neuroinformatics*, 2021, vol. 15, article 554229. DOI: 10.3389/fninf.2021.554229.

46. Rossignol D.A., Frye R.E. Melatonin in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2011, vol. 53, pp. 783–792. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.03980.x.

47. Savaskan E. Melatonin in aging and neurodegeneration. *Drug Development Research*, 2002, vol. 56, no. 3, pp. 482–490. DOI: 10.1002/ddr.10104.

48. Takahashi T., Nakamura M., Sasabayashi D. et al. Reduced pineal gland volume across the stages of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2019, vol. 206, pp. 163–170. DOI: 10.1016/j.schres.2018.11.032.

49. Zhao W., Zhu D.-M., Zhang Y. et al. Pineal gland abnormality in major depressive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2019, vol. 289, pp. 13–17. DOI: 10.1016/j.pscychresns.2019.05.004

50. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, no. 6, pp. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Протокол патопсихологического исследования

Исключение предметов		
Название карточки	Исключаемый предмет	Объяснения испытуемого
Травянистые растения, кошка	Кошка	«Это — животное, это — цветы»
Тарелка, чайник, бочка, ключ	Ключ	«Посуда»
Ботинок, нога, сапог, полуботинок	Нога	«Обувь»
Портфель, кошелек, книга, чемодан	Книга	«Чтобы складывать»
Шкаф, кровать, комод, этажерка	Кровать	«Шкафы»
Яблоко, книга, роза, шуба	—	«Не знаю»
Секундомер, очки, весы, термометр	Очки	«Измерять»
Самолет, гвоздь, оса, вентилятор	Оса	«Неживые»
Классификация предметов		
Этап исследования	Действия испытуемого	Высказывания и объяснения испытуемого
I этап	Сразу правильно понимает и принимает задачу деятельности. Начинает создавать группы: фрукты, звери, мебель	По просьбе психолога комментирует свои действия, называя группы соответствующими обобщающими понятиями: «фрукты», «звери», «мебель» (слова говорит невнятно)

II этап	Создает группы: посуда, одежда, транспорт, овощи, грибы, деревья и кустарники, цветущие травянистые растения, птицы, насекомые, инструменты, измерительные приборы, школьные принадлежности, люди	Называет группы: «посуда», «одежда», «транспорт», «овощи», «грибы», «деревья», «цветы», «птицы», «насекомые» «инструменты», «измерять», «для школы», «люди» (слова говорит невнятно)
III этап	Объединяются вместе: — овощи, фрукты, цветы, деревья и кустарники, цветущие травянистые растения; — звери, птицы, насекомые. Остальные группы остаются прежними	Называет новые группы: «растения», «животные» (слова говорит невнятно)

Сравнение понятий

Пары слов для сравнения	Сходство	Различие
Девочка — кукла	«Похожи»	«Человек / игрушка»
Поезд — самолет	«Транспорт»	«По рельсам / летает»
Озеро — река	«Вода»	«Круглое / течет»
Стакан — петух	От сравнения отказался	
Дождь — снег	«С неба падают... осадки»	«Летом / зимой»
Обман — ошибка	«Неправильно»	«Не хотел» (про ошибку)
Корзина — сова	От сравнения отказался	
Голод — жажда	«Хочет»	«Есть / пить»

Соотношение пословиц, метафор и фраз

Пословицы или метафоры	Подобранные фразы	Объяснение испытуемого
Золотая голова	Умная голова	От объяснения отказался
Глухая ночь	Тихая ночь	От объяснения отказался
Каменное сердце	Черствое сердце	От объяснения отказался
Железный характер	Сильный характер	От объяснения отказался
Семь раз отмерь, а один раз отрежь	Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать	От объяснения отказался
Не все то золото, что блестит	Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо	От объяснения отказался
Не в свои сани не садись	Если не знаешь дела, не берись за него	От объяснения отказался

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Протокол нейропсихологического исследования

Оцениваемая функция	Используемые тесты	Оценка выполнения (по шкале А.Р. Лурия)	Допущенные ошибки
Регуляторный праксис	Реакция выбора «Поднимание руки на стимул»	1	Дефекты переключения
	Конфликтная произвольная деятельность «Кулак — палец»	1	Эхопраксии
Динамический праксис	«Кулак–ребро–ладонь»	1	Замедленное выполнение, персеверации направления движения
	Графическая проба «Заборчик»	3	Стойкие дефекты переключения
Межполушарное взаимодействие	«Реципрокная координация»	3	Стойкое уподобление движений
Кинестетический праксис	«Практика позы кисти руки»: — по зрительному образцу	1	Поиск поз
	— по кинестетическому образцу	2	Поиск поз
	— перенос поз по кинестетическому образцу	3	Поиск поз
Пространственный праксис	«Пробы Хэда»	1	Ошибки пространственного расположения рук
Оральный праксис	Повторение серий звуков и слогов	0	
	Повторение серий слов	2	Говорит невнятно, добавляет к произнесению слов слова «что ли»
	Повторение сложно артикулируемых слов	3	Говорит невнятно, не произносит первый или последний слог в словах, меняет слоговую структуру
Акустический гнозис	Восприятие бытовых шумов	0	

Фонематическое восприятие	Повторение звуков	0	
	Повторение серий слогов с оппозиционными фонемами (нарушение выполнения этой пробы может быть также вызвано недостаточностью динамического праксиса)	2	Меняет слоги местами, не произносит всю серию слогов
	Повторение серий слов с оппозиционными фонемами (нарушение выполнения этой пробы может быть также вызвано недостаточностью динамического праксиса)	3	Меняет слова местами, не произносит всю серию слов
	Поиск изображений по названию	0	
Предметный гнозис	Выбор картинки по образцу	0	
	Выбор картинки по слову, наименованию	0	
	Узнавание предметных изображений (перечеркнутых, наложенных)	0	
Оптико-пространственный гнозис	Срисовывание фигур в трехмерном изображении	0	
Понимание логико-грамматических конструкций	Понимание обратимых логико-грамматических конструкций	0	
Слухоречевая память	Запоминание двух групп по три слова	3	Перестановка слов в ряду, уменьшение слов в ряду, контаминация рядов

Информация об авторе

Туровская Н.Г., кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет (ГБОУ ВО ВолгГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации); медицинский психолог, Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница (ГБУЗ ВОДКПБ), г. Волгоград, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4914-9175>, e-mail: turovskayanata@mail.ru

Information about the author

Natalya G. Turovskaya, PhD in Psychology, Associate Professor, General and Clinical Psychology Department, Volgograd State Medical University; Medical Psychologist, Volgograd Regional Children's

Туровская Н.Г. Особенности когнитивной и эмоциональной сфер подростка с патологией эпифиза и сопутствующим нарушением речи: анализ единичного случая
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 179–204.

Turovskaya N.G. Features of Cognitive and Emotional Sphere of a Teenager with Epiphysis Pathology and Concomitant Speech Disorder: An Analysis of a Single Case
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 179–204.

Clinical Psychiatric Hospital, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4914-9175>, e-mail: turovskayanata@mail.ru

Получена: 19.11.2021

Received: 19.11.2021

Принята в печать: 14.12.2022

Accepted: 14.12.2022

Опыт использования методики Пибоди в оценке пассивного словарного запаса дошкольников

Картушина Н.А.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГОУ ВПО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4650-5832>, e-mail: natalia.kartushina@psykologi.uio.no*

Ощепкова Е.С.

*Психологический институт РАО (ФГБНУ ПИ РАО), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6199-4649>, e-mail: oshchepkova_es@iling-ran.ru*

Алмазова О.В.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГОУ ВПО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-4076>, e-mail: almaz.arg@gmail.com*

Бухаленкова Д.А.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГОУ ВПО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4523-1051>, e-mail: d.bukhalenkova@inbox.ru*

Цель данного исследования — оценка опыта использования теста Пибоди для определения уровня пассивного словарного запаса у дошкольников. В исследовании приняли участие 619 русскоязычных детей 3–7 лет ($M=67,80$, $SD=13,73$), из них 48,3% мальчиков. В исследовании была использована методика Рисуночный словарный тест Пибоди 4 (Peabody Picture Vocabulary Test-IV, форма А). В статье была проанализирована значимость различий по данному тесту между детьми разных возрастных групп от 3,5 до 7,5 лет с шагом в полгода. Было выявлено, что есть значимые различия в предельных заданиях, количестве ошибок и предварительных оценках у детей разных возрастных групп. Различий по полу выявлено не было. Анализ выполнения детьми серий и отдельных заданий в них показал, что сложность заданий распределена неравномерно. В результате методика в нынешнем ее виде работает не совсем так, как предполагалось ее создателями: московские дошкольники проходят много серий и тратят значительное количество времени на выполнение методики, что обусловлено различиями лексических систем русского и английского языков. В связи с этим в случае невозможности получить разрешение на замену или перестановку заданий авторами статьи предлагается разработка отечественной методики на оценку пассивного словарного запаса дошкольников.

Ключевые слова: дошкольный возраст, речевое развитие, пассивный словарь, оценка развития речи, методы оценки, словарный тест Пибоди.

Картушина Н.А., Ощепкова Е.С., Алмазова О.В.,
Бухаленкова Д.А. Опыт использования методики
Пибоди в оценке пассивного словарного запаса
дошкольников
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 205–232.

Kartushina N.A., Oshchepkova E.S., Almazova O.V.,
Bukhalenkova D.A. The Use of Peabody Tool
in the Assessment of Passive Vocabulary
in Preschoolers
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 205–232.

Финансирование. Исследование выполнено при поддержке Гранта РФФ №20-18-00457.

Для цитаты: Картушина Н.А., Ощепкова Е.С., Алмазова О.В., Бухаленкова Д.А. Опыт использования методики Пибоди в оценке пассивного словарного запаса дошкольников [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 205–232. DOI: 10.17759/cpse.2022110409

The Use of Peabody Tool in the Assessment of Passive Vocabulary in Preschoolers

Natalia A. Kartushina

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4650-5832>, e-mail: natalia.kartushina@psykologi.uio.no*

Ekaterina S. Oshchepkova

*Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6199-4649>, e-mail: oshchepkova_es@iling-ran.ru*

Olga V. Almazova

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-4076>, e-mail: almaz.arg@gmail.com*

Daria A. Bukhalenkova

*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4523-1051>, e-mail: d.bukhalenkova@inbox.ru*

The purpose of this study was to evaluate the experience of using the Peabody Picture Vocabulary tool to assess receptive vocabulary in preschoolers. The study involved 619 Russian-speaking children aged 3–7 years ($M=67.80$, $SD=13.73$), 48.3% of whom were boys. The Peabody Picture Vocabulary test-IV (form A) was used in the study. The article analyzed differences between children of different age groups from 3.5 to 7.5 years with a step of six months. It was found that there were significant differences in the ceiling items, the total number of errors, and the raw scores in children of different age groups. No gender differences were found. An analysis of the children's performance of series and individual tasks showed that the complexity of the tasks was unevenly distributed. As a result, the methodology in its current form does not work quite as it was intended by its creators: Moscow preschoolers go through a lot of series and spend a lot of time on the implementation of the methodology, which is due to differences in the lexical systems

between Russian and English. In this regard, the tool is not optimal for use in its current form; the authors of the article propose to design a local tool for the assessment of the receptive vocabulary in Russian preschoolers.

Keywords: preschool age, speech development, receptive vocabulary, assessment of speech development, assessment methods, Peabody Picture Vocabulary Test.

Funding. The study was financed by the RSCF Grant No. 20-18-00457.

For citation: Kartushina N.A., Oshchepkova E.S., Almazova O.V., Bukhalenkova D.A. The Use of Peabody Tool in the Assessment of Passive Vocabulary in Preschoolers. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 205–232. DOI: 10.17759/cpse.2022110409 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Речь является средством, с помощью которого ребенок овладевает другими высшими психическими функциями [3]. Поэтому для многих исследований в психологии уровень речевого развития ребенка является одним из важнейших факторов, влияющих на другие исследуемые показатели психического развития ребенка: его регуляцию, эмоциональную сферу, когнитивные функции [38]. Однако зачастую психологи не обладают достаточной квалификацией для того, чтобы точно и подробно оценить все аспекты речевого развития ребенка, поэтому требуется инструментарий, который, с одной стороны, мог бы позволить оценить уровень владения языком и отсутствие задержек речевого развития, с другой — был бы максимально доступен и прост как в проведении, так и в обработке. Своевременное выявление дошкольников, чье речевое развитие отклоняется от нормы, позволяет вовремя провести с ними коррекционную работу и избежать в дальнейшем трудностей при вхождении ребенка в школьную жизнь.

Как показывают исследования, объем словарного запаса ребенка является хорошим предиктором других речевых и языковых навыков, а также грамотности [31; 42]. В связи с этим становится особенно актуальным использование словарных тестов, позволяющих максимально быстро и просто оценить уровень речевого развития ребенка. Одним из широко распространенных тестов на оценку пассивного словаря ребенка является Рисуночный словарный тест Пибоди (Peabody Picture Vocabulary Test) [25].

В данной статье описаны результаты опыта использования четвертой версии данного теста (PPVT-4) на выборке русскоязычных детей 3–7 лет, что является перспективной задачей, поскольку открывает возможности для сравнения результатов отечественных исследований с данными других стран, в которых эта методика широко используется как в научных исследованиях особенностей билингвизма [24] и когнитивных способностей у детей [30; 44], так и в практической работе педагогов и психологов [21; 38], клинической практике [32; 39].

Развитие словарного запаса у детей дошкольного возраста

Лексическое развитие ребенка заключается в том, что звуковые комплексы сначала закрепляются за определенными ситуациями или предметами, таким образом формируя значение слов, затем значение слов уточняется, переходя от внешних признаков к понятийному значению [3], после чего словарный запас увеличивается, охватывая все больше тематических групп, функциональных стилей и жанров. Как показала С.Н. Цейтлин [14], в процессе речевого онтогенеза формирование значения слова проходит следующие этапы: 1) ситуативная закрепленность; 2) предметная соотнесенность (денотативное значение); 3) понятийная соотнесенность (сигнификативное значение); 4) формирование многозначности. К старшему дошкольному возрасту большинство детей достигает четвертого этапа. Дальнейшее развитие лексического аспекта заключается в том, что расширяется словарный запас ребенка, он овладевает все более абстрактными и специфичными для определенных сфер словами, начинает употреблять синонимы, различать стилистические варианты слов.

Точное количество слов, которое должен знать ребенок в определенном возрасте, как правило, не уточняется. Это вызвано как гетерохронией речевого развития, так и индивидуальными особенностями детей. В частности, получила широкое распространение концепция Э. Бейтс об «экспрессивных» и «референциальных» детях, по-разному овладевающих лексикой и грамматикой родного языка [7; 17]. Подобный же подход мы видим в концепции аналитической и холистической стратегий овладения языком [1].

Активно обсуждается вопрос о различиях между мальчиками и девочками в овладении словарем. Системный литературный обзор показал противоречивость этих данных [29]. С одной стороны, есть многочисленные свидетельства в пользу того, что девочки начинают говорить раньше и демонстрируют лучшие результаты по языковым тестам [28]; с другой — использование конкретных методик на определение словаря (например, Пибоди) не подтверждает наличия полспецифичных различий [16]. Наконец, есть исследования, демонстрирующие, что мальчики показывают более высокие результаты, чем девочки, причем именно в рисуночных словарных тестах [40]. В целом, для детей от 3 до 7 лет констатируется постепенное увеличение словарного запаса, причем объем пассивного словарного запаса ребенка в несколько раз превосходит объем активного словаря [15].

Методики оценки словарного запаса

Методики оценки словарного запаса — как активного, так и пассивного — как правило, входят в объемные батареи, включающие оценку различных аспектов речи. В России в настоящее время идет активная работа над адаптацией и стандартизацией подобных методик. Среди получивших наибольшую известность можно выделить диагностическую батарею BVL4-12 (Batteria per la Valutazione del Linguaggio in bambini dai 4 ai 12 anni [34]), переведенную и адаптированную с испанского, немецкого и словенского языков [33]. Батарея проходит в настоящее время финальные процедуры стандартизации на русском языке [5]. Также

разрабатываются батареи The Preschool Language Scales, Fifth Edition (PLS-5) [43], инструмент для комплексной оценки речевых навыков «КОРАБЛИК» [4], инструмент для оценки академических функций ребенка в процессе образования «СТАРТ» (Карданова Е.Ю., Юсупова Э.М., Иванова А.Е. и др.) и методика Оценки развития русского языка (ОРРЯ) под авторством М. Бабенышева и др., созданная на основе ряда зарубежных методик: Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF), Test of Language Development (TOLD), Comprehensive Assessment of Spoken Language (CASL) [12].

В зарубежной психологии среди методик, предназначенных для оценки речевого развития детей, в том числе активного и пассивного словаря, и не переведенных на русский язык, широко используются такие инструменты оценки, как: Comprehensive Neuropsychological Screening Instrument for Children (CNSIC), включающий субтесты на импрессивную и экспрессивную речь; Шкала детского развития Бейли (Bailey Scales of Infant Development III); Клиническая шкала оценки основных речевых функций (Clinical Evaluation of Language Fundamentals, CELF), предназначенная для людей от 5 лет до 21 года 11 месяцев (с 2013 года используется пятая версия этой методики) [22]. Однако все перечисленные диагностические тесты являются комплексными методиками, которые можно использовать только целиком, то есть проводить все субтесты, поскольку сопоставить с нормами результат по отдельной субшкале, не имея результатов по другим, не представляется возможным (как, например, в тесте Векслера). Проведение же всей батареи методик занимает много времени, тогда как в рамках мониторинга в детском саду или же в психологическом исследовании часто требуются более простые и быстрые инструменты, в частности, оценивающие только словарный запас ребенка. Представляется, что для клинических исследований это также актуально, поскольку дети с трудностями развития с трудом выдерживают объемные и длительные диагностические процедуры.

Для оценки объема словарного запаса важно различать активный и пассивный словарь. Активный словарный запас состоит из слов, которые ребенок самостоятельно употребляет в речи. Пассивный словарный запас — это слова, значение которых ребенок знает, но не употребляет их самостоятельно. Активный словарный запас, как правило, намного меньше пассивного, особенно в раннем возрасте [8].

Для оценки активного (продуктивного) словарного запаса наиболее распространенными являются либо рисуночные тесты, при выполнении которых ребенок должен назвать, что изображено на картинке, либо методики на свободное воспроизведение слов (ассоциативные ряды — Verbal Fluency Test) [11]. При проведении рисуночных тестов в качестве инструкции ребенку предлагают назвать то, что изображено на картинке. Стимульные материалы для подобных тестов имеются в различных батареях методик, в частности, в тесте Векслера, в нейропсихологическом альбоме А.Р. Лурия и других [11].

Для оценки пассивного (рецептивного) словаря также используются рисуночные методики. В методиках данного типа эксперт-диагност показывает ребенку

одновременно четыре картинки или фотографии и произносит слово, обозначающее то, что изображено на одной из них. Ребенок должен указать именно на ту картинку, которую называет слово. В России имеются методики для оценки словарного запаса детей [6; 13], однако они разработаны и применяются логопедами и учитывают специфику работы именно этих специалистов.

За рубежом распространены такие тесты на оценку словарного запаса, как Тест на активный и пассивный словарь (Comprehensive Receptive and Expressive Vocabulary Test, CREVT), Британская шкала оценки словарного запаса (British Picture Vocabulary Scale, BPVS) Receptive One-Word Picture Vocabulary Test-4 (ROWPVT-4) Н. Мартин и Р. Броунэлла [35], Рисуночный словарный тест Пибоди (Peabody Picture Vocabulary Test, PPVT). Все перечисленные методики созданы по одному принципу, стандартизированы и активно применяются. Тесты ROWPVT-4 и PPVT, кроме того, переведены и адаптированы для испанского языка и активно используются для оценки словарного запаса билингвов.

Рисуночный словарный тест Пибоди [25] является одной из самых популярных рисуночных методик для оценки пассивного словарного запаса ребенка. Он успешно применяется исследователями на протяжении более чем 50 лет [19; 27; 37]. В английской и испанской версиях он был подвергнут процедуре стандартизации, при которой учитывались пол, раса, национальность, регион проживания, уровень образования, социоэкономический статус, состояние здоровья ребенка. Результаты теста высоко надежны и валидны. Конструктивная валидность теста была оценена в исследовании «Comprehensive Assessment of Spoken Language» (CASL) [20].

В настоящее время используется четвертая версия этого теста. Тест возможен для прохождения детьми, достигшими возраста 2 лет и 6 месяцев, при этом верхняя возрастная граница остается открытой. К недостаткам данного теста можно отнести то, что он ограничен только той лексикой, которую легко визуализировать, основными частями речи: существительными, глаголами, прилагательными, причастиями и наречиями. К тому же он ограничен только пассивным словарем, то есть он не отражает ни владение грамматикой, ни умение ребенка строить связные тексты. К преимуществам относится тот факт, что данный тест широко используется в психологических массовых исследованиях [30; 42], что в случае его успешной адаптации позволит российским исследователям сопоставлять результаты своих исследований с зарубежными.

Данный тест экономичен по времени, легко обрабатывается и, как показали исследования, коррелирует с другими тестами на уровень владения языком [18; 42]. В связи с этим адаптация данного теста на русский язык будет полезна не только для научных исследований, но и для практики. В данном исследовании был осуществлен перевод теста на русский язык и проведена диагностика группы дошкольников.

Цель исследования — оценить опыт использования теста Пибоди для определения уровня развития пассивного словарного запаса у дошкольников, а также проверить значимость различий по данному тесту между детьми разных

возрастных групп от 3,5 до 7,5 лет с шагом в полгода с учетом того, что для детей этого возраста и для этого возрастного шага были получены значимые различия по другим языковым методикам [2].

Методы

Выборка. В исследовании приняли участие 619 детей в возрасте от 42 до 90 месяцев ($M=67,80$ лет, $SD=13,73$ лет) — воспитанники младших, средних, старших и подготовительных групп детских садов г. Москвы. Среди них 299 мальчиков и 320 девочек.

Ребенок исключался из исследования, если по данным от воспитателей имел: слуховые или зрительные нарушения, являлся дальтони́ком; психиатрический диагноз, нейропсихологические нарушения, дефицит внимания, гиперактивность, задержку интеллектуального развития; языковые трудности (языковые трудности не включают в себя проблему с артикуляцией, если это не затрудняет коммуникацию с ребенком).

Процедура. Обследование проводилось в индивидуальном порядке, в тихом помещении в детском саду, который посещал ребенок. С каждым ребенком была проведена одна диагностическая встреча продолжительностью 15–25 минут. Ребенок мог в любой момент прекратить тестирование, если устал. Диагностика проводилась в дневное время, родители на встрече не присутствовали. Однако перед началом данного исследования все родители, чьи дети участвовали в исследовании, подписали информированное согласие на участие их ребенка в данном исследовании.

Диагностика проводилась группой специально обученных экспертов-диагностов. Благодаря пройденному ими обучению обеспечивалась эквивалентность процедуры тестирования и оценки результатов. На проведение исследования было получено согласие от Этического комитета факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова (No: 2020/61).

Методика. *Рисуночный словарный тест Пибоди 4 (Peabody Picture Vocabulary Test-IV), форма А* [25], представляет собой 228 наборов из четырех картинок, расположенных на одном листе, которые сгруппированы в 19 серий по 12 наборов слов в серии. Правило заполнения серии предполагает выполнения всех 12 заданий по очереди, начиная с самого первого задания данной серии.

На первом этапе предъявляются тренировочные задания. Если ребенок справляется с ними, то ему предъявляется *Стартовая серия*, которая определяется в зависимости от возраста тестируемого (например, для возраста 4 года — это вторая серия, 5 лет — четвертая и т.д.). Если ребенок делает более одной ошибки в стартовой серии, то необходимо определить его *Начальную серию*, то есть ту, в которой он будет делать одну или ноль ошибок. Если правило не выполняется (ребенок делает больше одной ошибки), необходимо возвращаться к более ранним сериям до тех пор, пока либо будет выполнено данное правило (не больше одной ошибки), либо выполнена серия заданий № 1.

Затем проводится тестирование по следующим после *Стартовой серии* заданиям, пока не будет достигнута *Предельная серия*, в которой ребенок сделает 8 и более ошибок. В этом случае тестирование прекращается после того, как названы все слова в *Предельной серии*.

Ребенку показывается страница с четырьмя изображениями, и называется целевое слово. При этом дается инструкция, например: «Покажи пальчиком, где мяч / где кто-то смеется / где кто-то грустный».

В результате подсчитываются три основных показателя: 1) предельное задание (номер последнего слова в Предельной серии), 2) сумма ошибок и 3) предварительная оценка. Предварительная оценка высчитывается как разница между предельным заданием и суммой ошибок. Данный показатель представляет собой итоговый балл без учета стандартизации (в случае наличия норм данная предварительная оценка была бы переведена в процентилях).

Перевод методики с английского на русский язык был осуществлен двумя лингвистами: были переведены все слова и подобраны соответствующие по уровню частотности синонимы, тогда как стимульные материалы (картинки) остались без изменений.

От правообладателя нами было получено разрешение на перевод и ограниченное использование методики в научных целях, однако было запрещено менять стимульные материалы (их порядок и содержание). В связи с этим при переводе мы столкнулись с рядом проблем и ограничений: 1) несовпадение категории рода прилагательных и причастий в русском и английском языках, в связи с чем причастия типа *horrified* приходилось переводить глаголом «ужасается», поскольку на картинках были изображены две женщины и два мужчины, а использование пассивного причастия упростило бы задачу; 2) лакунарные целевые слова, например, если на листе изображены люди, один из которых плавает в лодке по поверхности (*float*), а другой плавает самостоятельно в воде (*swim*). При этом целевое слово — *float* (плыть). Или слово *refueling*, обозначающее «заправляющий машину бензином». В таких случаях из данного набора картинок выбиралась другая, и подбиралось слово в соответствии со словарем частотности О.Н. Ляшевской и С.А. Шарова [9] там, где это было возможно. Мы отдаем себе отчет в том, что такой способ перевода накладывает ограничения на валидность стимульного материала.

Результаты

Опыт массовой диагностики речевого развития дошкольников [2] показал, что наглядно и эффективно результаты отражаются при делении детей на группы по возрасту с интервалом в полгода (см. Приложение 1).

При помощи критерия Колмогорова–Смирнова была проверена нормальность распределения предельного значения, количества ошибок и предварительных оценок для мальчиков и девочек. Для каждой группы и каждой оценки распределение нормально ($p > 0,05$). Критерий Ливеня был использован для

проверки равенства дисперсий для каждой оценки для мальчиков и девочек. Для каждого параметра (предельное значение, предварительная оценка и количество ошибок) было подтверждено равенство дисперсий ($p > 0,05$).

Результаты однофакторного дисперсионного анализа ANOVA не показали значимых различий в предельных заданиях ($F=1,42$; $p=0,234$), количестве ошибок ($F=3,36$; $p=0,056$) и предварительных оценках ($F=0,68$; $p=0,410$) у мальчиков и девочек.

В таблице 1 приведены средние и стандартные отклонения предельных заданий, суммы ошибок и предварительных оценок у мальчиков и девочек из разных возрастных групп.

Таблица 1

**Средние и стандартные отклонения шкал методики Пибоди
у детей разных возрастных групп**

Возрастная группа	Предельное задание		Сумма ошибок		Предварительная оценка		Количество детей
	М	SD	М	SD	М	SD	
3 г. 6 мес. – 3 г. 11 мес.	77,39	18,83	24,59	7,41	52,80	13,48	49
4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.	95,03	23,90	28,35	8,97	66,68	16,78	74
4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.	104,05	23,98	29,41	9,31	74,65	17,48	79
5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.	128,54	28,89	31,68	9,82	96,86	21,80	59
5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.	144,40	30,97	35,80	12,73	108,60	20,42	90
6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.	153,53	29,07	38,74	11,46	114,79	19,99	68
6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.	161,68	31,94	38,84	12,13	122,84	21,76	114
7 л. 0 мес. – 7 л. 5 мес.	167,58	28,78	39,53	11,48	128,05	19,96	86

На рисунках 1–3 приведены диаграммы размаха предельных значений, суммы ошибок и предварительных оценок дошкольников разных возрастных групп. С возрастом наблюдается прирост по всем трем рассматриваемым параметрам. Статистические «выбросы» чаще всего встречаются в младшей возрастной группе «(3(6)-3(11)», то есть у детей от 3 лет 6 месяцев до 3 лет 11 месяцев.

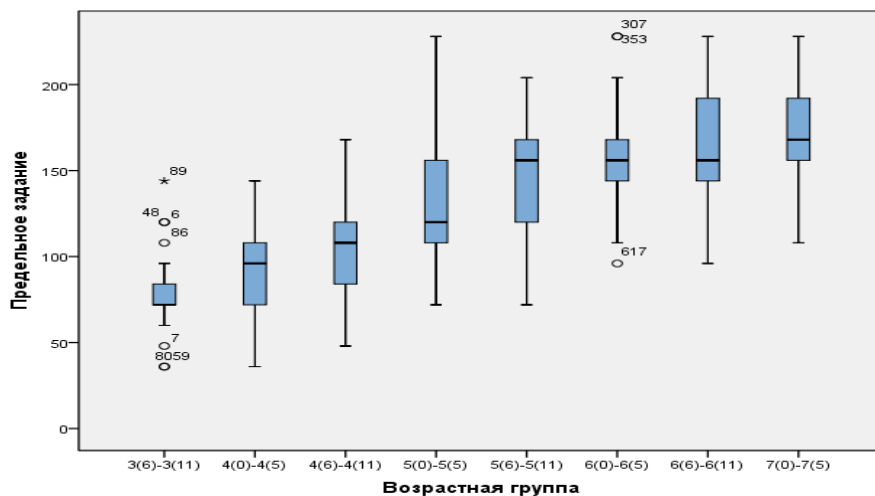


Рис. 1. Диаграммы размаха предельных значений дошкольников из разных возрастных групп

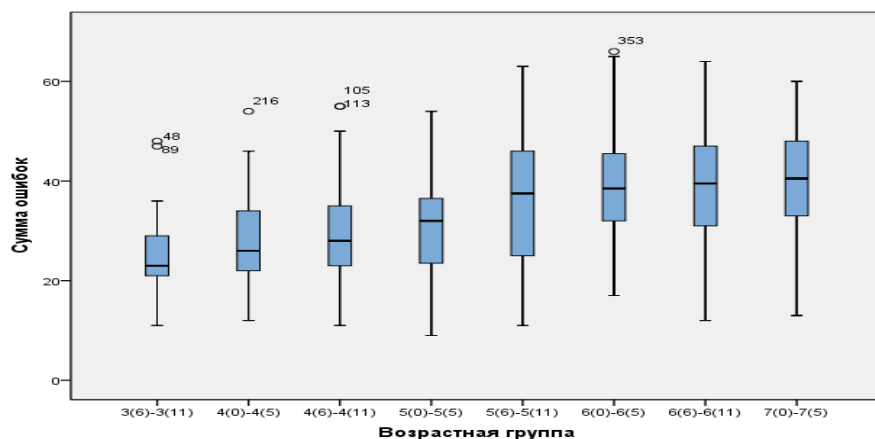


Рис. 2. Диаграммы размаха суммарного числа ошибок дошкольников из разных возрастных групп

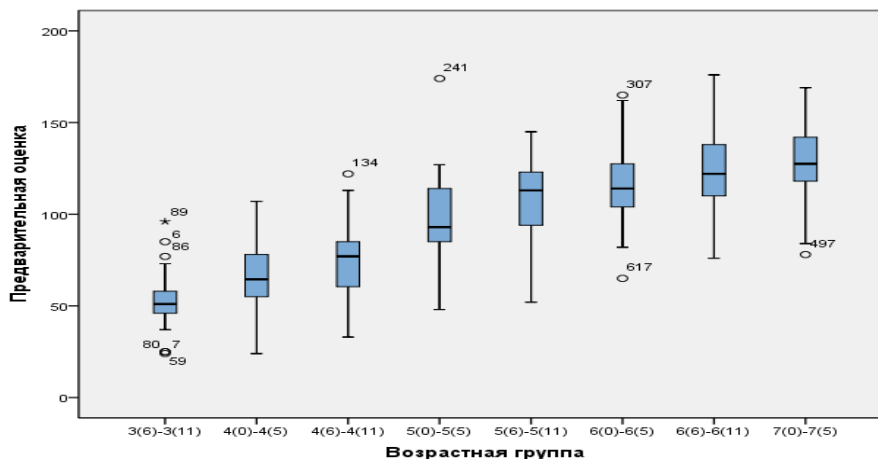


Рис. 3. Диаграммы размаха предварительных оценок для дошкольников из разных возрастных групп

Убрав статистические «выбросы» в каждой возрастной группе, при помощи критерия Колмогорова–Смирнова была проверена нормальность распределений предельного значения, количества ошибок и предварительных оценок в каждой возрастной группе. Для каждой группы и каждой оценки данные были распределены нормально ($p > 0,05$). Для каждого параметра (предельное значение, предварительная оценка и количество ошибок) посредством критерия Ливеня было подтверждено равенство дисперсий ($p > 0,05$).

При помощи однофакторного дисперсионного анализа ANOVA было выявлено, что есть значимые различия в предельных заданиях ($F=102,30$; $p < 0,001$), количестве ошибок ($F=19,16$; $p < 0,001$) и предварительных оценках ($F=147,60$; $p < 0,001$) у детей разных возрастных групп. Результаты использования критерия Шеффе (установление, между какими конкретно возрастными группами есть значимые различия в оценках) представлены в таблицах 2–4.

Таблица 2

Различия в Предельных заданиях у детей из разных возрастных групп

Возрастные группы		4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.		4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.		5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.		5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.		6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.		6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.		7 л. 0 мес. – 7 л. 5 мес.	
		MD	p	MD	p	MD	p	MD	p	MD	p	MD	p	MD	p
3 г. 6 мес. – 3 г. 11 мес.	MD			-26,66		-51,16		-67,01		-76,14		-84,30		-90,19	
	p			<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.	MD					-33,52		-49,37		-58,50		-66,66		-72,55	
	p					<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.	MD					-24,49		-40,35		-49,48		-57,63		-63,53	
	p					0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.	MD									-24,99		-33,14		-39,04	
	p									0,001		<0,001		<0,001	
5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.	MD											-17,28		-23,18	
	p											0,008		<0,001	
6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.	MD														
	p														
6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.	MD														
	p														

Примечания: MD — значение критерия Шеффе, p — уровень значимости различий.

Таблица 3

Различия в сумме ошибок у детей из разных возрастных групп

Возрастные группы		4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.		4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.		5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.		5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.		6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.		6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.		7 л. 0 мес. – 7 л. 5 мес.	
3 г. 6 мес. – 3 г. 11 мес.	MD р							-11,21 <0,001	-14,14 <0,001	-14,25 <0,001	-14,92 <0,001				
4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.	MD р							-7,45 0,008	-10,38 <0,001	-10,49 <0,001	11,18 <0,001				
4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.	MD р							-6,40 0,043	-9,33 <0,001	-9,44 <0,001	-10,13 <0,001				
5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.	MD р											-7,16 0,019	-7,86 0,011		
5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.	MD р														
6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.	MD р														
6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.	MD р														

Примечания: MD — значение критерия Шеффе, р — уровень значимости различий.

Проведенный анализ по параметру Предельное задание позволил установить, что:

а) для четырех возрастных групп: 3 года 6 мес. – 3 года 11 мес., 4 года 6 мес. – 4 года 11 мес., 5 лет 0 мес. – 5 лет 5 мес. и 7 лет 0 мес. – 7 лет 5 мес. — предельные значения различаются со всеми группами, кроме одной: для первой и третьей группы из указанных не различается со следующим возрастом, а для второй — с предыдущим;

б) для трех возрастных групп: 4 года 0 мес. – 4 года 5 мес., 5 лет 6 мес. – 5 лет 11 мес. и 7 лет 0 мес. – 7 лет 5 мес. — предельные значения не различаются с двумя возрастными группами: для первой и второй из указанных — с предыдущей и последующей группами, для третьей — с двумя предыдущими;

в) для возрастной группы 6 лет 0 мес. – 6 лет 5 мес. предельные значения не различаются с тремя возрастными группами: одной предыдущей и двумя последующими.

Проведенный анализ по Сумме ошибок выявил, что:

а) суммы ошибок во всех возрастных группах до 5 лет, не различаясь между этими группами, значимо меньше, чем суммы ошибок во всех более старших группах, что обусловлено бóльшим числом заданий, которые выполняют более взрослые дети;

б) суммы ошибок в группе 5 лет 0 мес. – 5 лет 5 мес. лет значимо различаются только с группами 6 лет 6 мес. – 6 лет 11 мес. и 7 лет 0 мес. – 7 лет 5 мес. (дети также делают меньше ошибок);

в) суммы ошибок в группах от 5 лет 6 мес. лет и старше значимо не различаются;

Таблица 4

Различия в Предварительных оценка у детей из разных возрастных групп

Возрастные группы		4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.		4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.		5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.		5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.		6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.		6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.		7 л. 0 мес. – 7 л. 5 мес.	
		MD	p	MD	p	MD	p	MD	p	MD	p	MD	p	MD	p
3 г. 6 мес. – 3 г. 11 мес.	MD p	-13,88 <0,001	-21,85 <0,001	-44,07 <0,001	-55,80 <0,001	-62,00 <0,001	-70,05 <0,001	-75,25 <0,001							
4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.	MD p			-30,19 <0,001	-41,92 <0,001	-48,12 <0,001	-56,17 <0,001	-61,37 <0,001							
4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.	MD p			-22,22 <0,001	-33,95 <0,001	-40,15 <0,001	-48,20 <0,001	-53,40 <0,001							
5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.	MD p								-17,93 <0,001	-25,98 <0,001	-31,18 <0,001				
5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.	MD p									-14,24 <0,001	-19,45 <0,001				
6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.	MD p													-13,25 0,015	
6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.	MD p														

Примечания: MD — значение критерия Шеффе, p — уровень значимости различий.

Таким образом, 5 лет 0 мес. – 5 лет 6 мес. — рубеж, который делит все выделенные возрастные группы на две плеяды — до и после: внутри каждой плеяды суммы ошибок в разных возрастных группах попарно не различаются, а между плеядами — все попарно значимо различаются.

Проведенный анализ для Предварительной оценки показал, что:

а) оценки в группе 3 года 6 мес. – 3 года 11 мес. значимо ниже, чем во всех остальных возрастных группах;

б) для четырех возрастных групп: 4 года 0 мес. – 4 года 5 мес., 4 года 6 мес. – 4 года 11 мес., 5 лет 0 мес. – 5 лет 5 мес. и 7 лет 0 мес. – 7 лет 5 мес. — предварительные оценки различаются со всеми группами, кроме одной: для первой и третьей групп из указанных не различается со следующим возрастом, а для второй и четвертой — с предыдущим;

в) для трех возрастных групп: 5 лет 6 мес. – 5 лет 11 мес., 6 лет 0 мес. – 6 лет 5 мес. и 6 лет 6 мес. – 6 лет 11 мес. — предварительные оценки не различаются с двумя возрастными группами — с предыдущей и последующей группами.

При помощи двухфакторного дисперсионного анализа, было проверено влияние взаимодействия двух факторов — пола и возрастной группы — на рассматриваемые параметры. Установлено, что нет влияния этого взаимодействия ни на предельные задания ($F=0,17$; $p=0,991$), ни на количество ошибок ($F=0,59$; $p=0,768$), ни на предварительные оценки ($F=0,15$; $p=0,993$).

Для более полной оценки опыта использования методики Пибоди и выявления ее достоинств, возможностей и трудностей был рассчитан процент детей, выполнивших каждое задание правильно (см. Приложение 2). Проведенная процедура направлена на то, чтобы оценить: а) насколько равномерно распределяется процент выполнивших задания внутри каждой серии; б) различия в процентах выполнения заданий между сериями. В таблицах 1–3 Приложения 2 приведены результаты данного подсчета для детей 4 лет 0 мес. – 4 лет 11 мес. (см. табл. 1), 5 лет 0 мес. – 5 лет 11 мес. (см. табл. 2) и 6 лет 0 мес. – 6 лет 11 мес. (см. табл. 3). Подсчет осуществлялся в группах по годам, так как Стартовая серия определялась целым числом лет. Исходя из проведенного анализа, отметим, что в каждом возрасте дети проходят по 5–6 серий практически все (для четырехлеток — это 2–6 серии, для пятилеток — 4–9 серии, для шестилеток — 5–9 серии), после чего более трети в каждой возрастной группе проходят еще 5–6 серий, что означает, что тестирование для большинства детей занимает достаточно много времени. Важно обратить внимание на то, что в достаточно отдаленной от стартовой для возраста серии встречаются задания, с которыми справляется подавляющее большинство дошкольников (например, для пятилеток в 11 серии задания №№ 2 (97%), 6 (88%), 8 (93%), 9 (93%), 12 (79%)), что позволяет детям переходить к следующей серии. Одновременно с этим в сериях, которые близки к стартовой по возрасту, попадаются задания, процент выполнения которых очень низок: например, для пятилеток задание № 12 в шестой серии (3%) и задание № 12 в седьмой серии (9%).

Обсуждение результатов

Данное исследование было направлено на оценку опыта использования теста Пибоди на дошкольниках. По результатам проведенного тестирования мы видим,

что в целом результаты Пибоди отражают закономерность по расширению словарного запаса детей с возрастом.

Интересно, что в отличие от проведенного ранее исследования [2] мы не увидели половых различий в выполнении данной методики. Как мы уже упоминали в теоретическом обзоре, данные по языковым различиям между мальчиками и девочками являются весьма спорными, и именно при использовании рисуночных словарных тестов различия либо не выявляются [16], либо выявляются в пользу мальчиков [39]. Возможно, это связано с другими факторами (большая склонность мальчиков выбирать картинку наугад, особенности зрительной переработки информации и т.п.), однако на настоящий момент у нас нет данных, позволяющих установить эти факторы.

Анализ выполнения детьми серий и отдельных заданий в них показал, что методика в нынешнем ее виде работает не совсем так, как предполагалось ее создателями: московские дошкольники проходят много серий и тратят очень много времени на выполнение методики (в среднем 20 минут, тогда как методика предполагается как быстрый тест, который дети выполняют за 5–7 минут). Это происходит из-за того, что простые для детей задания встречаются даже в не соответствующих их возрасту сериях, что позволяет им проходить следующие серии.

Подобная ситуация возникла из-за трудностей перевода английских слов на русский язык при невозможности поменять наборы картинок. Например, в англоязычной версии теста больше прилагательных, чем в русской. Это обусловлено тем, что на картинках, как правило, изображены два лица женского пола и два — мужского. В английском языке прилагательные не изменяются по родам, а в русскоязычной версии род прилагательного должен быть использован обязательно, следовательно, при дословном переводе ребенок выбирал бы не из четырех, а из двух вариантов, поэтому нам приходилось заменять прилагательные на соответствующие существительные или глаголы. Кроме того, в английском языке латинские и французские заимствования составляют огромную часть словарного состава языка [26], однако используются в основном в книжном, академическом языке. При этом для одного и того же предмета будут слова как из разговорного языка, так и академического, а корень слова будет различаться. Поэтому, например, ребенок знает слово *cat*, но не знает слова *feline* — кошачий. Для русского же языка такого противопоставления нет, в связи с чем мы выбирали другую картинку в наборе и использовали слово *вьючное* (ребенок должен был показать на верблюда). Или для слова *напиток* в английском, кроме распространенного *drink*, в тесте используется редкое слово *beverage*. Такого различия нет в русском языке, поэтому приходится использовать более частотное слово «питье».

В связи с этим встает важный вопрос о том, что более продуктивно: использовать методики, хорошо зарекомендовавшие себя на одном языке, при этом сделав их перевод, адаптацию и стандартизацию на другом, или разрабатывать методику на том языке, для которого она предназначена. Основным плюсом перевода и адаптации методики с одного языка на другой является возможность

межъязыковых сопоставлений, а также использование уже хорошо зарекомендовавшего себя инструмента. Мы видим успешные случаи перевода и адаптации: например, перевод и адаптация Европейской батареи устной речи (European Oral Language Battery, ELOLA) для французского [23] и итальянского [34] языков; перевод и адаптация теста Пибоди с английского на испанский (со стандартизацией на испанском языке как для самой Испании, так и латиноамериканских стран) [36].

Однако при переводе возникает и большое число трудностей: лакунарные стимулы, несхожие грамматические, фонетические и прочие трудности, характерные для методики на родном языке, частотность слов в разных языках, наличие более редких синонимов для конкретного предмета. Поскольку в различных батареях тестов считается правильным создавать методики, в которых среди стандартных четырех картинок будут семантический и фонетический дистракторы, т.е. предмет, который похож на целевое слово («мяч – арбуз»), и предмет, который звучит похожим образом («врач – грач»), исследователям приходится не просто переводить стимулы, но и создавать новые картинки, которые бы имели подобные дистракторы. Кроме того, применяя стандартизированные вербальные тесты (как для активного, так и для пассивного словаря) для оценки речевого развития ребенка, нужно принимать во внимание, что с их использованием для быстрой оценки речевого развития имеются следующие проблемы.

1. Нормы развития довольно подвижны у разных детей, что отражает гетерогенность языкового развития ребенка. Так, еще в работах Э. Бейтс появляются понятия «референциальных» и «экспрессивных» детей, которые по-разному овладевают и лексикой, и грамматикой [7; 17]. А значит, нормы, собранные на одних, не подходят для детей из другой группы.

2. Активная лексика, наиболее часто употребляемая детьми, быстро меняется и отражает их языковой опыт: социокультурную ситуацию в семье и обществе, мультфильмы, которые смотрят дети, игры, в которые они играют. То есть частотность слов меняется довольно быстро, а именно она лежит в основе разработки норм для словарных тестов.

3. Устаревание каких-то ситуаций, действий, предметов — тоже является проблемой. Не случайно в исследовании применения батареи различных методик на оценку речи дошкольников [2] именно методика «Называние действий», проводимая по альбому А.Р. Лурия, который разрабатывался в 1947–1962 годах [10], никак не коррелировала с остальными методиками: дети просто не видели в своей повседневной жизни тех действий, которые изображались на картинках, и не могли их назвать.

4. Для разных выборок детей в зависимости от региона проживания и социокультурной ситуации развития нормы могут быть разными [41], особенно это актуально для моно- и билингвальных регионов.

Важно отметить **ограничения** нашего исследования. Во-первых, данное исследование не является адаптацией методики — это был опыт перевода

и применения подобного переводного теста. В связи с чем мы использовали этот инструмент только на детях с нормотипичным развитием и монолингвах. Во-вторых, в данном исследовании не были полноценно проконтролированы многие значимые факторы, тесно связанные с речевым развитием и отбором испытуемых, такие как уровень интеллектуального развития или саморегуляции дошкольников.

В *перспективе* мы видим два пути. Первый путь — полноценное сотрудничество с авторами методики, как, например, происходит в случае с авторами методики BVL и их коллегами в России [34], при котором возможно менять стимульный материал, оставаясь при этом в рамках методик, задуманных авторами. Полученные в проведенном исследовании данные о дискриминативности отдельных заданий могут стать хорошей основой для проведения дальнейшей работы по апробации методики (в случае получения такого разрешения), для которой потребуется перестановка заданий в соответствии с их реальным уровнем сложности для русскоязычных дошкольников. Возможен второй путь — разработка собственного теста экспресс-диагностики словарного запаса детей с учетом частотности слов и реалий нашей лингвокультуры.

Заключение

Оценка речевого развития ребенка — это важный показатель его общего психического и интеллектуального развития, который требуется в самых разных психологических и психолингвистических исследованиях. Поскольку данная оценка часто проводится на когортах детей людьми, не являющимися специалистами именно в области детской речи, ученым и практикам требуется методика, которая позволяла бы производить оценку речевого развития ребенка быстро и эффективно. Этим критериям соответствуют рисуночные тесты на словарный запас, среди которых различают тесты на активный и пассивный словари. Наиболее простыми и удобными не только в проведении, но и в обработке являются тесты на пассивный словарь, где ребенок просто указывает на нужную картинку, слыша соответствующее слово. Однако до сих пор в России отсутствует широко распространенная методика данного типа, в то время как в других странах они активно используются.

Для решения этой проблемы мы перевели на русский язык методику Рисуночный словарный тест Пибоди (четвертую версию, форма А) и попробовали оценить с помощью нее уровень развития речи детей от 3,5 до 7,5 лет. Результаты показали, что ее использование сопряжено с рядом трудностей: тест проводится в среднем намного дольше, чем предполагается авторами, поскольку дети московских дошкольных учреждений проходили значительно больше серий с заданиями, чем ожидалось от их возрастной группы. Эти недостатки, с нашей точки зрения, обусловлены различиями лексических систем русского и английского языков и могут быть исправлены только созданием оригинальной отечественной методики подобного типа, которая бы учитывала как повседневный опыт детей нашей страны, так и лингвистические особенности русской лексики (стилистические синонимы, заимствования, частотность употребления слов).

Литература

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистика нормы // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: Сб. докладов / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.: МГУ, РПО, 1998. С. 289–298.
2. Веракса А.Н., Алмазова О.В., Ощепкова Е.С. и др. Диагностика развития речи в старшем дошкольном возрасте: батарея нейропсихологических методик и нормы // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 3. С. 256–282. DOI: 10.17759/cpse.2021100313
3. Выготский Л. Мышление и речь. М.: Лабиринт, 1996. 414 с.
4. Гомозова М.А., Арутюнян В.Г., Лопухина А.А. и др. Инструмент для комплексного обследования речевых навыков КОРАБЛИК и опыт его применения в группе младших школьников с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 4. С. 24–31. DOI: 10.17759/autdd.2021190403
5. Горобец Е.А., Руль Н., Горобец В.И. и др. Исследование восприятия речи у детей с помощью нейролингвистической батареи тестов BVL_RU // И.А. Бодуэн де Куртенэ и мировая лингвистика: междунар. конф.: VIII Бодуэновские чтения (Казан. федер. ун-т, 17–20 нояб. 2021 г.): тр. и матер.: в 2 т. / под общ. ред. Р.Р. Замалетдинова, Е.А. Горобец, Э.А. Исламовой. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2021. Т.1. С. 82–87.
6. Грибова О.Е., Бессонова Т.П. Дидактический материал по обследованию речи детей: словарный запас. М.: АРКТИ, 2019. 32 с.
7. Доброва Г.Р. Вариативность речевого развития детей. М.: Языки славянской культуры, 2018. 264 с.
8. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006. 380 с.
9. Ляшевская О.Н., Шаров С.А. Частотный словарь современного русского языка (на материалах Национального корпуса русского языка). М.: Азбуковник, 2009. 1087 с.
10. Нейропсихологическая диагностика / Под ред. Е.Д. Хомской. Ч. 1: Схема нейропсихологического исследования высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. М.: Ин-т общегуманитар. исслед.: Моск. психол.-соц. ин-т, 2007. 57 с.
11. Ощепкова Е.С. Оценка развития речи у детей: обзор зарубежных методик // Вопросы психолингвистики. 2020. № 2 (44). С. 110–123. DOI: 10.30982/2077-5911-2020-44-2-110-123
12. Прихода Н.А. Оценка развития русского языка как стандартизованная методика диагностики коммуникативной функции у детей от 3 до 9 лет // Психологическая наука и образование. 2016. Том 21. № 3. С. 25–33. DOI: 10.17759/pse.2016210304
13. Смирнова И.А. Логопедический альбом для обследования лексико-грамматического строя и связной речи. СПб.: Детство-Пресс, 2018. 48 с.

*Картушина Н.А., Ощепкова Е.С., Алмазова О.В.,
Бухаленкова Д.А.* Опыт использования методики
Пибоди в оценке пассивного словарного запаса
дошкольников
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 205–232.

*Kartushina N.A., Oshchepkova E.S., Almazova O.V.,
Bukhalenkova D.A.* The Use of Peabody Tool
in the Assessment of Passive Vocabulary
in Preschoolers
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 205–232.

14. *Цейтлин С.Н.* Язык и ребенок: Лингвистика детской речи: Учеб. пособие для студентов вузов. М.: ВЛАДОС, 2000. 238 с.

15. *Ушакова О.С.* Развитие речи дошкольников. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. 238 с.

16. *Ali F., Costello J.* Modification of the Peabody Picture Vocabulary Test // *Developmental Psychology*. 1971. Vol. 5 (1). P. 86–91. DOI: 10.1037/h0031077

17. *Bates E., Dale P.S., Thal D.* Individual differences and their implications for theories of language development // *The Handbook of Child Language* / P. Fletcher, B. MacWhinney (eds.). Blackwell Publishing, 1996. P. 95–151. DOI: 10.1111/b.9780631203124.1996.00005.x

18. *Campbell J.* Book review: Peabody picture vocabulary test // *Journal of Psychoeducational Assessment*. 1998. Vol. 16. № 4. P. 334–338. DOI: 10.1177/073428299801600405

19. *Caron D. B.* The effect of utilizing American Sign Language as part of a supplementary vocabulary instruction program with hearing kindergarten children. PhD (Psychology) Dissertation. University of Florida, 2005. 166 p.

20. *Carrow-Woolfolk E.* CASL: Comprehensive assessment of spoken language. Circle Pines, MN: American Guidance Services, 1999.

21. *Chen H., Park H. W., Breazeal C.* Teaching and learning with children: Impact of reciprocal peer learning with a social robot on children's learning and emotive engagement // *Computers & Education*. 2020. Vol. 150. Article 103836. DOI: 10.1016/j.compedu.2020.103836

22. *Coret M.C., McCrimmon A.W.* Test review: Wiig E.H., Semel E., Secord W.A. (2013). Clinical evaluation of language fundamentals–fifth edition (CELF-5) // *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2015. Vol. 33 (5). P. 495–500. DOI: 10.1177/0734282914557616

23. *De Agostini M., Metz-Lutz M.N., Van Hout A. et al.* Oral language evaluation battery of aphasic children: A French standardization // *Revue de Neuropsychologie*. 1998. Vol. 8. № 3. P. 319–367.

24. *Demirci C., Güven A.* Language proficiency of a bilingual child: A case study // *European Journal of English Language Teaching*. 2020. Vol. 6. № 1. P. 115–128. DOI: 10.46827/ejel.v6i1.3373

25. *Dunn L.M., Dunn D.M.* PPVT-4: Peabody picture vocabulary test. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, 2007. 100 p. DOI: 10.1037/t15144-000

26. *Durkin P.* Borrowed words: A history of loanwords in English. Oxford University Press, 2014. 491 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199574995.001.0001

27. *Early D., Bryant D.M., Pianta R.C. et al.* Are teachers' education, major, and credentials related to classroom quality and children's academic gains in pre-kindergarten?

// Early Childhood Research Quarterly. 2006. Vol. 21. № 2. P. 174–195. DOI: 10.1016/j.ecresq.2006.04.004

28. *Eriksson M., Marschik P.B., Almgren M.* Differences between girls and boys in emerging language skills: Evidence from 10 language communities // *British Journal of Developmental Psychology*. 2012. Vol. 30. Pt. 2. P. 326–343. DOI: 10.1111/j.2044-835X.2011.02042.x

29. *Etchell A., Adhikari A., Weinberg L.S. et al.* A systematic literature review of sex differences in childhood language and brain development // *Neuropsychologia*. 2018. Vol. 114. P. 19–31. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2018.04.011

30. *Hodapp A.F., Gerken K.C.* Correlations between Scores for Peabody Picture Vocabulary Test—III and the Wechsler Intelligence Scale for Children—III // *Psychological Reports*. 1999. Vol. 84. № 3. P. 1139–1142. DOI:10.2466/pr0.1999.84.3c.1139

31. *Hoff E., Quinn J.M., Giguere D.* What explains the correlation between growth in vocabulary and grammar? New evidence from latent change score analyses of simultaneous bilingual development // *Developmental Science*. 2018. Vol. 21. № 2. E12536. DOI: 10.1111/desc.12536

32. *Leaf J. B., Cihon J.H., Leaf R. et al.* Concerns about ABA-based intervention: An evaluation and recommendations // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022. Vol. 52. № 6. P. 2838–2853. DOI: 10.1007/s10803-021-05137-y

33. *Marini A., Eliseeva N., Gorobets E.A. et al.* An introduction to the Russian adaptation of the battery for the assessment of language in children (BVL_RU) // 4th International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences and Arts SGEM. 2017. Vol. 2. P. 541–548. DOI: 10.5593/sgemsocial2017/32/S14.069

34. *Marini A., Marotta L., Bulgheroni S. et al.* Batteria per la valutazione del linguaggio in bambini dai 4 ai 12 anni. Firenze, Italy: Giunti O.S., 2015.

35. *Martin N.A., Brownell R.* Receptive One-Word Picture Vocabulary Test-4 (ROWPVT-4). Austin: PRO ED. KIT, 2011.

36. *Olabarrieta-Landa L., Rivera D., Lara L. et al.* Verbal fluency tests: Normative data for Spanish-speaking pediatric population // *NeuroRehabilitation*. 2017. Vol. 41. № 3. P. 673–686. DOI: 10.3233/NRE-172240

37. *Pae H.K., Greenberg D., Morris R.D.* Construct validity and measurement invariance of the Peabody Picture Vocabulary Test—III Form A in the Performance of Struggling Adult Readers: Rasch Modeling // *Language Assessment Quarterly*. 2012. Vol. 9. № 2. P. 152–171. DOI: 10.1080/15434303.2011.613504

38. *Puimège E., Peters E.* Learners' English vocabulary knowledge prior to formal instruction: The role of learner-related and word-related variables // *Language Learning*. 2019. Vol. 69. № 4. P. 943–977. DOI: 10.1111/lang.12364

39. *Siugzdaite R., Bathelt J., Holmes J. et al.* Transdiagnostic brain mapping in developmental disorders // *Current Biology*. 2020. Vol. 30. № 7. P. 1245–1257. DOI: 10.1016/j.cub.2020.01.078

40. *Smith T.C., Edmonds J.E., Smith B.* The role of sex differences in the referral process as measured by the Peabody Picture Vocabulary Test-Revised and the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised // *Psychology in the Schools*. 1989. Vol. 26. № 4. P. 354–358. DOI: 10.1002/1520-6807(198910)26:4<354::AID-PITS2310260405>3.0.CO;2-A
41. *Stockman I.J.* The new Peabody Picture Vocabulary Test—III: An illusion of unbiased assessment? // *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2000. Vol. 31. № 4. P. 340–353. DOI: 10.1044/0161-1461.3104.340
42. *Suggate S., Schaughency E., McAnally H.M. et al.* From infancy to adolescence: The longitudinal links between vocabulary, early literacy skills, oral narrative, and reading comprehension // *Cognitive Development*. 2018. Vol. 47. P. 82–95. DOI: 10.1016/j.cogdev.2018.04.005
43. *Talantseva O.I., An I.O., Zhukova M.A. et al.* Psychometric properties of the Preschool Language Scales, Fifth Edition (PLS-5) in Russian-speaking children // *Clinical Psychology and Special Education*. 2022. Vol. 11. № 2. P. 174–195. DOI: 10.17759/cpse.2022110211
44. *Walker S.P., Chang S.M., Wright A.S. et al.* Cognitive, psychosocial, and behaviour gains at age 31 years from the Jamaica early childhood stimulation trial // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022. Vol. 63. № 6. P. 626–635. DOI: 10.1111/jcpp.13499

References

1. Akhutina T.V. *Neirolingvistika normy* [Neurolinguistics of norms]. In E.D. Chomskaya, T.V. Akhutina (eds.), *I Mezhdunarodnaya konferentsiya pamyati A.R. Luriya: Sb. dokladov = I International conference in memory of A.R. Luria: Collection of report*. Moscow: MSU, RPS, 1998, pp. 289–298. (In Russ.).
2. Veraksa A.N., Almazova O.V., Oshchepkova E.S. et al. Diagnostika razvitiya rechi v starshem doskol'nom vozraste: batareya neiropsikhologicheskikh metodik i normy [Assessment of speech development in senior preschool age: The battery of neuropsychological tests and norms]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2021, vol. 10, no. 3, pp. 256–282. DOI: 10.17759/cpse.2021100313. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Vygotsky L. *Myshlenie i rech'* [Thinking and speech]. Moscow: Labirint, 1996. 414 p. (In Russ.).
4. Gomozova M.A., Arutiunian V.G., Lopukhina A.A. et al. Instrument dlya kompleksnogo obsledovaniya rechevykh navykov KORABLIK i opyt ego primeneniya v gruppe mladshikh shkol'nikov s RAS [Russian Child Language Assessment Battery (RuCLAB) and its Application in Primary School Children with ASD]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021, vol. 19, no. 4, pp. 24–31. DOI: 10.17759/autdd.2021190403. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Gorobets E.A., Rul' N., Gorobets V.I. et al. 5. Issledovanie vospriyatiya rechi u detei s pomoshch'yu neirolingvisticheskoi batarei testov BVL_RU [Study of speech perception in

Картушина Н.А., Ощепкова Е.С., Алмазова О.В.,
Бухаленкова Д.А. Опыт использования методики
Пибоди в оценке пассивного словарного запаса
дошкольников
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 205–232.

Kartushina N.A., Oshchepkova E.S., Almazova O.V.,
Bukhalenkova D.A. The Use of Peabody Tool
in the Assessment of Passive Vocabulary
in Preschoolers
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 205–232.

children using the neurolinguistic battery of tests BVL_RU]. In R.R. Zamaletdinov, E.A. Gorobets, E.A. Islamova et al. (eds.), *I.A. Boduehn de Kurteneh i mirovaya lingvistika: mezhdunar. konf.: VIII Boduehnovskie chteniya = J. Baudouin de Courtenay and Worldwide Linguistics. International Conference. Kazan Federal University. November, 17–20, 2021. Proceedings*. Kazan: Kazan Federal University, 2021, vol. 1, pp. 82–87. (In Russ.).

6. Gribova O.E., Bessonova T.P. Didakticheskii material po obsledovaniyu rechi detei: slovarnyi zapas [Didactic material for children's speech survey: Vocabulary]. M.: ARKTI, 2019. 32 p. (In Russ.).

7. Dobrova G.R. Variativnost' rechevogo razvitiya detei [Variation of speech development of children]. Moscow: Yazyki slavyanskoi kul'tury, 2018. 264 p. (In Russ.).

8. Kornev A.N. Osnovy logopatologii detskogo vozrasta: klinicheskie i psikhologicheskie aspekty [Fundamentals of childhood speech pathology: Clinical and psychological aspects]. St. Petersburg: Rech', 2006. 380 p. (In Russ.).

9. Lyashevskaya O.N., Sharov S.A. Chastotnyi slovar' sovremennogo russkogo yazyka (na materialakh Natsional'nogo korpusa russkogo yazyka) [Frequency Dictionary of the Modern Russian Language (based on the materials of the National Corpus of the Russian Language)]. Moscow: Azbukovnik, 2009. 1087 p. (In Russ.).

10. Neiropsikhologicheskaya diagnostika [Neuropsychological diagnostics] / E.D. Chomskaya (ed.). Part 1: Skhema neiropsikhologicheskogo issledovaniya vysshikh psikhicheskikh funktsii i ehmotsional'no-lichnostnoi sfery [Scheme of neuropsychological research of higher mental functions and emotional-personal sphere]. Moscow: Institute of General Humanitarian Research, MPSU, 2007, 57 p. (In Russ.).

11. Oshchepkova E.S. Children language assessment: A foreign batteries review. *Voprosy psikholingvistiki = Journal of Psycholinguistics*, 2020, no. 2 (44), pp. 110–123. DOI: 10.30982/2077-5911-2020-44-2-110-123. (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Prikhoda N.A. Russian language development assessment as a standardized technique for assessing communicative function in children aged 3–9 years. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2016, vol. 21, no. 3, pp. 25–33. DOI: 10.17759/pse.2016210304. (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Smirnova I.A. Logopedicheskii al'bom dlya obsledovaniya leksiko-grammaticallykh stroya i svyaznoi rechi [Logopedic album for the survey of the lexical and grammatical structure and coherent speech]. St. Petersburg: Detstvo-Press, 2018. 48 p. (In Russ.).

14. Zeitlin S.N. Yazyk i rebenok: Lingvistika detskoi rechi [Language and child: Linguistics of children's speech]. A study guide for students. Moscow: VLADOS, 2000. 238 p. (In Russ.).

15. Ushakova O.S. Razvitie rechi doshkol'nikov [The development of speech of preschoolers]. Moscow: Izdatel'stvo Instituta psikhoterapii, 2001. 238 p. (In Russ.).

16. Ali F., Costello J. Modification of the Peabody Picture Vocabulary Test. *Developmental Psychology*, 1971, vol. 5 (1), pp. 86–91. DOI: 10.1037/h0031077

17. Bates E., Dale P.S., Thal D. Individual differences and their implications for theories of language development. In P. Fletcher, B. MacWhinney (eds.), *The Handbook of Child Language*. Blackwell Publishing, 1996, pp. 95–151. DOI: 10.1111/b.9780631203124.1996.00005.x
18. Campbell J. Book review: Peabody picture vocabulary test. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1998, vol. 16, no. 4, pp. 334–338. DOI: 10.1177/073428299801600405
19. Caron D. B. The effect of utilizing American Sign Language as part of a supplementary vocabulary instruction program with hearing kindergarten children. PhD (Psychology) Dissertation. University of Florida, 2005. 166 p.
20. Carrow-Woolfolk E. CASL: Comprehensive assessment of spoken language. Circle Pines, MN: American Guidance Services, 1999.
21. Chen H., Park H. W., Breazeal C. Teaching and learning with children: Impact of reciprocal peer learning with a social robot on children's learning and emotive engagement. *Computers & Education*, 2020, vol. 150, article 103836. DOI: 10.1016/j.compedu.2020.103836
22. Coret M.C., McCrimmon A.W. Test review: Wiig E.H., Semel E., Secord W.A. (2013). Clinical evaluation of language fundamentals–fifth edition (CELF-5). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2015, vol. 33 (5), pp. 495–500. DOI: 10.1177/0734282914557616
23. De Agostini M., Metz-Lutz M.N., Van Hout A. et al. Oral language evaluation battery of aphasic children: A French standardization. *Revue de Neuropsychologie*, 1998, vol. 8, no. 3, pp. 319–367.
24. Demirci C., Güven A. Language proficiency of a bilingual child: A case study. *European Journal of English Language Teaching*, 2020, vol. 6, no. 1, pp. 115–128. DOI: 10.46827/ejel.v6i1.3373
25. Dunn L.M., Dunn D.M. PPVT-4: Peabody picture vocabulary test. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, 2007. 100 p. DOI: 10.1037/t15144-000
26. Durkin P. Borrowed words: A history of loanwords in English. Oxford University Press, 2014. 491 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199574995.001.0001
27. Early D., Bryant D.M., Pianta R.C. et al. Are teachers' education, major, and credentials related to classroom quality and children's academic gains in pre-kindergarten? *Early Childhood Research Quarterly*, 2006, vol. 21, no. 2, pp. 174–195. DOI: 10.1016/j.jecresq.2006.04.004
28. Eriksson M., Marschik P.B., Almgren M. Differences between girls and boys in emerging language skills: Evidence from 10 language communities. *British Journal of Developmental Psychology*, 2012, vol. 30, pt. 2, pp. 326–343. DOI: 10.1111/j.2044-835X.2011.02042.x
29. Etchell A., Adhikari A., Weinberg L.S. et al. A systematic literature review of sex differences in childhood language and brain development. *Neuropsychologia*, 2018, vol. 114, pp. 19–31. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2018.04.011

30. Hodapp A.F., Gerken K.C. Correlations between Scores for Peabody Picture Vocabulary Test—III and the Wechsler Intelligence Scale for Children—III. *Psychological Reports*, 1999, vol. 84, no. 3, pp. 1139–1142. DOI:10.2466/pr0.1999.84.3c.1139
31. Hoff E., Quinn J.M., Giguere D. What explains the correlation between growth in vocabulary and grammar? New evidence from latent change score analyses of simultaneous bilingual development. *Developmental Science*, 2018, vol. 21, no. 2, e12536. DOI: 10.1111/desc.12536
32. Leaf J. B., Cihon J.H., Leaf R. et al. Concerns about ABA-based intervention: An evaluation and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2022, vol. 52, no. 6, pp. 2838–2853. DOI: 10.1007/s10803-021-05137-y
33. Marini A., Eliseeva N., Gorobets E.A. et al. An introduction to the Russian adaptation of the battery for the assessment of language in children (BVL_RU). *4th International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences and Arts SGEM*, 2017, vol. 2, pp. 541–548. DOI: 10.5593/sgemsocial2017/32/S14.069
34. Marini A., Marotta L., Bulgheroni S. et al. Batteria per la valutazione del linguaggio in bambini dai 4 ai 12 anni. Firenze, Italy: Giunti O.S., 2015.
35. Martin N.A., Brownell R. Receptive One-Word Picture Vocabulary Test-4 (ROWPVT-4). Austin: PRO ED. KIT, 2011.
36. Olabarrieta-Landa L., Rivera D., Lara L. et al. Verbal fluency tests: Normative data for Spanish-speaking pediatric population. *NeuroRehabilitation*, 2017, vol. 41, no. 3, pp. 673–686. DOI: 10.3233/NRE-172240
37. Pae H.K., Greenberg D., Morris R.D. Construct validity and measurement invariance of the Peabody Picture Vocabulary Test—III Form A in the Performance of Struggling Adult Readers: Rasch Modeling. *Language Assessment Quarterly*, 2012, vol. 9, no. 2, pp. 152–171. DOI: 10.1080/15434303.2011.613504
38. Puimège E., Peters E. Learners' English vocabulary knowledge prior to formal instruction: The role of learner-related and word-related variables. *Language Learning*, 2019, vol. 69, no. 4, pp. 943–977. DOI: 10.1111/lang.12364
39. Siugzdaite R., Bathelt J., Holmes J. et al. Transdiagnostic brain mapping in developmental disorders. *Current Biology*, 2020, vol. 30, no. 7, pp. 1245–1257. DOI: 10.1016/j.cub.2020.01.078
40. Smith T. C., Edmonds J. E., Smith B. The role of sex differences in the referral process as measured by the Peabody Picture Vocabulary Test-Revised and the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. *Psychology in the Schools*, 1989, vol. 26, no. 4, pp. 354–358. DOI: 10.1002/1520-6807(198910)26:4<354::AID-PITS2310260405>3.0.CO;2-A
41. Stockman I.J. The new Peabody Picture Vocabulary Test—III: An illusion of unbiased assessment? *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2000, vol. 31, no. 4, pp. 340–353. DOI: 10.1044/0161-1461.3104.340

42. Suggate S., Schaughency E., McAnally H.M. et al. From infancy to adolescence: The longitudinal links between vocabulary, early literacy skills, oral narrative, and reading comprehension. *Cognitive Development*, 2018, vol. 47, pp. 82–95. DOI: 10.1016/j.cogdev.2018.04.005

43. Talantseva O.I., An I.O., Zhukova M.A. et al. Psychometric properties of the Preschool Language Scales, Fifth Edition (PLS-5) in Russian-speaking children. *Clinical Psychology and Special Education*, 2022, vol. 11, no. 2, pp. 174–195. DOI: 10.17759/cpse.2022110211

44. Walker S.P., Chang S.M., Wright A.S. et al. Cognitive, psychosocial, and behaviour gains at age 31 years from the Jamaica early childhood stimulation trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2022, vol. 63, no. 6, pp. 626–635. DOI: 10.1111/jcpp.13499

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Распределение детей разного пола по возрастным группам

Возраст	Мальчики	Девочки	Всего
3 г. 6 мес. – 3 г. 11 мес.	24	25	49
4 г. 0 мес. – 4 г. 5 мес.	34	40	74
4 г. 6 мес. – 4 г. 11 мес.	34	45	79
5 л. 0 мес. – 5 л. 5 мес.	25	34	59
5 л. 6 мес. – 5 л. 11 мес.	46	44	90
6 л. 0 мес. – 6 л. 5 мес.	40	28	68
6 л. 6 мес. – 6 л. 11 мес.	59	55	114
7 л. 0 мес. – 7 л. 5 мес.	37	49	86
Всего	299	320	619

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 1

Процент детей в возрасте от 4 лет 0 мес. до 4 лет 11 мес., справившихся с заданиями (от числа выполнявших)

Серия	№ задания												N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	100	98	100	100	97	100	97	100	97	98	98	95	63
2	98	70	95	92	99	96	99	99	51	92	93	90	153
3	94	89	65	92	94	93	79	90	89	83	90	90	153
4	86	97	97	87	94	49	75	92	73	82	93	87	152
5	93	92	64	86	40	56	59	19	79	93	72	71	151
6	60	42	58	75	66	86	27	56	77	43	16	10	146
7	49	68	62	89	69	54	74	70	43	68	33	15	117

8	64	34	46	46	31	67	71	50	87	53	56	39	96
9	75	20	17	43	86	31	43	36	14	12	27	22	77
10	42	31	25	61	22	81	36	11	64	22	36	44	36
11	37	84	21	53	37	68	16	84	84	16	32	58	19
12	20	0	13	40	7	27	53	0	53	80	20	7	15
13	100	50	50	0	0	50	0	0	50	100	50	0	2
14	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	0	1
15													0
16													0
17													0
18													0
19													0

Примечания: зеленым выделена Стартовая серия для данной возрастной группы. N — число детей, выполнивших данную серию.

Таблица 2

**Процент детей в возрасте от 5 лет 0 мес. до 5 лет 11 мес.,
справившихся с заданиями (от числа выполнявших)**

Серия	№ задания												N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	4
2	100	50	100	75	100	25	100	100	50	100	100	100	4
3	88	94	88	100	94	94	94	88	88	100	81	94	16
4	97	99	99	96	99	83	93	99	92	95	100	99	149
5	99	100	91	98	74	75	85	36	95	96	83	93	149
6	77	75	71	93	85	97	32	79	93	56	38	3	149
7	72	83	92	99	92	83	88	89	65	87	62	9	143
8	84	55	69	49	45	86	89	74	96	66	86	68	140
9	85	34	29	65	96	29	75	41	26	17	40	43	138
10	60	61	32	78	50	89	31	6	89	22	59	73	104
11	40	97	19	69	44	88	40	93	93	42	26	79	89
12	43	18	55	68	32	31	71	18	89	81	33	52	84
13	94	20	17	18	18	27	36	29	62	76	14	30	66
14	14	18	61	14	89	29	32	54	4	68	68	64	28
15	0	53	77	53	6	6	29	41	24	6	77	82	17
16	25	0	75	13	0	25	38	75	25	63	50	13	8
17	100	0	50	0	50	0	100	100	0	0	0	0	2
18	100	100	0	100	0	0	100	0	100	0	100	0	1
19	0	100	100	0	100	100	0	0	100	100	0	0	1

Примечания: зеленым выделена Стартовая серия для данной возрастной группы. N — число детей, выполнивших данную серию.

Таблица 3

**Процент детей в возрасте от 6 лет 0 мес. до 6 лет 11 мес.,
справившихся с заданиями (от числа выполнявших)**

Серия	№ задания												N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	5
2	100	100	100	80	100	100	100	100	60	80	100	100	5
3	100	92	83	100	92	100	92	92	100	92	83	100	12
4	96	100	100	99	100	77	94	100	84	94	100	94	68
5	100	100	98	98	91	79	91	37	99	100	84	95	182
6	91	90	90	99	93	99	32	87	99	55	31	2	182
7	85	92	97	99	92	87	97	90	79	92	70	14	182
8	86	64	79	42	61	93	95	84	99	76	96	77	182
9	94	39	38	49	100	39	89	53	37	21	32	58	180
10	71	69	50	83	58	98	31	6	96	20	60	79	159
11	49	100	22	82	36	96	52	98	97	43	21	81	150
12	57	8	56	72	47	32	74	19	86	91	26	60	148
13	96	22	21	11	23	20	44	48	73	84	33	26	118
14	21	49	70	8	93	15	37	49	12	76	79	81	67
15	6	59	98	59	23	9	47	36	23	0	89	89	53
16	58	18	63	28	18	60	33	68	28	45	23	13	40
17	78	39	33	11	28	28	50	72	22	22	39	33	18
18	82	91	9	27	9	55	36	55	55	27	91	0	11
19	50	50	50	50	100	83	100	0	67	100	17	0	6

Примечания: зеленым выделена Стартовая серия для данной возрастной группы. N — число детей, выполнивших данную серию.

Информация об авторах

Картушина Наталья Александровна, кандидат психологических наук, научный сотрудник кафедры психологии образования и педагогики, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГОУ ВПО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация; научный сотрудник, факультет психологии, Университет Осло, Осло, Норвегия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4650-5832>, e-mail: natalia.kartushina@psykologi.uio.no

Ощепкова Екатерина Сергеевна, кандидат филологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория психологии детства и цифровой социализации, Психологический институт РАО (ФГБНУ ПИ РАО), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6199-4649>, e-mail: oshchepkova_es@iling-ran.ru

Алмазова Ольга Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной психологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГОУ ВПО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-4076>, e-mail: almaz.arg@gmail.com

*Картушина Н.А., Ощепкова Е.С., Алмазова О.В.,
Бухаленкова Д.А.* Опыт использования методики
Пибоди в оценке пассивного словарного запаса
дошкольников
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 205–232.

*Kartushina N.A., Oshchepkova E.S., Almazova O.V.,
Bukhalenkova D.A.* The Use of Peabody Tool
in the Assessment of Passive Vocabulary
in Preschoolers
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 205–232.

Бухаленкова Дарья Алексеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии образования и педагогики, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГОУ ВПО МГУ имени М.В. Ломоносова); научный сотрудник, лаборатория психологии детства и цифровой социализации, Психологический институт РАО (ФГБНУ ПИ РАО), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4523-1051>, e-mail: d.bukhalenkova@inbox.ru

Information about the authors

Natalia A. Kartushina, PhD in Psychology, Researcher, Department of Psychology of Education and Pedagogy, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; Post-Doc researcher, Faculty of Psychology, University of Oslo, Oslo, Norway, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4650-5832>, e-mail: natalia.kartushina@psykologi.uio.no

Ekaterina S. Oshchepkova, PhD in Philology, Senior Researcher, Laboratory of Child Psychology and Digital Socialization, Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6199-4649>, e-mail: oshchepkova_es@iling-ran.ru

Olga V. Almazova, PhD in Psychology, Associate Professor, Developmental Psychology Department, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-4076>, e-mail: almaz.arg@gmail.com

Daria A. Bukhalenkova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology of Education and Pedagogy, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Researcher, Laboratory of Child Psychology and Digital Socialization, Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4523-1051>, e-mail: d.bukhalenkova@inbox.ru

Получена: 22.07.2022

Received: 22.07.2022

Принята в печать: 27.12.2022

Accepted: 27.12.2022

Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование

Шеманов А.Ю.

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru

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

Быстрова Ю.А.

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1866-0993>, e-mail: bystrovayua@mgppu.ru

Кутепова Е.Н.

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5347-9583>, e-mail: kutepovaen@mgppu.ru

В работе решались задачи обоснования подхода к исследованию особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования и проведения пилотного исследования базовых компонентов компетентности: мотивационно-установочного, когнитивного, поведенческого и рефлексивно-оценочного. Применяемые в международных исследованиях методы изучения субъективных предикторов реализации педагогами инклюзивных практик послужили прототипом для использования при изучении базовых компонентов компетентности тьютора ряда инструментов самооценки, включающих четыре опросника: Отношение к инклюзии, Намерение реализовать инклюзивные практики, Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования, Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии. Выборка данного исследования представлена 313 респондентами (средний возраст — 33,6±13,9 лет; 9,6% мужчин, 90,4% женщин), из них: 41 студент организаций среднего профессионального образования, 272 студента высшего образования. 67 человек из выборки имели непосредственный опыт работы тьюторами. Респонденты отвечали на вопросы одинаковых опросников дистанционно с помощью системы «Anketolog». Анализ данных включал эксплораторный факторный анализ каждого опросника, проверку их внутренней согласованности и корреляционный анализ связей между всеми опросниками. Альфа Кронбаха опросников варьировала от

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А.,
Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей
профессиональной компетентности тьютора
в условиях инклюзивного образования:
пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

*Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A.,
Kutepova E.N. An Approach to Assessing
the Features of a Tutor's Professional Competence
in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.*

0,76 до 0,94, что показывает достаточную внутреннюю согласованность. Корреляционный анализ подтверждает ранее полученный в международных исследованиях характер связей исходных опросников. Факторный анализ позволил выявить и в опроснике «Намерение реализовать инклюзивные практики», и в опроснике «Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования» по два фактора, отражающих такую специфику работы тьюторов, которая, по-видимому, может быть связана с поддержкой ими субъектности обучающихся с ОВЗ. Эта возможная чувствительность к данному аспекту тьюторского сопровождения позволяет ожидать, что данные опросники могут стать полезным инструментом для изучения субъективной готовности и способности как составляющих тьюторской профессиональной компетентности будущих и работающих профессионалов в условиях инклюзивного образования.

Ключевые слова: инклюзивная готовность, профессиональная компетентность, среднее профессиональное образование, высшее образование, образовательная среда, тьютор, обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, социально-когнитивное научение, теория планируемого поведения.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках государственного задания Министерства просвещения Российской Федерации от 21.01.2022 № 073-00110-22-01 «Научно-методическое обоснование и разработка программы подготовки тьютора по сопровождению обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, с инвалидностью в соответствии с профессиональным стандартом “Специалист в области воспитания”».

Благодарности. Авторы выражают признательность Л.М. Прокопьевой за подготовку цифрового варианта опросника и статистическую обработку полученных данных.

Для цитаты: Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 233–263. DOI: 10.17759/cpse.2022110410

An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study

Alexey Yu. Shemanov

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А.,
Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей
профессиональной компетентности тьютора
в условиях инклюзивного образования:
пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

*Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A.,
Kutepova E.N. An Approach to Assessing
the Features of a Tutor's Professional Competence
in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.*

Elena V. Samsonova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru*

Yuliya A. Bystrova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1866-0993>, e-mail: bystrovayua@mgppu.ru*

Elena N. Kutepova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5347-9583>, e-mail: kutepovaen@mgppu.ru*

The work solved the problems of substantiating the approach to the study of the features of the professional competence of a tutor (teaching assistant) in the conditions of inclusive education and conducting a pilot study of the basic components of competence: motivational-attitude, cognitive, behavioral, and reflective-evaluative ones. The methods used in international studies for studying subjective predictors of the implementation of inclusive practices by teachers served as a prototype for using a number of self-assessment tools in studying the basic components of tutor competence, including four questionnaires: 'Attitude towards inclusion', 'Intention to implement inclusive practices', 'Efficiency of a tutor accompanying students with health deficiencies and disabilities in an inclusive education', 'Difficulties of the tutor in the implementation of tutor support in the conditions of inclusion'. The sample of this study is represented by 313 respondents (mean age 33.6 ± 13.9 ; men — 9.6%, women — 90.4%), including 41 students of secondary vocational education organizations, and 272 students of higher education, among them there were 67 working tutors. All respondents answered the same questionnaires remotely using the 'Anketolog' system. Data analysis included an exploratory factorial analysis of each questionnaire, a check of their internal consistency, and a correlation analysis of relationships between all questionnaires. Cronbach's alpha ranged from 0.76 to 0.94, which indicates sufficient internal consistency of the questionnaires. Correlation analysis confirms the nature of the relationships of the original questionnaires previously obtained in international studies. Factor analysis made it possible to identify both the 'Intention to implement inclusive practices' questionnaire and the 'Efficiency of a tutor accompanying students with health deficiencies and disabilities in an inclusive education' questionnaire, two factors each, reflecting the specifics of the work of tutors, which, apparently, can be associated with their support for the agency of students with disabilities. This possible sensitivity to this aspect of tutoring allows us to expect that these questionnaires can become a useful tool for studying subjective readiness and ability as components of tutoring professional competence of future and working professionals in an inclusive education environment.

Keywords: inclusive readiness, professional competence, secondary vocational education, higher education, educational environment, tutor, students with disabilities, social-cognitive learning, theory of planned behavior.

Funding. The study was carried out within the framework of the state task of the Ministry of Education of the Russian Federation dated 01/21/2022 No. 073-00110-22-

01 “Scientific and methodological justification and development of a tutor training program to accompany students with disorders, with disabilities in accordance with the professional standard ‘Education Specialist’”.

Acknowledgments. The authors are grateful to L.M. Prokopyeva for preparing the digital version of the questionnaire and statistical processing of the obtained data.

For citation: Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kutepova E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija= Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 233–263. DOI: 10.17759/cpse.2022110410 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В отечественных исследованиях в области инклюзивного образования все большее внимание уделяется проблеме тьюторского сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью в школе и дошкольных образовательных организациях (ОО) [8; 11; 15]. При этом профессия тьютора для нашей страны является новой, пока еще не получившей достаточного распространения в образовательной практике. Это связано с противоречивыми представлениями о функционале тьютора, в том числе сопровождающего обучающихся с ОВЗ, несмотря на то что этот функционал с 2017 года закреплен в профессиональном стандарте «Специалист в области воспитания» в рамках обобщенной трудовой функции «Тьюторское сопровождение обучающихся» [13].

В отечественном и зарубежном контекстах подготовка и учителей, и вспомогательных учителей, и помощников учителей, и тьюторов (у нас) остро ставит вопрос о профессиональной компетентности тьюторов и компетенциях, необходимых им для работы в условиях инклюзивного образования при сопровождении обучающихся с ОВЗ [1; 5; 8; 14; 22–24; 29]. Для ответа на этот вопрос необходимы основания для исследования особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования, что и стало целью исследования.

Модель профессиональной компетентности тьютора

При разработке модели профессиональной компетентности тьютора, работающего в условиях инклюзивного образования, мы опирались на ряд оснований. Одним из таких оснований является структурная модель профессиональной компетентности, где компетентность рассматривается как интегративное образование личности профессионала, включающее в себя как объективный, так и субъективный аспекты, куда входят «готовность

и способность» к профессиональной деятельности [3–5; 7; 9; 10; 12; 14; 17; 18; 22; 28]. Причем «готовность» включает в себя *когнитивный* (владение знанием содержания компетенции) и *мотивационно-установочный* компоненты (приверженность ценностям и обладание намерением осуществлять профессиональную деятельность). Тогда как «способность» охватывает такие компоненты, как *поведенческий* (умения и навыки осуществлять профессиональные действия) и *рефлексивный* (рефлексия достигаемых результатов и возможных трудностей на основе опыта применения компетенции в разнообразных ситуациях) [4; 7; 10; 16].

Другим основанием является функционал тьютора, определенный профессиональным стандартом «Специалист в области воспитания» с обобщенной трудовой функцией 3.6 «Тьюторское сопровождение обучающихся» [13], который задает три трудовые функции тьютора с учетом специфики тьюторского сопровождения обучающихся с ОВЗ и который был учтен нами при составлении опросников:

1) *педагогическое сопровождение* (трудовая функция 3.6.1) обучающихся с ОВЗ и инвалидностью определяется поддержкой обучающихся в разработке и реализации индивидуальных образовательных маршрутов с опорой на диагностику трудностей и сильных сторон обучающегося, его ресурсов, на выявление его индивидуальных интересов, вовлечение в формирование образовательных запросов, на совместную с ним рефлексию его сильных сторон, интересов, трудностей и ресурсов;

2) *организация образовательной среды* (трудовая функция 3.6.2) с учетом потребностей и интересов обучающегося включает и адаптацию программы, и использование вспомогательных технологий, и взаимодействие с субъектами образовательной среды;

3) *организационно-методическое обеспечение* (трудовая функция 3.6.3) процесса индивидуализации включает привлечение внешних и внутренних ресурсов для реализации индивидуального образовательного маршрута обучающихся, адаптацию учебных и дидактических материалов, организацию взаимодействия как между сверстниками, так и в профессиональной команде.

Третье основание — это ценностный фундамент инклюзивного образования, который, согласно Т. Буту и М. Эйнскоу [6, с. 15–17], образует инклюзивная культура как самой организации, так и ее сотрудников.

В качестве основных для тьюторского сопровождения определяются следующие ценности инклюзивного образования: поддержка субъектности и развития с учетом особых образовательных потребностей, сотрудничество и вовлеченное участие всех членов сообщества во всех аспектах его жизни, принятие и поддержка разнообразия как ресурса развития сообщества, непрерывное личное и профессиональное развитие.

Исходя из предложенных оснований нами была разработана модель профессиональной компетентности тьютора, реализующего практику инклюзивного образования (рис. 1), под которой мы понимаем *интегральную* характеристику объективных и субъективных аспектов универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций специалистов, которая обуславливает их *готовность* (когнитивный и мотивационно-установочный компоненты) и *способность* (поведенческий и рефлексивный компоненты) решать профессиональные проблемы и задачи с опорой на ценностный фундамент инклюзивной культуры. В нашем исследовании мы сделали акцент на исследовании субъективного аспекта компетентности.

Исследование профессиональной компетентности педагогов инклюзивного образования

В качестве одного из часто применяемых инструментов в зарубежных исследованиях для изучения субъективных аспектов профессиональной компетентности в условиях инклюзии у учителя и ассистента учителя используются валидизированные опросники, построенные на теории социально-когнитивного научения А. Бандуры [20] и теории планируемого поведения А. Айзена [19; 26]. Использование их в этом качестве исходит из того, что позитивное отношение к применяемой практике (в данном случае — практике инклюзивного образования) является предиктором намерения ее осуществлять и уверенности в собственной компетентности, которые, согласно исследованиям, позитивно связаны с применением практики в преподавании [21; 29; 31–34; 39]. Эти опросники включают в себя четыре опросника: *Эффективность учителя в инклюзивных практиках* (Teachers' Efficacy in Inclusive Practices), *Отношение к инклюзии* (Attitudes towards Inclusion Scale), *Озабоченности относительно инклюзивного образования* (Concerns about Inclusive Education) и *Намерение преподавать в инклюзивном классе* (Intention to Teach in Inclusive Classroom Scale).

Опросник *Эффективности учителя в инклюзивном образовании*, называемый также шкалой самоэффективности учителя (поскольку измеряется воспринимаемая педагогом собственная эффективность), основан на теории социально-когнитивного научения А. Бандуры [20]. Согласно этой теории, в основе реализации практики лежит внутренняя модель поведения, формируемая актором на основе наблюдения за эффективным поведением и учитывающая собственные установки и ценности. При этом именно эта внутренняя модель, а не внешние подкрепление и наказание, становится основой процессов саморегуляции актора в зависимости от характера воспринимаемых им последствий (эффектов) реализации модели.

Как указывают Ю. Шарма и Д. Джейкобс [31, р. 14], различающие общую и персональную самоэффективность педагогов в преподавании, последняя зависит от контекстуальных факторов, например, от преподаваемого учителем предмета. К такого рода контекстуальным видам самоэффективности они относят

и самоэффективность педагога в инклюзивных практиках. В последней ими выделяются три субконструкта инклюзивной эффективности учителя: в сотрудничестве (профессиональном взаимодействии), в управлении проблемным поведением учащихся и в использовании инклюзивных преподавательских стратегий [31].

Опросник *Отношение к инклюзии* рассматривается в теории планируемого поведения как выражение убеждений о вероятных последствиях поведения, что и задает, по мнению А. Айзена [19], отношение к поведению. Согласно теории А. Айзена, поведение зависит от трех типов факторов: от убеждений, касающихся вероятных последствий (эффектов) поведения, от убеждений относительно нормативных ожиданий других людей и от убеждений относительно того, что может поддерживать или препятствовать выполнению данного поведения. Все три типа факторов в совокупности определяют *намерение* выполнять поведение, которое, при наличии возможностей ведет к выполнению этого поведения [19, p. 665].

Согласно Дж. Сонг и коллегам [34], опросники *Отношение к инклюзии* [32] и *Эффективность учителя в инклюзивных практиках* рассматриваются как значимые предикторы для ответов на опросник *Намерение* (Intention to Teach in Inclusive Classroom Scale [31]). Этот опросник рассматривается в теории планируемого поведения как ближайший предиктор выполнения планируемого поведения [19; 26]. В исходном опроснике авторы выделяют два субконструкта — Намерение изменять программу и Намерение проконсультировать.

Дж. Сонг и коллеги рассматривают опросник *Озабоченности относительно инклюзивного образования* [34] как ближайший индикатор того, как с точки зрения субъекта конкретное поведение воспринимается значимыми для него другими. В теории планируемого поведения А. Айзена этот конструкт получил название «субъективные нормы».

Мы предположили, что эти опросники могут рассматриваться как возможные средства изучения субъективного аспекта профессиональной компетентности тьютора, в своей совокупности способные отражать как *декларируемые и переживаемые педагогом ценности* (опросник *Отношение к инклюзии*), так и *воспринимаемую готовность и способность* будущих и практикующих профессионалов *к реализации этих ценностей* в процессе тьюторского сопровождения в условиях инклюзивного образования (см. рис. 1).

В нашей работе ставилась **цель** провести пилотное исследование по изучению субъективного аспекта особенностей профессиональной компетентности будущих и практикующих студентов и специалистов психолого-педагогического профиля для работы в качестве тьютора, осуществляющего сопровождение в условиях инклюзивного образования, на основе предложенной авторской модели и соответствующего ей набора опросников-шкал, аналогичных используемым в международных исследованиях и адаптированных нами для данной цели.



Рис. 1. Соотношение структурной модели профессиональной компетентности тьютора и измеряющих ее опросников

Примечание: в оранжевых блоках приведены названия опросников; в серых блоках — предполагаемая интерпретация опросников в отношении к ценностям.

Методы

Разработка опросника. На основе разработанной нами модели профессиональной компетентности тьютора, работающего в условиях инклюзивного образования, был создан набор опросников для изучения субъективного аспекта ее компонентов, связанных со спецификой тьюторской деятельности, в ее отличии от деятельности учителя и ассистента учителя в условиях инклюзии. Необходимость изменения исходных опросников-шкал была обусловлена важностью учета специфики тьюторской деятельности в условиях инклюзии, которая не была отражена в исходных опросниках. В своем исследовании мы ориентировались на деятельностный подход к оценке профессиональных компетентностей, в котором учитываются ценности, намерения, рефлексия способностей к реализации ценностей и фиксация трудностей в деятельности [15]. Разработка опросников включала ряд действий: перевод исходных опросников; обсуждение авторами и корректировку формулировок шкал в соответствии с целями исследования; замену или удаление утверждений, добавление тех, которые отвечают специфике тьюторской деятельности; сокращение градаций согласия в ликертовских шкалах (утверждения шкал в опросниках представлены в Приложениях 1–4). Созданный нами набор опросников включает 4 опросника-шкалы.

Опросник *Отношение к инклюзии* включала 10 утверждений, выражающих отношение к инклюзии и имеющих форму выражения мнения (*Я считаю, что...*) и форму выражения эмоции (*Я рад, что..., Я воодушевлен тем, что...*). Это разграничение соответствует двум субконструктам исходного опросника [31; 32; 34] — убеждения (beliefs) и чувства (feelings). Респондентам предлагалось оценить утверждения по пятибалльной ликертовской шкале — от «не согласен» до «согласен» (исходный опросник содержал 7 градаций согласия — от “strongly disagree” до “strongly agree”). Им приписывались значения от 1 до 5.

Опросник *Намерение реализовать инклюзивную практику* учитывает особенности работы тьютора, отраженные в профессиональном стандарте «Специалист в области воспитания» (трудовая функция 3.6) [13]. Опросник включал 11 утверждений (в исходном опроснике — 7). В исходном опроснике [31] выделялось два субконструкта — намерение изменять программу и намерение консультировать обучающегося и его родителей. Такие вопросы были сохранены, но им был придан аспект индивидуального вовлечения тьютором обучающегося в различные аспекты учебной и внеучебной деятельности. Нами были добавлены утверждения относительно поддержки самостоятельности (субъектности) обучающегося с ОВЗ. Ликертовская шкала содержала 5 (вместо 7 в исходной версии) вариантов ответа: от «совершенно невероятно» (1 балл) до «совершенно точно» (5 баллов).

Опросник *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии*. В модифицированном варианте опросника для изучения готовности к тьюторскому сопровождению опросник *Озабоченности учителей в отношении инклюзии* [34] переименован в опросник *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии*. Такое переименование обусловлено деятельностным подходом к модели тьюторской компетентности, где важным компонентом является способность к рефлексии, в том числе трудностей как субъективного, так и объективного характера. В этом опроснике также частично модифицированы содержание и число утверждений (13 утверждений в модифицированной версии против 21 утверждения — в исходной). Кроме того, была заменена форма реакции: вместо выражения степени озабоченности (concern) — выражение согласия или несогласия с тем, что некое негативное последствие наступит или нечто является трудностью. Иными словами, была изменена ликертовская шкала: вместо 4 градаций озабоченности (от «очень озабочен» до «не озабочен совсем») было введено 5 градаций согласия со средним вариантом «затрудняюсь ответить» (3 балла). Нами были оставлены утверждения, касающиеся увеличения рабочей нагрузки, падения успеваемости, недостатка административной поддержки, недоступности среды; добавлены пункты о личных трудностях тьютора в работе с обучающимся с ОВЗ, о взаимодействии со специалистами и учителями.

Опросник *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования* (далее сокращенно — Эффективность тьютора) построен по аналогии со опросником Teachers' Efficacy in Inclusive Practices [32]. Применительно к содержанию работы тьютора,

согласно профессиональному стандарту (трудовая функция 3.6), введены пункты, выражающие способность организовать или участвовать во взаимодействии с другими членами команды в выполнении действий для обучающегося (частично соответствует эффективности в *сотрудничестве* исходной шкалы); способность выполнять действия для помощи обучающемуся (частично соответствует эффективности в *способах обучения*); способность осуществлять взаимодействие с самим обучающимся — помощь в выявлении его интересов, формировании образовательного запроса, в составлении индивидуального образовательного маршрута и т.п. Было сокращено количество утверждений, включенных в шкалу: 12 утверждений по сравнению с 18 в исходной шкале). Оставлен также один пункт относительно контроля за поведением обучающегося (что отражает эффективность в *управлении поведением* в исходной шкале).

Проверка возможности использовать данный набор опросников-шкал в качестве единого опросника, требующая более детального изучения его соответствия лежащей в его основе модели, нами в данном пилотном исследовании не проводилась.

Выборка. В исследовании приняли участие 41 студент образовательных организаций среднего профессионального образования и 272 студента высшего образования, в том числе 67 работающих тьюторов. Нас также интересовали особенности ответов студентов высшего и среднего специального образования в зависимости от профиля подготовки, поэтому выборка была сформирована намеренно разнородная, а полученные результаты по особенностям ответов студентов разного профиля на основе описательной статистики представлены в ранее опубликованной статье [14]. Всего было 313 респондентов (90,4% женского пола), средний возраст составил $33,60 \pm 13,92$ лет.

Процедура исследования и анализ данных. Ответы на шкалы собирались онлайн в сервисе для проведения онлайн-опросов «Anketolog» и обрабатывались статистически с помощью программы SPSS v. 18.0. По каждой шкале был проведен анализ внутренней согласованности (альфа Кронбаха) и эксплораторный факторный анализ методом главных компонент с использованием Варимакс-вращения с нормализацией Кайзера.

Результаты

Как можно видеть из таблицы 1, опросники, разработанные в исследовании, являются внутренне согласованными; наименьшее значением α -Кронбаха имеет опросник *Отношение к инклюзии*. По данным корреляционного анализа (табл. 2), опросник *Отношения к инклюзии* показал варьирующую от слабой до умеренной положительную связь с опросниками *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ* и *с инвалидностью в условиях инклюзивного образования* и *Намерение реализовать инклюзивные практики* и слабую отрицательную связь с опросником *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии*, частично соответствующим опроснику «Озабоченности относительно инклюзивного образования», используемому в международных исследованиях [30; 34]. При этом опросник *Намерение реализовать инклюзивные*

практики показал заметную (по шкале Чеддока) положительную связь с опросником *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования*, слабую отрицательную — с опросником *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* и умеренную положительную — с опросником *Отношение к инклюзии*. Опросник *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* показал слабые отрицательные связи со всеми использованными опросниками. Все указанные связи были статистически достоверны при $p < 0,01$.

Таблица 1

Внутренняя согласованность опросников

Шкалы	Альфа Кронбаха	Число пунктов в опроснике*
Отношение к инклюзии	0,759	10
Намерение реализовать инклюзивные практики	0,912	11
Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии	0,845	13
Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования	0,938	12

Примечание: * — утверждения из каждого опросника приведены в приложениях 1–4, в матрицах повернутых компонент с указанием номера в опроснике.

Таблица 2

Корреляционный анализ (r Спирмена)

Опросники	1.	2.	3.	4.
1. Отношение к инклюзии	1	0,303	-0,174	0,247
2. Намерение реализовать инклюзивную практику	0,303	1	-0,227	0,516
3. Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии	-0,174	-0,227	1	-0,213
4. Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования	0,247	0,516	-0,213	1
N	313	313	310	313

Примечание: все корреляции двусторонние, значимы на уровне $p < 0,01$.

Как видно из таблицы 3, разработанные для данного исследования опросники отчасти воспроизводят структуру факторов исходных опросников, отчасти же дают другую картину факторов, не во всем совпадающую со структурой исходных (более подробно результаты факторного анализа каждого опросника представлены в Приложениях 1–4 и прокомментированы в разделе «Обсуждение результатов»).

Таблица 3

**Резюме факторного анализа опросников
для изучения профессиональной компетентности тьютора**

Опросник	Количество факторов	Предположительная интерпретация	Факторы исходных опросников
Отношение к инклюзии	3	<ul style="list-style-type: none"> убеждения; чувства; несогласие с полной инклюзией 	<ul style="list-style-type: none"> Убеждения Чувства
Намерение реализовать инклюзивные практики	2	<ul style="list-style-type: none"> деятельность для обучающегося; деятельность с обучающимся 	<ul style="list-style-type: none"> Изменение программы Консультирование
Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии	3	<ul style="list-style-type: none"> личные трудности; внешние трудности; риски-последствия инклюзии 	<ul style="list-style-type: none"> Ресурсы Принятие Академические стандарты Рабочая нагрузка
Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования	2	<ul style="list-style-type: none"> эффективность в поддержке обучающегося; эффективность в использовании инструментов поддержки 	<ul style="list-style-type: none"> Эффективность преподавания; Эффективность сотрудничества; Эффективность управления поведением

По опроснику *Отношение к инклюзии* мы обнаружили три фактора, по опроснику *Намерение реализовать инклюзивные практики* — два фактора, по опроснику *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* — три фактора и по опроснику *Эффективность тьютора* — два фактора.

Обсуждение результатов

Переходя к обсуждению полученных результатов, рассмотрим последовательно данные по опросникам-шкалам, представленные в таблицах, в их соотносительности с аналогичными результатами по исходным опросникам и в их значении для изучения субъективного аспекта профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования. В данном пилотном исследовании мы не ставили целью проверку соответствия инструмента, который мы рассматривали как набор опросников, по аналогии с тем, как они первоначально использовались в нашей модели. Термин «опросники-шкалы» мы используем, следуя за наименованием этих опросников в англоязычных версиях, — Scale. Нам было удобно так их называть, поскольку они направлены на оценку разных аспектов модели. Но эмпирическое обоснование модели не входило в наши задачи. Нашей целью было применить деятельностный подход к оценке субъективного аспекта профессиональной компетентности тьютора, поэтому мы не проводили изучение факторной структуры всего набора опросников в целом и его соответствия модели, ограничившись эксплораторным факторным анализом отдельных опросников-шкал и анализом корреляций между опросниками. Говоря о результатах факторного анализа, представленных в Приложениях 1–4, заметим, что по ряду пунктов используемых опросников-шкал наблюдаются высокие кросскорреляции между их субшкалами, которые свидетельствуют о необходимости доработки опросников и изменения входящих в них утверждений.

Согласно нашей модели профессиональной компетентности, опросник *Отношение к инклюзии* может отражать ценностное измерение инклюзивной готовности — декларируемые и переживаемые ценности педагогов (будущих и практикующих), оценивающих себя в роли тьюторов в условиях инклюзии. Обращает внимание, что α -Кронбаха для этого опросника (перечень утверждений см. в Приложении 1) имеет наименьшее значение, что может быть связано с пятым утверждением («Я считаю, что учащиеся с тяжелыми и множественными нарушениями развития и выраженными особенностями поведения следует обучать в специальных школах или на дому»), при исключении которого (единственного из всех пунктов) α -Кронбаха возрастает до 0,79, при этом также возросли среднее по опроснику и дисперсия. Это утверждение резко не согласуется с первым утверждением («Я считаю, что все дети, независимо от их способностей, должны обучаться в обычных классах»), дающим положительную оценку *полной* инклюзии (поэтому значение отношения к инклюзии для пятого утверждения рассчитывалось вычитанием полученного эмпирически числа из 6). Меньшая степень согласованности данного опросника, по-видимому, обусловлена распространенной в рамках российского педагогического образования идеей обучения детей с тяжелой инвалидностью и выраженными поведенческими нарушениями в специальных школах, поэтому это утверждение выделяется из в целом позитивного отношения студентов к инклюзии. При этом положительная оценка других утверждений, кроме первого пункта, который прямо противоречит пятому утверждению и настаивает именно на *полной* инклюзии, считается нормой в нашем профессиональном сообществе, в котором инклюзия в целом

скорее понимается *не как альтернатива, а как дополнение* к специальному образованию, в отличие от зарубежной педагогики, где идея инклюзии явилась итогом долгих дискуссий, инициированных правозащитными движениями лиц с инвалидностью [2].

В то же время во многих зарубежных странах специальное образование обвиняют в причастности к дискриминации, к расовой сегрегации и даже в том, что ему внутренне присуща дискриминационная направленность (см. обсуждение этих вопросов с различных позиций в [24; 25; 27; 35; 38]). Это предположение подтверждается результатами факторного анализа опросника *Отношение к инклюзии*, где в нашей работе выявлено три, а не два фактора. Причем третий фактор выделился именно вокруг пятого утверждения, согласие с которым вступает в прямой конфликт с согласием с первым утверждением, что и определяет связь обоих в один фактор. Если два других фактора можно, исходя из формы утверждения («Я считаю, что...» или «Я рад...»), отождествить с факторами *Убеждения* и *Чувства*, которым соответствуют факторы в исходном опроснике, названные Beliefs и Feelings [29; 31–33; 36], то третий фактор, который можно назвать *Несогласие с полной инклюзией*, обособился, как можно предположить, в силу того, что в нем идея полной инклюзии, выраженная в первом утверждении, вступает в прямой конфликт с обучением детей с тяжелой инвалидностью и нарушениями поведения в специальных школах, тогда как другие утверждения в восприятии респондентов не противоречат пятому утверждению, а другой способ его вычисления вступает в конфликт с данным восприятием.

Факторы, образующие опросник *Намерение реализовать инклюзивную практику*, — следующий инструмент измерения готовности профессионала к работе в условиях инклюзии наряду с *Отношением к инклюзии*, — могут быть сопоставлены с исходным опросником Intention to Teach in Inclusive Classroom Scale [31] и по числу, и по содержанию. В работе Ю. Шарма и Д. Джейкобс [31] факторы обозначены как Intention to Change Curriculum и Intention to Consult, т.е. *Намерение изменять программу* (Изменение программы — в табл. 3) и *Намерение консультировать* (Консультации — в табл. 3). Мы обозначили эти факторы как *Деятельность для обучающегося* и *Деятельность с обучающимся*, которые в одном случае рассматривают обучающегося только как получателя услуг, а во втором — как активно вовлекаемого тьютором участника деятельности, в том числе посредством его консультаций. Это изменение названия факторов, с одной стороны, имеет целью отразить содержание работы тьютора в условиях инклюзии, которому, согласно профессиональному стандарту, вменяется в обязанность прежде всего индивидуальное сопровождение обучающегося с ОВЗ, с другой стороны — подчеркнуть специфику работы тьютора, связанную с поддержкой активности и самостоятельности обучающихся.

Отличия в структуре факторов опросника *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* (во всех опросниках имеются в виду субъективно воспринимаемые характеристики) от структуры исходных опросников задаются смысловой структурой утверждений, которые собраны

в опроснике. Эта структура отражена в таблице 3 (Личные трудности, Внешние трудности, Риски-последствия инклюзии, которые по содержанию частично охватываются утверждениями исходного опросника, а частично дополняют его).

Опросник *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования* имеет факторную структуру, подобную опроснику *Намерения*, поскольку мы ориентировались в обоих опросниках на специфику работы тьютора, связанную с поддержкой самостоятельности обучающихся с ОВЗ. Поэтому в его составе выделилось два фактора, которые мы обозначили как *Поддержка обучающегося*, поскольку утверждения данного фактора направлены на совместную деятельность в целях поддержки активности и самостоятельности самого обучающегося, и *Способность использовать инструменты такой поддержки*.

Говоря обо всех использованных опросниках по итогам анализа, следует отметить, что опросники, использованные в данном пилотном исследовании, нуждаются в корректировке, поскольку в них обнаружены утверждения, входящие более чем в один субконструкт, выявляемый факторным анализом.

Подытоживая корреляционный анализ опросников, важно отметить, что между опросниками *Намерение реализовать инклюзивную практику* и *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования*, наблюдалась высокая положительная связь, как и в международных исследованиях [31; 34]. По нашим данным, как и в зарубежных исследованиях, величина связи между данными опросниками была наивысшей по сравнению со связями других инструментов [34].

Как было показано нами ранее, профиль подготовки может влиять как на отношение студентов к инклюзии, так и на переживание ими своей эффективности в ее реализации и намерения ее реализовывать, а также трудностей при реализации [14]. Этому соответствуют данные международных исследований, в которых также обнаружено влияние содержания изучаемых предметов и проходимой студентами практики на отношение к инклюзии и переживание ими своей компетентности в осуществлении преподавания в условиях инклюзии [34]. Согласно теории А. Айзена [19], намерение выполнять поведение, т.е. в нашем случае — намерение реализовать инклюзивную практику при тьюторском сопровождении — зависит от трех типов факторов:

1) *поведенческих убеждений*, касающихся позитивных ожиданий (предположительно — опросник *Отношение к инклюзии* без десятого фактора) и негативных последствий (опросник *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* в части факторов, обозначенных нами как *личные трудности* и *риски-последствия инклюзии*) от его реализации;

2) *нормативных убеждений*, выражающих уровень поддержки других, т.е. убеждения в поддержке инклюзии со стороны организации и других педагогов (их можно соотнести с таким фактором опросника *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии*, как *внешние трудности*);

3) убеждений *о контроле*, т.е. воспринимаемой степени собственного контроля над поведением (опросник *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования*).

Как говорилось во введении, мы предположили, что опросники *Намерение реализовать инклюзивные практики, Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования, и Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* могут отражать три составляющие инклюзивной готовности и способности, связанные с реализацией декларируемых и переживаемых ценностей в опроснике *Отношение к инклюзии*. Это предположение подтверждается тем, что опросники *Намерение реализовать инклюзивные практики* и *Эффективность тьютора* показывают положительную связь с опросником *Отношение к инклюзии*, т.е. декларируемые и переживаемые ценности, отраженные в этом опроснике, позволяют до некоторой степени предсказать ответы по другим опросникам. Тем самым они могут рассматриваться как отражение готовности и способности к реализации данных ценностей. Тот факт, что уровень связи варьирует от слабого до умеренного, может объясняться неоднородностью опросника *Отношение к инклюзии*, в котором, согласно международным исследованиям [31; 34], наибольшее значение для предсказания значений по опросникам *Намерение* и *Эффективность* имеет шкала *Чувства*, а не *Убеждения*, которая больше зависит от внешне принятых норм, чем от собственных внутренне переживаемых ценностей. Это, по-видимому, находит отражение и в наших результатах, где третий фактор опросника *Отношение к инклюзии (Несогласие с полной инклюзией)* относится к шкале *Убеждения*, показывая ее зависимость от принятых в социуме представлений. При этом опросник *Трудности тьютора в реализации тьюторского сопровождения в условиях инклюзии* показывает только слабую отрицательную связь с опросником *Отношение к инклюзии*, что также может быть результатом неоднородности обоих опросников. Таким образом, дальнейшее, более широкое исследование должно уточнить кросскорреляционные связи уже на уровне шкал, выявленных на основе факторного анализа после доработки опросников по итогам данного пилотного изучения.

Заключение

Подводя итог проделанной работе, следует сказать, что полученные нами данные соответствуют ожидаемым, исходя из принятой нами модели, и в целом не противоречат сделанному нами в работе предположению, что модифицированные опросники-шкалы могут рассматриваться как возможные средства изучения компонентов профессиональной компетентности педагога, работающего в качестве тьютора в условиях инклюзии, в своей совокупности способные отражать как *декларируемые педагогом ценности*, так и *воспринимаемую готовность и способность* будущих и практикующих профессионалов к *реализации этих ценностей* в процессе тьюторского сопровождения в условиях инклюзивного образования. Но их использование в качестве единого инструмента требует дальнейшего исследования.

Другой ряд данных в целом подтверждает соответствие разработанных нами опросников аналогичным опросникам для будущих или работающих учителей [21; 23; 29; 31–34], что видно из обнаруженных нами закономерностей связи между опросниками по результатам корреляционного анализа (табл. 2).

Эксплораторный факторный анализ разработанных нами опросников-шкал показал как сходство, так и их отличия от опросников для учителей, используемых в международных исследованиях, обусловленные спецификой готовности и способности для тьюторского сопровождения в условиях инклюзии. Важным является результат, что факторный анализ позволил выявить и в опроснике *Намерение реализовать инклюзивные практики*, и в опроснике *Эффективность тьютора, сопровождающего обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в условиях инклюзивного образования* по два фактора, во многом аналогичны друг другу, что отражает такую специфику работы тьюторов, которая связана с поддержкой ими самостоятельности (субъектности) обучающихся с ОВЗ. Эта чувствительность к данному аспекту тьюторского сопровождения, выраженному в таких трудовых действиях, как организация участия обучающегося в разработке индивидуального образовательного маршрута, а также чувствительность опросника *Отношение к инклюзии* к специфике понимания отечественными педагогами соотношения инклюзивного и специального образования делают разработанные опросники ценным инструментом для изучения субъективной готовности и способности как составляющих компонентов профессиональной компетентности будущих и работающих профессионалов к тьюторскому сопровождению, отвечающему одному из важных ее аспектов [8; 14].

Ограничением данного исследования является то, что в нем изучается субъективный компонент профессиональной компетентности, тогда как объективный состав профиля компетенций представляет собой отдельное направление исследований [5; 7; 8; 11; 14; 15; 17; 18; 28]. Перспективы дальнейших исследований, с одной стороны, заключаются в доработке опросников и валидации модели с учетом структуры факторов и их кросскорреляции, с другой стороны, они связаны с дифференциацией и контекстуализацией исследований в зависимости от профиля подготовки студентов, который, как показано [34], может влиять на отношение к инклюзии, намерение ее реализовать, уверенность в компетентности (эффективность реализации) и воспринимаемые трудности.

Литература

1. Алехина С.В., Мельник Ю.В., Самсонова Е.В. и др. Оценка инклюзивного процесса как инструмент проектирования инклюзии в образовательной организации // Психологическая наука и образование. 2021. Том 26. № 5. С. 116–126. DOI: 10.17759/pse.2021260509

2. Алехина С.В., Шеманов А.Ю. Философские и методологические основы инклюзивного образования: учебно-методическое пособие. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. 263 с.

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

3. *Афанасьев Д.В., Денисова О.А., Леханова О.Л. и др.* Готовность преподавателей высшей школы к инклюзивному образованию // Психолого-педагогические исследования. 2019. Том 11. № 3. С. 128–142. DOI: 10.17759/psyedu.2019110311

4. *Белкина В.В., Макеева Т.В.* Концепт универсальных компетенций высшего образования // Ярославский педагогический вестник. 2018. № 5. С. 117–126.

5. *Быстрова Ю.О., Коваленко В.Е.* Тренінг як засіб підвищення професійної компетентності педагогів у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами // Актуальні питання корекційної освіти. 2018. № 11. С. 24–34.

6. *Бут Т., Эйнскоу М.* Показатели инклюзии: практическое пособие / под ред. М. Вогана; пер. с англ. И. Анিকেев; науч. ред. Н. Борисова, общ. ред. М. Перфильева. М.: РООИ «Перспектива», 2007. 124 с.

7. *Георге И.В.* Формирование профессиональных компетенций студентов образовательных организаций высшего образования на основе организации самостоятельной работы: монография. Тюмень: ТИУ, 2016. 143 с.

8. *Карпенкова И.В., Самсонова Е.В., Алехина С.В. и др.* Тьюторское сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования: методическое пособие / под ред. Е.В. Самсоновой. М.: МГППУ, 2017. 173 с.

9. *Козырева О.А., Стоянова Е.И.* Дефиниции «готовность», «инклюзивная готовность» будущего педагога к работе в условиях инклюзивного образования как предмет исследования // Инновационные проекты и программы в образовании. 2016. № 5. С. 39–45.

10. *Махова О.В.* От готовности к компетенции // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2014. № 7. С.186–188.

11. *Ольхина Е.А., Уромова С.Е.* Представления педагогов специальных (коррекционных) учреждений о роли тьютора // Проблемы современного педагогического образования. 2021. № 71–3. С. 139–142.

12. *Поникарова В.Н.* Особенности изменения динамики профессионально важных качеств педагогов инклюзивного образования // Вестник Череповецкого государственного университета. 2015. № 2 (63). С. 131–134. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-izmeneniya-dinamiki-professionalno-vazhnyh-kachestv-pedagogov-inklyuzivnogo-obrazovaniya> (дата обращения: 24.12.2022).

13. Профессиональный стандарт № 571 «Специалист в области воспитания» (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 января 2017 г. № 10н). URL: <https://docs.cntd.ru/document/420390300> (дата обращения: 24.12.2022).

14. *Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Шеманов А.Ю. и др.* Компетенции тьютора в инклюзивном образовании: специфика программ профессиональной подготовки

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

// Психолого-педагогические исследования. 2022. Том 14. № 2. С. 84–99. DOI: 10.17759/psyedu.2022140206

15. 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. DOI:10.17759/cpse.2021100210

16. Хутрюк В.В. Инклюзивная готовность педагога: мотивационно-конативный компонент // Веснік МДПУ імя І.П. Шамякіна. 2015. № 1 (45). С. 98–103.

17. Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно ориентированной парадигмы образования // Народное образование. 2003. № 2. С. 58–64.

18. Черных С.И. Персональная образовательная среда в проблемном поле философии образования // Профессиональное образование в современном мире. 2022. Том 12. № 1. С. 11–19. DOI: 10.20913/2618-7515-2022-1-2

19. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the theory of planned behavior // Journal of Applied Social Psychology. 2002. Vol. 32. № 4. P. 665–683. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x

20. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997. 604 p.

21. Breyer C., Wilfling K., Leitenbauer C. et al. The self-efficacy of learning and support assistants in the Austrian inclusive education context // European Journal of Special Needs Education. 2020. Vol. 35. № 4. P. 451–465. DOI: 10.1080/08856257.2019.1706255

22. Bystrova Yu., Kovalenko V., Kazachiner O. Social and pedagogical support of children with disabilities in conditions of general secondary educational establishments // Journal for Educators, Teachers and Trainers. 2021. Vol. 12 (3). P. 101–114. DOI: 10.47750/jett.2021.12.03.010

23. Jackson C., Sharma U., Odier-Guedj D. et al. Teachers' perceptions of their work with teacher assistants: A systematic literature review // Australian Journal of Teacher Education. 2021. Vol. 46. № 11. DOI: 10.14221/ajte.2021v46n11.5

24. Johnson D.D., Bornstein J. Racial equity policy that moves implicit bias beyond a metaphor for individual prejudice to a means of exposing structural oppression // Journal of Cases in Educational Leadership. 2021. Vol. 24. № 2. P. 81–95. DOI: 10.1177/1555458920976721

25. Kauffman J.M., Anastasiou D. On cultural politics in special education: Is much of it justifiable? // Journal of Disability Policy Studies. 2019. Vol. 30. № 2. P. 78–90. DOI: 10.1177/1044207318822262

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

26. *Kraft P., Rise J., Sutton S. et al.* Perceived difficulty in the theory of planned behaviour: Perceived behavioural control or affective attitude? // *British Journal of Social Psychology*. 2005. Vol. 44. № 3. P. 479–496. DOI: 10.1348/014466604X17533

27. *Pullen P.C., Ashworth K.E., Ryoo J.H.* Prevalence rates of students identified for special education and their interstate variability: A longitudinal approach // *Learning Disability Quarterly*. 2020. Vol. 43. № 2. P. 88–100. DOI: 10.1177/0731948719837912

28. *Romano A., Rullo M., Petruccioli R.* La valutazione dei learning outcomes e delle competenze core degli insegnanti di sostegno. Uno studio pilota [The assessment of learning outcomes and core competencies of inclusive education teachers. A pilot study] // *Form@re – Open Journal per la Formazione in Rete*. 2021. Vol. 21. № 1. P. 188–203. DOI: 10.13128/form-10451 (In Italian, abstr. in Engl.).

29. *San Martin C., Ramirez C., Calvo R. et al.* Chilean teachers' attitudes towards inclusive education, intention, and self-efficacy to implement inclusive practices // *Sustainability*. 2021. Vol. 13. Article 2300. DOI: 10.3390/su13042300

30. *Sharma U., Desai I.* Measuring concerns about integrated education in India // *Asia and Pacific Journal of Disability*. 2002. Vol. 5 (1). P. 2–14.

31. *Sharma U., Jacobs D.K.* Predicting in-service educators' intentions to teach in inclusive classrooms in India and Australia // *Teaching and Teacher Education*. 2016. Vol. 55. P. 13–23. DOI: 10.1016/j.tate.2015.12.004

32. *Sharma U., Loreman T., Forlin C.* Measuring teacher efficacy to implement inclusive practices // *Journal of Research in Special Educational Needs*. 2012. Vol. 12. № 1. P. 12–21. DOI: 10.1111/j.1471-3802.2011.01200.x

33. *Sharma U., Sokal L., Wang M. et al.* Measuring the use of inclusive practices among pre-service educators: A multi-national study // *Teaching and Teacher Education*. 2021. Vol. 107. Article 103506. DOI: 10.1016/j.tate.2021.103506

34. *Song J., Sharma U., Choi H.* Impact of teacher education on pre-service regular school teachers' attitudes, intentions, concerns and self-efficacy about inclusive education in South Korea // *Teaching and Teacher Education*. 2019. Vol. 86. Article 102901. DOI: 10.1016/j.tate.2019.102901

35. *Waitoller F.R., Lubienski C.* Disability, race, and the geography of school choice: Toward an intersectional analytical framework // *AERA Open*. 2019. Vol. 5. № 1. DOI: 10.1177/2332858418822505

36. *Werner S., Gumpel T.P., Koller J. et al.* Can self-efficacy mediate between knowledge of policy, school support and teacher attitudes towards inclusive education? // *PLOS ONE*. 2021. Vol. 16 (9). E0257657. DOI: 10.1371/journal.pone.0257657

37. *White J.M., Li S., Ashby C.E. et al.* Same as it ever was: The nexus of race, ability, and place in one urban school district // *Educational Studies*. 2019. Vol. 55. № 4. P. 453–472. DOI: 10.1080/00131946.2019.1630130

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

38. *Whitford D.K., Carrero K.M. Divergent discourse in disproportionality research: A response to Kauffman and Anastasiou // Journal of Disability Policy Studies. 2019. Vol. 30. № 2. P. 91–104. DOI: 10.1177/1044207318822264*

39. *Yada A., Leskinen M., Savolainen H. et al. Meta-analysis of the relationship between teachers' self-efficacy and attitudes toward inclusive education // Teaching and Teacher Education. 2022. Vol. 109. Article 103521. DOI: 10.1016/j.tate.2021.103521*

References

1. Alekhina A.V., Mel'nik Yu.V., Samsonova E.V. et al. Otsenka inklyuzivnogo protsessa kak instrument proektirovaniya inklyuzii v obrazovatel'noi organizatsii [Assessment of inclusive process as a tool for designing inclusion in educational institution]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2021, vol. 26, no. 5, pp. 116–126. DOI: 10.17759/pse.2021260509 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Alekhina S.V., Shemanov A.Yu. Filosofskie i metodologicheskie osnovy inklyuzivnogo obrazovaniya: uchebno-metodicheskoe posobie [Philosophical and methodological foundations of inclusive education: Teaching aid]. Moscow: MSUPE, 2022. 263 p. (In Russ.).

3. Afanasiev D.V., Denisova O.A., Lekhanova O.L. et al. Gotovnost' prepodavatelei vysshei shkoly k inklyuzivnomu obrazovaniyu [Higher education teacher readiness for inclusive education]. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya = Psychological-Educational Studies*, 2019, vol. 11, no. 3, pp. 128–142. DOI: 10.17759/psyedu.2019110311 (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Belkina V.V., Makeeva T.V. Kontsept universal'nykh kompetentsii vysshego obrazovaniya [Concept of higher education universal competences]. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik = Yaroslavl Pedagogical Bulletin*, 2018, no. 5, pp. 117–126 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Bistrova Yu.O., Kovalenko V.E. Treninh yak zasib pidvyshchennya profesiynoyi kompetentnosti pedahohiv u sferi inklyuzyvnoho navchannya ditey z osoblyvymy osvithnyimi potrebamy [Training as a means of increasing the professional competence of teachers in the field of inclusive education of children with special educational needs]. *Aktual'ni pytannya korektsiynoyi osvity = Current Issues of Correctional Education*, 2018, no. 11, pp. 24–34 (In Ukr.).

6. Booth T., Ainscow M. Pokazateli inklyuzii: Prakticheskoe posobie [Index for inclusion: Practical guide] / M. Vogan (ed.), N. Borisova (sc. ed.), M. Perfil'eva (gen. ed.). Moscow: Perspektiva, 2007. 124 p. (In Russ.).

7. George I.V. Formirovanie professional'nykh kompetentsii studentov obrazovatel'nykh organizatsii vysshego obrazovaniya na osnove organizatsii samostoyatel'noi raboty: monografiya [Formation of professional competencies of students of based on the independent work: monograph]. Tyumen': TIU, 2016. 143 p. (In Russ.).

8. Karpenkova I.V., Samsonova E.V., Alekhina S.V. et al. 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 12.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Kozyreva O.A., Stoyanova E.I. Definitсии «gotovnost'», «inklyuzivnaya gotovnost'» budushchego pedagoga k rabote v usloviyakh inklyuzivnogo obrazovaniya kak predmet issledovaniya [Definitions of "readiness", "inclusive readiness" of a future teacher to work in conditions of inclusive education as a subject of research]. *Innovatsionnye proekty i programmy v obrazovanii = Innovative Projects and Programs in Education*, 2016, no. 5, pp. 39–45. (In Russ.).

10. Makhova O.V. Ot gotovnosti k kompetentsii [From readiness to competence]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova = Vestnik of Kostroma State University*, 2014, no. 7, pp. 186–188. (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Olkhina E.A., Uromova S.E. Predstavleniya pedagogov spetsial'nykh (korrektsionnykh) uchrezhdenii o roli t'yutora [Presentations by teachers of special (corrective) institutions on the role of tutor]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya = Problems of Modern Pedagogical Education*, 2021, no. 71–3, pp. 139–142. (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Ponikarova V.N. Osobennosti izmeneniya dinamiki professional'no vazhnykh kachestv pedagogov inklyuzivnogo obrazovaniya [Features of changes in the dynamics of professionally important qualities of teachers of inclusive education]. *Vestnik Cherepovetskogo gosudarstvennogo universiteta = Cherepovets State University Bulletin*, 2015, no. 2 (63), pp. 131–134. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-izmeneniya-dinamiki-professionalno-vazhnyh-kachestv-pedagogov-inklyuzivnogo-obrazovaniya> (Accessed: 24.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Professional'nyi standart № 571 «Spetsialist v oblasti vospitaniya» (utverzhen prikazom Ministerstva truda i sotsial'noi zashchity Rossiiskoi Federatsii ot 10 yanvarya 2017 g. № 10n) [Professional standard No. 571 "Specialist in the field of education" (approved by order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, January, 10, 2017 No. 10n)]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/420390300> (Accessed: 24.12.2022). (In Russ.).

14. Samsonova E.V., Bystrova Y.A., Shemanov A.Y. et al. Kompetentsii t'yutora v inklyuzivnom obrazovanii: spetsifika programm professional'noi podgotovki [Tutor competencies in inclusive education: Specifics of professional training curricula]. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya = Psychological-Educational Studies*, 2022, vol. 14, no. 2, pp. 84–99. DOI: 10.17759/psyedu.2022140206. (In Russ., abstr. in Engl.)

15. Samsonova E.V., Mel'nik Y.V., Karpenkova I.V. T'yutorskoe soprovozhdenie obuchayushchikhsya s osobymi obrazovatel'nymi potrebnyami v usloviyakh inklyuzivnogo obrazovaniya [Tutor support of learners with special educational needs in

conditions of inclusive education]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 165–182. DOI: 10.17759/cpse.2021100210. (In Russ., abstr. in Engl.)

16. Khitryuk V.V. Inklyuzivnaya gotovnost' pedagoga: motivatsionno-konativnyi komponent [Inclusive readiness of a teacher: Motivational-conative component]. *Vesnik MDPU im. I. P. Shamyakina = Bulletin of MDPU n. a. I.P. Shamyakina*, 2015, no. 1 (45), pp. 98–103. (In Russ.).

17. Hutorskoy A.V. Klyuchevye kompetentsii kak komponent lichnostno orientirovannoi paradigmy obrazovaniya [Key competencies as a component of the personality-oriented paradigm of education]. *Narodnoe obrazovanie = National Education*, 2003, no. 2, pp. 58–64. (In Russ.).

18. Chernykh S.I. Personal'naya obrazovatel'naya sreda v problemnom pole filosofii obrazovaniya [Personal educational environment in the problem field of the philosophy of education]. *Professional'noe obrazovanie v sovremennom mire = Professional Education in the Modern World*, 2022, vol. 12, no. 1, pp. 11–19. DOI: 10.20913/2618-7515-2022-1-2 (In Russ.).

19. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 2002, vol. 32, no. 4, pp. 665–683. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x

20. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997. 604 p.

21. Breyer C., Wilfling K., Leitenbauer C. et al. The self-efficacy of learning and support assistants in the Austrian inclusive education context. *European Journal of Special Needs Education*, 2020, vol. 35, no. 4, pp. 451–465. DOI: 10.1080/08856257.2019.1706255

22. Bystrova Yu., Kovalenko V., Kazachiner O. Social and pedagogical support of children with disabilities in conditions of general secondary educational establishments. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 2021, vol. 12 (3), pp. 101–114. DOI: 10.47750/jett.2021.12.03.010

23. Jackson C., Sharma U., Odier-Guedj D. et al. Teachers' perceptions of their work with teacher assistants: A systematic literature review. *Australian Journal of Teacher Education*, 2021, vol. 46, no. 11. DOI: 10.14221/ajte.2021v46n11.5

24. Johnson D.D., Bornstein J. Racial equity policy that moves implicit bias beyond a metaphor for individual prejudice to a means of exposing structural oppression. *Journal of Cases in Educational Leadership*, 2021, vol. 24, no. 2, pp. 81–95. DOI: 10.1177/1555458920976721

25. Kauffman J.M., Anastasiou D. On cultural politics in special education: Is much of it justifiable? *Journal of Disability Policy Studies*, 2019, vol. 30, no. 2, pp. 78–90. DOI: 10.1177/1044207318822262

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

26. Kraft P., Rise J., Sutton S. et al. Perceived difficulty in the theory of planned behaviour: Perceived behavioural control or affective attitude? *British Journal of Social Psychology*, 2005, vol. 44, no. 3, pp. 479–496. DOI: 10.1348/014466604X17533
27. Pullen P.C., Ashworth K.E., Ryoo J.H. Prevalence rates of students identified for special education and their interstate variability: A longitudinal approach. *Learning Disability Quarterly*, 2020, vol. 43, no. 2, pp. 88–100. DOI: 10.1177/0731948719837912
28. Romano A., Rullo M., Petruccioli R. La valutazione dei learning outcomes e delle competenze core degli insegnanti di sostegno. Uno studio pilota [The assessment of learning outcomes and core competencies of inclusive education teachers. A pilot study]. *Form@re – Open Journal per la Formazione in Rete*, 2021, vol. 21, no. 1, pp. 188–203. DOI: 10.13128/form-10451 (In Italian, abstr. in Engl.).
29. San Martin C., Ramirez C., Calvo R. et al. Chilean teachers' attitudes towards inclusive education, intention, and self-efficacy to implement inclusive practices. *Sustainability*, 2021, vol. 13, article 2300. DOI: 10.3390/su13042300
30. Sharma U., Desai I. Measuring concerns about integrated education in India. *Asia and Pacific Journal of Disability*, 2002, vol. 5 (1), pp. 2–14.
31. Sharma U., Jacobs D.K. Predicting in-service educators' intentions to teach in inclusive classrooms in India and Australia. *Teaching and Teacher Education*, 2016, vol. 55, pp. 13–23. DOI: 10.1016/j.tate.2015.12.004
32. Sharma U., Loreman T., Forlin C. Measuring teacher efficacy to implement inclusive practices. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 2012, vol. 12, no. 1, pp. 12–21. DOI: 10.1111/j.1471-3802.2011.01200.x
33. Sharma U., Sokal L., Wang M. et al. Measuring the use of inclusive practices among pre-service educators: A multi-national study. *Teaching and Teacher Education*, 2021, vol. 107, article 103506. DOI: 10.1016/j.tate.2021.103506
34. Song J., Sharma U., Choi H. Impact of teacher education on pre-service regular school teachers' attitudes, intentions, concerns and self-efficacy about inclusive education in South Korea. *Teaching and Teacher Education*, 2019, vol. 86, article 102901. DOI: 10.1016/j.tate.2019.102901
35. Waitoller F.R., Lubienski C. Disability, race, and the geography of school choice: Toward an intersectional analytical framework. *AERA Open*, 2019, vol. 5, no. 1. DOI: 10.1177/2332858418822505
36. Werner S., Gumpel T.P., Koller J. et al. Can self-efficacy mediate between knowledge of policy, school support and teacher attitudes towards inclusive education? *PLOS ONE*, 2021, vol. 16 (9), e0257657. DOI: 10.1371/journal.pone.0257657
37. White J.M., Li S., Ashby C.E. et al. Same as it ever was: The nexus of race, ability, and place in one urban school district. *Educational Studies*, 2019, vol. 55, no. 4, pp. 453–472. DOI: 10.1080/00131946.2019.1630130

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

38. Whitford D.K., Carrero K.M. Divergent discourse in disproportionality research: A response to Kauffman and Anastasiou. *Journal of Disability Policy Studies*, 2019, vol. 30, no. 2, pp. 91–104. DOI: 10.1177/1044207318822264

39. Yada A., Leskinen M., Savolainen H. et al. Meta-analysis of the relationship between teachers' self-efficacy and attitudes toward inclusive education. *Teaching and Teacher Education*, 2022, vol. 109, article 103521. DOI: 10.1016/j.tate.2021.103521

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 ОПРОСНИК «ОТНОШЕНИЕ К ИНКЛЮЗИИ»

Полная объясненная дисперсия

№ пункта	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %
1	3,49	34,90	34,90	3,49	34,90	34,90	2,88	28,76	28,76
2	1,34	13,40	48,30	1,34	13,40	48,30	1,95	19,53	48,29
3	1,19	11,91	60,21	1,19	11,91	60,21	1,19	11,92	60,21
4	0,78	7,81	68,01						
5	0,71	7,14	75,16						
6	0,63	6,29	81,44						
7	0,55	5,51	86,96						
8	0,52	5,16	92,11						
9	0,46	4,56	96,67						
10	0,33	3,33	100,00						

Примечание: % дисп. — процент дисперсии; Кумул. % — кумулятивный процент дисперсии.

Матрица повернутых компонент

№ пункта	Пункт	Компонента		
		1	2	3
8	Меня радует возможность организовывать взаимодействие между детьми с разными образовательными потребностями	0,83		
7	Меня вдохновляет возможность работать в условиях разнообразия способностей детей	0,75		
9	Меня увлекает задача преодолевать трудности и препятствия, которые могут возникать в процессе тьюторского сопровождения	0,73		
6	Я рад, что у меня есть возможность помогать в обучении ученикам с более низкими академическими способностями в общем классе	0,68		

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А.,
Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей
профессиональной компетентности тьютора
в условиях инклюзивного образования:
пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

*Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A.,
Kutepova E.N. An Approach to Assessing
the Features of a Tutor's Professional Competence
in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.*

10	Мне интересно и увлекательно искать новые решения и методические подходы, помогающие обучающимся	0,62		
3	Я считаю, что все учащиеся могут учиться в инклюзивных классах, если их учителя готовы адаптировать учебную программу		0,82	
4	Я считаю, что все учащиеся могут учиться в инклюзивных классах, если им созданы специальные образовательные условия, в том числе поддержка специалистами сопровождения		0,75	
1	Я считаю, что все дети, независимо от их способностей, должны обучаться в обычных классах		0,61	0,41
2	Я считаю, что инклюзия полезна для социализации и обучения всех учащихся	0,42	0,47	
5	Я считаю, что учащихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития и выраженными особенностями поведения следует обучать в специальных школах или на дому			0,87

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОПРОСНИК «НАМЕРЕНИЕ РЕАЛИЗОВАТЬ ИНКЛЮЗИВНЫЕ ПРАКТИКИ»

Полная объясненная дисперсия

№ пункта	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисп	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %
1	5,91	53,71	53,71	5,91	53,71	53,71	3,85	35,01	35,01
2	1,01	9,22	62,93	1,01	9,22	62,93	3,07	27,92	62,93
3	0,84	7,66	70,59						
4	0,62	5,66	76,25						
5	0,49	4,47	80,72						
6	0,47	4,26	84,98						
7	0,42	3,84	88,81						
8	0,38	3,45	92,26						
9	0,33	3,00	95,26						
10	0,29	2,62	97,87						
11	0,23	2,13	100,00						

Примечание: % дисп. — процент дисперсии; Кумул. % — кумулятивный процент дисперсии.

Матрица повернутых компонент

№ пункта	Пункт	Компонента	
		1	2
1	Я буду адаптировать учебные задания, исходя из особых образовательных потребностей обучающегося	0,80	
4	Я приму участие в программе профессионального развития, чтобы я мог оказать эффективную поддержку ученикам с различными потребностями в обучении	0,77	
11	Я буду стремиться настойчиво преодолевать все возникающие трудности, мешающие эффективному тьюторскому сопровождению обучающегося с особыми образовательными потребностями	0,74	
10	Я буду искать недостающие ресурсы в школе и вне школы для поддержки ученика с особыми образовательными потребностями	0,69	0,41
2	Я буду советоваться с родителями ученика по всем вопросам, касающимся трудностей в общении и обучении	0,63	
3	Я буду советоваться со своими коллегами для уточнения видов моей помощи учащемуся, испытывающему затруднения и проблемы в обучении и общении со сверстниками и педагогами	0,61	0,42
9	Я изменю условия оценивания в соответствии с особенностями учащегося, испытывающего затруднения (например, предоставляю больше времени для выполнения задания или модифицирую тестовые вопросы)	0,57	0,48
6	Я спрошу учащегося, демонстрирующего проблемное поведение, как лучше с ним взаимодействовать		0,85
5	Я обсужу с учеником его интересы и трудности, которые он испытывает в обучении		0,77
7	Я постараюсь вовлечь ученика в построение его индивидуального образовательного маршрута		0,76
8	Я буду включать учащихся с тяжелыми формами инвалидности в ряд социальных мероприятий в классе и школе	0,51	0,54

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 ОПРОСНИК «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЬЮТОРА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ И С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Полная объясненная дисперсия

№ пункта	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %
1	7,20	60,00	60,00	7,20	60,00	60,00	4,76	39,67	39,67
2	1,02	8,51	68,51	1,02	8,51	68,51	3,46	28,83	68,51
3	0,62	5,17	73,67						

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

4	0,59	4,87	78,54
5	0,46	3,84	82,39
6	0,39	3,26	85,64
7	0,38	3,17	88,81
8	0,36	2,96	91,77
9	0,29	2,43	94,20
10	0,25	2,10	96,30
11	0,24	1,96	98,25
12	0,21	1,75	100,00

Примечание: % дисп. — процент дисперсии; Кумул. % — кумулятивный процент дисперсии.

Матрица повернутых компонент

№ пункта	Пункт	Компонента	
		1	2
8	Я могу организовывать общение и взаимодействие обучающегося с его сверстниками на уроках и во внеурочной деятельности	0,85	
10	Я могу вовлекать обучающегося в обсуждение и построение его индивидуального образовательного маршрута	0,80	
6	Я могу снижать проблемное поведение обучающегося, имеющего эмоциональные и поведенческие проблемы	0,79	
4	Я могу поддерживать обучающихся в разработке и реализации ими индивидуальных проектов, индивидуальных образовательных маршрутов	0,70	
9	Я могу адаптировать учебные задания и дидактические материалы с учетом индивидуальных потребностей учащихся с ОВЗ и с инвалидностью	0,69	0,42
11	Я могу использовать различные стратегии оценки для того, чтобы оценить достижения и трудности обучающегося	0,67	0,48
7	Я могу применять техники для переключения внимания обучающегося с ОВЗ на учителя, когда он обращается ко всему классу	0,63	0,45
5	Я могу осуществлять взаимодействие с педагогами, родителями (законными представителями) обучающихся, другими субъектами образования в процессе разработки и реализации адаптированной образовательной программы, индивидуального образовательного маршрута	0,61	0,55
12	Я могу организовывать анализ результатов реализации индивидуального учебного плана и (или) адаптированной образовательной программы самим обучающимся	0,58	0,56
2	Я могу проводить работу по диагностике индивидуальных особенностей, способностей, затруднений обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью		0,90

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

1	Я могу информировать и просвещать тех, кто мало знает о принципах и подходах инклюзивного образования		0,76
3	Я могу проводить работу по выявлению и оформлению индивидуальных образовательных запросов, интересов обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью		0,75

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ОПРОСНИК «ТРУДНОСТИ ТЬЮТОРСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ»

Полная объясненная дисперсия

№ пункта	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %	Всего	% дисп.	Кумул. %
1	4,59	35,31	35,31	4,59	35,31	35,31	3,14	24,18	24,18
2	1,96	15,07	50,37	1,96	15,07	50,37	2,82	21,69	45,87
3	1,13	8,66	59,03	1,13	8,66	59,03	1,71	13,16	59,03
4	0,93	7,14	66,17						
5	0,71	5,42	71,59						
6	0,70	5,37	76,96						
7	0,62	4,74	81,70						
8	0,54	4,14	85,83						
9	0,49	3,78	89,61						
10	0,43	3,31	92,92						
11	0,35	2,68	95,60						
12	0,33	2,52	98,12						
13	0,25	1,89	100,00						

Примечание: % дисп. — процент дисперсии; Кумул. % — кумулятивный процент дисперсии.

Матрица повернутых компонент

№ пункта	Пункты	Компонента		
		1	2	3
2	Мне как тьютору обучающегося с ОВЗ трудно организовать хорошее взаимодействие со специалистами по коррекционно-развивающим направлениям работы	0,80		
1	Мне как тьютору обучающегося с ОВЗ трудно установить рабочий контакт с учителем на уроке	0,75		
4	Мне трудно добиться принятия обучающегося с ОВЗ одноклассниками	0,70		

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kuteпова E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

3	Мне трудно адаптировать образовательную программу для обучающихся с ОВЗ	0,68		
5	Мне трудно справиться с обучающимися с инвалидностью, которые не имеют адекватных навыков самообслуживания (например, не умеют пользоваться туалетом)	0,62		
11	В школе нет доступной среды для посещения ее детьми с инвалидностью (например, архитектурные барьеры)		0,78	
9	В школе не хватает специалистов поддержки для помощи детям с ОВЗ (логопедов, дефектологов, психологов, тьюторов, ассистентов)		0,75	
7	В моей школе нет адекватной административной поддержки для осуществления образования и тьюторского сопровождения обучающихся с ОВЗ		0,73	
12	В школе нет необходимых методических и специальных учебных материалов (например, учебников «на Брайле»)		0,68	0,47
6	У меня мало знаний и навыков, необходимых для сопровождения обучающихся с ОВЗ	0,51	0,58	
10	Я не получаю достаточной платы за работу по тьюторскому сопровождению детей с ОВЗ в условиях инклюзии			0,72
13	Включение детей с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии в общие классы окажет негативное влияние на академические достижения обучающихся без инвалидности			0,67
8	Родителям детей без инвалидности не нравится идея совместного обучения их детей с детьми с инвалидностью			0,45

Информация об авторах

Шеманов Алексей Юрьевич, доктор философских наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии, ведущий научный сотрудник Научно-методического центра Института проблем инклюзивного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru

Самсонова Елена Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель Научно-методического центра Института 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

Быстрова Юлия Александровна, доцент, доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Института проблем инклюзивного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1866-0993>, e-mail: bystrovayua@mgppu.ru

Кутепова Елена Николаевна, доцент, кандидат педагогических наук, заместитель директора Института проблем инклюзивного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5347-9583>, e-mail: kutepovaen@mgppu.ru

Information about the authors

Alexey Yu. Shemanov, Doctor of Philosophy, Professor, Department of Special Psychology and Rehabilitation, Faculty of Clinical and Special Psychology, Leading Researcher, Scientific and

Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В., Быстрова Ю.А., Кутепова Е.Н. Подход к оценке особенностей профессиональной компетентности тьютора в условиях инклюзивного образования: пилотное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 233–263.

Shemanov A.Yu., Samsonova E.V., Bystrova Yu.A., Kutepova E.N. An Approach to Assessing the Features of a Tutor's Professional Competence in an Inclusive Education: A Pilot Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 233–263.

Methodological Center of the Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru

Elena V. Samsonova, PhD in Psychology, Chief, Scientific and Methodological Center of the 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

Yuliya A. Bystrova, Doctor of Psychology, Leading Researcher, Scientific and Methodological Center of the Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1866-0993>, e-mail: bystrovayua@mgppu.ru

Elena N. Kutepova, PhD in Pedagogical Sciences, Associate Director, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5347-9583>, e-mail: kutepovaen@mgppu.ru

Получена: 12.05.2022

Received: 12.05.2022

Принята в печать: 25.12.2022

Accepted: 25.12.2022

На пути к доказательности: принципы описания практик помощи лицам с расстройствами аутистического спектра

Давыдова Е.Ю.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: el-davydova@mail.ru*

Сорокин А.Б.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: sorokinab@mgppu.ru*

Давыдов Д.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0993-3803>, e-mail: davydovdv@mgppu.ru*

Тюшкевич С.А.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9029-2830>, e-mail: tyushkevichsv@yandex.ru*

Хаустов А.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru*

В статье обсуждается современное состояние проблемы оценки эффективности практик помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Представлен алгоритм описания практик с учетом требований доказательного подхода, включающий аспекты вмешательства, необходимые для воспроизведения и оценки результативности: методологическое обоснование, целевая группа и комплекс целей, структура, регламент реализации и оснащенность практики, а также сведения об исполнителях и исследованиях эффективности таких практик. Рекомендации по составлению методологического обоснования разработаны с учетом специфики отечественной методической литературы и критериев соответствия цели вмешательства принципам доказательности. В статье также описан потенциал доказательного подхода как с точки зрения подтверждения эффективности вмешательств и практик помощи, так и внедрения их в практическую работу специалистов образовательного и психологического профилей. Представленный

Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В. и др.
На пути к доказательности:
принципы описания практик помощи лицам
с расстройствами аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 264–279.

Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V. et al.
Towards the Evidence-Based Approach:
Presentation Guideline for a Practice Used
in Autism Spectrum Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 264–279.

алгоритм может применяться психологами и педагогами, разрабатывающими методы сопровождения и коррекции детей с расстройствами аутистического спектра, а также экспертами, проводящими исследования эффективности подобных практик.

Ключевые слова: доказательный подход, расстройства аутистического спектра, практики помощи лицам с РАС, оценка эффективности, алгоритм описания практик.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках государственного задания Министерства просвещения Российской Федерации № 073-00110-22-02 от 08.04.2022 «Комплексное сопровождение детей с РАС на основе доказательного подхода».

Для цитаты: Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В., Тюшкевич С.А., Хаустов А.В. На пути к доказательности: принципы описания практик помощи лицам с расстройствами аутистического спектра [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 264–279. DOI: 10.17759/cpse.2022110411

Towards the Evidence-Based Approach: Presentation Guideline for a Practice Used in Autism Spectrum Disorders

Elizaveta Yu. Davydova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: davydovaeju@mgppu.ru*

Alexander B. Sorokin

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: sorokinab@mgppu.ru*

Denis V. Davydov

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0993-3803>, e-mail: davydovdv@mgppu.ru*

Svetlana A. Tyushkevich

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9029-2830>, e-mail: tyushkevichsv@yandex.ru*

Arthur V. Khaustov

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: haustovav@mgppu.ru*

The article discusses the current state of efficiency evaluation understanding for practices for children with ASD. The authors provide the algorithm of description in terms of evidence-based approach with intervention features that are crucial for replication and analysis of efficacy, incorporating the theoretical background, target group, goals and objectives, implementation plan, technical support, as well as the research team and evidence studies. These recommendations were developed with reference to the Russian instructional tradition and criteria for evidence-based practices. The article also describes the potential of an evidence-based approach both in terms of confirming the effectiveness of interventions and assistance practices, and their implementation in the practical work of specialists in educational and psychological profiles. The presented algorithm can be used for planning of efficacy studies by psychologists and teachers who develop methods for support and interventions in children with autism spectrum disorders as well as professionals who assess the efficiency of such practices.

Keywords: evidence-based approach, autism spectrum disorders, intervention practices for individuals with ASD, efficiency evaluation, presentation algorithm for practices.

Funding. The study was carried out within the framework of the State task of the Ministry of Education of the Russian Federation No. 073-00110-22-02 dated 08/04/2022 "Comprehensive support for children with ASD based on an evidence-based approach".

For citation: Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V., Tyushkevich S.A., Khaustov A.V. Towards the Evidence-Based Approach: Presentation Guideline for a Practice Used in Autism Spectrum Disorders. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 264–279. DOI: 10.17759/cpse.2022110411 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема доказательности в сфере социальных практик, практик психологической помощи и специального образования уже несколько десятилетий не теряет своей актуальности. По мнению В. Duncan и R. Reese, вопрос о том, что представляет собой доказательство и как оно должно влиять на практику, является предметом одной из самых ожесточенных дискуссий нашего времени [16]. В настоящее время можно с уверенностью сказать, что в большинстве стран Америки и Европы «доказательный подход занял доминирующее положение, и большинство программ психологической и социальной помощи ориентируются именно на разработанные в нем принципы и стратегии работы» [1]. Само понятие доказательности было перенесено из медицинской практики в практическую психологию и переосмыслено с учетом особенностей психолого-педагогических и образовательных вмешательств, однако исследований эффективности применения различных методов работы в области помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) в России пока мало. В клинических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ от 2020 года, разработанных для специалистов, занимающиеся сопровождением детей с РАС [10], представлены преимущественно зарубежные методы, имеющие достаточный

уровень доказательности по данным литературы, что свидетельствует об актуальности проведения исследований результативности применения как адаптированных зарубежных, так и отечественных методик. Что касается специального образования, то здесь проблема доказательности еще менее разработана, хотя мировая практика также ориентирована на выявление и использование методов, основанных на фактических данных, которые с наибольшей вероятностью улучшают результаты учащихся [14].

В 2021 году научной лабораторией Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС Московского государственного психолого-педагогического университета (далее — ФРЦ МГППУ) был проведен всероссийский мониторинг опыта работы специалистов из различных организаций с целью сбора актуальной информации о методах развития и обучения, применяемых в работе с людьми с РАС. В результате анализа 222 анкет было выявлено значительное разнообразие применяемых методов, 50% которых относились к методам с доказанной эффективностью по данным зарубежной научной литературы [23]. Судить о качестве реализации конкретных методик сложно, поскольку исследования их применения на российской выборке с учетом возможных модификаций пока немногочисленны и не всегда предоставляют информацию, необходимую для научной верификации. С отечественными методиками дело обстоит еще сложнее. Большинство вмешательств ориентируется на комплексное психолого-педагогическое сопровождение, представляющее междисциплинарную систему помощи, не имеющую универсального регламента и реализующуюся вариативно в зависимости от запроса благополучателей и возможностей организации. Разнообразие подходов в практике помощи детям с РАС обеспечивает широту выбора, но ограничивает возможности проверки результативности отдельных вмешательств. Кроме того, к комплексным подходам и теоретическим обоснованиям вмешательств (например, прикладному анализу поведения как научной дисциплине) предъявляются требования, отличные от применяющихся для подтверждения эффективности отдельного метода или приема [19]. Одной из существенных проблем на пути проведения исследований эффективности практик помощи людям с РАС, разработанных отечественными специалистами в рамках традиционных подходов, является малое количество руководств, описывающих все этапы вмешательства с предоставлением диагностических инструментов и критериев оценки результативности. Наличие таких руководств обеспечивает уверенность в адекватности метода для данного расстройства и предоставляет возможность обоснованного выбора вмешательства [18]. Отечественные практики также обеспечены методическими разработками, в которых изложены некоторые теоретические положения, представлены общие рекомендации, приведены примерная программа и примеры заданий и упражнений, однако они чаще оформлены в стиле свободных рекомендаций, а не практических руководств для контролируемой реализации практики. Такие пособия активно используются специалистами, они позволяют подобрать варианты помощи, составить индивидуальную программу. Однако строго оценить эффективность эклектичного вмешательства, разработанного специалистом на основании нескольких методик из разных подходов, не представляется возможным, что, конечно, не свидетельствует об отсутствии результативности, но требует ее подтверждения.

В целях оптимизации процесса научного сопровождения исследований эффективности программ и технологий работы с РАС сотрудниками научной лаборатории ФРЦ МГППУ был разработан алгоритм описания практик работы с РАС с учетом положений стандарта доказательности социальных практик в сфере детства [12]. В процессе апробации алгоритма были описаны три инновационных технологии сопровождения детей с РАС. В статье проведены уточнение и разработка для каждой практики системы оценки целевых показателей, которые апробировались в ходе пилотных исследований эффективности применения вмешательств [2; 8; 13].

Алгоритм описания практик работы с лицами с РАС

1. Паспорт практики

Паспорт практики — это шаблон для краткого представления основных сведений, включающих информацию об авторах, целях реализации, целевой группе, методической оснащенности, наличии исследований эффективности. В паспорте также указывается тип практики: это может быть комплексный подход, программа, конкретная методика или отдельный прием работы. Единообразное оформление паспорта практики позволяет специалистам быстро получать нужную информацию и подбирать наиболее подходящие варианты для внедрения в работу. Все обозначенные в паспорте позиции раскрываются при составлении полного описания по заготовленному плану, снабженному указаниями и пояснениями. Структура плана предоставляет возможность модификации описания в соответствии с масштабом и типом практики, что обеспечивает сопоставимость описаний и облегчает работу пользователей.

2. Методологическое обоснование практики

Методологическое обоснование предоставляет информацию о теоретическом подходе, в рамках которого создана практика. Эта информация позволяет понимать механизм достижения цели при помощи определенных приемов. Так, если целью вмешательства является помощь в освоении какой-либо деятельности, психологический анализ процесса ее реализации необходим для понимания механизма нарушений. Например, приемы и методы помощи, применяющиеся в рамках прикладного анализа поведения (ПАП), опираются на научные представления бихевиоризма и концепцию оперантного обучения. Одна из наиболее известных программ помощи при аутизме (Модель Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе), основанных на ПАП, обычно включает 40 часов терапии в неделю в течение двух-трех лет [17], преимущественно в форме индивидуального взаимодействия ребенка со специалистом с использованием дискретных форм обучения (ДТТ) [24]. Несоблюдение правил ДТТ критически снижает результативность работы. Теоретические представления о механизмах типичных нарушений поведения при РАС также лежат в основе методов, направленных на диагностику уровня сформированности навыков. Таким образом, методологическое обоснование практики представляет систему теоретических положений о механизмах развития определенных психических функций и совокупность диагностических критериев и психолого-педагогических приемов, на основании которых строится индивидуальная программа помощи.

В соответствии с новым стандартом образования, ориентированным на деятельностный подход, основным результатом образования является развитие личности учащегося на основе освоения универсальных способов деятельности (ФГОС). Учебная деятельность становится инструментом развития личности, что относится и к обучению лиц с ОВЗ; соответственно, необходимо не только описание этих понятий, но и представление процедуры их реализации в конкретной учебной, развивающей или коррекционной деятельности для специалистов, планирующих освоение и внедрение практики.

Поскольку цель описания практик помощи — не столько постулирование необходимости выполнения определенных задач, сколько представление способа достижения поставленных целей, важно показать, каким образом обеспечивается реализация принципов деятельностного подхода, таких как овладение учеником общего способа действия в границах предложенного класса задач, формирование гипотетико-дедуктивного мышления, становления самостоятельности и инициативы [5]. Тенденция формального упоминания подхода, лежащего в основе практики, распространяется не только на относительно новые понятия, такие как системно-деятельностный подход, но и на классические теории психологии развития, например, зоны ближайшего развития (ЗБР). Редкие методические рекомендации не отмечают необходимость ориентироваться на ЗБР, при этом не уточняется конкретная процедура исследования ее границ. Между тем современные исследования, продолжающие развитие концепции Л.С. Выготского, постулируют необходимость рассмотрения ЗБР как многовекторной структуры [3] и расширения ее границ за счет включения в нее не только овладения ребенком операционально-технической стороной предметного действия, но и осознание им смысла действия как направленного на другого человека [7]. Операционализация процесса определения ЗБР по нескольким векторам психического развития является важной задачей психолого-педагогической диагностики, особенно актуальной для разработки программ помощи детям с РАС. Методологическое обоснование также не должно сводиться к перечню теорий и концепций, близких автору. Его задача — продемонстрировать реальную, а не декларативную связь теории с конкретными практическими приемами и методами.

3. Целевая группа

Описание целевой группы вмешательства должно включать достаточно информации как для потенциальной репликации эксперимента, подтверждающего эффективность вмешательства, так и для уверенной оценки возможности применения вмешательства для индивидуальной или групповой работы с детьми с РАС. К необходимым характеристикам целевой группы, которые должны приводиться в описании практики, относятся возраст, пол и диагноз [11; 21]. Для растянутых по времени практик указывается возраст начала вмешательства. Под «диагнозом» понимается не только клинический диагноз, установленный психиатром в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (до 2024 года будет внедрен 11 пересмотр Международной классификации болезней, см. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 октября 2021 года №2900-р.) [6], но и диагностическая группа, установленная в целях

планирования обучения или психолого-педагогического вмешательства. Желательно указать, какие скрининговые методики применялись для установления диагноза и был ли диагноз или диагностическая группа подтверждены стандартизированными методами обследования, например, такими как ADI-R [9], ADOS-2 [4]. Описание целевой группы также должно включать те показатели развития, значение которых важно для реализации практики (образовательный уровень, уровень развития речи, сформированность навыков самообслуживания и др.). Сравнительный анализ исследований эффективности различных методов показывает, что в разных возрастных диапазонах один и тот же метод может иметь различный уровень доказательности. Это связано как с реальными различиями в его эффективности, так и с неравномерным распределением исследований по возрастным группам [23]. Такие различия не обязательно свидетельствуют о том, что метод применим только для узкой группы благополучателей, но нелишним будет привести доводы о допустимости расширения группы по определенным критериям, пока экспериментальное подтверждение или опровержение является затруднительным.

4. Цели практики

Определение целей вмешательств для детей с РАС осложнено несколькими факторами. Среди них центральное место занимает гетерогенность аутистического спектра, из-за которой для групповых дизайнов трудно или невозможно собрать однородную группу с достаточным числом испытуемых для исследования эффективности. Для дизайнов, предполагающих одного или нескольких испытуемых, может оказаться затруднительным перенос результатов на практику из-за значительных различий среди детей с РАС по многим параметрам.

Другой сложностью является небольшая величина эффекта для вмешательств, особенно при генерализации цели, то есть, если вмешательство происходит в одном контексте, например, в школе, и лишь незначительно переносится на поведение в других контекстах, например, дома. Это также относится к отставленным эффектам, которые выявляются при помощи стандартизированных инструментов и непосредственно не связаны с «мишенью» вмешательства [22]. Даже при достижении уровня статистической значимости низкая величина эффекта может снизить общую целесообразность вмешательства. Кроме того, для проведения исследования с ожидаемой невысокой величиной эффекта требуется большая экспериментальная выборка, чтобы был достигнут уровень статистической значимости.

В любом случае, даже принимая во внимания эти ограничения, вмешательство может быть признано соответствующим критериям доказательного подхода, только если его эффективность была подтверждена экспериментальными исследованиями на предмет того, достигается ли в результате вмешательства та или иная цель и были ли достигнутые изменения значимыми.

Структура цели вмешательства как инструмента планирования помощи, так и критерия эффективности может быть одинаковой и включать в себя характеристики, схожие с характеристиками цели обучения, предложенными Робертом Мейджером [20]. В структуру цели должны входить изменения в поведении или другие

проявления (например, изменения характеристик внимания), которые могут быть зафиксированы, в том числе при помощи аппаратного обследования; степень, в которой эти изменения и проявления гипотетически произойдут за время вмешательства; целевой уровень развития того или иного поведенческого паттерна, достаточный для того, чтобы вмешательство могло быть признано эффективным.

Цель вмешательства должна определенно указывать на изменение, которое должно произойти в результате вмешательства. Речь идет об изменении поведения, так как в отсутствие надежного биологического теста, позволяющего выявить РАС и определить степень его выраженности, поведение является единственной измеримой характеристикой, изменение которой свидетельствует о положительной или отрицательной динамике на фоне вмешательства. Неполной является формулировка цели вмешательства без указания ожидаемой степени изменений в поведении. Например, целью вмешательства может быть уменьшение числа подсказок, которые требуются для того, чтобы ребенок правильно оценил социальные отношения между персонажами на картинке. Без статистической проверки снижение числа подсказок может оказаться недостоверным, что скомпрометирует меру эффективности метода на экспериментальном уровне, породит сомнения в целесообразности вмешательства из-за недостаточного эффекта относительно приложенных усилий.

Для определения целей эффективно применять критерии, разработанные в области управления, которые включают в себя специфичность, измеримость, применимость, реалистичность и привязку ко времени [15] и обозначаются аббревиатурой SMART по первым буквам соответствующих английских слов (specific, measurable, assignable, realistic, time-related). Применимость и реалистичность иногда заменяются на достижимость и значимость (achievable, relevant). В любом случае вмешательство должно быть нацелено на улучшение в жизни ребенка и иметь указание на степень изменения поведения и период, за который оно должно произойти. Гетерогенность аутистических проявлений требует осторожности при определении указанных характеристик цели; во многих случаях имеется возможность привести только примерные диапазоны изменений и временные рамки. Уточнение характеристик цели является фокусом предварительных исследований, которые проводят разработчики, и требует детализированной фиксации всех результатов для выявления комплекса факторов, влияющих на успешность вмешательства.

5. Структура и регламент реализации практики

Этот раздел представляет основные этапы реализации практики с указанием используемых методик. Предварительный этап включает критерии отбора благополучателей, перечень параметров развития, информацию о которых специалисту необходимо получить от их законных представителей. Начальный этап заключается в описании диагностических процедур, использующихся для постановки индивидуальных и/или групповых целей работы. Наличие алгоритма целеполагания в зависимости от результатов диагностики является залогом прогнозируемости результатов и воспроизводимости практики. Основной этап —

описание собственно вмешательства с указанием использующихся методик и приемов, способов их применения. Контрольный этап может быть как заключительным, так и промежуточным и представляет методы контроля достижения целей и принципы коррекции программы. В зависимости от типа практики состав и наполнение разделов может варьироваться, но описание структуры должно давать четкое представление о сути и характере вмешательства.

Регламент практики представляет описание формы реализации практики (индивидуальные, групповые занятия, консультации, проектная деятельность, трудовая деятельность и др.), ее периодичности, продолжительности и общей длительности воздействия. Здесь же приводятся сведения о методах и приемах, используемых для адаптации условий и методов воздействия с учетом индивидуальных особенностей благополучателей (изменение режима, адаптация материалов, применение средств альтернативной коммуникации или способы регуляции сенсорной нагрузки).

6. Оснащенность практики

В этом разделе описания представляются документы, в которых закреплены процедуры практики. В соответствии со стандартом доказательности социальных практик в сфере детства [12] стандартизованность процедур практики позволяет оценить, насколько действия, осуществляемые в рамках практики, носят устойчивый, предсказуемый и воспроизводимый характер. Наличие оформленных диагностических, методических и дидактических материалов существенно повышает привлекательность практики для специалистов и позволяет проводить контролируемые исследования эффективности. Методические материалы, снабженные технологическими картами, включающими графу регистрации достижений, позволяют сделать процесс реализации практики максимально прозрачным для всех заинтересованных лиц, включая родителей и специалистов смежных специальностей, а также создают возможности подробного отслеживания динамики целевых показателей. В практике помощи детям с РАС, учитывая гетерогенность данной диагностической группы, необходимо уделять особое внимание технологиям индивидуализации примерной программы. Часто встречающееся в методических рекомендациях указание учитывать индивидуальные особенности ребенка должно сопровождаться четкими рекомендациями о возможных способах его выполнения. Например, в случае повышенной утомляемости ребенка возможно предоставление дополнительных перерывов, изменение структуры занятия или уменьшение его продолжительности, использование внешней помощи — каждый из этих вариантов должен иметь свое обоснование в зависимости от особенностей ребенка и процедуры вмешательства. В этом же разделе предоставляется описание и характеристика оборудования и вспомогательных материалов, необходимых для реализации практики с указанием критически важных параметров для воспроизводимости и безопасности процедур.

7. Исполнители практики

В этом разделе приводятся сведения о количестве, специальности и квалификации исполнителей, участвующих в реализации практики. При необходимости включения

в работу междисциплинарной команды специалистов описываются задачи каждого участника. В случаях, когда в реализации практики принимают участие родители или другие лица, также необходимо четко обозначить их роли, задачи и возможные варианты участия. Также обязательно указывается необходимость дополнительного обучения специалистов.

8. Исследования эффективности практики

Предоставление данных о проведенных исследованиях эффективности практики необходимо для определения уровня доказательности и является обязательным условием включения практики в реестры апробированных методов работы с лицами с РАС. При отсутствии исследований непосредственно описываемого варианта практики необходимо предоставить данные об исследованиях эффективности входящих в ее состав методик и приемов.

Представленный алгоритм описания практик работы с лицами с РАС был апробирован в рамках научно-практической школы по организации исследований эффективности практик для специалистов, реализующих программы помощи детям с РАС, проведенной сотрудниками ФРЦ МГППУ в 2021–2022 году. 22 участника школы из 9 регионов России разрабатывали описания реализуемых практик с учетом требований доказательного подхода. По мнению участников, работа по алгоритму не только позволяет детально описать практику в формате, удобном для воспроизведения, но и помогает выявлять элементы, нуждающиеся в уточнении и доработке. Востребованность комплексных методических разработок среди специалистов также свидетельствует о том, что мануализация инновационных и традиционных практик — необходимый шаг на пути создания отечественного реестра эффективных практик работы с РАС.

Выводы

При описании практик работы с лицами с РАС необходимо учитывать принципы доказательного подхода, что позволит предоставить необходимую информацию о методологическом подходе, в рамках которого разработана практика, о целях реализации в соотношении с методами их достижения и контроля, целевой группе, методической оснащенности, наличии исследований эффективности. Единообразное оформление и наличие паспорта практики с ключевыми сведениями позволит специалистам быстро получать нужную информацию и подбирать наиболее подходящие варианты для внедрения в работу. В дальнейшем представленный алгоритм описания будет применяться для составления каталогизированной библиотеки практик работы с лицами с РАС и разработки инновационных практик.

Литература

1. Бусыгина Н.П., Подушкина Т.Г., Станилевский В.В. Доказательный подход в социальной сфере: основные понятия и принципы, история, перспективы // Социальные науки и детство. 2020. Том 1. № 1. С. 8–26. DOI: 10.17759/ssc.2020010101

Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В. и др.
На пути к доказательности:
принципы описания практик помощи лицам
с расстройствами аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 264–279.

Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V. et al.
Towards the Evidence-Based Approach:
Presentation Guideline for a Practice Used
in Autism Spectrum Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 264–279.

2. Дон Г.В., Ерофеева Ю.И., Салимова К.Р. и др. Комплексная оценка результативности технологии индивидуализации АООП дошкольного образования для детей с РАС «Скороскольник» // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 4. С. 70–85. DOI: 10.17759/autdd.2021190408

3. Зарецкий В.К., Николаевская И.А. Многовекторная модель зоны ближайшего развития как способ анализа динамики развития ребенка в учебной деятельности // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 2. С. 95–113. DOI: 10.17759/cpp.2019270207

4. Лорд К., Раттер М., ДиЛаворе П. и др. ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме. Изд. 2-е: руководство / Пер. А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2016. 544 с.

5. Медведев А.М., Жуланова И.В. Деятельностный подход как ориентир современного образования: исходное содержание и риски редукции // Мир науки. Педагогика и психология. 2021. Том 9. № 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/20PSMN221.pdf?ysclid=lbkj7363tf939985729> (дата обращения: 12.12.2022).

6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.

7. Обухова Л.Ф. Корепанова И.А. Гипотетическая пространственно-временная схема ЗБР // Концепция зоны ближайшего развития: хрестоматия / Под ред. И.А. Корепановой. М.: АНО ПЭБ, 2008. С. 107–115.

8. Панцырь С.Н., Красносельская Е.Л., Данилина К.К. и др. Программа консультивного психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с РАС, «Кашенкин луг». Опыт оценки эффективности // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 4. С. 50–61. DOI: 10.17759/autdd.2021190406

9. Раттер М., Кутто Э., Лорд К. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство: переработанное / Пер. А. Сорокин, Д. Переверзева, О. Донец и др. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014. 122 с.

10. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ. Клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра»: ID 524, 2020. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/594_1 (дата обращения: 12.12.2022)

11. Сорокин А.Б. Исследование эффективности вмешательства при аутизме. Часть 1. Как описать целевую группу // Дефектология. 2020. № 3. С. 74–80.

12. Стандарт доказательности социальных практик в сфере детства. Версия № 2. 31 августа 2018г. М.: Фонд президентских грантов, 2018. URL: https://mgppru.ru/resources/images/faculties/СТАНДАРТ-ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ-ПРАКТИК_23.11.2018.pdf (дата обращения: 12.12.2022).

Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В. и др.
На пути к доказательности:
принципы описания практик помощи лицам
с расстройствами аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 264–279.

Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V. et al.
Towards the Evidence-Based Approach:
Presentation Guideline for a Practice Used
in Autism Spectrum Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 264–279.

13. Хилькевич Е.В. Внеурочная деятельность обучающихся с РАС и оценка эффективности ее реализации на примере программы «Идем в музей!» // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 4. С. 62–69. DOI: 10.17759/autdd.2021190407
14. Cook B.G., Tankersley M., Cook L. et al. Republication of “Evidence-Based Practices in Special Education: Some Practical Considerations.” // Intervention in School and Clinic. 2015. Vol. 50. № 5. P. 310–315. DOI: 10.1177/1053451214532071
15. Doran G.T. There’s a SMART way to write management’s goals and objectives // Management Review. 1981. Vol. 70. № 11. P. 35–36.
16. Duncan B.L., Reese R.J. Empirically Supported Treatments, Evidence-Based Treatments, and Evidence-Based Practice / Handbook of Psychology. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc., 2012. DOI: 10.1002/9781118133880.hop208021
17. Herbert J.D., Brandsma L. Applied behavior analysis for childhood autism: Does the emperor have clothes? // The Behavior Analyst Today. 2002. Vol. 3. № 1. P. 45–50.
18. Huppert J.D., Fabbro A., Barlow D.H. Evidence-Based Practice and Psychological Treatments // Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet / C.D. Goodheart, A.E. Kazdin, R.J. Sternberg (eds.). American Psychological Association, 2006. P. 131–152. DOI: 10.1037/11423-006
19. Keenan M., Dillenburger K., Röttgers H.R. et al. Autism and ABA: The gulf between North America and Europe // Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015. Vol. 2. № 2. P. 167–183. DOI: 10.1007/s40489-014-0045-2
20. Mager R.F. Preparing instructional objectives: A critical tool in the development of effective instruction. Carefree, AZ, 2012. 193 p.
21. Reichow B., Doehring P., Cicchetti D.V. et al. (eds.). Evidence-based practices and treatments for children with autism. New York: Springer New York, 2011. 408 p. DOI: 10.1007/978-1-4419-6975-0
22. Sandbank M., Bottema-Beutel K., Crowley S. et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children // Psychological Bulletin. 2020. Vol. 146. № 1. P. 1–29. DOI: 10.1037/bul0000215.
23. Steinbrenner J.D., Hume K., Odom S. et al. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. 2020.
24. Wilkenfeld D.A., McCarthy A.M. Ethical concerns with applied behavior analysis for Autism Spectrum «Disorder» // Kennedy Institute of Ethics Journal. 2020. Vol. 30. № 1. P. 31–69. DOI: 10.1353/ken.2020.0000.

References

1. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O.V. et al. Validizatsiya russkoyazychnoy versii oprosnika «Shkala vosprinyimayemogo stressa-10» [Validation of

the Russian version of the questionnaire “Scale of Perceived Stress-10”. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta=Bulletin of St. Petersburg University*, 2016, ser. 16, vol. 2, pp. 6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202 (In Russ., abstr. in Engl.). Busygina N.P., Podushkina T.G., Stanilevsky V.V. Dokazatel'nyi podkhod v sotsial'noi sfere: osnovnye ponyatiya i printsipy, istoriya, perspektivy [Evidence-based approach in the social area: Basic concepts and guidelines, history, prospects]. *Sotsial'nye nauki i detstvo = Social Sciences and Childhood*, 2020, vol. 1, no. 1, pp. 8–26. DOI: 10.17759/ssc.2020010101. (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Don G.V., Erofeeva Yu.I., Salimova K.R. et al. Kompleksnaya otsenka rezul'tativnosti tekhnologii individualizatsii AООP doshkol'nogo obrazovaniya dlya detei s RAS «Skoroshkol'nik» [Comprehensive assessment of the progress of «Skoroshkolnik» technology implementation. The individualization of the adapted basic education program for pre-schoolers with ASD]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021, vol. 19, no. 4, pp. 70–85. DOI: 10.17759/autdd.2021190408. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Zaretsky V.K., Nikolaevskaia I.A. Mnogovektornaya model' zony blizhaishego razvitiya kak sposob analiza dinamiki razvitiya rebenka v uchebnoi deyatel'nosti [Multi-dimensional model of the zone of proximal development as a way to analyze the dynamics of the child's development in learning activity]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019, vol. 27, no. 2, pp. 95–113. DOI: 10.17759/cpp.2019270207. (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Lord C., Rutter M., DiLavore P. et al. Autism Diagnostic Observation Schedule. Second Edition: Manual. Torrance, CA: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2016. 544 p.

5. Medvedev A.M., Zhulanova I.V. Deyatel'nostnyi podkhod kak orientir sovremennogo obrazovaniya: iskhodnoe sodержanie i riski reduksii [Activity approach as a guideline of modern education: Initial content and risks of reduction]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2021, vol. 9, no. 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/20PSMN221.pdf?ysclid=lbkj7363tf939985729> (Accessed: 12.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv: MKB-10/USD-10: Klinich. opisaniya i ukazaniya po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10 / USD-10: Clinical. descriptions and instructions for diagnosis]. WHO; Translated by Yu.L. Nuller, S.Yu. Tsirkin (eds.). St. Petersburg: Overlaid, 1994. 303 p. (In Russ.).

7. Obukhova L.F. Korepanova I.A. Gipoteticheskaya prostranstvenno-vremennaya skhema ZBR [Hypothetical spatio-temporal scheme of the ZPD]. In I.A. Korepanova (ed.), *Kontseptsiya zony blizhaishego razvitiya: khrestomatiya = The concept of the zone of proximal development: A reader*. Moscow: ANO PEB, 2008, pp. 107–115. (In Russ.).

8. Pantsyr S.N., Krasnoselskaya E.L., Danilina K.K. et al. Programma konsul'tivnogo psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya semei, vospityvayushchikh detei s RAS, «Kashenkin luG». Opyt otsenki ehffektivnosti [«Kashenkin Lug»: Program for consultative

psychological and educational support for families having children with ASD. Evaluation of efficiency]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021, vol. 19, no. 4, pp. 50–61. DOI: 10.17759/autdd.2021190406. (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Ratter M., Kuto E., Lord K. ADI-R. Interview for the diagnosis of autism: A guide: Revised. Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014. 122 p.

10. Rubrikator klinicheskikh rekomendatsii Ministerstva zdravookhraneniya RF. Klinicheskie rekomendatsii «Rasstroistva autisticheskogo spektra»: ID 524 [Rubricator of clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines «Autism Spectrum Disorders»: ID 524]. 2020. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/594_1 (Accessed: 12.12.2022). (In Russ.).

11. Sorokin A.B. Issledovanie ehffektivnosti vmeshatel'stva pri autizme. Chast' 1. Kak opisat' tselevuyu gruppu [Research of effectiveness of intervention in autism. Part 1. How to describe a target group?]. *Defektologiya = Defectology*, 2020, no. 3, pp. 74–80. (In Russ.; abstr. in Engl.)

12. Standart dokazatel'nosti sotsial'nykh praktik v sfere detstva [Standard of evidence for social practices in the sphere of childhood]. Version no. 2. August 31, 2018. Moscow: Fond prezidentskikh grantov. URL: https://mgppu.ru/resources/images/faculties/СТАНДАРТ-ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ-ПРАКТИК_23.11.2018.pdf (Accessed: 12.12.2022). (In Russ.).

13. Khilkevich E.V. Vneurochnaya deyatel'nost' obuchayushchikhsya s RAS i otsenka ehffektivnosti ee realizatsii na primere programmy «Idem v muzei!» [Extracurricular activities for students with ASD and the efficiency assessment of the program «Let's go to the Museum!»]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021, vol. 19, no. 4, pp. 62–69. DOI: 10.17759/autdd.2021190407 (In Russ., abstr. in Engl.).

14. Cook B.G., Tankersley M., Cook L. et al. Republication of «Evidence-Based Practices in Special Education: Some Practical Considerations». *Intervention in School and Clinic*, 2015, vol. 50, no. 5, pp. 310–315. DOI: 10.1177/1053451214532071

15. Doran G.T. There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 1981, vol. 70, no. 11, pp. 35–36.

16. Duncan B.L., Reese R.J. Empirically Supported Treatments, Evidence-Based Treatments, and Evidence-Based Practice / Handbook of Psychology. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc., 2012. DOI: 10.1002/9781118133880.hop208021

17. Herbert J.D., Brandsma L. Applied behavior analysis for childhood autism: Does the emperor have clothes? *The Behavior Analyst Today*, 2002, vol. 3, no. 1, pp. 45–50.

18. Huppert J.D., Fabbro A., Barlow D.H. Evidence-Based Practice and Psychological Treatments. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin, R.J. Sternberg (eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. American Psychological Association, 2006, pp. 131–152. DOI: 10.1037/11423-006

Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В. и др.
На пути к доказательности:
принципы описания практик помощи лицам
с расстройствами аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 264–279.

Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V. et al.
Towards the Evidence-Based Approach:
Presentation Guideline for a Practice Used
in Autism Spectrum Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 264–279.

19. Keenan M., Dillenburger K., Röttgers H.R. et al. Autism and ABA: The gulf between North America and Europe. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 2, no.2, pp. 167–183. DOI: 10.1007/s40489-014-0045-2
20. Mager R.F. Preparing instructional objectives: A critical tool in the development of effective instruction. Carefree, AZ, 2012. 193 p.
21. Reichow B., Doehring P., Cicchetti D.V. et al. (eds.). Evidence-based practices and treatments for children with autism. New York: Springer New York, 2011. 408 p. DOI: 10.1007/978-1-4419-6975-0
22. Sandbank M., Bottema-Beutel K., Crowley S. et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological Bulletin*, 2020, vol. 146, no. 1, pp. 1–29. DOI: 10.1037/bul0000215
23. Steinbrenner J.D., Hume K., Odom S. et al. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. 2020.
24. Wilkenfeld D.A., McCarthy A.M. Ethical concerns with applied behavior analysis for Autism Spectrum «Disorder». *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2020, vol. 30, no. 1, pp. 31–69. DOI: 10.1353/ken.2020.0000.

Информация об авторах

Давыдова Елизавета Юрьевна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: davydovaeju@mgppu.ru

Сорокин Александр Борисович, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); научный консультант, Государственный музей изобразительных искусств имени А.С. Пушкина (ГМИИ им. А.С. Пушкина), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: sorokinab@mgppu.ru

Давыдов Денис Витальевич, кандидат биологических наук, научный сотрудник Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0993-3803>, e-mail: davydovdv@mgppu.ru

Тюшкевич Светлана Анатольевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9029-2830>, e-mail: tyushkevichsv@yandex.ru

Хаустов Артур Валерьевич, кандидат педагогических наук, директор Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического

Давыдова Е.Ю., Сорокин А.Б., Давыдов Д.В. и др.
На пути к доказательности:
принципы описания практик помощи лицам
с расстройствами аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 4. С. 264–279.

Davydova E.Yu., Sorokin A.B., Davydov D.V. et al.
Towards the Evidence-Based Approach:
Presentation Guideline for a Practice Used
in Autism Spectrum Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 4, pp. 264–279.

спектра, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: haustovav@mgppu.ru

Information about the authors

Elizaveta Yu. Davydova, PhD in Biology, Associate Professor, Leading Researcher, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: davydovaeju@mgppu.ru

Alexander B. Sorokin, PhD in Biology, Leading Researcher, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education; Scientific Consultant, Pushkin State Museum of Fine Arts, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: sorokinab@mgppu.ru

Denis V. Davydov, PhD in Biology, Leading Researcher, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0993-3803>, e-mail: davydovdv@mgppu.ru

Svetlana A. Tyushkevich, PhD in Psychology, Senior Researcher, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9029-2830>, e-mail: tyushkevichsv@yandex.ru

Arthur V. Khaustov, PhD in Education, Director, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: haustovav@mgppu.ru

Получена: 26.08.2022

Received: 26.08.2022

Принята в печать: 12.12.2022

Accepted: 12.12.2022