

На правах рукописи

Черенева Елена Александровна

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ
У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.3.6. Медицинская психология

Диссертация

на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Научный консультант
доктор психологических наук,
профессор Стоянова Ирина Яковлевна

Красноярск – 2023

Оглавление

Введение	5
1 Теоретико-методологические подходы к изучению когнитивных нарушений в детском и подростковом возрасте в медицинской психологии	25
1.1 Феноменология нарушений здоровья у детей с когнитивным дефицитом в контексте психического дизонтогенеза	25
1.2 Психофизиологические особенности саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом	49
1.3. Выводы по главе 1	64
2 Проблема саморегуляции в медицинской психологии	65
2.1 Медико-психологические подходы к изучению саморегуляции	65
2.2 Клинико-психологический анализ нарушений саморегуляции в детском и подростковом возрасте при когнитивном дефиците	91
2.3 Современные исследования саморегуляции в контексте медицинской психологии	102
2.4 Выводы по главе 2	107
3 Психологическая диагностика саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме	109
3.1 Методологические основания изучения саморегуляции	109
3.2 Этапы, методы и выборка исследования	114
3.3 Выводы по главе 3	126
4 Патопсихологическая модель саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья	127
4.1 Анализ межгрупповых различий саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме	127
4.1.1 Когнитивный уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции	127

4.1.2 Личностно-смысловой уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции	130
4.1.3 Регуляторный уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции	158
4.1.4 Детско-родительские отношения в семьях детей с нарушением когнитивного здоровья в структуре патопсихологической модели саморегуляции	165
4.2 Психологические факторы, определяющие проявления саморегуляции в норме и при нарушениях когнитивного здоровья	192
4.3 Закономерности формирования патопсихологической модели саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья	202
4.4 Выводы по главе 4	253
5 Возможности психологической помощи детям с нарушением когнитивного здоровья в условиях образовательной среды	256
5.1 Психологические аспекты формирования программы психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья	256
5.2 Технологии психологической помощи и мишени психологической коррекции при работе с детьми с нарушениями когнитивного здоровья	261
5.3 Эффективность реализации программы психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья в условиях образовательной среды	272
5.4 Выводы по главе 5	279
Заключение	281
Список использованной литературы	284
Приложение А Опросный лист	325
Приложение Б Карта оценки защитных механизмов «Детский апперцептивный тест» САТ	328
Приложение В Опросники Т.М. Ахенбаха	329
Приложение Г Карта оценки компонентов саморегуляции	334

Приложение Д Стандартизированное интервью с родителями детей с когнитивным дефицитом	335
Приложение Е Анализ результатов межгрупповых исследований.....	336
Приложение Ж Тренинговая программа «Позитивный шаблон» (программа для детей с когнитивным дефицитом)	347
Приложение И Методический инструментарий психологов и педагогов образовательного учреждения для организации психологического сопровождения детей с когнитивным дефицитом	349
Приложение К Методические рекомендации для медицинских психологов и педагогов, работающих с младшими школьниками с нарушениями когнитивного здоровья в условиях образовательной среды	357
Приложение Л Словарь терминов.....	362

Введение

Актуальность исследования. Проблемы исследования и психологической помощи детям с когнитивным дефицитом в контексте психического здоровья в последние годы привлекают все большее внимание специалистов медико-психологической направленности. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, доля детей, имеющих нарушения умственного развития, составляет 15 % детского населения планеты и продолжает увеличиваться [Баранов, 2005; Безруких, 2003; Бочарова, 2007; Брызгунов, Кизяева, 2011; Заваденко., 2006; Пизова, 2012 и др.]. Недостаточностью управляющих функций страдают до 20 % детей и подростков, имеющих парциальные нарушения. В связи с этим проблема когнитивных нарушений приобретает социальное значение и требует выявления психологических закономерностей, определяющих нарушения здоровья [Зверева, 2015; Лукашевич, 2008; Ноговицына, Левитина, 2011; Сакаева, 2011; Семаго, Семаго, 2016; Aguilar, 2008; Casanova, 2020; Kim, 2002].

Клиническая дифференциация различных форм когнитивных нарушений у детей, отраженная в современных классификациях, позволяет на научной основе рассмотреть психологические составляющие когнитивных дефицитов в образовательной среде [Зверева и др., 2015]. Значимость проблемы определяется не только высокой распространенностью когнитивных нарушений в детско-подростковой среде, но и назревшей потребностью формирования условий их системной коррекции, направленной на здоровьесбережение [Лубовский, Коробейников, 2016; Семенович, 2001; Шипкова, 2020 и др.].

Следует отметить недостаточную разработанность аспектов саморегуляции при ее нарушениях в детском возрасте как возможного ресурса сохранения здоровья [Зверева и др., 2018, 2019]. **Саморегуляция** рассматривается как психологический феномен, который проявляется в произвольном выборе мотива, цели, способов действия с помощью управления личностными средствами при выполнении умственных и практических задач.

Нарушения саморегуляции играют особо важную роль в осуществлении познавательной деятельности. Они выражаются в нарушении мышления, контроля действий [Зейгарник, Холмогорова, 1989]. Произвольная саморегуляция имеет большое значение при формировании высших психических функций, таких как память, внимание, опосредованное мышление [Выготский, 1983; Лурия, 1957; 1963; Зейгарник, 1981, 2000; Шиф, 1979 и др.]. Значимость влияния саморегуляции на познавательные процессы представлена в работах исследователей, изучавших взаимосвязь когнитивных функций и произвольности с различных научных позиций [Выготский, 2000; Лурия, Хомская, 2005; Забрамная, 1996; Рубинштейн, 1986; Лубовский, 1978; Бабкина, 2019; Ульенкова, 2001; Певзнер, 1963 и др.]. В перечисленных трудах заложены основы формирования психокоррекционных программ для детей и подростков с когнитивными нарушениями.

В нашем исследовании основанием для разработки программы психологической помощи детям с когнитивным дефицитом является концепция саморегуляции как психофизиологический и психологический базис формирования когнитивной сферы. Саморегуляция рассматривается как способ самоконтроля [Сергиенко, 2007] или как рефлексия в рамках метакогнитивных процессов [Карпов, 2010].

Вслед за другими исследователями [Конопкин, 2008; Моросанова, 2010] психологическое содержание саморегуляции раскрывается в настоящем исследовании как определенный вид психической активности, который лежит в основе планирования, выдвижения целей, оценки результатов в конкретных видах деятельности.

Учитывая психофизиологические особенности детей с нарушениями здоровья, связанными с когнитивными дефицитами, развитие саморегуляции особенно затруднительно [Выготский, 2000; Зейгарник, 2000; Лубовский, 1978; Сухарева, 1965; Певзнер, 1963; Петрова, 2000; Пинский, 1985; Рубинштейн, 1986].

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью изучения психологических закономерностей проявлений саморегуляции, их роли

в патогенезе и механизмах формирования когнитивных дефицитов в детском возрасте во взаимосвязи с проявлениями здоровья. Это позволит, с одной стороны, расширить научные знания об особенностях развития детей с нарушениями здоровья с когнитивными дефицитами, с другой – совершенствовать систему патопсихологической диагностики, позволяющую прогнозировать личностное развитие в онтогенезе, разработать системные психологические технологии, реализуемые в различных образовательных программах. Мы полагаем, что изучение патопсихологических механизмов саморегуляции в процессе познавательной деятельности способствуют выявлению мишеней психологической работы с ключевым фактором формирования адаптивных стратегий поведения.

Степень разработанности проблемы исследования. Проблема саморегуляции у детей с нарушениями здоровья, связанных с когнитивным дефицитом, привлекала внимание ученых в разные периоды становления психологических знаний [Выготский, 1982; Забрамная, Лубовский, 1978; Певзнер, 1958; Петрова, 1995; Царцидзе, 1985].

Установлено, что развитие произвольной регуляции детей с когнитивными дефицитами – сложный и длительный процесс, требующий комплексного и системного подхода, который должен быть направлен на формирование целенаправленной деятельности. Это объясняется тем, что все психические функции и процессы, с которыми связана произвольная регуляция, у детей с когнитивными дефицитами имеют нарушения, обусловленные особенностями высшей нервной деятельности [Певзнер, 1963; Сухарева, 1965; Лубовский, 1978 и др.].

Анализ литературных данных, посвященных исследованиям саморегуляции в учебной и внеучебной деятельности учащихся с нарушениями интеллекта, свидетельствует о том, что эта проблема разработана недостаточно. Так, С. Д. Забрамная (1992), И. П. Лаужикас (1967), В. В. Лебединский (1975), В. И. Лубовский (1976) М. С. Певзнер (1963), В. Г. Петрова (2000), Г. Е. Сухарева (1965), М. Г. Царцидзе (1985), Ш. Н. Чхартишвили (1974) отмечали специфические особенности саморегуляции в различных видах деятельности у

детей с нарушениями здоровья и интеллектуальным дефицитом. Рассматривались отклонения, которые выражаются в устойчивых неадекватных проявлениях поведения, неумении критически оценивать ситуацию, повышенной внушаемости, завышенной самооценке, неумении строить жизненные планы. В спектре психологических характеристик отмечались также безынициативность ребенка, обусловленная когнитивными дефицитами, его неспособность к волевым усилиям, произвольной регуляции движений и познавательной деятельности, что отрицательно влияет как на учебу, так и на становление личности учащегося.

В полной мере эти особенности свойственны детям с задержками психического развития (ЗПР) различного генеза, легкой степенью умственной отсталости (ЛЮО), расстройствами аутистического спектра (РАС), а также легкой степенью когнитивных дефицитов при детском церебральном параличе (ДЦП) [Коробейников, 1997; Лебединская, 1984; Левченко, 2000, 2005; Лубовский, 2016; Мамайчук, 2001; Семенова, 2007; Стребелева, 1996, 2000, 2009; Ульенкова, 1990, 2001; Бабкина, 2019].

Вопросы нарушения поведения детей и подростков с когнитивными отклонениями рассматривались в связи с разработкой методов психологической коррекции и социально-трудовой адаптации [Мирский, 1983; Дульнев, 1971; Лаужикас, 1967]. В последние десятилетия усилился интерес ученых к изучению проблемы нарушения поведения умственно отсталых детей и подростков в аспекте социальной адаптации [Чхартишвили, 1974; Царцизе, 1975]. Нарушения поведения, сопутствующие когнитивным дефицитам, являются частыми причинами, осложняющими социально-психологическую адаптацию учащихся данной категории во взрослой жизни. Несвоевременное выявление их характера и природы, отсутствие специальных профилактических и корригирующих программ приводят к тому, что нарушения поведения детей с когнитивным дефицитом в подростковой и взрослой жизни нередко достигают уровня криминальной выраженности [Коробейников, 2016; Лебединская, 2011; Лубовский, 1978; Мамайчук, 2001; Чхаришвили, 1974 и др.].

Вместе с тем успешность социальной адаптации и интеграции в общество детей с когнитивным дефицитом определяется не только глубиной нарушений познавательной сферы и особенностями поведения, но и состоянием здоровья, возможностями реализации в образовательной среде с учетом значительной ослабленности умения приспосабливаться к социальным требованиям.

Снижению адаптивных возможностей детей с когнитивным дефицитом способствуют искаженные детско-родительские отношения. В семьях с низкой психологической культурой отсутствует адекватное эмоциональное взаимодействие с младшими членами семьи, нарушены условия воспитания [Божович, 1968; Лисина, 1997; Никольская, Баенская, Либлинг, 2012; Смирнова, 1998; Эйдемиллер, 2010 и др.].

В рамках медицинской психологии проблемы когнитивного дефицита в детском возрасте в последнем десятилетии рассматривались отечественными исследователями. Это работы Н. В. Зверевой (2015), Н. Н. Заваденко, Н. Ю. Сувориновой, Н. В. Григорьевой, О. Романчук (2006), Т. Ю. Фотековой, Т. В. Ахутина Т.В. (2002) и др. В этих исследованиях проблеме саморегуляции как психологическому базису формирования когнитивных функций не уделяется достаточно внимания. Механизмы парциальных когнитивных дефицитов и произвольности в детском возрасте описаны в ряде публикаций [Ахутина, Пылаева, 2008; Семенович, 2001]. Однако отсутствуют научные исследования, результаты которых позволяют, с одной стороны, системно изучать когнитивные дефициты с учетом проявлений саморегуляции у детей с нарушениями здоровья, а с другой – разрабатывать комплексные системы психологической помощи. Также остается неразработанной патопсихологическая модель саморегуляции, которая позволяет выделить мишени системной психокоррекционной работы и прогнозировать компенсацию когнитивных дефицитов не только в подростковом, но во взрослом возрасте.

Актуальность изучения проблем здоровьесбережения детей и подростков с когнитивными дефицитами в рамках медицинской психологии связана, в первую очередь, с отсутствием системного подхода к рассмотрению феномена

саморегуляции. Невысокая эффективность существующих технологий психологической помощи при нарушениях саморегуляции, недостаточность психодиагностических программ, позволяющих выявить ее структуру в соотношении с проявлениями здоровья и адаптивными возможностями детей в образовательной среде, требуют новых подходов в исследовательской и практической работе.

Таким образом, актуальность проблемы исследования обусловлена **следующими положениями.**

1. Необходимостью теоретического осмысления результатов отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблеме саморегуляции у детей с когнитивными нарушениями в контексте психического здоровья.

2. Недостаточностью отечественных и зарубежных сравнительных исследований в области диагностики и психологического сопровождения детей с когнитивным дефицитом.

3. Недостаточным теоретическим и методологическим обоснованием формирования классификации структурно-уровневых компонентов произвольности у детей с когнитивным дефицитом в образовательной среде.

4. Отсутствием исследований и теоретического обобщения взаимосвязи произвольности психической регуляции с параметрами субъективного мира у здоровых детей и детей с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом.

5. Необходимостью научного обеспечения программ развития и коррекции произвольной регуляции у детей с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом.

6. Выявления роли родителей в становлении саморегуляции.

Обозначенные выше прикладные и фундаментальные проблемы современной медицинской психологии свидетельствуют о необходимости создания вариативной патопсихологической модели нарушений саморегуляции у детей с различными видами когнитивной дефицитарности, а также системы психологической помощи в условиях образовательной среды.

В процессе исследования был выявлен целый **ряд противоречий**, которые требуют научного разрешения, между:

– наличием современных изменений в образовательной политике России, которая отражается в преобразовании форм, моделей и содержания образования детей с ограниченными возможностями, и недостаточностью современных технологий психологического сопровождения школьников с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивными дефицитами;

– острой потребностью общества в ранней патопсихологической диагностике когнитивных нарушений и недостаточностью психодиагностических программ;

– пониманием степени влияния фактора социального окружения на становление произвольной регуляции в процессе обучения и недостаточностью информации о семейных особенностях детей с когнитивным дефицитом;

– объективной потребностью формирования произвольной регуляции у детей с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом, как необходимого условия развития компенсаторных возможностей и недостатком технологий психологического сопровождения, направленных на сохранение здоровья и повышение продуктивности учебной и внеучебной деятельности;

– пониманием факта увеличения распространенности когнитивных нарушений в детском возрасте и необходимостью прогноза своевременной их компенсации.

Таким образом, актуальность исследования саморегуляции как фактора, связанного с психическим здоровьем детей с когнитивным дефицитом, определяется современными тенденциями развития психологического знания, возможностью создания новых подходов к психодиагностике и психокоррекции.

Постановка проблемы исследования. Положение о том, что саморегуляция является сложным образованием, имеющим многофакторную структуру, обуславливает необходимость системного подхода к изучению степени ее выраженности, характеристик психологической структуры, механизмов и условий формирования в контексте когнитивного здоровья и его нарушений.

Исходный авторский замысел состоял в том, чтобы в рамках медицинской психологии разработать патопсихологическую модель саморегуляции и создать программы психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья в условиях образовательной среды.

Описанные выше противоречия, научная и практическая актуальность предопределили выбор проблемы исследования, которая заключается в изучении саморегуляции у детей с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом, разработке технологии исследования, создании вариативной патопсихологической модели саморегуляции при когнитивных дефицитах, а также системы психологической помощи в условиях образовательной среды.

В рамках проводимого исследования особую значимость приобретают учет возрастных особенностей и выявление механизмов и функций психических образований, которые определяют исследовательские задачи, связанные с разработкой технологий психологического сопровождения детей, и позволяют более дифференцированно способствовать развитию их компенсаторных возможностей. Особой задачей является пересмотр и уточнение критериев диагностики и понятийного аппарата при определении вариантов саморегуляции у детей с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом.

Методологической основой исследования саморегуляции является концепция метапсихологии и метаанализа, позволяющая рассмотреть совокупность психологической информации, полученной из анализа научной литературы по проблеме исследования.

В настоящем исследовании психологическое содержание понятия когнитивного дефицита включает нарушение познавательных функций вследствие негативного влияния генетических и социально-средовых факторов. Когнитивный дефицит может проявляться в форме тотального недоразвития или парциальных нарушений. Основным механизмом формирования когнитивных дефицитов является генерализация нарушений органического и психогенного генеза. Это утверждение базируется на анализе когнитивных проявлений у детей с различными видами дизонтогенеза. Он проявляется при речевой патологии [Правдина, 1957; Фотекова,

2002 и др.], детском церебральном параличе [Мастюкова, 1997; Мамаева, 2008 и др.], задержке психического развития [Лебединский, Лебединская, 2011; Певзнер, 1963; Сухарева, 1957 и др.], расстройствах аутистического спектра [Сухарева, 1965; Никольская, Баенская, 2012; Богдашина, 2014; Морозов, 2014; Casanova, 2020; Kanner, 1943, 1965], нарушениях интеллектуального развития (олигофреноподобного типа) [Певзнер, Сухарева, Рубинштейн, Забрамная, 1996; Петрова, 2000 и др.], синдроме дефицита внимания и гиперактивности [Заваденко, Суворинова, 2006; Ахутина, Пылаева, 2008], а также при различных патогенных состояниях [Зейгарник, 2000; Лурия, 2013; Хомская, 2005; Леонтьев, 2005; Зверева, 2018, 2019 и др.]. Использование термина в настоящем исследовании позволяет изучать данный феномен у детей различных нозологических групп.

В представленных исследованиях при когнитивном дефиците выявлены следующие патопсихологические характеристики: нарушения познавательной деятельности при выполнении мыслительных операций, снижение самоконтроля и умственной продуктивности, нарушение когнитивных функций, включая внимание, память, умственную работоспособность, поведенческие и эмоциональные нарушения. Отмечаются нарушения саморегуляции, при этом анализу этого феномена уделяется недостаточно внимания.

Цель исследования – разработка вариативной патопсихологической модели саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом на основе технологии системной диагностики и создание программы психологической помощи, направленной на формирование когнитивного здоровья в условиях образовательной среды.

Задачи исследования:

1. Разработать концептуальные основания патопсихологической модели саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом.
2. Создать технологию исследования уровней саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом и здоровых детей.
3. Осуществить эмпирическое исследование уровней саморегуляции в группах младших школьников.

4. Определить вклад в нарушение саморегуляции каждого из ее уровней с учетом нозологической принадлежности и возраста младших школьников.

5. Выявить роль и соотношение психологических, биологических и социально-средовых факторов, связанных с нарушениями здоровья у младших школьников с когнитивным дефицитом.

6. Установить взаимосвязь между уровнями саморегуляции и детско-родительскими отношениями.

7. Описать вариативную патопсихологическую модель нарушений саморегуляции у младших школьников с когнитивным дефицитом с учетом нозологической принадлежности.

8. Разработать и апробировать программу психологического сопровождения младших школьников с нарушениями когнитивного здоровья, направленную на развитие саморегуляции как ресурса здоровьесбережения и становления когнитивного здоровья.

9. Определить эффективность программы психологического сопровождения младших школьников с нарушениями когнитивного здоровья.

Гипотезы исследования:

1. Патопсихологическую модель саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом можно представить в виде многомерного феномена, включающего нарушения личностно-смыслового, когнитивного и регулирующего уровней.

2. Нарушения саморегуляции в разных нозологических группах проявляются с различной степенью выраженности.

3. Существует взаимосвязь между спецификой семейного взаимодействия и нарушением саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья.

4. Возможна компенсация нарушений саморегуляции в условиях обучения посредством внедрения специально организованной системы психологической помощи.

5. Эффективность программы психологического сопровождения младших школьников с нарушениями когнитивного здоровья связана с их нозологической принадлежностью.

Объект исследования – саморегуляция в норме и патологии.

Предмет исследования – патопсихологическая модель саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья в образовательной среде.

Проблема создания вариантов патопсихологической модели саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом определила совокупность научных теорий, принципов и подходов, являющихся **теоретико-методологическими основаниями данного исследования:**

– методология метаанализа, объединяющая научные концепции и положения с опорой на ранее осуществленные исследования и новую психологическую информацию, основанную на результатах собственного изучения проявлений саморегуляции у школьников без нарушений здоровья и с наличием когнитивного дефицита:

– методологической основой планирования и проведения научной работы явилась биопсихосоциозэтическая концепция, позволяющая рассматривать саморегуляцию в детском возрасте как многоуровневое и системное образование, определяющее когнитивное здоровье и его нарушения, обусловленное генетическими, психологическими и социальными факторами, включающими ценностное отношение родителей к здоровью ребенка [Кабрин, Залевский, 1993, 2004, 2005];

– концепция саморегуляции и ее нарушений, открывающая возможности изучения ее уровней и компонентов и создания патопсихологической модели [Зейгарник, 2000; Зинченко, 1995; Моросанова, 2019];

– теория о единстве законов развития нормального и аномального ребенка, позволяющая рассматривать закономерности становления саморегуляции в норме и патологии [Выготский, 2000; Лубовский, 2016; Лурия, 1962; Певзнер, 1963; Петрова, 2000; Стребелева, 2005; Шиф, 1979 и др.];

– структурно-уровневый подход М. С. Роговина, Г. В. Залевского (1988, 2004), позволяющий выделять уровни и компоненты саморегуляции и изучать их во взаимосвязи и взаимообусловленности.

Дополнительными методологическими основаниями являются:

– положения о роли семьи и значимости отношения родителей в контексте здоровья ребенка [Эйдемиллер, 2003; Никольская, 2010; Дружинини, 2000].

– концепция установки как одного из психологических условий, определяющих отношение родителей к ребенку [Узнадзе, 2001; Надирашвили, 1987; Асмолов, 2002; Зинченко, 1978];

– положения о факторах, детерминирующих формирование и функционирование категориальных установок, в контексте теории психологических систем [Клочко, 2005];

– концепция совладающего поведения как значимого компонента саморегуляции [Lazarus, Folkman, 1978, 1987; Нартова-Бочавер, 2016 и др.];

– положения проективной психологии в области изучения мира субъективной реальности ребёнка как отражения внутренней картины мира [Abt, Bellack, 1950; Allport, Murray, 1943; Freud, 1963; 1975; Freud, 1965; Соколова, 1989; Бурлакова, Олешкевич, 2001 и др.];

– положения о роли психологической помощи как необходимого условия компенсации нарушений развития и здоровья в психолого-образовательном сопровождении [Битянова, 2001; Клочко, 1999; Краснорядцева, 1997; Мамайчук, 2001; Семаго, 2016; Забрамная, 1996].

Проведение настоящего исследования в рамках медицинской психологии требует уточнения дефиниции «когнитивный дефицит» и операционизации понятия «когнитивное здоровье».

Когнитивный дефицит – нарушение познавательной деятельности в форме патопсихологического симптомокомплекса, включая саморегуляцию, познавательную деятельность, эмоциональные и поведенческие аспекты, определяющие нарушения когнитивного здоровья у детей младшего школьного возраста.

Когнитивное здоровье – состояние благополучия в познавательной сфере, обусловленное генетическими, психологическими, социально-средовыми факторами в соответствии с возрастом, составляющая психического здоровья

человека.

Рассматривая саморегуляцию как много уровневый психологический феномен, который проявляется в произвольном выборе мотива, цели, способов действия с помощью управления **личностными** средствами при выполнении умственных и практических задач, возникает необходимость выделения этих уровней в рамках патопсихологической модели.

Когнитивный уровень включает качественные и количественные характеристики нарушений умственного развития и его динамических свойств (ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации), а также постановку цели, выбор стратегии поведения, регулирование эмоциональных состояний и контроль действий.).

Личностно-смысловой уровень проявляется в эстериоризации индивидуального опыта, внутренних побуждениях и мотивах при достижении цели деятельности, включая психологические защиты.

Регулирующий уровень включает самооценку, уровень притязаний, установки.

Патопсихологическая модель саморегуляции рассматривается как психологический многоуровневый феномен, включающий нарушения личностно-смыслового, когнитивного и регулирующего уровней, взаимосвязанных и взаимообусловленных.

С учетом методологических оснований ключевыми понятиями исследования являются саморегуляция и ее нарушения, когнитивный дефицит, когнитивное здоровье, патопсихологическая модель, психологическое сопровождение.

Положения, выносимые на защиту:

1. Патопсихологическая модель саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья представляет собой многоуровневый феномен, включающий нарушения личностно-смыслового, когнитивного и регулирующего уровней.

2. Существуют варианты патопсихологических моделей у детей с когнитивным дефицитом.

3. Детско-родительские отношения в семьях школьников с нарушением когнитивного здоровья обладают специфичностью по сравнению с отношениями в семьях здоровых детей.

4. Программа комплексного психологического сопровождения младших школьников в условиях образовательного процесса, направленная на становление саморегуляции, способствует улучшению когнитивного здоровья младших школьников.

5. Различия в показателях эффективности психологического сопровождения связаны с нозологической принадлежностью школьников с нарушениями когнитивного здоровья.

На разных этапах в соответствии с конкретными задачами исследования использован комплекс различных **методов**:

1. Методы планирования и организации исследования были основаны на комплексном подходе, включающем сравнительный и корреляционный анализ.

2. Методы сбора эмпирических данных о младших школьниках с когнитивным дефицитом и без нарушений включали следующие психометрические и качественные процедуры с использованием стандартизованных методик психологической диагностики: проективные методики, экспертные оценки педагогов и медицинских работников, метод опроса, метод эксперимента:

– «Детский апперцептивный тест» (САТ) для изучения способов психологической защиты, установок» (в интерпретации Мери Р. Хевортс; использовалась также интерпретация Г. Мюррея в модификации Бурлаковой и Олешкевич (2001) – определение особенностей апперцептивного поведения); графический тест «Звезды и волны» [Аве-Лаллемант, 2002];

– графический тест «Дом – Дерево – Человек» Дж. Бука и Л. Кауфмана в модификации Р. В. Беляускайте;

– методика по изучению самооценки Дембо–Рубинштейн;

– методика оценки уровня притязаний С. Я. Рубинштейн;

– разработанный диагностический комплекс «Саморегуляция младших школьников», позволяющий выявлять уровни, их компоненты, которые свидетельствуют о нарушениях либо их отсутствии;

– психологическая диагностика матерей младших школьников, включающая разработанное структурированное интервью, направленное на изучение детско-родительских отношений;

– «Опросник Ахенбаха для изучения проблем адаптации»;

– «Методика PARI» (опросник родительских установок).

– Методы анализа и обработки полученных результатов: качественные (контент-анализ) и количественные. Статистические методы. При анализе данных использована компьютерная программа «Статистический пакет для социальных наук» (SPSS Statistic 24). Применялись различные методы математико-статистической обработки (достоверности различий по статистическим критериям φ^* – угловое преобразование Фишера; критерий сравнения распределения уровней χ^2 Пирсона); корреляционный анализ; метод корреляционных плеяд, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), H-критерий Крускала-Уоллеса.

3. Методы индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей и психопрофилактической работы, а также группового и индивидуального консультирования, направленного на развитие саморегуляции у младших школьников с когнитивным дефицитом, а также повышение родительской и профессиональной компетенции.

Научная новизна исследования заключается:

1. В расширении предметного поля медицинской психологии и патопсихологии, связанной с созданием патопсихологической модели саморегуляции у детей с нарушениями когнитивного здоровья и в норме.

2. В создании вариантов патопсихологической модели, включающих нарушение саморегуляции у детей младшего школьного возраста различной нозологической принадлежности.

3. Во введении в научный оборот дефиниции термина «когнитивное здоровье» и его нарушения с выделением критериев нормы и патологических вариантов саморегуляции.

4. В рассмотрении уровней саморегуляции в сравнении с нормативными показателями.

5. В создании психодиагностической программы многоуровневого анализа нарушений саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом и в норме, включающей диагностику личностно-смыслового, когнитивного и управляющего уровней.

6. В разработке системного авторского подхода психологического сопровождения школьников с нарушениями саморегуляции как базового уровня становления когнитивного здоровья в детском возрасте.

7. В реализации программы психологической коррекции и профилактики когнитивного здоровья, развитии родительской и профессиональной компетенции участников образовательного процесса и изучении ее эффективности.

8. В выявлении психологических факторов, детерминирующих перспективы онтогенетического развития саморегуляции что позволяет определять эффективность психокоррекционной работы, обосновать содержание психологического сопровождения в соответствии с возможностями и потребностями младших школьников в норме и с нарушениями когнитивного здоровья.

9. В рассмотрении специфики детско-родительских отношений в семьях детей с когнитивным дефицитом в контексте нарушений саморегуляции.

Теоретическая значимость:

1. Обосновано введение психологической дефиниции «когнитивное здоровье».

2. Установлены закономерности нарушения саморегуляции в рамках многоуровневой модели у детей с когнитивным дефицитом различной нозологической принадлежности.

3. Теоретически обосновано создание многоуровневой патопсихологической модели саморегуляции и ее вариантов у детей с когнитивным дефицитом.

4. Установлена взаимосвязь между нарушениями когнитивного здоровья и уровнями саморегуляции, включая личностно-смысловой, когнитивный и регуляторный.

5. Теоретически обоснована комплексная технология психологического сопровождения младших школьников с нарушениями саморегуляции, учитывающая ее уровни, специфику детско-родительских отношений и компетентности преподавателей в процессе обучения.

6. Обобщены и конкретизированы теоретические положения об общих и специфических закономерностях становления саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме.

Практическая значимость диссертационного исследования состоит в том, что:

1. Разработана комплексная психодиагностическая программа исследования саморегуляции, которая позволяет выявлять степень выраженности нарушений личностно-смыслового, когнитивного и управляющего уровней, дифференцировать варианты в аспекте риска нарушений когнитивного здоровья у детей с когнитивным дефицитом и в норме.

2. Расширены возможности использования проективных методов при изучении личностно-смыслового уровня саморегуляции.

3. Разработан комплекс методов психодиагностики для выявления детско-родительских отношений и родительской компетентности в аспекте становления саморегуляции.

4. Разработана дифференцированная программа психологического сопровождения в аспекте становления саморегуляции как основы здоровьесбережения у младших школьников в условиях образования.

5. Определены и апробированы новые технологии системной психологической помощи детям с когнитивным дефицитом, включая повышение родительской и преподавательской компетентности.

6. Новая психологическая информация может использоваться в системах дошкольного и школьного образования и здравоохранения для создания психологических программ, направленных на повышение когнитивного здоровья детей младшего школьного возраста.

7. Полученные результаты могут быть использованы для повышения профессиональной компетентности детских, школьных, семейных и клинических психологов.

8. Новая психологическая информация может использоваться для совершенствования профессиональной подготовки студентов психолого-педагогических специальностей и повышения квалификации педагогов и медицинских психологов, а также служить ориентиром для оптимизации системы психологического сопровождения в образовательных учреждениях.

Внедрение результатов.

1. На основе материалов диссертационного исследования разработаны учебные курсы, реализуемые в КГПУ им. В. П. Астафьева при подготовке студентов в ходе учебных дисциплин магистерских программ: направление подготовки 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование» программа «Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития детей»; направление подготовки 37.04.01 «Психология» программа «Психологическое консультирование и психотерапия». Разработаны учебные и практические курсы для дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки «Психология. Клиническая психология». Разработаны авторские курсы и практические семинары: «Особенности психического здоровья детей с когнитивным дефицитом». «Нарушения поведения в детском возрасте», «Коррекция и профилактика нарушений поведения в детском и подростковом возрасте».

2. Разработанная и апробированная методика оценки саморегуляции детей младшего школьного возраста с сохранным и нарушенным интеллектом была внедрена в процессе психологической работы в ряде учреждений системы образования, здравоохранения и социальной защиты населения г. Красноярска и Красноярского края.

3. Получен патент «Способ цветокоррекции нарушений нейрометаболизма коры головного мозга». Номер патента RU 2710499 C1, Патентное ведомство: Россия, год публикации: 2019, Патентообладатель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева» (КГПУ им. В. П. Астафьева).

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена критичностью анализа литературных источников, четкостью методологических позиций, достаточным объемом и репрезентативностью выборки, применением комплекса валидных и стандартизированных психодиагностических методов исследования, корректным использованием современных методов статистического анализа эмпирических данных, внедрением полученных результатов в работу психологических служб системы образования и здравоохранения.

Публикации по теме диссертации.

По теме диссертационного исследования опубликовано 47, работ, в том числе 19 статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени докторанаук (из них 4 статьи в российских научных журналах, входящих в Scopus), 4 монографии, опубликовано 2 учебных пособия, 4 учебно-методические пособия.

Апробация работы. Результаты исследования обсуждались на международных и всероссийских конференциях, таких как XXII Международный научно-практический форум студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века», Всероссийская научно-практическая конференция

«Современные технологии сопровождения детей с проблемами в развитии» (Красноярск, 10 ноября 2021 г.); I Международная онлайн конференция «Системный подход к обучению ребенка с нарушениями речевого развития» (Санкт-Петербург, 12–15 ноября 2020 г.); ФИРО РАНХиГС Всероссийская научно-практическая конференция «Теоретические и практические аспекты комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра» (Москва, 19–20 ноября 2020 г.); Всероссийская конференция с международным участием «Актуальные проблемы нейробиологии психических и аддиктивных расстройств» (Томск, 06–08 октября 2020 г.); VII Международный научно-образовательный форум «Человек, семья и общество; история и перспективы, Всероссийская научно-практическая конференция «Комплексные технологии сопровождения детей с аутизмом» (Красноярск, 15 ноября 2020 г.); VIII Международный научно-образовательный форум «Человек, семья и общество; история и перспективы развития. Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы образования и сопровождения детей с ОВЗ» (Красноярск, 11 ноября 2019 г.); XVII Nacional de Psicología Clínica. Libro de Actas (Santander, España, 13–16 de noviembre de 2019); XV Nacional de Psicología Clínica (Santander, España, 16–19 de noviembre de 2017), X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica (Santiago de Compostela, España, 16–19 de noviembre de 2017); VII Сибирский психологический форум «Комплексные исследования человека. Психология» (Томск, 28–29 ноября 2017 г.); I Всероссийская научно-практическая конференция «Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра» (Москва, 14–16 декабря 2016 г.).

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы, включающего 457 источника (367 на русском и 90 на иностранных языках), девяти приложений. Текст диссертации иллюстрирован 94 таблицами и 42 рисунками. Объем работы составляет 362 страницы.

1 Теоретико-методологические подходы к изучению когнитивных нарушений в детском и подростковом возрасте в медицинской психологии

1.1 Феноменология нарушений здоровья у детей с когнитивным дефицитом в контексте психического дизонтогенеза

В последние десятилетия значительно изменились представления о нормативном (условно-нормативном, стандартном и т.п.) развитии и его соотношении с «ненормативным», «аномальным» и, что более сложно, с «пограничным» развитием. В настоящее время это одна из основных проблем психологии, в первую очередь, практической психологии детства.

Как показывает теоретический анализ проблемы исследования, проблема «нормативности – ненормативности» психического развития базируется на одной из фундаментальных онтологических категорий – категории развития. В работах отечественных психиатров, дефектологов и клинических психологов представления о развитии трансформируются в представления о дизонтогенезе (или аномальном развитии). В работах многих ученых (Г. Е. Сухаревой (1965), М. С. Певзнер (1963), В. И. Лубовского (1978), К. С. Лебединской и В. В. Лебединского (2005), В. В. Ковалева (1985) и др.) эти представления конкретизированы в описаниях самых разных вариантов отклонений в развитии в соотношении с возрастными нормативными показателями.

В XXI в. произошло усложнение самой структуры отклонений в развитии, выросло количество сочетанных дизонтогенезов, появились новые формы и варианты психического дизонтогенеза. Особенно сложны пограничные случаи, которые трудно с определенностью отнести к какой-то одной категории отклонений в развитии [Черенева Е.А., 2011].

В результате появления новых направлений отечественной психологии и новых подходов к анализу развития были выявлены особые формы дизонтогенеза, для анализа которых недостаточно имеющегося в багаже отечественной специальной психологии терминологического и понятийного аппарата.

Именно в отечественной дефектологии, начиная с работ Л. С. Выготского (2000) и Г. Я. Трошина (1913), получили развитие представления об общих и специфических закономерностях нормативного и аномального психического развития. Однако нельзя сказать, что вопрос о соотношении онтогенеза и дизонтогенеза близок к разрешению. Для разработки современной концепции психологических моделей нарушений здоровья у детей с когнитивными дефицитами нам необходимо обратиться к клинко-психологическому анализу формирования феноменологии генезиса научных понятий.

Прошло более четверти века с момента выхода в свет одного из последних полномасштабных трудов, посвященных систематике отклоняющегося развития в детском возрасте. Это монография В. В. Лебединского «Нарушения психического развития у детей» (1985), которая является продолжением начатого Г. Е. Сухаревой (1965) системного клинического анализа психопатологии детского возраста уже в смежной с психиатрией области клинической психологии. С момента ее выхода накопилось множество изменений в состоянии детской популяции, в том числе и той ее части, которая рассматривается как «ненорма». Появились новые подходы, модели и методы, которые позволили углубить и конкретизировать представления о различных вариантах отклонений, дифференцировать новые формы «ненормативного» развития. В целом и психическое, и соматическое состояние детей в значительной степени стало выходить за пределы научных представлений о природе и вариативности отклонений в развитии, сформированных в работах начала и середины XX в. Значительно размылось и понятие «пограничные состояния». Классические варианты нарушений стали обрастать особенностями, которые невозможно анализировать с позиций бинарной методологии XX в. Данная методология базировалась на представлениях о «первичности-вторичности», «высших–элементарных (низших), психических функциях», «интеллектуальном–аффективном» и т.п.

Несмотря на заявленное следование принципу единства нормального и аномального развития, провозглашенного классиками отечественной психологии

П. Я. Трошиным (1915) и Л. С. Выготским (1929), большинство авторов стали замыкаться на ограниченном диапазоне нарушений либо отклонений в развитии. Психология эмоциональных нарушений, сурдо- и тифлопсихология, психология умственной отсталости и задержки психического развития (ЗПР), психология посттравматических состояний, девиантология и многие другие разделы клинической и специальной психологии детского возраста базируются на теориях и методах, сформировавшихся в рамках подхода к «ненорме» в том или ином разделе.

Данный подход является не вполне успешным, так как оценка процесса развития и нарушений здоровья не подлежит жесткой регламентации, с одной стороны, из-за гибкости, динамичности процесса развития (даже при нарушениях здоровья) и с другой – вследствие увеличения вариативности нарушений здоровья, расширения границ понятия «норма». Развитие междисциплинарного подхода к изучению ребенка с нарушениями здоровья транслируется как общеметодологическая парадигма в психологию детства (в том числе такие ее разделы, как клиническая и специальная детская психология). Это важно для объединения различных узкотипологических взглядов и возвращения к единым методологическим основам нормативного и отклоняющегося развития.

В своих работах Л. М. Веккер (2000) отмечал, что недостаточность общетеоретического единства становится все более очевидной, а это требует создания общего концептуального аппарата, способного объединить не только смежные с психологией области научного знания (нейрофизиология, общая биология, социология), но и другие естественные и гуманитарные науки.

Сегодня мы пришли к системе междисциплинарных знаний и практик в работе с детьми с нарушениями здоровья, что отражает принципы целостности, комплексности и динамичности развития психики.

С начала XX в. по настоящее время отечественная наука уделяет особое внимание вопросам нарушения психологического, психического, неврологического развития ребенка и обладает богатыми традициями в этой области. Труды ученых мирового масштаба и их последователей –

Л. С. Выготского (2000), А. Р. Лурия (1963), А. Н. Леонтьева (1993), Б. В. Зейгарник (2000), С. Д. Забрамной (1986), А. В. Запорожец (1968), В. В. Ковалёва (1985), Л. О. Бадаляна (2009), И. Ю. Левченко (2013), Е. Д. Хомской (2005), Е. А. Стребелевой (2005) и др. – позволяют считать отечественную науку ведущей в области клинической психологии развития ребенка в современном мире.

Выдающийся вклад в изучение нарушений развития в детском возрасте сделан Л. С. Выготским (1986), который на модели умственной отсталости сформулировал ряд общетеоретических положений, оказавших фундаментальное влияние на все дальнейшее изучение нарушений в развитии. К ним прежде всего относится положение, что онтогенез ребенка с проблемами в развитии подчиняется тем же основным закономерностям, которые характеризуют онтогенез здорового ребенка. Таким образом дефектологическая наука при изучении ребенка с проблемами в развитии смогла ассимилировать многочисленные данные, накопленные детской психологией. Л.С. Выготский выдвинул также положение о первичном дефекте, наиболее близко связанном с повреждением нервной системы, и ряде вторичных дефектов, отражающих нарушения психического развития. Он показал значение и влияние вторичных дефектов для прогноза развития и возможностей психолого-педагогической коррекции. Данное положение легло в основу парадигмы и главного вектора развития знаний о ребенке с проблемами в развитии.

В отечественной дефектологии эти положения получили дальнейшее развитие прежде всего в ряде теоретических и экспериментальных исследований, тесно связанных с разработкой системы обучения и воспитания аномальных детей [Занков., 1935; Волковой, Шаховской, 1998; Шиф, 1969 и др.]. Была изучена психологическая структура ряда вторичных дефектов при различных нарушениях развития сенсорной сферы, умственной отсталости, разработана система их дифференцированной психолого-педагогической диагностики и коррекции.

Другим вектором развития знаний о детях с нарушениями здоровья и когнитивными дефицитами является детская психиатрия. На разных этапах

формирования этой области медицины проблемы аномалий развития занимали различное по значению место. На этапе становления детской психиатрии как ветви общей психиатрии была тенденция к поиску общности и единства психических заболеваний детской и взрослых. Поэтому акцент в исследованиях ставился на психозах; нарушениям здоровья уделялось наименьшее внимание.

По мере формирования в России детской психиатрии как самостоятельной области знания в патогенезе и клинической картине болезни все большее значение стали придавать роли возраста, а также механизмам формирования симптомокомплексов, обусловленных нарушенным развитием в условиях болезни [Сухарева, 1955; Ушаков, 1973; Ковалев, 1985 и др.]. Клинические наблюдения показали разнообразие и своеобразие симптоматики нарушений в развитии при различной психической патологии. При этом если объектом дефектологических исследований являлся дизонтогенез, обусловленный, как правило, уже завершенным болезненным процессом, то детская психиатрия накопила ряд данных о формировании аномалий развития в процессе текущего заболевания (шизофрения, эпилепсия), о динамике дизонтогенетических форм психической конституции (различные формы психопатий) и аномальном развитии личности в результате деформирующего влияния отрицательных условий воспитания (различные варианты патохарактерологического формирования личности). Рядом клиницистов [Kanner, 1965; Сухарева, 1959; Lewin, 1936; Ушаков, 1973; Ковалев, 1985; Лебединский, 1985; Правдина-Винарская, 1987; Иванов-Смоленский, 1952 и др.] были предложены варианты клинических классификаций отдельных видов нарушений психического развития у детей. Новым стимулом клинического изучения явлений дизонтогенеза явились успехи в области фармакологии, способствовавшие значительному снижению тяжести психических расстройств. Снятие остроты психопатологических симптомов привело к увеличению числа детей, способных к обучению. Поэтому наряду с задачей расширения психофармакологической помощи больным детям проблема психолого-педагогической реабилитации и коррекции становится все более актуальной и перспективной. За рубежом эта тенденция оказалась настолько значимой, что

даже вступила в нелегальный антагонизм с антипсихотической терапией: ее последователи характеризовали последнюю как фактор, ингибирующий нормальный психический онтогенез. Возрастающая роль психолого-педагогических мер привела к тому, что наряду с диагностикой заболеваний, диагностика отдельных расстройств, которые препятствуют овладению определенными знаниями и навыками и психическому развитию ребенка в целом, становится все более актуальной. Разработка методов дифференцированной психолого-педагогической коррекции в свою очередь стимулирует дальнейшие исследования механизмов формирования патологических новообразований в процессе различных вариантов аномального развития [Черенева Е.А., 2010].

Таким образом, исследования в области отечественной детской патопсихологии и дефектологии показали связь между механизмами аномального и нормального развития, а также рядом паттернов системогенеза, так называемых вторичных расстройств, которые являются фундаментальными для патологического развития.

Отечественные клиницисты описали соотношение симптомов заболевания и нарушений развития при различных психических заболеваниях. Сравнение данных, накопленных в этих областях знаний, может способствовать более глубокому пониманию нарушений здоровья в детском возрасте и систематизации их психологических закономерностей [Исаев, 2003; Певзнер, 1963; Сухарева, 1965 и др.].

Если обратиться к истории исследований нарушений в детском развитии, то необходимо упомянуть Швальбе, который в 1927 г. впервые употребил термин «дизонтогенез», обозначив им отклонения внутриутробного формирования структур организма от их нормального развития (см.: [Ушаков, 1973]). Впоследствии термин «дизонтогенез» приобрел более широкое значение. Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний период, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. Как известно, практически любое более или менее продолжительное

патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к нарушению психического развития. Проявления этого нарушения могут варьировать в зависимости от этиологии, локализации, диффузности и тяжести поражения, времени его возникновения и продолжительности воздействия, а также социальных условий, в которых находится больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно-эмоциональная сфера. В отечественной дефектологии применительно к дизонтогенезам был принят термин «аномалия развития».

Изучение причин и механизмов формирования дизонтогенезов нервно-психического развития особенно расширилось в последние десятилетия в связи с успехами генетики, биохимии, эмбриологии, нейрофизиологии. Как известно, нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами. Среди биологических факторов значительное место занимают так называемые пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.). Большая роль отводится внутриутробным нарушениям (в связи с тяжелыми токсикозами беременности, токсоплазмозом, люэсом, краснухой и другими инфекциями, различными интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), патологии родов, инфекциям, интоксикациям и травмам, реже – опухолевым образованиям раннего постнатального периода.

При этом нарушения развития могут быть связаны с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы, как это имеет место при мозговой недостаточности вследствие хромосомных aberrаций, многих резидуальных органических состояниях, а также возникать на почве текущих заболеваний (врожденных дефектов обмена, хронических дегенеративных заболеваний, прогрессирующей гидроцефалии, опухолей, энцефалитов, шизофрении, эпилепсии и т.д.).

Незрелость развития мозга, слабость гематоэнцефалического барьера обуславливают повышенную восприимчивость центральной нервной системы ребенка к различным вредностям. Как известно, целый ряд патогенных факторов, не оказывающих влияния на взрослого, вызывает нервно-психические нарушения и аномалии развития у детей. В детском возрасте встречаются такие церебральные заболевания и симптомы, которых у взрослых либо совсем не бывает, либо они наблюдаются очень редко (ревматическая хорея, фебрильные судороги и др.). Отмечается значительная частота вовлечения мозга в соматические инфекционные процессы, связанные с недостаточностью мозговых защитных барьеров и слабостью иммунитета; большое значение имеет время повреждения [Лебединский, 1985; Певзнер, 1963; Сухарева, 1965; Ушаков, 1973 и др.].

Огромное количество исследований подтверждают взаимосвязь когнитивного дефицита у детей с перинатальными нарушениями различной природы [Балаболкин, Кованова, Игнатъева, 2009; Баранов, Кучма, Тутельян, Величковский, 2006; Волгина, 2001; Менделевич, 2000] независимо от того, в какие виды патологии эти нарушения затем трансформировались. Здесь и нарушение структуры различных отделов головного мозга, и функциональные нарушения, когда явных органических изменений обнаружить не удастся даже при магнитно-резонансном сканировании [Голосная, 2005; Долгих, 2007; Заваденко, Суворинова, Румянцева, 2006; Лохов, Фесенко, Рубин, 2003 и др.], нарушения микроциркуляции в сосудистом русле, когда структуры мозга страдают от гипоксии с поражением артериального и/или венозного звеньев кровотока, и нарушения на уровне метаболических процессов, протекающих в центральной нервной системе, повлекших поврежденбня взаимосвязей между различными отделами головного мозга [Брин, Дунайкин, Вознякевич, 2006; Гончарова, 2009; Кожушко, 2009; Мачинская, 2006 и др.].

По данным обследования детей с нарушением познавательной деятельности (Институт возрастной физиологии РАО), абсолютное большинство случаев когнитивных дефицитов диагностируются у детей, в анамнезе которых имеются документально подтвержденные указания на неблагоприятное течение

беременности у матери, осложненные или оперативные роды и нарушения развития и здоровья на первом году жизни [Морозова, Ратнер, 2009; Шелковский, Студеникин, Балканская, 2010; Chien, Schwarts, 2007]. В широком смысле – это перинатальные нарушения. Распространенность этих нарушений позволяет говорить о роли данной патологии как причине развития когнитивных нарушений. После рождения в качестве причинных и провоцирующих факторов чаще всего фигурируют последствия черепно-мозговых травм различной тяжести и последствия перенесенных вирусных или бактериальных инфекций с поражением центральной нервной системы [Карпов, 2010; Кудряшова, 2010; Хачатрян, 2003 и др.].

Теоретический анализ проблем когнитивного дефицита в детском возрасте показал, что разнообразие симптоматики умственной отсталости послужило причиной появления классификаций, созданных на основе психологических и клинических признаков. Г. Я. Трошин (1915) приводит выделенные в XIX в. типы умственно отсталых индивидов: апатичные, ажитированные, сенситивные, боязливые и т.д. Естественно, эти характерологические особенности не являются существенными признаками психической отсталости, по которым можно было бы рекомендовать лечение, обучение и оценивать прогноз.

Для классификации умственной отсталости используют особенности личности. В. Fish (1984) на основе элементов психического дефекта (ригидности психики, отвлекаемости, автоматизма реакций, повторяемости их, «недостатка структуры» и т.д.) выделяет четыре типа умственной отсталости: агрессивный, подозрительный, покорный и апатичный. К. Schneider (1949), разделив умственно отсталых лиц на хвастливого болтуна, закоренелого ханжу, бессмысленно упрямого, инертно-пассивного, невольно показал всю несостоятельность такого подхода к систематизации [Замский, 1995].

Отдельные симптомы или клиническая картина в целом использовались в качестве критерия для выделения форм умственной отсталости и другими специалистами [Фрейеров, 1964; Замский, 1995 и др.].

В одних классификациях тот или иной наиболее яркий симптом формально используется для обозначения клинической группы, в других – за названием

можно различить уже попытку проникновения в сущность основных нарушений страдания. Но и в этих последних случаях группировки оказываются чаще всего случайными и непоследовательными.

Для целей социального и педагогического прогноза умственно отсталых индивидов систематизировали также на основе их способностей к социальной адаптации или обучению. Для этой цели были созданы дополнительные классификации. Так, Th. Heller (1925) классифицирует их следующим образом.

Идиоты – это личности, которые от рождения или с раннего возраста настолько умственно дефектны, что не способны уберечь себя от обычных опасностей, так же как и маленькие дети, если предоставить их самим себе.

Имбецилы – это те, кто способен оградить себя от обычной опасности, но не способен заработать себе на жизнь, вследствие своего умственного дефекта, который имеется от рождения или с раннего детства.

Умственно отсталые – это те, кто при благоприятных условиях способны заработать себе на жизнь, но вследствие своего врожденного или приобретенного в раннем возрасте дефекта не способны вступать в соревнование с нормальными индивидами и удовлетворить свои личные потребности с достаточным пониманием.

В работах Д. Н. Исаева (2003, 2013) описаны основные классификации. Классификации L. Rosenzweig и J. Long (1960) и других, основывающиеся на приспособляемости умственно отсталых лиц в той или иной мере к условиям жизни, связаны с IQ.

Для нужд педагогов созданы классификации C. Ingram (1953) и J. Gandreau (1966), которые оценки интеллектуальной неполноценности и степени социальной приспособленности (посредством определения IQ) дополняют изучением способности к обучению. Они выделяют, в частности, детей, способных к обучению в массовых или вспомогательных школах, способных только к приобретению навыков самообслуживания или вовсе не поддающихся воспитанию.

Более подробно разработанная классификация выделяет «субнормальных», а среди них «корректируемых отсталых», «тупых», или «некорректируемых

отсталых», «очень тупых» или с выраженными затруднениями в обучении в связи с психической неполноценностью. «Необучаемые», в свою очередь, подразделяются на «воспитуемых» и «невоспитуемых» [Cleugh, 1957].

L. Kanner (1965) делит умственно отсталых на три типа. К первому типу – с «абсолютным слабоумием» – он относит индивидов с «действительными» нарушениями познавательных, эмоциональных и конструктивно-волевых способностей. Их могли бы признать психически неполноценными во всех «культурных» условиях. Эти люди не способны к независимому существованию. К другому типу – с «относительным слабоумием» – он относит детей с такими состояниями, в которых психическая неполноценность определяется своеобразием «культуры», т.е. функциональный уровень психики этих субъектов варьирует в зависимости от требований жизни. Только школьные требования цивилизованного общества заставляют признать их умственно отсталыми людьми, тогда как в сельских условиях они могут быть неплохими тружениками. Третий тип – индивиды с «кажущимся слабоумием»; это субъекты, которые психометрически могут оцениваться иначе, нежели в жизни, в зависимости от благоприятных или неблагоприятных обстоятельств. Согласно этой систематике право на диагноз умственной отсталости имеют только идиотия и имбецильность, а дебильность уже находится на границах нормы и патологии.

A. Busemann (1959) отделяет дебильность от нормальной способности к обучению в школе и понимает под дебильностью интеллектуальное развитие значительно ниже нормы, которое в основном школьном возрасте (1-й – 4-й класс) проявляется как отставание на два-три года при выполнении заданий по тестам.

Психиатры и педагоги все чаще используют всесторонний подход, определяя способность к обучению по клиническим данным, социальному и эмоциональному развитию, поведению в школе и обществе. С целью создания гомогенных групп для обучения увеличивают число степеней обучаемости детей [Коробейников, 2002]. Однако узкопрактическое назначение этих классификаций, отсутствие анализа структуры интеллектуального дефекта делают их

недостаточными даже для учителей. Они не выявляют ни наиболее сохранные, ни наиболее пострадавшие стороны психики и тем самым не могут помочь педагогам в выборе методов обучения разных типов детей с умственной отсталостью.

Другой критерий создания систематики умственной отсталости – особенности нейродинамических сдвигов как основа клинических симптомов. Этот подход предполагает, что от характера патофизиологических механизмов зависят принципиальные отличия одних клинических форм недоразвития от других [Певзнер, 1963].

С. С. Мнухин (1968) первый в нашей стране использовал для этого клинко-физиологический анализ. Он выделил особую группу неравномерного психического недоразвития, в которую вошли дети, не способные к усвоению школьных навыков. Им было сформулировано представление об астенической, стенической и атонической формах олигофрении. Критериями для этой классификации, помимо клинических, послужили и конституциональные особенности высшей нервной деятельности, на основе которых развивается та или иная форма психического недоразвития.

Д. Н. Исаев и соавторы подвергли подробному клиническому, экспериментально-психологическому, биохимическому и электроэнцефалографическому анализу вышеуказанные формы психического недоразвития, описали дополнительную форму психического недоразвития, выделили и подробно изучили клинические варианты всех четырех форм, сформулировав представление о системном поражении ЦНС при них. Была установлена зависимость между формами и недоразвитием определенных структур мозга, в основу классификации положена корреляция клинических и патофизиологических данных [Исаев и др., 2003].

М. С. Певзнер (1959) выделила пять форм олигофрении, основываясь на особенностях нейродинамики больных. Она полагала, что у одних имеется распространенное нарушение подвижности основных нервных процессов без расстройства их равновесия, при этом недоразвитие познавательной деятельности не сопровождается грубым поражением какого-либо из анализаторов или

расстройством эмоционально-волевой сферы. Основным же патогенетическим механизмом является диффузное поверхностное поражение коры. У других детей-олигофренов значительно преобладает тормозной или возбуждательный процесс либо они оба ослаблены. В этих случаях недоразвитие познавательной деятельности исследователь связывает с глубоким расстройством корковой нейродинамики, что проявляется у больных нарушением поведения и резким снижением работоспособности. Позже М. С. Певзнер (1963) увязывала формы олигофрении не только с особенностями нарушений нейродинамики, но и с поражением некоторых областей мозга (лобной, теменно-затылочной и слухоречевой). В первом варианте этой классификации недостаточно учитывалась локализация нарушений нервных процессов; в последующем области поражения и характер нарушений в них названы обобщенно. Приписываемые же им клинические особенности либо слишком многообразны, либо ограничиваются одним-двумя проявлениями.

Во второй половине XX века предприняты попытки использовать электроэнцефалографические исследования для систематики умственно отсталых индивидов в соответствии с особенностями функционального взаимодействия коры и ретикулярной формации. Показано, что в одних случаях преобладают восходящие активирующие влияния над нисходящими, в других – доминирует действие нисходящих над восходящими из ретикулярной формации; в третьих – соотношение этих влияний может находиться в состоянии нестойкого равновесия [Иванников, 1998]. Однако не объясняется, почему именно при такой разнице корково-подкорковых отношений представители всех трех групп – умственно отсталые. Вероятно, вскрытый механизм отражает особенности аффективности исследованных субъектов, тогда как нейродинамические сдвиги, ответственные за слабоумие, остаются необнаруженными.

Предполагают, что клинические проявления нарушений здоровья и когнитивных дефицитов зависят от времени нанесения повреждения, от его локализации и размеров, а это, в свою очередь, ведет к различиям в нарушении корковых функций и поведении. Отсюда делается вывод о необходимости

изучения типов психического недоразвития на основе исследований высшей нервной деятельности, а не только на этиологической основе [Vaillant, 2000].

P. D. Harvey, M. Strassnig (2012), опираясь на многофакторный анализ сенсорных, моторных, перцептивных и сложных психических функций, клинического и электроэнцефалографического исследований, приходят к выводу, что между психологическим и поведенческим типом умственной отсталости и структурой нарушения может быть выявлена определенная зависимость. Расстройство функционирования ретикулярной формации может быть фактором психического недоразвития. Расстройство деятельности ретикулярной формации и кортикофугальных связей приводит к типам недоразвития, отличающимся недостатком внимания, контроля усилий и ответной инициативы, а также нарушениями моторики. Гиперфункция таламо-кортикальной проекционной системы ответственна за развитие у умственно отсталых лиц гиперреактивности. Результаты этой работы подтверждают, что между этиологией психического недоразвития и ее симптоматикой нет прямых корреляций. А это указывает на то, что систематика умственной отсталости возможна только при изучении клинко-физиологических корреляций, так как симптомы являются внешним выражением тех или иных нейродинамических сдвигов.

Для понимания происхождения психического недоразвития и систематизации его форм Г. К. Ушаков (1973), а затем и В. В. Ковалев (1985) использовали понятие дизонтогенеза. Были выделены два типа психического дизонтогенеза: ретардация (стойкое психическое недоразвитие) и асинхрония (неравномерное, дисгармоническое развитие, при котором одни психические проявления отстают, а другие опережают возрастной уровень развития).

Дальнейшее развитие этих идей принадлежит В. В. Лебединскому (1985), который предложил следующие варианты дизонтогенеза: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное развитие, дисгармоническое развитие. В этой систематике умственная отсталость (олигофрения) рассматривается как типичная модель недоразвития. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении, по

его мнению, обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом и с преимущественной незрелостью его коры как образования, наиболее сложного и наиболее поздно созревающего в онтогенезе.

Свою лепту в систематику умственной отсталости внесли психологи М. М. Семаго и Н. Я. Семаго (2005). Они отнесли умственную отсталость к группе недостаточного развития (вариант тотального недоразвития) в рамках предлагаемой ими типологии отклоняющегося развития.

Приказом Министерства здравоохранения России № 311 от 26.08.1999 были утверждены «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств». За основу классификации в этой модели была взята Международная классификация болезней (МКБ-10) от 1992 г. В разделе /F70–F79/ «Умственная отсталость» (определение «умственной отсталости» из этого раздела приведено в главе 1) рекомендуется использовать следующие рубрики:

- умственная отсталость легкой степени (F-70);
- умственная отсталость умеренная (F-71);
- умственная отсталость тяжелая (F-72);
- умственная отсталость глубокая (F-73).

Наличие умственной отсталости не исключает дополнительных диагнозов, кодирующихся в других разделах классификации.

Там же для облегчения пользования этой классификацией сформулированы диагностические указания: интеллект не является единой характеристикой, он оценивается на основе большого числа различных более или менее специфичных навыков. Хотя у каждого человека существует общая тенденция развития всех этих навыков на сходном уровне, могут иметь место и существенные расхождения, особенно у умственно отсталых лиц. Такие лица могут обнаруживать тяжелые нарушения умственной отсталости, показывать более высокую продуктивность в одной отдельной сфере (например, по простым зрительно-пространственным заданиям). Подобная ситуация затрудняет диагностическую оценку умственно отсталых лиц. Определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации,

включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культуральных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам.

Кроме того, как показывает клиническая практика, причиной происхождения когнитивного дефицита в детском возрасте является сочетание нескольких факторов психологических и биологических вредностей.

В то же время выделение отдельных синдромов или форм психического недоразвития по этиологическому признаку и патогенезу в корреляции с особенностями формирования функциональных систем уже дает значительные результаты в их профилактике и лечении. Исходя из синдромологического принципа, М. С. Певзнер выделяет 4 клинических варианта задержки психического развития (ЗПР) [Певзнер, 1963].

1. Психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте. В этом случае наблюдается замедленное формирование эмоционально-волевой регуляции, быстрая истощаемость, неравномерное действие памяти, внимания. При этом типе ЗПР инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, движений, преобладанием незрелых эмоциональных реакций в поведении.

2. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности. Во время занятий дети вялые, апатичные, непродуктивные. Могут проявляться головные боли, повышенная утомляемость. Игровое поведение в целом малоэмоционально, часто не соотносимо с задачей в целом. Ярко выражена зависимость от предметных условий деятельности. В этом случае более других страдает функция контроля психической деятельности.

3. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями. Черты этого типа инфантилизма часто сочетаются с раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательным беспокойством, неусидчивостью. Возможно проявление противоположных тенденций: вялости, пассивности, но это всегда острее, чем в норме. Могут наблюдаться соматовегетативные реакции.

4. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции. Дети с такой формой ЗПР испытывают трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций. Словарный запас ограничен. Отмечается слабость словесной регуляции действий.

В третьем и четвертом вариантах ЗПР страдает и контроль, и программирование деятельности. Это обуславливает низкий уровень овладения всеми видами деятельности, в том числе, речевой и учебной.

В практической работе с детьми с ЗПР более широко используется классификация К. С. Лебединской, разработанная на основе этиопатогенетического подхода [Лебединская, 2005]. При организации нашего исследования мы также использовали данную классификацию.

1. Задержка психического развития конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм). Инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью психики и моторики. Гармонический психофизический инфантилизм представляет собой некоторое запаздывание темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребёнка и его социальную адаптацию. В. И. Гарбузов отмечает, что предпосылки к психическому инфантилизму создаются конституционально-генетическими, эндокринно-гормональными факторами, гипоксией или инфекционно-токсическими вредностями в период беременности, асфиксией в родах, тяжелыми инфекционными болезнями в первые месяцы жизни. Его развитию способствует эгоцентрическое или тревожно-мнительное воспитание. На первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Игровая деятельность для детей наиболее привлекательна, в отличие от учебной.

Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе школьную, адаптацию.

2. Задержка психического развития соматогенного происхождения возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями сердца, почек, эндокринной системы и др. Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности, как робость, боязливость. Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем мире. Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь уровня возрастного развития.

3. Задержка психического развития психогенного происхождения. При раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующих факторов могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере ребенка, что приводит к невротическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому развитию личности. К. С. Лебединская (2005) отмечает, что различные варианты неправильного воспитания приводят к различным формам психогенного инфантилизма: в условиях безнадзорности может наблюдаться развитие личности по неустойчивому типу, у ребенка преобладают импульсивные реакции, неумение тормозить свои эмоции. В условиях гиперопеки психогенная ЗПР проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевым усилиям, к труду. В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко происходит невротическое развитие личности. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истерические проявления, у других – робость, боязливость, страхи, мутизм. При названном варианте ЗПР на первый план также выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения.

4. Задержка психического развития церебрально-органического происхождения представляет собой наиболее сложную в плане диагностики, коррекции группу ЗПР. Эта форма наиболее часто встречается в детском возрасте и является наиболее стойкой. Она обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, физическую незрелость. Часто это состояние, пограничное с умственной отсталостью, определяется органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза. ЗПР связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. ЗПР церебрально-органического генеза условно разделена на две основные группы: с преобладанием явлений органического инфантилизма; с преобладанием нарушений познавательной деятельности (у детей черты незрелости сочетаются с признаками повреждения нервной системы). Психиатры описывают разнообразные клинические варианты психического инфантилизма.

В. В. Ковалев (1985) к более легким вариантам относит церебрастенический инфантилизм, в клинической картине которого эмоциональная незрелость сочетается с повышенной интеллектуальной истощаемостью, утомляемостью, низкой работоспособностью, соматовегетативными расстройствами. В ряде случаев наиболее легкие формы психической незрелости клиницисты связывают с так называемой вторичной инфантилизацией, возникающей при неправильном воспитании ребенка в семье. Наибольшее значение, по мнению И. И. Мамайчук (2001), для специальной психологии имеет церебрально-органический инфантилизм, клинические проявления которого отражают поврежденность нервной системы вследствие патологии беременности и родов, нейроинфекций и интоксикаций в первые годы жизни ребенка. В этих случаях признаки органической поврежденности и незрелости нервной системы тесно переплетены между собой и пронизывают структуру как эмоциональных расстройств, так и нарушений интеллектуальных функций. Различные исследователи по-разному

оценивают общую структуру нарушений познавательной деятельности у этой группы детей. Одни полагают, что церебрально-органический инфантилизм чаще сочетается с более выраженным дефектом интеллектуальных функций, склоняясь к целесообразности рассмотрения его в рамках умственной отсталости [Мнухин, 1968; Исаев, 2003].

Их оппоненты исходят из того, что один и тот же тип эмоциональных расстройств может сочетаться с различными по структуре интеллектуальными нарушениями. Поэтому, находя качественное отличие структуры нарушений познавательной деятельности при олигофрении и ЗПР церебрально-органического генеза, они настаивают на более независимой оценке характера эмоционально-волевых и интеллектуальных расстройств [Лебединская, 2011; Ульенкова, 2001 и др.]. Существует мнение, основанное на данных некоторых катамнестических исследований, что по мере взросления ребенка наблюдаемые у него черты органического инфантилизма имеют тенденцию к смягчению, в то время как на первый план более отчетливо начинают выступать признаки интеллектуальной недостаточности [Певзнер, 1963; Забрамная, 1996; Рубинштейн, 2002; Зверева, 2015 и др.].

В целом, классификация К. С. Лебединской (2011) сочетает в себе учет влияния как биологических, так и социопсихологических факторов на развитие ребенка с ЗПР. Используемая до настоящего времени классификация В. В. Лебединского (1985) базируется на качественных, не сводимых друг к другу особенностях нарушений психического развития: отставания в развитии; выраженной диспропорциональности (асинхронии) развития; изолированном повреждении; выпадении отдельных функций.

Основными типологическими критериями этого подхода (они выделены еще Л.С. Выготским) являются следующие параметры:

– функциональная локализация нарушений (частные дефекты, обусловленные дефицитностью отдельных функций, и общие, связанные с нарушением подкорковых регуляторных систем и корковых (интеллектуальных) систем);

– время поражения, которое определяет недостаточность (при раннем повреждении функций) или истинное повреждение (с распадом структуры функций);

– взаимоотношения между первичным и вторичным (по Л. С. Выготскому) дефектами. В зависимости от места первичного дефекта направление, вектор вторичного недоразвития, может быть «снизу вверх» или «сверху вниз», что определяет качественное своеобразие дизонтогенеза;

Нарушение межфункциональных взаимодействий мозговой деятельности является одним из современных исследований когнитивного дефицита в детском возрасте. Рассматривается нарушение нормального онтогенеза, когда временная независимость, характерная для ранних этапов онтогенеза, превращается в изоляцию, ассоциативные связи преобразуются в патологическую фиксацию (в познавательной деятельности – это инертные стереотипы), а сложные межфункциональные иерархические связи приобретают патологический вид – асинхрония развития. Последняя, в свою очередь, разделяется на ретардацию (запаздывание или приостановка психического развития) и акселерацию (выраженное опережение темпа и сроков развития одних функциональных систем по сравнению с другими). На основании этих критериев В. В. Лебединский (1985), объединяя предшествующие классификационные подходы, выделяет три типологические группы дизонтогенеза [Черенева Е.А., Литвинова А.Г., Антошечкина Г.К., 2019].

.В первую группу входят отклонения в виде отставания в развитии. В этой группе автор выделяет *недоразвитие* и *задержанное* развитие. Вторая группа включает отклонения, ведущим признаком которых является диспропорциональность (асинхрония) развития: выделяются *искаженный* и *дисгармоничный* типы развития. К третьей группе, выделяемой на основе наличия повреждения (поломка или выпадение функций или функциональных систем), автор относит *поврежденное* и *дефицитарное* развитие. К последнему, на наш взгляд, неадекватно отнесено и нарушение речи, которое поставлено В. В. Лебединским в один ряд с нарушениями слуха и зрения. К сожалению, и

дальнейшая дифференциация типов дизонтогенеза теряет свое психологическое содержание и фактически становится нозологической медицинской классификацией (хотя и с попыткой психологического объяснения). Такой уход от психологической детерминации типологии справедливо критикуется рядом авторов. Помимо этого, в типологии В. В. Лебединского, которая создавалась в начале 1980-х гг. и с тех пор фактически не подвергалась уточнению и пересмотру, не нашлось места определенному количеству вариантов отклоняющегося развития, которые «проявились» в конце XX в.

Из наиболее интересных современных классификационных подходов, которые можно отнести к типологиям каузального вида, следует отметить функционально-уровневый подход С. А. Домишквича (2005) и разработанную Е. Л. Иденбаум (2011) на основе этого подхода классификацию. Классификационными основаниями является степень выраженности трудностей развития и их системность. Автор связывает наиболее важные уровни анализа причин и особенностей психического дизонтогенеза: нейрофизиологической организации, формирующихся психических процессов, динамических характеристик деятельности и феноменологических особенностей. Подобные трудности правомерно связываются Е. Л. Шепко с нарушениями социально-психологической адаптации, степень которой является ведущим показателем в оценке психического здоровья как интегрального показателя благополучия психического развития. В рамках этого подхода выделяются три категории нарушений развития:

- с тотальными трудностями развития;
- с системными трудностями (в понимании авторов – пограничная между нормой и патологией группа), которые заключаются в сочетании нарушений, относящихся к различным сферам и компонентам психической деятельности, затрудненности формирования разнообразных психических функций;
- с отдельными или парциальными трудностями развития – «своеобразием формирования отдельных психических функций или компонентов при соответствии возрастным нормативам большинства параметров

психического развития и отсутствии в деятельности и поведении отклонений, значительно нарушающих социальную адаптацию» [Иденбаум, 2011].

Классификационными критериями также являются: выраженность проявлений отклонений; степень вовлеченности всех сфер и компонентов психической деятельности; место конкретных нарушений в общей структуре личности; эффективность лечения и коррекционно-развивающих мероприятий, а также степень социальной дезадаптации.

В свою очередь, каждая группа подразделяется на типы в зависимости от прогноза социализации, характера трудностей (так, для детей с парциальными трудностями развития выделяются трудности «физиологического», «квазипсихологического» и «психологического» характера), степени когнитивного и аффективного благополучия.

В качестве одной из современных каузальных типологий следует отметить подход А. В. Семенович, ориентированный непосредственно на особенности мозговой организации онтогенеза психики дезадаптивной части детской популяции, в основе построения которой лежит деление на «синдромы несформированности», «синдромы дефицитарности» и «атипию развития» [Семенович, 2001].

При этом рассматриваются следующие варианты нарушения функциогенеза:

- функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
- функциональная несформированность левой височной области;
- функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело);
- функциональная несформированность правого полушария мозга;
- функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер);
- функциональная дефицитарность стволовых образований мозга; дисгенетический синдром;
- атипия психического развития.

Каждый из синдромов определяет своеобразие всей совокупности психической феноменологии, т.е. «целостный ансамбль психической деятельности ребенка, способный адекватно отреагировать на те требования, которые ему предъявляет окружающий мир» [Семенович, 2001, с. 108].

Для нас важно, что квалификация актуального психического статуса, определение в ретроспективе (включая и внутриутробный период) времени и места «поломки», соотнесение ситуации развития ребенка с возрастными нормативами и идеальным уровнем развития всех психических функций описываются не только на языке психических процессов, но в первую очередь на языке нейропсихологии.

В результате образуется интегративный статус, позволяющий, по мнению А. В. Семенович, выбрать адекватные развивающие и коррекционные программы, соответствующие характеру онтогенеза ребенка.

В. М. Сорокин (2003) выделяет критерии, которые могут быть основанием для построения типологии отклоняющегося развития:

- время возникновения (врожденные, в том числе наследственные и приобретенные нарушения);
- степень обратимости (необратимые, частично обратимые и практически обратимые);
- преобладание биологически или социально детерминированных причин.

В своей фундаментальной монографии «Типология отклоняющегося развития» Н. Я. Семаго и М. М. Семаго (2005) выделяют три вида недостаточного развития, различающихся как по характеру, так и по выраженности нарушений:

- тотальное недоразвитие;
- парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности;
- задержанное развитие.

Таким образом, теоретический анализ феноменологии нарушений здоровья у детей с когнитивными нарушениями показывает новые подходы, модели и методы, которые позволили углубить и конкретизировать представления о

различных вариантах отклонений, дифференцировать новые формы «ненормативного» развития [Черенева Е.А., 2015].

В целом, как показывает анализ, психическое и соматическое состояния детей в значительной степени стали выходить за пределы, очерченные в упоминаемых работах. Значительно размылось и понятие «пограничные состояния». Классические варианты нарушений стали обрастать особенностями, которые невозможно анализировать с позиций бинарной методологии XX в., поскольку данная методология базировалась на представлениях о «первичности–вторичности», «высших–элементарных (низших), психических функциях», «интеллектуальном–аффективном» и других подходах. А это, в свою очередь, формирует новые концептуальные парадигмы для создания моделей анализа развития.

1.2 Психофизиологические особенности саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом

Саморегуляция (совокупность произвольных движений, объединенных единой целью) относится к числу наиболее сложных психических функций человека. Их морфофизиологической основой являются сложные функциональные системы – иерархически организованные, включающие много уровней и подуровней, характеризующиеся сложным и многозвенным афферентным и эфферентным составом, условно-рефлекторные по своему происхождению, формирующиеся полностью прижизненно, как и другие высшие психические функции.

И. М. Сеченов (1952) впервые охарактеризовал саморегуляцию (произвольность) как психическое явление. Вся внешняя активность человека, включая и высшую произвольность, связанную с мотивами долга, любви к Родине и т.п., рассматривалась им как рефлексы, которые начинаются с чувственного возбуждения, а не по велению абстрактной воли. Особое место И. М. Сеченов уделял волевой (произвольной) активности человека, выделяя в ней не только

физиологические, но и психологические механизмы. В связи с этим он пишет: «Воля властна пускать в ход в каждом данном случае не только ту форму движения, которая ему наиболее соответствует, но любую из всех, которые вообще известны человеку... Воля не есть какой-то безличный агент, распоряжающийся только движением, – это и деятельная сторона разума и морального чувства, управляющая движением во имя того или другого и часто наперекор даже чувству самосохранения... Это та ярко осознаваемая возможность, выражающаяся в словах «я хочу и сделаю», и есть та неприступная с виду цитадель, в которой сидит обыденное учение о произвольности» [Сеченов, 1952].

Глубинный смысл характеристики воли, данной И. М. Сеченовым, заключен в утверждении неразрывного динамического единства действительно существующих трех своеобразных сторон целостной психики человека. Именно в этом заключена глубина характеристики воли по Сеченову, и это имеет не только важнейший теоретический смысл, но и практическое значение для решения задач воспитания человека, в частности, совершенствования его воли.

Если изучать саморегуляцию деятельности как психический процесс, то характеристика будет неполной без обращения к физиологическим механизмам рассматриваемой проблемы. Экспериментальные исследования П. К. Анохина (1997), И. П. Павлова (1951), И. М. Сеченова (1952) убедительно доказали, что психика имеет условно-рефлекторную природу.

Физиологические механизмы волевой регуляции поведения изучены недостаточно. Однако основываясь на трудах И. П. Павлова (1951) по исследованию механизмов регуляции произвольных двигательных актов, эмоциональных состояний, можно в самой общей форме сказать, что волевые проявления – продукт системной работы мозга, в которой ведущую роль играют «второсигнальные управляющие импульсы» тонизирующего и тормозящего характера. Они избирательно влияют на возникновение очагов доминантного возбуждения в различных зонах коры головного мозга, на движение восходящих и нисходящих потоков импульсов к коре и от нее и тем самым регулируют течение психической деятельности. Вегетативные и

двигательные функции организма человека, а следовательно, и волевые действия и поступки – внешние проявления его воли. Они представляют собою сложно афферентированные движения, связанные с сигналами, идущими от различных анализаторов, среди которых базовым является кинестетический. Кинестетические клетки коры, как предполагал И. П. Павлов, образуют условную связь с двигательными клетками коры, от которых начинаются пирамидальные эфферентные пути, и таким образом обеспечивают системную регуляцию мозгом произвольных движений.

К настоящему времени физиология накопила множество разнообразных сведений о причастности тех или иных участков коры головного мозга к механизмам произвольного управления. О большой сложности афферентных аппаратов произвольных движений писали И. М. Сеченов (1951), И. П. Павлов (1952), Н. А. Бернштейн (1961), П. К. Анохин (1997) и другие отечественные физиологи, показавшие, что произвольные движения включают в свой афферентный аппарат самые различные виды афферентации, среди которых базальной является кинестетическая. Этими работами была опровергнута точка зрения о том, что произвольное управление движениями зависит только от эффекторных двигательных центров.

И. П. Павлову (1952) принадлежит высказывание о человеке как о системе, в высшей степени саморегулирующейся, самосовершенствующейся, саморазвивающейся. Новые открытия ВНД вплотную подводят к научному пониманию физиологических основ волевой активности.

С. И. Беритов (1961) писал, что произвольные движения человека характеризуются наличием сознательных целей, которые намечаются для удовлетворения личных и социальных потребностей путем словесного планирования деятельности. Характерной особенностью произвольных актов является не только их сознательный характер, но и связь со второй сигнальной системой: произвольное, по словам автора, можно сделать произвольным, но достигается это при помощи второй сигнальной системы. Человек по принципу условного рефлекса вырабатывает способность по словесному сигналу

воспроизводить определенное двигательное представление и, опираясь на него, – определенный двигательный акт.

Функциональная структура процесса саморегуляции раскрывается в работах А. Н. Леонтьева (2011), А. Р. Лурия (1962), Л. С. Цветковой (1995) и др. и базируется на научных концепциях П. К. Анохина (1997), Н. А. Бернштейна (1961), И. П. Павлова (1952) о принципе подкрепления, кольцевой регуляции, об аксепторе действия, об оценочной информации как основе коррегирования целенаправленных актов, об операциях самоконтроля как звене регуляции, превращающих саморегуляцию в замкнутый процесс.

Формирование нейropsychологических механизмов произвольной саморегуляции обеспечивается функциональным взаимодействием трех блоков мозга, образующих общую структурно-функциональную модель работы мозга, описанную в работе А. Р. Лурия (1962). Активационные компоненты любой психической деятельности обеспечивает энергетический блок, ответственный за процессы неспецифической активации; за процессы приема и переработки поступающей извне информации отвечает информационный блок, который обеспечивает информационные компоненты деятельности, ориентацию во внешнем и внутреннем пространстве; за процессы управления отдельными видами психической деятельности и программирование поведения в целом отвечает регуляторный блок.

По определению Ю. Б. Некрасовой (1994), управление и регулирование деятельности человека осуществляет нервная система, при этом можно говорить как о произвольном, так и непроизвольном управлении и регулировании. Произвольным управлением, вслед за Н. И. Жинкиным (1958), мы будем называть такое действие, которое человек может осуществить согласно своему замыслу или словесному указанию, желанию. Непроизвольным же управлением действием является такое, которое человек не может реализовать по собственному замыслу или желанию. Отечественные физиологи [Анохин, 1978; Бернштейн, 1966; Павлов, 1952 и др.] показали, что в основе произвольного управления лежит сложная система афферентно-эфферентных связей.

Наибольший вклад в развитие теории о системной динамической локализации высших психических функций, обуславливающих самоуправление деятельностью человека, внес А. Р. Лурия (2013). По мнению ученого, первый функциональный блок мозга – энергетический – включает ретикулярную формацию, подкорковые образования и участвует в появлении мотива и постановке цели деятельности. Второй блок включает кору задних отделов больших полушарий и является основным аппаратом мозга, ответственным за выполнение гностических процессов. Третий блок включает лобные доли коры больших полушарий и обеспечивает программирование деятельности, контроль за ее исполнением в связи с поставленными задачами.

Изучая больных с локальными поражениями головного мозга, А. Р. Лурия (1963) уточнил конкретный состав тех корковых зон, которые участвуют в мозговой организации произвольных двигательных актов. Он установил, что: мотивация деятельности обусловлена функционированием лобных долей коры головного мозга; организация деятельности во времени, ее программирование и контроль за выполнением программы осуществляются с помощью премоторных и префронтальных участков коры; анализ афферентаций, поступающих от органов движения, обеспечивается постцентральной теменной зоной; зрительный контроль, пространственная организация движения обеспечиваются задними затылочными и теменно-затылочными отделами коры больших полушарий; височные же зоны (прежде всего левого полушария) обеспечивают слухоречевую афферентацию, а также участвуют во всех актах, происходящих с участием внешней и внутренней речи. Таким образом, в произвольном управлении деятельностью могут принимать участие многие корковые зоны на основе межполушарного взаимодействия.

К эфферентным (исполнительным) механизмам произвольной деятельности, по мнению ученого, относятся две взаимосвязанные и в то же время автономные двигательные системы: пирамидная и экстрапирамидная, корковые отделы которых составляют единую сенсомоторную зону коры. Пирамидная система филогенетически более молодая, и ее развитие у человека обусловлено, прежде

всего, возникновением произвольных движений. Она ответственна за регуляцию дискретных, точностных (дозированных во времени и пространстве) движений, полностью подчиненных произвольному контролю. Экстрапирамидная система является более древней, чем пирамидная, и ответственна преимущественно за регуляцию тонуса, то есть того фона, на котором осуществляются фазические кратковременные двигательные акты. Экстрапирамидная система управляет в основном непроизвольными компонентами произвольных двигательных актов.

Е. П. Ильин (2000) указывает, что произвольное управление является многоуровневым, поскольку обусловлено как деятельностью высших отделов мозга – интегративных, второсигнальных и др., так и более простыми механизмами управления, относимыми к разряду непроизвольных (безусловно- и условно-рефлекторных). По его мнению, произвольные действия не являются полностью условно-рефлекторными прежде всего потому, что это действия мотивированные. Самостимулирование, то есть инициация произвольных действий, осуществляется с использованием второсигнальных команд. Однако в целом произвольность не подразумевает только речевое управление поведением, поскольку зависит еще и от представлений (образа) как регулятора действий.

Таким образом, саморегуляция осуществляется с участием как произвольных, так и непроизвольных мозговых механизмов, которые образуют единую функциональную систему. Этот факт нашел отражение в представлениях Н. А. Бернштейна (1966) об уровнях построения движений. Согласно его концепции, любое движение – сложная многоуровневая система, где каждый уровень имеет собственную афферентацию и собственный набор регулируемых параметров. Н. А. Бернштейн выделил пять уровней построения движений, объединяющих произвольные и непроизвольные механизмы управления в единую систему: руброспинальный и таламопаллидарный, ответственные за непроизвольную регуляцию; пирамидно-стриальный, теменно-премоторный и корковый «символический», связанные с регуляцией произвольных двигательных актов.

Произвольное управление связано и с организацией произвольного внимания. В этом принимают участие особые «адверзивные» зоны коры больших

полушарий: премоторная и теменно-затылочная. Таким образом, можно сделать вывод о том, что произвольное управление связано с работой практически всей коры головного мозга.

Помимо произвольного внимания, самоуправление обусловлено и многими другими аспектами психической деятельности. На зависимость произвольной регуляции от эмоциональной сферы указывает Е. П. Ильин (2000).

Представление И. П. Павлова о рефлекторной дуге как физиологическом механизме управления поведением впоследствии было усовершенствовано положением Н. А. Бернштейна (1966) о рефлекторном кольце. Но особое значение в осознании механизмов произвольного управления деятельностью принадлежит работам П. К. Анохина (1997). В частности, им разработана схема функциональных систем управления действиями человека, включающая пять блоков: а) блок афферентного синтеза; б) блок принятия решения; в) блок составления программы деятельности; г) блок исполнения и получения результата; д) блок обратной связи, поставляющей информацию о результатах совершенного действия.

Блок афферентного синтеза, по мнению автора, осуществляется при взаимодействии четырех факторов: пусковой афферентации; обстановочной афферентации; памяти и мотивации. Пусковая афферентация связана с деятельностью анализаторов и имеет задачу определить значимость для человека данного сигнала. Далее происходит сопоставление пусковой афферентации с обстановочной, сообщающей о состоянии самого человека, о внешней ситуации. Мотивационное же возбуждение обусловлено деятельностью коры головного мозга, возникает на основе потребности и подразумевает появление информации об объектах, способных удовлетворить эту потребность. Таким образом, блок афферентного синтеза подразумевает постановку цели и определение условий ее достижения.

Реализация блока принятия решения обусловлена убежденностью или, наоборот, сомнением человека в правильности принятого решения. Блок составления программы деятельности направлен на определение средств и последовательности действий, необходимых для достижения цели.

Следовательно, как и предыдущий, блок программирования связан со способностью человека к вероятностному прогнозированию, памятью и эмоциями.

Вслед за программированием следует реализация блока исполнения и получения результатов деятельности, а позже – и блока обратной связи. Реализация последнего подразумевает анализ качества выполнения программы и, при необходимости, ее корректировку. В этой связи значимость приобретает способность человека к самоконтролю деятельности. Обобщая результаты многих исследований, Е. П. Ильин (2000) отмечает, что самоконтроль осуществляется с помощью «обратной связи», которая включает внешнее кольцо управления, связанное с деятельностью анализаторов, выполняющее контроль за результатом деятельности, и внутреннее кольцо, находящееся полностью внутри организма и направленное на контроль за характером деятельности. П. К. Анохин (1997) усматривает в реализации самоконтроля механизм обратной афферентации – аппарата сличения («акцептора действия»). Функционирование данного механизма заключается в том, что сначала происходит установление степени достижения желаемого (запрограммированного) результата деятельности в сравнении с реально полученным результатом. Далее на основе «побудительной импульсации» (по Н. А. Бернштейну (1966)) или «санкционированной афферентации» (по П. К. Анохину) возможны три варианта развития ситуации: а) деятельность прекращается, если рассогласования не возникло, т.е. цель достигнута; б) деятельность продолжается, если программа выполнена не полностью; в) происходит корректировка программы, если возникло рассогласование. Таким образом, самоконтроль выполняется преимущественно произвольно, за исключением лишь оценки результатов, сличения и корректировки программы деятельности.

Для анализа саморегуляции у детей с нарушением интеллектуального развития используется разработанная М. С. Певзнер клинико-психологическая характеристика олигофрении, которая характеризует умственную отсталость как стойкое недоразвитие познавательной деятельности, обусловленное диффузным

поражением коры головного мозга [Певзнер, 1963]. Этот подход дает понимание структуры дефекта и механизма формирования произвольности.

Многолетние специальные клинические исследования М. С. Певзнер выявили ряд качественно своеобразных вариантов дефекта, характеризующих саморегуляцию: 1) олигофрены с уравновешенным соотношением основных нервных процессов; 2) олигофрены с преобладанием торможения; 3) олигофрены, в общей клинической картине которых наблюдается значительное преобладание возбуждения. Данные знания об особенностях высшей нервной деятельности дают нам методологические основания для разработки моделей нарушения развития.

Как указывала М. С. Певзнер, дети-олигофрены с уравновешенным соотношением основных нервных процессов при наличии особенностей, характеризующих всех детей с нарушенным интеллектом (трудности усвоения учебного материала, особенно того, в котором значительную роль играют отвлечение и обобщение; легкое возникновение инертных словесных штампов; трудность перехода от одной формы интеллектуальной операции к другой или от одного приема к другому, трудности перехода к новому материалу), наиболее организованы, легко поддаются педагогическому воздействию, внимание их относительно устойчиво, они активны, имеют хорошую работоспособность, могут длительное время, не нуждаясь в дополнительной стимуляции, работать над одним заданием и обнаруживают при этом относительно высокую продуктивность. Дети этой группы не проявляют значительных нарушений в поведении.

Дети «тормозной» группы чрезвычайно вялы, заторможены, апатичны, пассивны, не проявляют инициативы, постоянно нуждаются в дополнительной стимуляции, подкреплении деятельности, повторении инструкций. Они малоактивны в движениях, двигательны скованы. Периодически проявляются особые состояния, которые выражаются в резком падении тонуса. Выяснение эмоционально-волевых особенностей этих детей затруднено вследствие их чрезвычайной заторможенности.

Учебная деятельность детей «тормозной» группы тоже имеет свои специфические особенности. Например, такие дети на уроке не сразу включаются в выполнение заданий, работоспособность их невысокая, уровень продуктивности очень низкий, как правило, ниже уровня их потенциальных возможностей, часто в ходе деятельности они полностью отключаются от выполнения задания.

В отличие от этих двух групп детей, «возбудимые» олигофрены двигательно беспокойны, чрезвычайно импульсивны, расторможены. Кроме того, в их поведении обращает на себя внимание крайняя неустойчивость деятельности: они быстро реагируют на все раздражители, особенно на вновь появляющиеся, но не задерживаются ни на одном из них, перескакивают с предмета на предмет, очень отвлекаемы.

В учебной обстановке они нуждаются в постоянной трансформации импульсивных реакций. При этом задерживать эти реакции на все агенты обстановки и сосредоточить внимание возбудимых детей на чем-нибудь одном очень трудно. Работоспособность этих детей низка. Описанные особенности проявляются у этих детей постоянно, во всех условиях.

Клиническая дифференциация, предложенная М. С. Певзнер, нашла свое отражение во многих физиологических исследованиях. Так, А. Г. Иванов-Смоленский (1952), принимая классификацию детей с олигофренией на «возбудимых» и «тормозных», указывает, что физиологическим основанием клинических особенностей детей торпидной группы («тормозных» олигофренов) является резко выраженная недостаточность раздражительного процесса, а особенности «возбудимых» детей объясняются тем, что у них страдает главным образом процесс торможения.

В физиологических исследованиях детей с олигофренией разной степени – от наиболее глубоких до относительно легких [Сухарева, 1965; Певзнер, 1963] – был показан ряд особенностей высшей нервной деятельности «возбудимой» и «тормозной» групп.

Многие клиницисты обнаружили, что имеется ряд дополнительных отклонений в развитии на фоне физиологических отклонений, свойственных всем

олигофренам. Эти особенности проявляются более или менее ярко в зависимости от тяжести заболевания. Подробному рассмотрению этих особенностей посвящены ранее опубликованные работы [Лубовский, 1978; Ляпидевский, 1978, Исаев, 2003 и др.]. Кратко суммируем эти особенности.

1. Все дети с когнитивной недостаточностью отличаются от здоровых детей некоторой слабостью основных нервных процессов, особенно внутреннего активного торможения. Последнее проявляется прежде всего в нестойкости дифференцировок и трудностях выработки наиболее сложных из них. Слабость раздражительного процесса проявляется в трудности образования одновременно нескольких условных рефлексов. В некоторых случаях обнаруживается быстрая истощаемость процесса возбуждения, которая проявляется в падении или в усилении условных реакций.

2. Характерным при когнитивных дефицитах является патологически усиленная иррадиация нервных процессов, которая проявляется в целом ряде факторов, и прежде всего в широкой генерализации раздражителей, нарушенной (плохой) стабилизации условных реакций, сильном последовательном торможении и т.д. Усиление иррадиации связано со слабостью нервных процессов.

3. Наблюдаются проявления повышенной отрицательной индукции у детей с когнитивной недостаточностью.

4. Существенной особенностью высшей нервной деятельности детей с когнитивными дефицитами является инертность, особенно ярко выступающая на уровне второй сигнальной системы. Она проявляется в тонических двигательных реакциях, лишних движениях персеверативного характера, неполном преобразовании условного значения раздражителей, восстановлении старых условных связей без подкрепления, в практической невозможности преобразования вербализованных систем связей и т.д. На уровне второй сигнальной системы обнаруживаются грубая инертность старых словесных связей (в отчетах), персеверации в речевых реакциях, легкость образования словесных стереотипов, инертность словесных связей после преобразования непосредственных условных реакций.

Своеобразие высшей нервной деятельности детей с когнитивными дефицитами имеет прямую связь с организацией деятельности и саморегуляции поведения. Клиницистами и педагогами были отмечены некоторые специфические особенности общего поведения и деятельности разных групп умственно отсталых детей. Такие специфические различия между отдельными группами детей сохраняются и в пределах более ограниченной категории детей с интеллектуальной недостаточностью. В то же время эти особенности не имеют прямой связи с глубиной умственной отсталости. Одни и те же особенности, лишь более или менее резко выраженные, можно отметить у отдельных детей как с легкой, так и с выраженной степенью умственной отсталости. Учет этих особенностей, вскрытие их физиологических механизмов имеют огромное значение для построения научно обоснованного индивидуального педагогического подхода к детям с интеллектуальной недостаточностью.

Мы обратимся к концепции отечественных исследователей эмоционально-волевой сферы детей с когнитивными дефицитами при различных клинических вариантах.

Д. Н. Исаев (2003) выделяет три группы умственно отсталых учащихся с психопатоподобным поведением. Первую группу составляют дети с психопатическими особенностями личности, своеобразие поведения которых обнаруживается уже в преддошкольном возрасте, но в подростковом возрасте грубость, раздражительность, колебания настроения выходят на первый план, отмечается повышение сексуальных влечений. Ко второй группе отнесены учащиеся с психопатоподобным синдромом органического происхождения, двигательной расторможенностью, ограниченной способностью к целенаправленной деятельности, повышенной утомляемостью, истощаемостью, поверхностностью эмоциональных проявлений, бурными аффектами, колебаниями настроения. Третья группа детей с психопатоподобным синдромом, сформировавшимся под влиянием неблагоприятных условий обучения и воспитания, отличается двигательным беспокойством, раздражительностью, обидчивостью, недоверчивостью, негативизмом, склонностью к бродяжничеству

и лжи. Нарушение поведения при астеническом синдроме характеризуется аффективной неустойчивостью, угнетенным настроением, неусидчивостью, суетливостью, психомоторной расторможенностью, реакциями протеста: крик, плач, агрессивные и разрушительные действия. Дети и подростки с умственной отсталостью в сочетании с неврозоподобным синдромом отличаются капризностью, возбудимостью, повышенной утомляемостью, вегетативными расстройствами. Для умственно отсталых учащихся в сочетании с дисфорическим синдромом характерными являются внезапные колебания настроения, аффективные разряды, сопровождающиеся агрессией, разрушительными действиями.

Синдром аутизма при умственной отсталости у детей характеризуется отсутствием потребности в общении, нецеленаправленным поведением.

Гиперкинетический синдром у умственно отсталых детей отличается повышенной двигательной активностью, присутствием нарушения концентрации внимания, недостаточной настойчивостью в деятельности, требующей интеллектуального напряжения, слабо регулируемой активностью, импульсивностью.

Различные формы нарушения поведения нередко встречаются у детей с когнитивными дефицитами в сочетании с церебрастеническим и гипертензионным синдромами.

Церебрастенический синдром проявляется общей психической невыносимостью, неспособностью к длительному напряжению, длительной концентрации внимания. При перенапряжении дети становятся вялыми, апатичными или, наоборот, расторможенными, раздражительными.

Гипертензионный синдром, синдром повышенного внутричерепного давления, возникает в связи с ликвородинамическими расстройствами. Сопровождается головными болями, головокружениями и нарушением общего самочувствия, нарастает истощаемость и резко нарушается работоспособность. Дети становятся двигательно расторможенными, неусидчивыми и вялыми. Нередко умственная отсталость осложняется психопатическими особенностями личности.

Когнитивным дефицитам в сочетании с психопатическими особенностями личности, как правило, сопутствуют более тяжелые и стойкие нарушения поведения, приводящие к социальной дезадаптации. О. Е. Фрейеров (1964) у детей с легкой умственной отсталостью выделяет четыре формы нарушений формирования личности (психопатий): возбудимые, истерические, неустойчивые, астенические.

Наиболее часто встречается умственная отсталость в сочетании с психопатическими особенностями личности по типу возбудимости, когда имеется злобно-негативистическая установка в отношении окружающих, конфликтность, жестокость, грубо-демагогическое поведение в коллективе, упорная и некорректируемая недисциплинированность. При умственной отсталости с истерическими особенностями патологического характера преобладают пониженный фон настроения, отрицательная установка в отношении окружающих, истерические разряды с тенденцией привлекать к себе внимание окружающих, шутовство и клоунада в неподходящей обстановке. Неустойчивый характер при умственной отсталости встречается реже и отличается неустойчивостью интересов и побуждений, быстрой сменой желаний и стремлений, частыми колебаниями настроения с преобладанием повышенного. Сравнительно нечасто встречается умственная отсталость с психопатическими чертами по астеническому типу. Характеризуется нерешительностью, робостью, невыносимостью к сильным раздражителям, повышенной обидчивостью.

Д. Н. Исаев (2003) отмечает, что в основе нарушения поведения могут лежать следующие типы психопатических расстройств у подростков с легкой умственной отсталостью:

1) аффективно-возбудимый тип характеризуется бурными вспышками гнева, нетерпеливостью, колебаниями настроения, склонностью к реакции протеста;

2) астеническому типу свойственны примитивные депрессивные реакции, возникающие на собственный дефект и связанные с ним неудачи и разочарования, реакции отказа;

3) неустойчивый тип – отличается легкой подчиняемостью, имитацией негативных образцов поведения, зависимостью от окружающих; нередко попадает под влияние групп с антисоциальной направленностью;

4) дисфорическому типу присущи злобная напряженность, раздражительность, склонность к агрессии, самоагрессии, разрушительным действиям;

5) перверзный тип проявляется дромоманией, гиперсексуальностью, сексуальными девиациями [Исаев, 2003].

Большую роль для понимания своеобразия проявлений саморегуляции произвольной деятельности у детей с когнитивным дефицитом имеют данные по изучению особенностей их высшей нервной деятельности. Характеризуя особенности высшей нервной деятельности детей-олигофренов, В. И. Лубовский показал, что при недоразвитии всех параметров ВНД особая роль принадлежит инертности. В этом плане весьма важны исследования А. Р. Лурия (1963), М. С. Певзнер (1963), В. И. Лубовского (1978), свидетельствующие о нарушениях произвольных движений умственно отсталых детей. Особое место заняли исследования по выявлению специфики взаимосвязи речевой функции и произвольных действий. Результаты исследований ВНД детей-олигофренов показали, что временные связи вырабатываются у них при недостаточном участии речи, выполняющей важнейшие регулирующие и обобщающие поведенческие функции [Кузьмина-Сыромятникова, 1958 и др.]. Мыслительные процессы умственно отсталых школьников на начальном этапе обучения характеризуются явной тугоподвижностью. Особенно это проявляется в процессе решения задач, требующих постоянной перестройки на ходу, изменения образа действия соответственно изменению ситуации. Особым образом это отмечается в процессе выполнения волевых актов (при постановке цели, планировании и анализе деятельности и др.). Наличие ригидности и инертности у умственно отсталых отмечают М. С. Певзнер (1963), С. Л. Мирский (1983), Ж. И. Шиф (1979) и др.

1.3 Выводы по главе 1

1. Теоретический анализ научной литературы показал различные клинико-психологические подходы к изучению когнитивного дефицита в детском и подростковом возрасте в медицинской психологии и смежных с ней дисциплинах. Базовой методологией является концепция психического дизонтогенеза, разработанная в рамках биопсихосоциального подхода, которая позволяет выявлять нарушения здоровья с учетом нозологической принадлежности в детском и подростковом возрасте.

2. Изучение биопсихосоциального генезиса возникновения когнитивных дефицитов позволило установить клиническую типологию и психологические нарушения, снижающие возможности обучения.

3. Выявлены патопсихологические и психофизиологические характеристики, связанные с нарушением познавательной сферы, эмоционально-волевыми, поведенческими и речевыми нарушениями с учетом нозологической принадлежности детей с когнитивными нарушениями.

4. Появляются исследования, отражающие значимость изучения произвольной регуляции и ее нарушений при наличии когнитивного дефицита.

2 Проблема саморегуляции в медицинской психологии

2.1 Медико-психологические подходы к изучению саморегуляции

Проблема изучения закономерностей становления саморегуляции, управления человеком собственным поведением, а также поиском взаимосвязи с этого феномена с нарушениями здоровья является значимым направлением в медицинской психологии. С различными аспектами саморегуляции связаны исследования В. А. Иванникова (1998), А. В. Запорожец (1986), О. А. Конопкина (1995), В. И. Моросановой (2017), А. Н. Леонтьева (2005), В. Д. Mann T., D. de Ridder, K. Fujita (2013), Н. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal (2003) и др. В настоящее время психологическая наука располагает значительными сведениями о сущности, природе и роли сознательной активности человека в сфере интеллектуальной деятельности [Выготский, 1983; Леонтьев, 1993; Рубинштейн, 2002; Ананьев, 1980 и др.], о сложности механизмов саморегуляции и ее целостности [Ульенкова, 2001; Калинин, 1969; Конопкин, 1995 и др.], о специфике формирования ее отдельных компонентов у детей школьного возраста [Божович, 1968; Селиванов, 1992; Венгер, Цукерман, 2005; Веракса, Ощепкова, Бухаленкова, 2019 и др.].

Саморегуляция – одно из высших проявлений психики человека. Исторически обусловленная, истинно человеческая, сознательная активность формировалась в труде, в процессе которого человек, побуждаемый потребностями, изменял природу и изменялся сам. При этом он сознательно регулировал свою деятельность, добиваясь своей цели.

В отечественной психологии отсутствует единый подход к рассмотрению саморегуляции. Нередко этот феномен отождествляется с волевой сферой в целом [Божович, 1968; Гуревич, Озерский, 1930; Запорожец, 1960; Иванников, 2014; Ильин, 2000; Селиванов, 1992 и др.]. Такое положение приводит к неопределенности понятийного аппарата, недифференцированности понятий «саморегуляция», «воля» и «произвольность», «воля» и «волевая регуляция»,

«волевое» и «произвольное» действие. Одни психологи отрицают наличие воли как самостоятельного психологического явления, ставят под сомнение ценность этого понятия [Джеймс, 1991; Ланге, 1990 и др.], другие, отстаивая самостоятельность волевой регуляции, видят только одну ее сторону – способность преодолевать затруднения и препятствия. Нередко произвольную регуляцию рассматривают вне волевой деятельности [Иванников, 1991; Селиванов, 1992; Ходжава, 1960 и др.]. Все это вызывает затруднения при поиске адекватных методов диагностики и выделения критериев нарушения саморегуляции.

Исследователями обозначен понятийный аппарат процессов саморегуляции: *воля, волевые качества, сила воли, волевая активность, волевая регуляция, волевая деятельность, волевой акт* и др. Данные понятия являются характеристиками волевой сферы и имеют свою трактовку в тексте.

В отечественной психологии процессы саморегуляции представляются как сознательное регулирование человеком своего поведения, выраженное в умении преодолевать трудности при совершении целенаправленного действия, поступков. В основе волевой регуляции лежат механизмы саморегуляции организма, имеющие рефлекторную природу. В процессе деятельности мозг человека получает информацию не только о результатах уже завершеного действия, но и о каждом этапе его выполнения, что обеспечивает постоянную корректировку поведения в соответствии с поставленной целью [Селиванов, 1992].

Наиболее распространенным является представление о саморегуляции деятельности как способности сознательно преодолевать препятствия на пути к цели. С этим представлением связано направление исследований природы и механизмов волевых усилий [Калин, 1989; Крутецкий, 1957; Котырло, 1974; Корнилов, 1957; Пуни, 1977; Рубинштейн, 1996 и др.].

Л. И. Божович дает определение воле как комплексному акту: воля – это способность человека настойчиво достигать сознательно поставленной цели, несмотря на наличие внешних и внутренних препятствий. Преодолевая трудности, человек побеждает искушения и добивается поставленной цели.

Такого человека мы считаем волевым. И наоборот, тех, кто колеблется, отступает от задуманного или совсем бросает начатое дело, мы считаем людьми неорганизованными и слабовольными.

Анализ литературных данных позволяет представить процесс саморегуляции деятельности как целостную и поэтапную структуру. Так, Н. Н. Ланге (1990) в волевом (произвольном) действии выделял четыре части: 1) чувство, потребность, т.е. стремление; 2) предсказание о цели; 3) представление о движении; 4) само движение. С. Л. Рубинштейн (2002) в произвольном действии тоже выделил четыре стадии: 1) актуализация побуждения и постановка цели; 2) обсуждение и борьба мотивов; 3) решение о действии; 4) исполнение действия. В. И. Селиванов (1992) в структуре волевого действия выявил три стадии: 1) постановка цели действия; 2) мысленное планирование исполнения; 3) само исполнение. Р. Ассаджиоли [Assagioli, 1974] структуру волевого акта определяет так: 1) осознанная цель, ее оценка, возникновение мотивации на основании оценки; 2) размышление; 3) выбор одной цели из нескольких; 4) подтверждение выбора; 5) составление программы действий с учетом имеющихся средств; 6) исполнение действия.

В представленных исследованиях саморегуляции авторы подчеркивают: чтобы совершить волевое действие, необходимо пройти ряд этапов, главными из которых являются целевая установка, планирование собственной деятельности и непосредственное исполнение действий. Необходимо подчеркнуть, что волевой акт – прежде всего акт сознательный, имеющий свою структуру и конечную цель.

Существенным признаком волевой регуляции является либо преодоление препятствий (трудностей), либо борьба мотивов и выбор цели, либо отдаленность последствий действия, либо отсутствие актуально переживаемой потребности в таком действии. А. Н. Леонтьев (2005), Л. И. Божович (1968), В. И. Селиванов (1992), В. А. Иванников (1985) и др., отмечают, что волевое действие всегда является целенаправленным, а значит, предполагает однозначность цели и трактуется как преднамеренное, произвольное. Это означает, что неосознанных действий не бывает, а за волевой активностью всегда стоит работа сознания.

«Прежде всего, – пишет А. Н. Леонтьев, – волевым актом по справедливости можно называть только действия или процессы целеподчиненные. Под целью понимается некий предполагаемый, сознаваемый результат, к которому должно привести действие. При этом процессы как бы разделились на две группы. К произвольным (первая группа) относятся автоматические, инстинктивные, импульсивные действия, совершаемые под влиянием аффекта, страсти. Ко второй группе относят преднамеренные, произвольные, т.е. целеподчиненные процессы [Леонтьев, 2005]. Очевидно, что когда мы говорим о волевой регуляции, то интуитивно относим эти процессы к группе произвольных.

Характеризуя саморегуляцию, исследователи определяют ее функции. Например, грузинские психологи Д. Н. Узнадзе (2001), З. И. Ходжава (2003), Ш. Н. Чхартишвили (1974) рассматривают волевою регуляцию как побудительный (мотивирующий) механизм к деятельности. Мотивирующая функция саморегуляции при реализации действия занимала ведущее место и у Л. И. Божович (1968), С. Л. Рубинштейн (2002). В. И. Селиванов (1992) выделяет, наряду с побудительной, регулирующую функцию воли. Для него волевая деятельность – это способность человека сознательно регулировать свое поведение: он тракует волю как регулирующую функцию мозга, которая выражена в способности человека сознательно управлять собой, руководствуясь побуждениями и целями».

По Л. М. Веккеру (2000), воля есть высшая форма произвольной регуляции поведения, при которой действие осуществляется на основе критериев интеллектуальной, эмоционально-нравственной и социальной ценностей. Важность волевой регуляции этот исследователь связывает с потребностью в переводе регуляции на личностный уровень. Регулирующую роль воли отмечали также А. Ц. Пуни (1977), И. П. Павлов (1951) и др. Р. Мэй [May, 1974] характеризует саморегуляцию поведения как способность личности организовать свое поведение таким образом, чтобы совершалось движение к заданной цели, в заданном направлении. В отличие от желания волевая регуляция подразумевает возможность выбора, несет в себе черты личностной зрелости и требует развитого самосознания.

Происхождение волевых усилий ученые пытаются объяснить с позиций детерминации. Так, П. В. Симонов (1987) полагает, что у человека существует особая потребность в преодолении препятствий. Однако преодоление препятствий наблюдается лишь на пути к предмету потребности или к цели. Без такого значимого предмета никакого преодоления не происходит.

Интенсивность волевых усилий в процессе саморегуляции деятельности зависит от степени трудности препятствий [Добрынин, 1970], от отношений к действию [Мясищев, 1957], от побудительной силы мотивов [Калин, 1989; Селиванов, 1976 и др.], от возраста испытуемых [Петров, 1985], от инструкции экспериментатора [Рудик, 1962], а также от включенности человека в коллективную деятельность [Абульханова-Славская, 1980]. Эффективность волевых усилий также зависит от психофизического состояния человека: повышенный уровень активности увеличивает их эффективность, утомление, страх и ужас – снижают их интенсивность [Каталин, 1989].

Таким образом, способность к преодолению препятствий и к волевым усилиям связана с широким спектром условий и определяется многими ситуативными факторами. Этот феномен, имея под собой самые разные психологические основания, не может служить однозначным и единственным критерием волевого поведения.

Многие ученые, рассматривая волевое поведение, придавали большое значение *представлению* как компоненту произвольного управления. И. М. Сеченов, говоря о роли представлений в управлении действиями, писал, что в структуру представлений наряду с образом входят, кроме внешних признаков, такие, которые открываются только при детальном умственном и физическом анализе предметов (1952).

У. Джеймс (1991) отмечал, что произвольному движению должна предшествовать мысль о нем. О кинестетических представлениях, предшествующих произвольному движению, писал в начале XX в. Н. Н. Ланге (1990) и др. В середине столетия представление (образ) как регулятор действия рассматривался в работах С. И. Беритова (1961), Н. А. Бернштейна (1966), Л. М. Веккера (2000).

Волевая регуляция – частный вид произвольного управления и характеризуется использованием значительных волевых усилий, направленных на преодоление препятствий и трудностей, т.е. является механизмом самомобилизации. В обыденном употреблении понятие «волевая регуляция» (воля) отождествляется с представлением о силе воли. В связи с этим принято делить людей на волевых и безвольных.

Конкретное содержание волевой регуляции («сила воли») понимается психологами по-разному. Ю. Ю. Палайма (1973) определяет силу воли как силу мотива. Волевая активность человека определяется силой мотива, потребности, так как последняя влияет на степень проявления волевого усилия. К. Н. Корнилов (1957) «силу воли» определяет как борьбу мотивов, которая выступает одним из внутренних препятствий для деятельности (к числу таких К. Н. Корнилов относил усталость, страх, ложный стыд, ложное самолюбие, желание развлечься, нежелание предпринимать волевое усилие, напрягаться, силу привычки). Исследователь считает, что сила воли – это волевое качество, которое заключается в умении преодолевать значительные затруднения на пути к достижению цели. По этому поводу В. А. Крутецкий (1957) пишет, что истинно волевым является человек, который не колеблется между чувством долга и противоречащими долгу побуждениями. В. А. Иванников (1986) считает, что усилителем побуждений, как правило, является изменение смысла действия, т.е. повышение значимости той или иной потребности и цели; при этом можно изменить и силу мотива. В. К. Калинин (1989) полагает, что мобилизация волевых действий (дополнительная энергетизация) осуществляется за счет эмоции, возникающей, при наличии препятствия, как реакция на рассогласование «надо – не могу», «не хочу, но надо».

Таким образом, уровень волевой активности может выступать интегральной характеристикой волевой регуляции и зависеть от силы потребности, от интенсивности переживаемой человеком эмоции (которая может либо ослаблять, либо усиливать энергетику волевого действия), а также от собственно волевого усилия человека. В этом и состоит трудность измерения волевых качеств – под

контролем исследователя должны находиться все три названные составляющие волевой активности.

Волевые качества являются структурными компонентами волевой сферы, это особенности волевой регуляции, проявляющиеся в конкретных специфических условиях, определяемых характером преодолеваемой трудности [Симонов, 1987; Ильин, 2000]. Известно, что в этике волевые качества относят к категории моральных. Еще И. М. Сеченов писал, что воля – это деятельная сторона разума и морального чувства. Следовательно, проявление волевых качеств зависит от нравственных черт характера [Сеченов, 1952]. В связи с этим говорят о моральном компоненте волевой регуляции, который формируется вместе с нравственностью личности и обуславливает совершение человеком нравственных поступков, требующих проявления «силы воли», волевых качеств.

Основываясь на мнениях ведущих психологов, изучающих проблему воли, можно сделать вывод, что не существует «полного» или «стандартного» списка волевых качеств. Разные авторы выделяют от 10 до 34 волевых свойств личности [Рибо, 1894; Калинин, 1989; Пуни, 1977; Ильин, 2000; Ассаджиоли, 1974 и др.]. В. А. Иванников говорит о зависимости нравственного воспитания от уровня развития воли: осознание и переживание необходимости работы над собой не есть достаточное условие этого процесса. Необходимое условие процесса нравственного самовоспитания – определенный уровень развития воли [Иванников, 1986].

Однако сама по себе сила воли не делает человека нравственным, поэтому заявления некоторых психологов звучат порой излишне оптимистично. Например, Б. М. Теплов (1954) отмечал, что воля обеспечивает претворение мыслей и чувств человека в высоконравственное поведение. Нравственную оценку в волевом поведении получает его мотив, но не проявление волевого усилия [Ильин, 2000].

Проявление волевых качеств в деятельности является сугубо индивидуальным и ситуативным. Например, не всегда импульсивный человек может проявлять выдержку, организованность, самообладание в повседневной

жизни. Но если возникают условия (т.е. мотив), которые требуют от него проявления таких качеств, то он прилагает усилия, чтобы достичь определенной цели. Это подтверждают данные исследований В. А. Иванникова (2016), В. К. Котырло (1974), С. Л. Рубинштейна (2002), В. И. Селиванова (1992) и др.

И. М. Сеченов (1952) впервые охарактеризовал волю как психическое явление. Внешняя активность человека, включая и высшую произвольность, связанную с мотивами долга, любви к Родине и т.п., рассматривалась им как рефлекс, который начинается с чувственного возбуждения, а не по велению абстрактной воли. Особое место И. М. Сеченов уделял волевой (произвольной) активности человека, выделяя в ней не только физиологические механизмы, но и психологические.

Если изучать саморегуляцию деятельности как психический процесс, то характеристика будет неполной без обращения к физиологическим механизмам рассматриваемой проблемы. Экспериментальные исследования П. К. Анохина (1974), И. П. Павлова (1951), И. М. Сеченова (1952) убедительно доказали, что психика имеет условно-рефлекторную природу.

Физиологические механизмы волевой регуляции поведения изучены недостаточно. Однако, основываясь на трудах И. П. Павлова (1951) по исследованию механизмов регуляции произвольных двигательных актов, эмоциональных состояний, можно в самой общей форме сказать, что волевые проявления – продукт системной работы мозга, в которой ведущую роль играют второсигнальные управляющие импульсы тонизирующего и тормозящего характера. Они избирательно влияют на возникновение очагов доминантного возбуждения в различных зонах коры головного мозга, на движение восходящих и нисходящих потоков импульсов к коре и от нее и тем самым регулируют течение психической деятельности. Вегетативные и двигательные функции организма человека, а следовательно, и волевые действия и поступки – внешние проявления его воли. Они представляют собою сложно афферентированные движения, связанные с сигналами, идущими от различных анализаторов, среди которых базовым является кинестетический. Кинестетические клетки коры, как

предполагал И. П. Павлов, образуют условную связь с двигательными клетками коры, от которых начинаются пирамидальные эфферентные пути, обеспечивающие системную регуляцию мозгом произвольных движений.

К настоящему времени психофизиология накопила множество разнообразных сведений о причастности тех или иных участков коры головного мозга к механизмам произвольного управления. О большой сложности афферентных аппаратов произвольных движений писали И. М. Сеченов, И. П. Павлов, Н. А. Бернштейн, П. К. Анохин и другие отечественные физиологи, показавшие, что произвольные движения включают в свой афферентный аппарат различные виды афферентации, среди которых базальной является кинестетическая. Была опровергнута точка зрения о том, что произвольное управление движениями зависит только от эффекторных двигательных центров.

И. П. Павлову (1951) принадлежит высказывание о человеке как о системе, в высшей степени саморегулирующейся, самосовершенствующейся, саморазвивающейся. Новые открытия в области исследования ВНД вплотную подводят к научному пониманию физиологических основ волевой активности. С. И. Беритов (1961) писал, что произвольные движения человека характеризуются наличием сознательных целей, которые намечаются для удовлетворения личных и социальных потребностей путем словесного планирования деятельности. Характерной особенностью произвольных актов является не только их сознательный характер, но и связь со второй сигнальной системой: произвольное можно сделать произвольным при помощи второй сигнальной системы [Беритов, 1961]. Человек по принципу условного рефлекса вырабатывает способность по словесному сигналу воспроизводить определенное двигательное представление и, опираясь на него, – определенный двигательный акт.

Этот обширный и разнообразный перечень характеристик и определений волевых процессов позволяет согласиться с С. Л. Рубинштейном (2002), который писал, что понятие «волевая регуляция» в современной психологии – это конгломерат составных частей, неизвестно как между собой связанных.

На современном этапе развития научных знаний изучение феномена саморегуляции произвольной активности человека является одной из базовых проблем современной психологии здоровья. Исследования саморегуляции в данной области открывают новые возможности для осмысления общих закономерностей построения и реализации человеком различных видов произвольной активности, понимания сути субъектного развития человека, исследования индивидуально-типических особенностей деятельности и поведения, что может стать основанием для продуктивного решения разнообразных задач психотерапевтической практики. В русле структурно-функционального подхода (О. А. Конопкин) саморегуляция понимается как осознанное регулирование человеком своего поведения в целом. Осознанная саморегуляция – это системно организованный процесс инициации, построения и управления произвольной активностью, позволяющий достигнуть поставленных целей [Конопкин, 2005]. Проблему разработки концептуальной модели, описывающей структуру саморегуляции произвольной активности, решали в зарубежной и отечественной психологии длительное время. В работах Б. Г. Ананьева (1980), Н. А. Аргентова (1972), Е. Н. Баканова (1979), А. В. Веденова (1953), О. А. Конопкина (2005), А. Н. Леонтьев (2005), Л. И. Божович (1968), В. И. Селиванова (1992), В. А. Иванникова (1985), А. В. Запорожца (1986), В. И. Моросановой (1917) и многих других представлен детальный анализ подходов к построению модели саморегуляции.

Развитие психологии здоровья в последние несколько лет характеризуется активным обращением исследователей к проблемам саморегуляции [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. Все чаще понятие саморегуляции рассматривают как «ключ» к выявлению психологических механизмов деятельности человека, направленной на поддержание и улучшение здоровья, повышение качества жизни (Е. А. Черенёва), а также в ситуации заболевания [Leventhal, Mora, 2008]. Установлено, что понятие «саморегуляция» можно отнести к числу наиболее неоднозначных понятий психологии личности [Леонтьев, 2011]. Разногласия касаются как предмета и структуры, так и механизмов осуществления

саморегуляции [Рассказова, Тхостов, 2012]. Привлечение столь неоднородного конструкта для объяснения поведения, связанного со здоровьем и болезнью, требует указаний на то, в чем заключается преемственность, а в чем – специфичность подхода психологии здоровья к саморегуляции. Возникает также вопрос о месте и роли конструкта саморегуляции в моделях, направленных на изменение поведения, связанного со здоровьем.

Можно ли говорить о развитии специфической группы моделей саморегуляции наряду с традиционно выделяемыми моделями континуума и моделями стадий [Armitage, Conner 2000] (иногда одна классификация обсуждается под названиями теории поведения и теории изменения поведения [Velicer, Prochaska, 2008]). Можно отметить, что речь идет лишь об их дополнении, как это случилось с конструктом самоэффективности, предложенном в рамках социально-когнитивной теории [Bandura, 1986], а затем успешно «принятом» в качестве ключевого фактора большинством моделей континуума [Armitage, Conner, 2000].

Первый вариант требует обсуждения тех качественно новых принципов, которые привносят в психологию здоровья модели нового типа; второй – изучения соотношения саморегуляции и других психологических факторов изменения поведения. Целью нашей работы является исследование роли понятия саморегуляции в психологических моделях у детей с нарушениями здоровья с когнитивными дефицитами. С нашей точки зрения, развитие моделей саморегуляции характеризует качественно новый (по сравнению с моделями континуума и моделями стадий) этап исследования поведения, связанного со здоровьем, реализующийся как в форме применения к проблемам здоровья и болезни общепсихологических моделей, так и в форме разработки специфических концепций психологического сопровождения детей с нарушениями здоровья с когнитивными дефицитами.

Подход психологии здоровья к саморегуляции определяется особенностями и традициями данной области. Первые эмпирические успехи психологии здоровья были связаны с предсказанием поведения человека на основе его намерений и

выявлением тех факторов, которые это намерение определяют [Armitage, Conner, 2000]: в частности, были предложены и заняли лидирующие позиции модели континуума, рассматривающие намерение в качестве основной причины изменения поведения. Однако нарастающий объем данных, в том числе, результатов мета-анализов, показал, что точность предсказаний на основе моделей континуума достигает лишь среднего в отношении актуального поведения и низка в отношении будущих изменений в поведении [Sheeran, 2007; Webb, Sheeran, 2010; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, Deci, 1998]. «Разрыв» между намерением и действием вызвал своеобразный «кризис» в психологии здоровья, и первые привлечения понятия саморегуляции в психологии здоровья были инициированы как попытка разрешения этого «кризиса», что и объясняет особенности его определения. Во-первых, практическая ориентация психологии здоровья привела к применению максимально широких дефиниций – чаще через задачи, нежели через критерии. Например, в обзоре, посвященном проблеме саморегуляции в психологии здоровья, Т. Манн и его коллеги указывают, что данное понятие обычно используется в качестве «термина-зонтика» для «описания различных процессов, в ходе которых люди ставят и достигают целей [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. Подразумевается, что концепция будет уточняться и сужаться в зависимости от конкретных задач, которые стоят перед исследователем или практиком. Во-вторых, традиция прогнозирования поведения, основанного на сознательных намерениях человека, предопределила акцент на осознанности и произволе, волевых усилиях и планировании.

Так, в зарубежных конкретных моделях и исследованиях под саморегуляцией обычно понимают усилия [Sniehotta, Scholz, Schwarzer, Fuhrmann, Kiwus, Völler, 2005] или способность [Hagger, 2003] по управлению поведением (в том числе его изменение), осознанные, целенаправленные и часто требующие для своего осуществления планирования и рефлексии. Также в зарубежных исследованиях разделение в структуре саморегуляции этапов постановки и достижения целей воспринималось как простое и привлекательное решение проблемы «разрыва» намерения и действия, что, по-видимому, объясняет акцент

на этих двух этапах, что принимается большинством концепций [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. Е. И. Рассказова в своих исследованиях указывает, что в этом понимании конструкт саморегуляции по существу выполнял «служебные» функции: он использовался для указания того, что, помимо предсказания намерения, необходимо предсказывать переход от намерения к поведению, однако сам принцип предсказания (уже не столько поведение, сколько его изменения) оставался неизменным [Рассказова, 2014, 2019].

Необходимо отметить, что именно в таком варианте конструкт попадает в один из наиболее влиятельных обзоров моделей в психологии здоровья тех лет [Armitage, Conner, 2000], которые выделяют модели перевода намерения в действие (behavior enactment) (разбирая в этой группе модели Н. Heckhausen, Р. М. Gollwitzer (1987), J. Kuhl (1994) и др. – т.е. модели саморегуляции), имплицитно рассматривая их как предтечи моделей стадий. Так, сравнивая эти две группы моделей, С. J. Armitage, М. Conner (2000) указывают, что внимание моделей преобразования намерения в действии сосредоточено только на том, как намерение становится поведением, в то время как модели стадий также заинтересованы в последующих этапах (например, стабилизация, автоматизация и переход к устойчивому поведению). Возможно, что концепция саморегуляции, указывающая на необходимость выявления этапов реализации поведения, действительно сыграла роль своего рода катализатора, обеспечившего популярность моделей стадий, возникших в индивидуальной психотерапии [Velicer, Prochaska, 2008]. Модели стадий ознаменовали альтернативный моделям континуума подход к исследованиям поведения, связанного со здоровьем, отказавшись от предсказания в пользу описания динамики поведения человека, стадий его изменения [Armitage, 2009; Conner, 2000]. По нашему мнению, именно благодаря структуре моделей стадий стало возможным новое использование концепции саморегуляции – образно говоря, ее «возрождение» в психологии здоровья. Вот почему в современной психологии здоровья модели саморегуляции часто рассматриваются как подвид сценических моделей, что затрудняет их квалификацию [Schwarzer, 2008 и др.].

Как указывает в своих исследованиях Е. И. Рассказова, критика моделей стадий была связана с нечеткостью разграничения стадий изменения поведения, условностью границ между ними [Abraham, 2008; Armitage, Conner, 2000], неясностью самого процесса изменений – сменяются ли стадии последовательно, по каким законам, от каких факторов зависит эта смена [Sutton, 1987]. Как следствие, понятие саморегуляции в данном случае было привлечено с целью задать теоретическую, обоснованную экспериментально основу выявления и смены стадий. Показательно, что в критическом обзоре этого периода С. J. Armitage [Armitage, 2009] пишет, что результаты многих из исследований, включающих пять стадий, скорее, свидетельствуют в пользу достаточности двух стадий, предложенных еще Х. Хекхаузенем (2003), – мотивационной и волевой, по сути предлагая трансформировать и/или обосновать выявленные при помощи описания стадии положениями теорий саморегуляции и накопленными в их русле экспериментальными данными.

Новое определение саморегуляции в психологии здоровья, имеющее во многих отношениях преемственность по отношению к первому определению, получило ряд специфических особенностей.

Во-первых, это отражало растущий интерес исследователей к роли эмоционального состояния [DeSteno, Gross, 2013; Kubzansky, 2013] и неосознаваемых факторов регуляции деятельности [Sheeran, Gollwitzer, Bargh, 2006]. Так, в определениях саморегуляции все чаще стали звучать акценты на управление не только поведением, но и состоянием [Cameron, 2010], на неосознаваемых, автоматических механизмах регуляции [Sheeran, Gollwitzer, Bargh, 2006].

Во-вторых, понятие саморегуляции стало предлагаться на роль системообразующего в структуре психологических факторов поведения, связанного со здоровьем (например, [Mann, de Ridder, Fujita, 2003]). В частности, традиционные факторы, такие как самооэффективность и воспринимаемый контроль, играют важную роль в обеспечении саморегуляции поведения, но они отражают только субъективное восприятие определенной ситуации – и в

определенных обстоятельствах они могут не влиять на формулировку цели или ее достижение (например, человек, уверенный в своих способностях достичь цели, не собирается ее достигать или ничего для этого не делает [Hagge, 2003]). В настоящее время разработанные модели саморегуляции представляют собой самостоятельную группу концепций в психологии здоровья. Если модели континуума изначально направлены на прогнозирование поведения и его изменений, а модели стадий – на описание динамики поведения, то в основу моделей саморегуляции положен другой принцип – принцип объяснения и выявления механизмов, направленных на установление системных взаимосвязей между различными факторами в рамках общего процесса саморегуляции деятельности [Leventhal, Moga, 2008]. Соответственно, основной критерий эффективности моделей этой группы – успешность и точность объяснения динамики состояния и поведения человека при помощи психологических механизмов [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. Т. Манн и его коллеги предлагают также выделять второй критерий – это акцент на процессе, а не на содержании психических процессов индивида. Анализируя существующие концепции саморегуляции, по нашему мнению, необходимо указывать на два вида моделей саморегуляции. В первом случае основное внимание уделяется содержанию саморегуляции (какие именно представления и убеждения формируются, трансформируются и определяют поведение в данной ситуации и/или при данном заболевании) – такова, например, модель житейского смысла Х. Левенталя. Во втором случае в концепцию изучения попадают те способы, при помощи которых представления могут более или менее успешно «транслироваться» в действия, и менее важно, насколько достаточны и/или адекватны ситуации данные представления и вообще каковы они содержательно – сюда относятся теории, сконцентрированные на выделении этапов саморегуляции.

Теоретический анализ исследований в психологии здоровья позволил выделить ряд существующих моделей саморегуляции. Основой для разработки моделей саморегуляции стали такие общепсихологические концепции, как: теория «Рубикон» Х. Хекхаузена, П. Голльвитцера и Ю. Куля [Heckhausen, Gollwitzer, 1987]

и связанные с ней представления об инструментальных намерениях [Gollwitzer, 1993] и контроле за действием [Kuhl, 1994], ресурсная модель самоконтроля [Baumeister, Vohs, Tice, 2007], теория самодетерминации [Deci, Ryan, 2000], теория саморегуляции Ч. Карвера и М. Шейера [Carver, Scheier, 1998].

Как отмечает Е. И. Рассказова, существуют два пути развития моделей саморегуляции в психологии здоровья: первый – непосредственное применение вышеуказанных общепсихологических теорий саморегуляции в контексте поведения, связанного со здоровьем, а второй связан с развитием конкретных моделей, основанных на теоретических идеях и эмпирических данных из общих психологических концепций.

В частности, ко второму пути относятся:

– Процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем Р. Шварцера, «вобравший» в себя представления о разделении процессов выбора цели, формирования и конкретизации намерения и достижения, предложенные в рамках модели «Рубикон» и концепции инструментальных намерений.

– Теория темпоральной саморегуляции П. Хэлла и Дж. Фонга [Hall, Fong, 2007], в которой были учтены представления о способности к самоконтролю как истощимому ресурсу Р. Баумаистера, и идея контуров обратной связи в соответствии с теорией Ч. Карвера и М. Шейера.

– Модель житейского смысла Х. Левенталя [Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003], включившая в себя представления теории саморегуляции Ч. Карвера и М. Шейера о важности учета иерархии целей, эмоциональной регуляции поведения и особенностей когнитивной телесной репрезентации симптомов, а также о контурах обратной связи.

Модель «Рубикон» [Хекхаузен, 2003] основана на эмпирических данных о том, что во время выбора цели состояние человека (мотивационное состояние сознания) существенно отличается от такового во время ее достижения (волевое состояние сознания): можно говорить о своеобразном «Рубиконе», до которого человек скорее выбирает между альтернативами, а после которого у него есть намерение, в соответствии с которым он планирует и выстраивает свои действия.

В этой связи выделяют четыре стадии регуляции деятельности: формирование намерения, конкретизация намерения (стадия после принятия решения), действие и оценка результата. В психологии здоровья эта идея воплотилась в разделении конструктов на те, которые обеспечивают процессы планирования, и те, которые обеспечивают процессы совладания с трудностями/поддержания деятельности (рисунок 1).

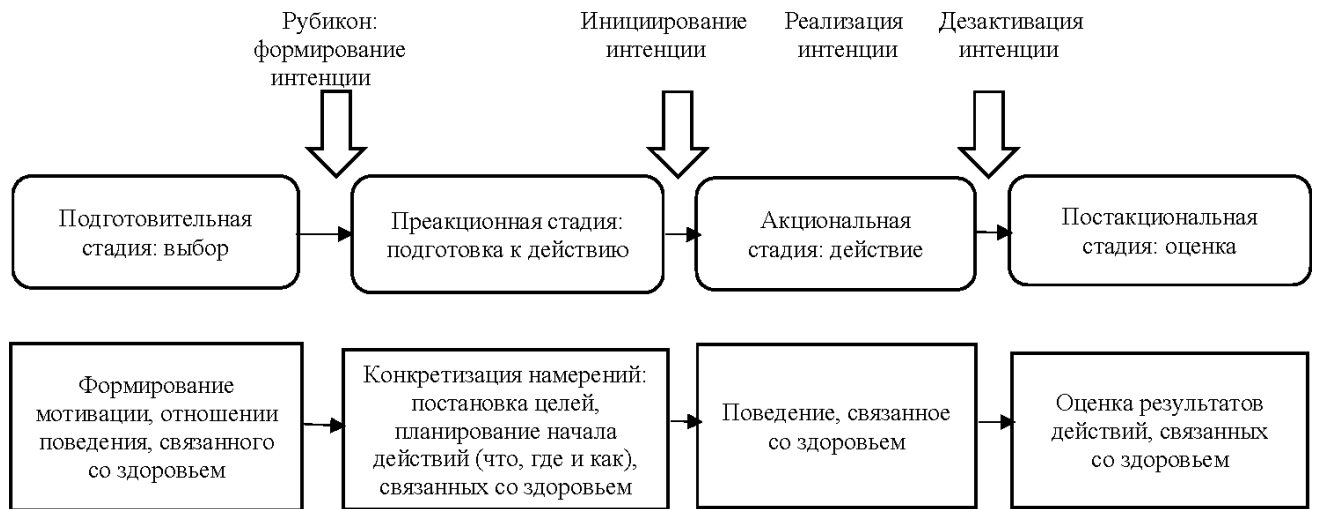


Рисунок 1 – Применение модели «Рубикон» для объяснения поведения, связанного со здоровьем

Согласно данным эмпирических исследований [Gollwitzer, Sheeran, 2006], переход намерения в действие может быть значительно облегчен при формировании так называемых инструментальных намерений, конкретизирующих цели в форме «Если... то...» («Я сделаю X, как только возникнет ситуация Y», в отличие от простого «Я сделаю X» (P. Gollwitzer)), а также зависит [Armitage, Conner, 2000] от процессов контроля за действием (поддержание общей стратегии реализации намерения) и контроля за выполнением (пошаговая реализация намерения). В целом, все три модели востребованы в психологии здоровья: люди нередко формулируют цели так, что шансы их достичь снижаются; например, больные с синдромом хронической усталости предпочитают ставить краткосрочные цели (понимание физических симптомов), а не долгосрочные (возвращение на работу), а больные, которым диагностировали диабет, часто не учитывают в своих целях того, как и при

помощи каких стратегий они будут достигать их (цит. по: [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]). Эмпирические данные подтверждают эффективность разработанных на основе этих моделей интервенций, в том числе в психологии здоровья [Armitage, 2009; Armitage, Conner, 2000].

В рамках систематизирующей концепции «идеального я» человек может иметь принцип «сохранять здоровье» (так называемая цель типа «быть»), что приводит к ряду целей-программ (целей типа «делать»: например, принимать витамины. Система саморегуляции, соответствующая цели, может быть нацелена как на «отход» от некоторых возможных результатов и стандартов (например, на избежание каких-либо симптомов), так и на их приближение (например, на поддержание здоровья). Механизм обратной связи позволяет сравнивать цели и результаты поведения, создавая эмоциональные переживания. По мнению авторов, если система саморегуляции направлена на то, чтобы избежать, то отрицательная обратная связь – с депрессивными переживаниями, а положительная обратная связь связана с эйфорическими.

В системе саморегуляции, направленной на приближение к стандартам, отрицательная обратная связь усиливает беспокойство, а положительная – связана со спокойствием и облегчением. Эти эмоциональные переживания, в свою очередь, регулируют дальнейшие действия. По мере развития системы саморегуляции формируются и изменяются ожидания и идеи – они определяют опыт и выбор человека в трудных ситуациях: если человек чувствует себя уверенно, он продолжает достигать своей цели, несмотря на трудности, если нет, он прекращает попытки.

Представления о связи ожиданий и последующих переживаний получили подтверждение в эмпирических исследованиях: так, позитивные ожидания (оптимизм) способствуют снижению стресса перед хирургическими операциями, улучшению самочувствия после них, большей удовлетворенности медицинской помощью и эмоциональной поддержкой друзей, а также снижают вероятность повторной госпитализации [Carver, Scheier, 1998]. Важность процесса отказа от цели в структуре саморегуляции изучалась на модели переживания сожаления у

пожилых людей: сожаление о некоторых действиях, связанных с симптомами депрессии и соматическими жалобами, отмечали только у тех субъектов, которые не могли оставить надежду искупить или исправить то, о чем они сожалеют. Согласно имеющимся результатам исследований о принятии лекарств ВИЧ-инфицированными пациентами и выполнения физических упражнений в норме [de Bruin, Sheeran, Kok, Niemstra, Prins, Hospers, van Breukelen, 2012], было доказано, что особенности саморегуляции (в частности, чувствительность к расхождению между обратной связью и поведением) практически полностью определяет, скажется ли намерение на поведении человека.

В теории самодетерминации [Deci, Ryan, 2000] авторы выделяют три группы потребностей: потребность в компетентности (понимание, как добиваться целей; уверенность в своей возможности их добиться), потребность в автономии (убеждение, что у человека есть выбор и воля в отношении целей), потребность в межличностных отношениях (переживание уважения и поддержки со стороны значимых других). Переносим эту идею в контекст профилактики и лечения [Sheldon, Williams, Joiner, 2003], рассмотрим потребность человека в понимании того, как достичь целей в области здоровья, уверенности в себе, вере в то, что у него есть выбор в отношении этих целей, а также в уважении и поддержке своих целей и поведения, связанного со здоровьем, со стороны других, в том числе со стороны медицинских работников. В рамках теории самодетерминации был собран большой массив данных, свидетельствующих о благотворном влиянии автономной мотивации (поиск важных критериев принятия решений и ориентации на эти критерии) на последующее назначенное лечение, участие в реабилитации.

Представляется, что понятие саморегуляции в психологии здоровья является сравнительно новым подходом, который расширяет область психологической помощи людям с нарушенным здоровьем. В частности, автономная (но не внешняя мотивация) мотивация предсказывает долгосрочный прием прописанных врачом медикаментов (не менее 2 месяцев) при различных соматических заболеваниях [Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, Deci, 1998] (как по

данным самоотчета, так и на основе объективного подсчета количества оставшихся в пузырьке таблеток). Как отмечают авторы, автономная регуляция в отношении лечения положительно коррелирует с участием в программе лечения алкоголизма, программе снижения веса, способствует лучшему контролю уровня глюкозы при диабете, длительному отказу от курения (цит. по: [Deci, Ryan, 2000]).

Ресурсная модель самоконтроля Р. Баумайстера [Baumeister, Vohs, Tice D, 2007] представляет самоконтроль как компонент саморегуляции, характеризующий возможность преодолевать доминантные в данной ситуации или привычные реакции ради некоторой (обычно более отдаленной) цели. При этом самоконтроль является ограниченным ресурсом, требующим времени на восстановление [Muraven, Tice, Baumeister, 1998]. Вариант применения этой модели в психологии здоровья предложен сравнительно недавно М. Хэггером и его коллегами [Hagger, Wood, Stiff, Chatziasarantis, 2009]: согласно разработанной коллективной концепции, нарушения поведения, связанные со здоровьем, вызваны нарушениями самоконтроля трех типов.

Авторы акцентируют внимание на следующих позициях. Во-первых, это дефицитарность способности к самоконтролю, при которой человек не может заставить себя выполнять поставленные цели. К этой части относятся неспособность бросить курить или употреблять алкоголь, вести здоровый образ жизни или соблюдать диету, принимать прописанные лекарства и т.п. Во-вторых, это чрезмерный самоконтроль – гипертрофированная регуляция собственного поведения, например, в случае нервной анорексии, когда человек прилагает большие усилия для достижения своих целей, что приводит к ухудшению здоровья и качества жизни. В-третьих, «ошибочная» саморегуляция относится к ситуациям, когда самоконтроль сосредоточен на достижении нереальных целей, часто вызванных когнитивными ошибками. В случае нервной анорексии чрезмерный самоконтроль сопровождается «ошибочным» самоконтролем – нереальные цели похудения вызваны, в частности, нарушением восприятия собственного тела.

Процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем, был предложен Р. Шварцером (health action process approach, [Schwarzer R., 2008]) на основе двух главных теоретических положений: представления о разделении мотивационной и волевой фаз саморегуляции и концепции самоэффективности (рисунок 2).

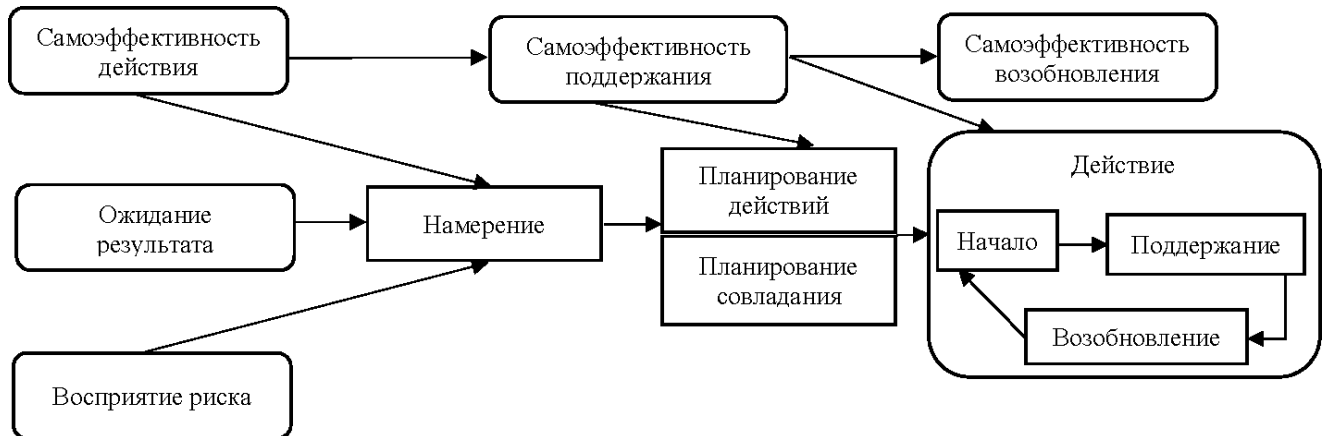


Рисунок 2 – Схема процессуального подхода к действиям, связанным со здоровьем

Согласно этому подходу мотивационная фаза завершается формированием намерения, и в ней действуют процессы и факторы, описанные в классических моделях континуума. Как указывает Р. Шварцер, переход к волевой фазе задается конкретизацией намерения (разработкой инструментальных намерений), а ее осуществление зависит уже не столько от намерения, сколько от процессов планирования – планирования действия и планирования совладания. При этом, согласно подходу Р. Шварцера, самоэффективность действует на всех этапах саморегуляции, но речь идет о функционально разной самоэффективности (различия по времени действия видов самоэффективности не так важны). Самоэффективность, по Р. Шварцеру (действия «Я смогу начать/осуществить поведение»), важна для формирования намерения. Самоэффективность поддержания («Я смогу поддерживать поведение в течение длительного времени, справляясь с возникающими трудностями») существенна для планирования и формирования инструментальных намерений, тогда как самоэффективность возобновления

(«Даже если что-то мне помешает или я на время прервусь, я смогу снова вернуться к поведению») играет ключевую роль в обеспечении поддержания и возобновления действия. Хотя сам Р. Шварцер причисляет свой подход к моделям стадий, с нашей точки зрения, его следует считать моделью саморегуляции, поскольку в разделении стадий он опирается на представления о закономерностях постановки и достижения цели у человека.

На настоящий момент накоплен большой массив эмпирических данных – в пользу модели Р. Шварцера. Например, доказательства законности различающихся фаз и стадий изменения были получены на примерах физической активности (после реабилитации от инфаркта миокарда; проверка состояния дыхательных путей; использование ремней безопасности в автомобилях подростками; соблюдение диеты; соблюдение гигиены полости рта). Доказательства того, что разные типы самоэффективности важны на разных этапах саморегуляции, были получены в исследованиях физической активности, диеты и регулярной флюорографии.

Модель житейского смысла Х. Левенталя (второе распространенное название в научной литературе – модель саморегуляции в отношении здоровья и болезни): во главе угла – общая для всех моделей саморегуляции задача объяснения и выявления механизмов поведения человека, что отличается клинико-психологической направленностью и акцентом на роль эмоциональных процессов в репрезентации болезни. Согласно этой модели пациент выступает «наивным ученым», который активно ищет сведения, чтобы, опираясь на них, понять и сделать выводы о своем состоянии. Поиски опираются на три источника данных:

- предшествующий опыт социальной коммуникации и принятые в культуре представления о заболеваниях, которые создают основу для прототипа заболевания;
- социальное окружение (близкие и врачи);
- личный опыт [Muraven, Tice, Baumeister, 1998]; причем собственный опыт выступает наиболее мощным предиктором репрезентации [Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003].

Поиски происходят одновременно на абстрактном и конкретном уровнях: с одной стороны, сюда относится то, как человек оценивает и интерпретирует свои соматические ощущения, симптомы и функции, с другой стороны, то, как он создает и меняет свои репрезентации здоровья и болезни [McAndrew, Musumeci-Szabo, Mora, Vilekyte, Burns, Halm, Leventhal, 2008]. Эти процессы и понимаются Х. Левенталем как процессы саморегуляции, объектом которой выступают конкретные физические ощущения или симптомы, настроение, эмоции или уверенность в своих силах. Любой объект представляется параллельно на двух уровнях (модель параллельной переработки) – на уровне представлений и на уровне эмоциональных переживаний (рисунок 3).

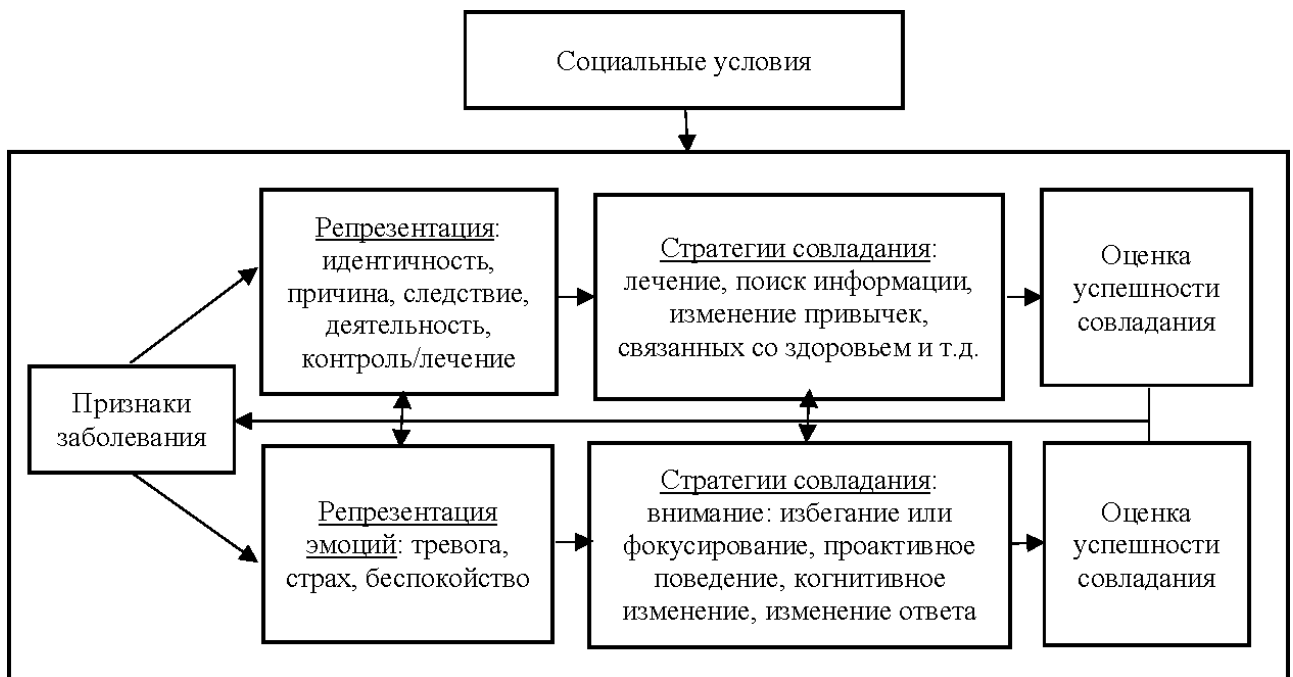


Рисунок 3 – Модель житейского смысла саморегуляции поведения в болезни в модификации Л. Кэмерон, учитывающей вклад стратегий эмоциональной регуляции

В концепции Х. Левенталя выделяется пять доменов репрезентации болезни, которые обрабатываются одновременно на двух уровнях – когнитивном и эмоциональном:

- идентичность болезни (симптомы заболевания);
- причина заболевания (например, внешняя/внутренняя);

– временное течение заболевания (долгосрочное/краткосрочное, временное/хроническое);

– последствия заболевания;

– лечение [Hagger, Orbell, 2003].

Особенности каждого из убеждений в системе репрезентации болезни сказываются как на выборе стратегий совладания и их последующей оценке, так и на психологическом благополучии (витальность, стресс, субъективное благополучие, ролевое и социальное функционирование), нарушениях функционирования (тяжесть состояния, особенности функционирования), эмоциональных переживаниях (эмоциональный стресс). На сегодняшний день связь между характеристиками репрезентации заболевания с активностью пациентов, их качеством жизни, характеристиками течения заболевания и соблюдением назначенного лечения была подтверждена во многих перекрестных исследованиях модели респираторных заболеваний (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), неврологических заболеваний, рака, сердечно-сосудистых заболеваний и др. По результатам метаанализа 45 исследований [Hagger, Orbell, 2003], выполненных в рамках модели житейского смысла, особенности репрезентации болезни связаны как со стратегиями совладания с заболеванием, так и со здоровьем и качеством жизни.

Наибольшей предсказательной способностью в исследованиях обладали такие домены репрезентации болезни, как идентичность, последствия, продолжительность.

Фокус внимания темпоральной теории саморегуляции [Hall, Fong, 2007] ориентирован на анализ адаптивности / дезадаптивности поведения в зависимости от временной перспективы. Во многих исследованиях показано, что физическая активность крайне полезна для здоровья, внешнего вида и психологического благополучия, но ни одна из этих «выгод» не появляется во время или сразу после физической активности, тогда как затраты времени, волевых усилий нужны немедленно. Основные положения теории темпоральной регуляции можно разделить на три составляющих (рисунок 4).

Первый компонент включает в себя мотивационные аспекты поведения и отличается от классических мотивационных моделей только тем, что учитывает

временную составляющую, поскольку оба мнения о последствиях их действий и о значении различных результатов рассматриваются в контексте времени (одни результаты возникают сразу, а другие – через долгое время).

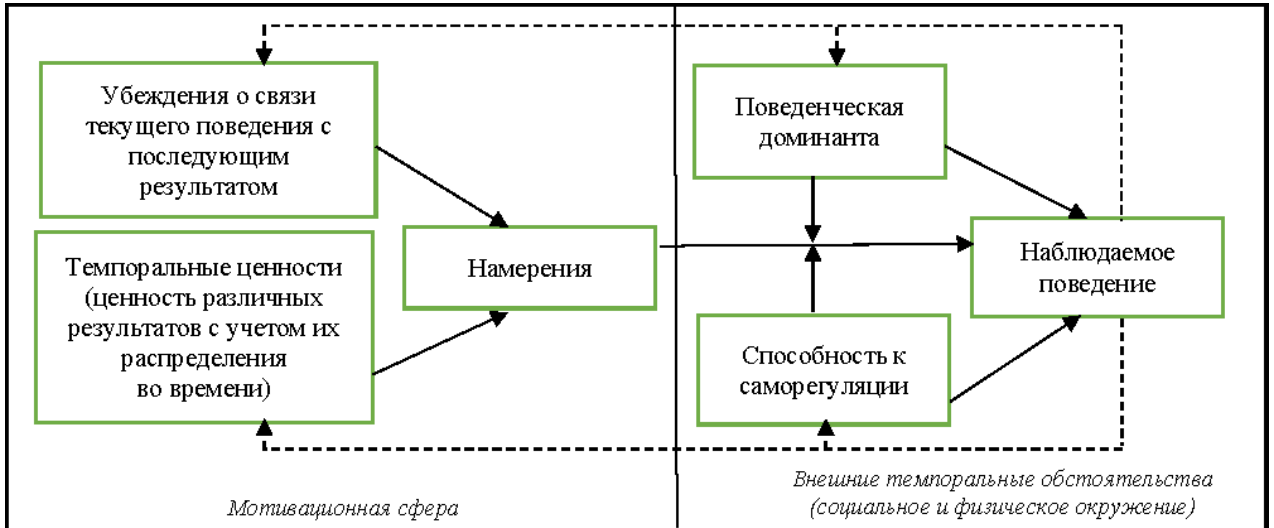


Рисунок 4 – Теория темпоральной саморегуляции

Второй компонент описывает «перевод/трансляцию» намерений в поведение при некоторых обстоятельствах: этот перевод опосредуется поведенческой готовностью и способностью человека к саморегуляции. В то же время способность к саморегуляции в значительной степени является биологически предопределенной способностью откладывать немедленное удовольствие и волевые усилия для достижения целей с задержкой во времени, а поведенческая готовность является измеримой переменной, отражающей частоту прошлого поведения и / или наличие в окружающей среде стимулов, которые активируют действия человека. Под опосредствованием понимается эффект модерации: при высоком уровне поведенческого доминирования и способности к саморегуляции намерение имеет «больше шансов» вступить в силу, а при низком уровне вероятность падает до нуля.

Третий компонент темпоральной модели сопряжен с контурами обратной связи: поведение человека оказывает обратное влияние на поведенческую доминанту, способность саморегуляции (которую, согласно эмпирическим

данным, можно тренировать) [Baumeister, Vohs, Tice, 2007] и систему убеждений о поведенческих результатах и их ценностях.

По нашему мнению, важнейшим преимуществом этой модели является ее междисциплинарный характер. Модель интегрирует данные о биологических и нейрокогнитивных основаниях саморегуляции, экологические и социальные переменные (роль контекста поведения), представления о темпоральности процесса саморегуляции [Cameron, 2010; Sallis, 2010; Webb, Sheeran, 2006]. К числу ключевых ограничений относят недостаточный учет содержания поведения, его однократности / продолжительности [Borland, 2010], а также чрезмерно узкое понимание вклада гедонистических переживаний, эмоциональности и неопределенности в поведение, связанное со здоровьем [Cameron, 2010].

Теоретический анализ проблемы исследования позволяет сделать выводы: с одной стороны, волевые процессы участвуют в некотором виде в обеспечении мотивационной фазы саморегуляции, с другой стороны, ожидания результата важны в процессе деятельности (например, ожидания, основанные на уже полученном опыте, обратной связи и т.д.) [Carver, Scheier, 2010]. В большинстве моделей саморегуляция рассматривается как единый процесс, без учета иерархической взаимосвязи его уровней (исключения – модель Ч. Карвера и М. Шейера, модель Х. Левенталя); например, одновременной регуляции физической активности со стороны низкоуровневых переживаний боли, лени, дискомфорта и высокоуровневых переживаний удовлетворенности результатом, гордости, прилива энергии, улучшения физической формы. К настоящему времени значительные усилия исследователей в области саморегуляции поведения, связанного со здоровьем [Mann, de Ridder, Fujita, 2013], направлены на преодоление указанных ограничений. В целом, несмотря на немногочисленность исследований данной темы и разнообразие моделей саморегуляции в психологии здоровья, их можно считать «третьей силой» (наряду с моделями континуума и моделями стадий), открывающей как теоретические возможности для уточнения понятия саморегуляции в психологии, так и практические мишени и способы интервенций по улучшению связанного со здоровьем поведения.

Таким образом, теоретический анализ проблемы саморегуляции в аспекте психологии здоровья показывает ее многогранность и разнообразие научных мнений. Разнообразие подходов к проблеме исследования позволяет нам выделить ключевые аспекты саморегуляции психологии здоровья в разработке психологических моделей у детей с когнитивным дефицитом и определить пути разработки концепции психологического сопровождения исследуемой категории, которую представим ниже.

2.2 Клинико-психологический анализ нарушений саморегуляции в детском и подростковом возрасте при когнитивном дефиците

Впервые изучать волевую регуляцию у детей с когнитивным дефицитом начал Э. Сеген (1903). Так, рассматривая типичные психические особенности при идиотии, он писал: «Расстройство воли без осложнений гораздо важнее, чем остальные физиологические и психические расстройства, взятые вместе» [Сеген, 1903, с. 275]. Правильно подметив слабость волевой регуляции у умственно отсталых детей, Э. Сеген стремился свести к ней сущность интеллектуальной недостаточности.

Разрабатывая методы воспитания глубоко отсталых детей, Э. Сеген исходил из понимания идиотии как расстройства нервной системы, при котором обнаруживается полная бездеятельность всех органов и способностей и, прежде всего, отсутствие воли. Автор отмечал, что эти недостатки ставят глубоко отсталого в полную зависимость от инстинктов (1903).

На слабость воли умственно отсталых детей указывал Б. Миннель [Замский, 1995]. В частности, он отмечал, что во вспомогательной школе следует преподавать учебные дисциплины, которые укрепляют в ребенке волю и стремление к деятельности.

Г. Я. Трошин (1913) строил изучение волевой регуляции умственно отсталых детей на основе действий. Он отмечал, что изучать волю – то же, что

изучать движения. Позже психологи У. Джеймс и Н. Н. Ланге (теория Джеймса – Ланге) независимо друг от друга обосновали свою двигательную теорию, объясняющую суть процессов волевой регуляции [Ланге, 1990]. Г. Я. Трошин отмечал, что сознательные элементы теряют движения и превращаются в рефлексы, и всякая саморегуляция есть движение. Также он указывал, что волевой регуляции у ребенка нет, она развивается на основании врожденных задатков постепенно и медленно, по этапам [Трошин, 1913]. «У идиотов – рефлекторно-инстинктивная воля, имбецила – рефлекторно-инстинктивная и подражательная и внушенная. Воля отсталых – рефлекторно-инстинктивная и занимает подчиненное положение, обычное для нормального человека; рефлексы и инстинкты не теряют своего значения. Подражательная и внушенная воля теряет свое преобладающее значение; об отсталых нельзя сказать, что они исключительно живут за счет подражания и внушения; они пользуются этими средствами в волевом синтезе, и пользуются гораздо больше, чем нормальные люди. Они могут подражать сознательно и очень многому» [Трошин, 1913, с. 624–626]. Это и есть первая развернутая характеристика процессов саморегуляции деятельности у детей с нарушенным интеллектом.

Также автор отмечал: «...отсталая воля действует по линии наименьшего сопротивления, и это зависит не от того, что нет случая развивать волю и достигать до линии наибольшего сопротивления, а от того, что данный предел органически недоступен» [Трошин, 1913, с. 626].

А. Н. Граборов (1961) отмечает, что «воля дебильных детей – это не только пониженно-ослабленная воля. Понижение в элементах... здесь дает качественную своеобразность целого – малопродуктивную работу. Отсталый ребенок живет за счет подражания» [Граборов, 1961, с. 86].

Э. Сеген (1903), Санте де Санктис и М. Монтессори (1920) и др. пытаются создать систему упражнений, способствующих развитию психических функций детей с нарушенным интеллектом. Были предприняты также попытки создания специальных упражнений для развития процессов саморегуляции, которые находили свое отражение в учебно-коррекционном процессе. А. Н. Граборов

(1929) придавал большое значение таким психоортопедическим упражнениям, которые способны развивать саморегуляцию у учащихся с нарушенным интеллектом, и создал свою систему упражнений. Однако в дальнейшем упражнения по развитию отдельных психических свойств или процессов он включил в естественные действия учащихся. Многие упражнения, имеющие целью развитие активности, инициативы, решительности, выдержки, сдержанности, самообладания, успешно проводились во время бытовых занятий, при выполнении задач по самообслуживанию, уборке в столовой, на кухне и т.д. Большое значение он придавал урокам ритмики, физкультуры и труда, так как был убежден в их возможностях для упражнения волевой регуляции учащихся. Значительную часть времени отдавал для индивидуальных упражнений во время игр: пассивным ребятам давал активизирующие задания, а возбудимым – успокаивающие, требующие выдержки и самообладания.

Л. В. Занков (1935), наблюдая и анализируя процессы волевой регуляции у умственно отсталых учащихся, достаточно ясно показал, что эти действия мотивированы внутренними побуждениями, возникающими у школьника. Однако автор отмечал, что внешние стимулы должны затронуть потребности, интересы для того, чтобы дать начало тем или иным действиям и поступкам. Яркой чертой качественного своеобразия проявлений волевой регуляции у школьника с нарушенным интеллектом, отмеченной Л. В. Занковым, является недостаточность прохождения процесса через многогранную призму интеллектуальных оценок и суждений, недостаточное осознание действий, импульсивность, сложность переключения деятельности [Занков, 1935, с. 60]. Также автор рассматривает важный момент процесса саморегуляции поведения у детей с нарушенным интеллектом – этап постановки цели. Он отмечает, что умственно отсталый ребенок может поставить перед собой цель и затем стремиться достигнуть ее. Но своеобразие заключается в том, что он критично не анализирует и не соотносит реальность целей и средства ее достижения. Отсутствует дифференциация целей на конечную и ближнюю, и всю задачу учащихся с нарушенным интеллектом пытается решить целиком, не расчленяя на подэтапы.

Д. И. Азбукин (1936), раскрывая механизмы нарушения процессов волевой регуляции у детей с когнитивным дефицитом, указывает, прежде всего, на тугоподвижность мышления, а это, в свою очередь, содействует застреванию на одной и той же цели.

Изучая эмоционально-волевою сферу, Д. И. Азбукин высказывает свое предположение о том, что в эмоционально-волевой тугоподвижности кроются такие корни подчиняемости и внушаемости, которые нередко наблюдаются у детей с нарушенным интеллектом. «У олигофренов наблюдаются иногда взрывчатость и жестокость, но чаще добродушие. На особенностях эмоционально-волевой деятельности отражаются особенности моторики, которые, подобно речи, также являются у олигофренов многообразными и несовершенными» [Азбукин, 1936, с. 28–29].

К. Левин при обследовании умственно отсталых детей в сравнении с детьми без нарушений интеллекта обнаружил функциональную ригидность, недостаток психической гибкости и фиксацию на уже избранной цели, вследствие чего заместительные действия удаются им с большим трудом [Выготский, 2000].

В Дефектологическом институте в 30-е гг. XX века под руководством И. М. Соловьева (1938) впервые в отечественной психологии проводилось сравнительное изучение своеобразия поведения и эмоционально-волевой сферы здоровых и умственно отсталых школьников при выполнении ими определенных интеллектуальных и практических заданий. Результаты исследований показали значительную разницу в возникновении мотивированных действий, в особенностях постановки целей для деятельности, длительности самостоятельной работы, в самооценке, уровне притязаний, особенностях волевой деятельности и других сторонах личности этих категорий детей.

В исследованиях Г. Я. Трошина (1913), Л. С. Выготского (1983), И. М. Соловьева-Элпидинского (1935), Л. В. Занкова (1935), С. Я. Рубинштейн (1986), Г. М. Дульнева (1971), Г. Е. Сухаревой (1965), М. С. Певзнер (1963), В. И. Лубовского (1963), С. Л. Мирского (1983), А. А. Дмитриева (2002), И. Ю. Жуковина (2000) выявлены особенности процессов саморегуляции учебной

и внеучебной деятельности у детей с интеллектуальной недостаточностью. В частности, установлено, что стремления умственно отсталых обычно очень трудно сдержать, так как затруднено переключение с одного вида деятельности на другой, наблюдаются трудности в реализации собственных намерений в том случае, если изменяется ситуация, в которой они должны были быть осуществлены. Дифференциация ближайшей и конечной цели при выполнении задания резко нарушает деятельность детей с нарушенным интеллектом, что своеобразно сказывается при выполнении заданий. Их не побуждает «далекая мотивация», для них значимы «близкие мотивы». Психологические исследования, в которых изучалась структура деятельности олигофренов, выявили ряд ее специфических особенностей [Выготский, 1983; Занков, 1935; Пинский, 1962; Певзнер, Лубовский, 1965 и др.].

Было установлено, что дети не всегда правильно понимают инструкцию, не помнят, какие операции они должны выполнить, их последовательность, легко отвлекаются, теряют цель деятельности и начинают играть учебными предметами. Планирование собственной деятельности также очень затрудняет учащихся. Ряд работ был специально направлен на изучение мотивационной стороны деятельности олигофренов [Выготский, 1983; Занков, 1935; Пинский, 1962 и др.]. Они показали, что умственная деятельность учеников с нарушениями интеллекта, особенно на начальном периоде обучения, характеризуется сниженной мотивацией, поэтому учащиеся нуждаются в постоянном руководстве и внешних дополнительных побуждениях [Черенева Е.А., Загляда И.Г., Птахина Ю.А., и др., 2015].

Своеобразие процессов саморегуляции у умственно отсталых детей нельзя объяснить, не учитывая ригидный характер их поведения. Надо отметить, что еще К. Левин особо подчеркивал характер поведения олигофренов, нединамичность и малоподвижность их психической сферы, в связи с чем для них оказывается затруднительным переход от одной структуры мышления к другой. Это не только влечет за собой формирование стереотипного поведения, но и затрудняет замену целей действия [Выготский, 2000].

В исследованиях Б. И. Пинского (1962) рассматриваются пути формирования действенных далеких мотивов деятельности у умственно отсталых школьников. Он пишет, что конкретный труд и общественно значимые задачи является незаменимым средством развития мотивов деятельности детей с нарушенным интеллектом. Изменение в мотивах деятельности умственно отсталого школьника оказывает положительное влияние на развитие его интеллекта, поведения и развитие в целом. Этот же автор, анализируя поведение учащихся в условиях оценочной ситуации, отмечает организующую роль оценки учителя в эффективности коррекционно-воспитательной работы с учащимися с когнитивным дефицитом. Как показывают экспериментальные данные автора, в период школьного обучения умственно отсталые учащиеся не могут подчинить свои действия требованиям инструкции, потому, что в процессе выполнения относительно сложной задачи уровень их аналитико-синтетической деятельности оказывается недостаточным для согласования отдельных действий и операций между собой и их подчинения общей цели. «Эксперименты показали, – пишет Б. И. Пинский, – что при выполнении задания, не требующего сложного анализа и синтеза, дети действуют по инструкции, в соответствии с ее указаниями» [Пинский, 1962 с. 46]. По мнению автора, умственно отсталый школьник неправильно выполняет предложенную ему задачу не только потому, что он не в состоянии должным образом осмыслить ее, но и потому, что у него нарушена целенаправленность деятельности.

Исследования Б. И. Пинского (1962) способствуют пониманию некоторых особенностей волевой регуляции поведения у умственно отсталых детей. Эти исследования косвенно выявляют слабость процессов саморегуляции поведения у детей с умственной отсталостью, что отрицательно сказывается на их способности выполнять целенаправленную деятельность.

В исследованиях Ш. Н Чхартишвили (1974), М. Г. Царцидзе (1985) отмечаются трудности переключения с одной цели на другую, слабость регулирующей функции воли у школьников с нарушенным интеллектом,

преобладание импульсивных действий, неуверенности, поведенческой возбудимости при усложнении заданий.

Для понимания структуры дефекта процессов саморегуляции при когнитивных дефицитах целесообразно учитывать закономерности высшей психической деятельности ребенка с нарушенным интеллектом. Данная проблема нашла свое отражение в работе А. Р. Лурия (2013) «Основы нейропсихологии». Автор, опираясь на теоретические положения Л. С. Выготского (1983) и собственные нейропсихологические исследования, подводит к пониманию сложных видов психической деятельности ребенка с нарушенным интеллектом.

При анализе эмоционально-волевой сферы таких детей в различных клинических вариантах необходимо отметить разнообразие, что существенно влияет на формирование произвольной регуляции [Кузьмина-Сыромятникова, 1958].

Е. Н. Правдина-Винарская (1957), описывая неврологические характеристики олигофрении, выделяет следующие особенности проявления саморегуляции:

1. При неврологическом исследовании у детей школьного возраста, перенесших в ранних периодах развития поражения головного мозга различной этиологии, обнаруживается резидуальная, распространенная симптоматика, свидетельствующая о взаимодействии вещества мозга и его оболочек.

2. Распространенность поражения коры больших полушарий раскрывается в качественных нарушениях произвольных движений, а также восприятия и анализа различных афферентных раздражений, что особенно касается тех функций, которые наиболее связаны с обобщающей и абстрагирующей функциями слова.

3. Основой указанных качественных особенностей кортикальных функций являются распространенные нарушения тормозных и возбуждающих процессов. Эти нарушения значительно преобладают в словесных системах связей. Поэтому одна и та же функция может быть нарушена в разной степени, в зависимости от того, в какой функциональной системе связей она осуществляется в данный момент.

Таким образом, анализ научных источников, посвященных исследованию произвольной регуляции в детском и подростковом возрасте, свидетельствует о

значимости изучения саморегуляции в контексте здоровьесбережения при нарушении познавательной деятельности.

В своих более ранних исследованиях мы выделили типологические особенности проявления саморегуляции, указали на гендерные различия в проявлениях, а также разработали классификацию саморегуляции поведения у детей с когнитивным дефицитом. Наша классификация базируется на трех базовых компонентах произвольной деятельности: нейрофизиологический (тип ВНД), психомоторный (особенности двигательной сферы) и интеллектуальные особенности (умение планировать, анализировать и мотивировать деятельность). В ходе исследований мы выделили четыре типологические группы учащихся по уровню проявления саморегуляции в учебной и внеучебной деятельности.

I группа – *слабый (инертный) тип с пониженным уровнем саморегуляции деятельности.*

На общем фоне поведения преобладают тормозные реакции. Телосложение астенического типа, кожные покровы бледные. Страдают сопутствующими соматическими заболеваниями, отягощающими полноценную двигательную активность. Физически слабы и крайне невыносливы, не терпят боли. Двигательная деятельность замедленная. Повышена утомляемость, истощаемость психических процессов: легко становятся вялыми и полностью выключаются из работы. Не способны к длительным интеллектуальным и физическим нагрузкам. Значительно нарушена мелкая моторика рук, артикуляционного аппарата. Речь медленная, вялая, невнятная. Отмечаются эмоциональная нестабильность, повышенная чувствительность (плаксивы), преобладают эйфорические состояния. Грубо нарушена критичность мышления, имеет место патологическая внушаемость и подчиняемость: выполняют безропотно все указания, просьбы взрослых и детей. Самооценка занижена, присутствует пессимистическое настроение и неуверенность в себе, скрытый негатив. Не способны к открытому противостоянию. Не способны самостоятельно спланировать деятельность, довести начатое дело до конца, безынициативны. Волевые качества способны проявлять под воздействием внушения взрослого или сверстника, более сильного

физически. В быту не способны самостоятельно обслуживать себя, могут бросить начатое дело, не доведя его до конца.

II группа – *слабый (инертный) тип с умеренно развитым уровнем саморегуляции деятельности.*

Ученики этой группы отличаются вялостью протекания нервных процессов. Медлительны, трудно переключаются с одного вида деятельности на другой. Астеническое телосложение, физически слабы и невыносливы. Часто имеют сопутствующие соматические заболевания. Нарушены общая двигательная сфера и мелкая моторика рук и артикуляторного аппарата. Речь медленная, спокойная, голос тихий, говорят немного, скромны. Существенной особенностью детей этой группы является относительная сохранность их поведенческой деятельности: исполнительны, прилежны, трудолюбивы, аккуратны, добры. Эмоциональная сфера относительно адекватна. Способны к переживаниям, эмоционально привязаны, эмоционально устойчивы, преобладают положительные эмоции, но повышен порог чувствительности, легко обижаются. Отмечается моторная одаренность: способны к качественному изготовлению сложных по технике и времени выполнения заданий. Самокритичны, могут элементарно планировать собственную деятельность, обычно доводят начатое дело до конца. Наблюдаются упорство, упрямство, настойчивость. Способны к самоорганизации и саморегуляции поведения. Присутствует внешнее программирование действий: проговаривают будущие действия или комментируют их. Критичность мышления грубо не нарушена, но способны к подчиняемости вследствие доверчивости. Присутствует элементарная инициатива в деятельности. Не способны к открытому противостоянию, но долго обижаются. Способны проявлять силу воли при выполнении трудных заданий, переживают, если не получается.

III группа – *сильный (подвижный) тип с пониженным уровнем саморегуляции деятельности.*

У детей данной группы подвижный стиль поведения с преобладанием процессов возбуждения. Очень подвижны, целенаправленность двигательных актов нарушена, отсутствует организованность действий, страдает мелкая

моторика. Импульсивны, иногда расторможены, не способны к длительным физическим нагрузкам, наблюдается повышенная умственная и физическая утомляемость. Телосложение крепкое, но не терпят боли. Сопутствующие соматические заболевания бывают редко. Эмоционально неадекватны: агрессивны, преобладает злобное настроение, стараются быть в группе лидером, эмоционально не привязаны. У детей этой группы низкий уровень мотивации, не доводят дело до конца, деятельность свою не планируют, в большинстве случаев действуют стихийно. Крайне неорганизованны и недисциплинированы, склонны к открытому активному негативизму (вербальному и физическому). Волевые качества способны проявлять тогда, когда есть личная заинтересованность, и она подкрепляется морально или материально. Чаще проявляются эгоистические и иждивенческие качества характера. Не чувствуют возрастной дистанции и легко идут на конфликт со взрослыми и детьми. Не способны к саморегуляции, самоорганизации поведения. Часто обижают младших и физически более слабых детей.

IV группа – сильный (подвижный) тип с умеренно развитым уровнем саморегуляции деятельности.

Физически выносливы, телосложение крепкое. Способны к длительным физическим нагрузкам. Эмоции проявляются достаточно адекватно. Поведенческая деятельность относительно сохранна, преобладают положительные эмоции. Присутствуют элементарные умения планировать деятельность, доводить дело до конца. Инициативны, упрямы, настойчивы. Способны к саморегуляции и самоорганизации, имеют зачатки организаторской деятельности. Могут проявлять волевые качества, умеют критично подходить к своей деятельности. Обычно доводят начатое дело до конца, старательны. Умеют элементарно мотивировать деятельность. Достаточно адекватно оценивают свои возможности, хотя наблюдается некоторое занижение самооценки. Прилагают усилия при выполнении интеллектуальных заданий, но степень проявления будет зависеть от уровня сохранности интеллекта: чем выше развита познавательная деятельность, тем чаще они будут проявлять волевые усилия, чем ниже уровень познавательной деятельности, тем выше уровень

избегания деятельности. При этом пытаются либо переключиться на другой вид деятельности, либо элементарно изобретают способы преодоления имеющихся трудностей.

Таким образом, анализ научной литературы о проявлениях саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом позволяет утверждать, что при выборе методов и приемов коррекции эмоционально-волевой сферы и произвольного поведения необходим дифференцированный подход с учетом психологических особенностей детей с нарушенным интеллектом.

Клинико-психологические данные о процессах саморегуляции учащихся с когнитивным дефицитом свидетельствуют о взаимосвязи и обусловленности всех психических функций. В исследованиях отмечается противоречивость проявлений произвольной регуляции. Она отчетливо выступает в тех случаях, когда учащиеся не испытывают потребности в ее проявлениях. Так, при обычной вялости, безынициативности поведения можно наблюдать у тех же детей противоположную этому настойчивость, безудержность и непреодолимость отдельных желаний. Их действиям и поступкам свойственны легкая внушаемость, некритичное восприятие советов со стороны. Вместе с этим в отношении отдельных указаний они могут проявлять упрямство, длительно сопротивляться разумным доводам, а также действовать наперекор тому, о чем их просят. Такие контрасты в проявлениях саморегуляции исследователи связывают с психологической незрелостью, обусловленной диффузным поражением нервных клеток коры головного мозга.

Теоретический анализ рассматриваемой проблемы показал значимость изучения саморегуляции во взаимосвязи с другими нарушениями у детей с интеллектуальной недостаточностью.

2.3 Современные исследования саморегуляции в контексте медицинской психологии

Проблема психической саморегуляции в настоящее время сохраняет свою актуальность и привлекает внимание все большего числа исследователей и практиков. Одной из основных перспектив современных исследований этого феномена является создание интегративного подхода к изучению человека на основе представлений о его психике как о самоорганизующейся системе при взаимодействии человека с миром. Проблема сознательной саморегуляции занимает одно из центральных мест в контексте анализа развития и здоровья человека. Как отмечают исследователи, механизмом реализации продуктивных отношений субъекта с объективной реальностью является целенаправленное регулирование собственной деятельности, что непосредственно связано с состоянием здоровья. Развивается проблематика осознанной саморегуляции, как в норме, так и при нарушениях психического здоровья [Моросанова, 2019; Конопкин, 2002; Бабкина., 2016].

Традиция поиска патопсихологических маркеров, заложенная Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн, в рамках клинической и специальной психологии осуществляется при создании новых методов психологической диагностики и коррекции [Султанова, Иванова, 2018, Заширинская, 2017, Красновский, 2020, Чевычелова Н.В., Черенева Е.А., Черенёв Д.В., Маслобоев С.Г., 2019].

Анализ литературы позволяет утверждать, что проблема саморегуляции при когнитивных дефицитах у детей младшего школьного возраста разработана недостаточно. Исследования Б. В. Зейгарник, осуществленные в 1960-х гг., связанные с саморегуляцией как компонентой мышления при шизофрении, а также А. Р. Лурия – саморегуляция при локальных поражениях мозга при афазии – не получили дальнейшего развития на материале других нозологических групп.

В конце прошлого века появились исследования В. И Лубовского (1978) (словесная саморегуляция при умственной отсталости), У. В. Ульенковой (1990) ((саморегуляция у дошкольников с задержкой психического развития), Т. В. Ахутиной (2002, 2008) (саморегуляция при нейрокгнитивных дефицитах), Т.В. Фотековой (2002) (саморегуляция при речевой патологии).

И. В. Полякова (2019) анализирует взаимообусловленность точности восприятия и саморегуляции в аспекте психического здоровья детей и взрослых с алкогольной зависимостью и в норме. При этом точность восприятия и уровень саморегуляции рассматриваются в качестве факторов сохранения психического здоровья.

Исследования Н. В. Зверевой и др. (2019) в оценке когнитивного развития детей и подростков, родившихся с применением ЭКО, позволяют выделить факторы рисков, влияющих на когнитивное здоровье. По мнению автора, имеющиеся на современном этапе результаты исследования отечественных и зарубежных авторов отражают противоречивую картину, требующую дальнейшего изучения [Черенева Е.А., Черенев Д.В., 2015].

В последнее время увеличилось количество исследований особенностей мышления людей, психическое развитие которых осуществлялось в условиях виртуализации различных сфер жизнедеятельности (в сетевом обществе) [Алехин, Грекова, 2019]. Результаты патопсихологических экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что мышление психически здоровых молодых людей становится более многозначным, отмечается ослабление связи суждений с практической стороной действительности. Наблюдается увеличение количества ППФ, которые проявляются у здоровых респондентов хаотично и по форме схожи с патологическими расстройствами мышления, при которых отмеченный разрыв связи знака и значения также существен, но обусловлен патологическим процессом в самой мыслительной деятельности.

Исследования Д. А. Ереминой (2019) раскрывает особенности когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике. Автор изучает проблематику изменения мозговой деятельности у пациентов с соматическими заболеваниями в связи с основной патологией и вследствие хирургического лечения на примере изучения когнитивного функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Анализируя когнитивную модель у детей с расстройствами аутистического спектра и шизофренией М. А. Иосифян, Е. А. Мершина, Д. А. Баженова и др.

(2020) описывают особенности мозговых механизмов нарушения модели психического. Когнитивная модель психического – это способность понимать мысли, представления и убеждения других, в том числе ложные представления. Авторы используют метод фМРТ для оценки когнитивных моделей психического. Через призму фМРТ мозговые механизмы неверного приписывания психических явлений другим людям проявляются как гиперактивация или, наоборот, гипоактивация мозговых структур, стоящих за моделью психического. Модель континуума нарушений модели психического предполагает, что в то время, как нормальная способность приписывать психические явления другим расположена в центре континуума, аномалии, связанные с недостаточным или чрезмерным приписыванием намерений, находятся на экстремумах этого континуума. Для развития этой модели необходимы нейровизуализационные исследования, в которых сопоставляются данные пациентов с выраженной позитивной и негативной симптоматикой, а также пациентов с расстройствами аутистического спектра. Подобные исследования должны способствовать изучению компонентов психического. К примеру, аффективная модель психического, необходимая для понимания эмоционального состояния другого, изучена недостаточно по сравнению с когнитивной, перцептивной и имплицитной моделями психического. Так или иначе данные направления исследований связаны с феноменом саморегуляции [Черенева Е.А., Филиппова С.А., 2011].

В настоящее время идет переосмысление реабилитационных подходов и поиск новых путей, повышающих эффективность восстановления нарушенных когнитивных функций. Эти подходы строятся на новых данных нейронаук о пластичности мозга и ее изменении в разных возрастных периодах, подвижности функциональной асимметрии, морфологической структуре и полушарной географии нейрональных когнитивных карт [Лисова Н.А., Муллер Т.С., Спиридонова М.С., Черенева Е.А. Шилов С.Н., 2019]. Понимание закономерностей работы здорового и больного мозга позволяет наметить правильные фокусы реабилитационных воздействий. В рамках современной когнитивной нейрореабилитации К. М. Шипкова (2020) проводит ряд исследований

когнитивных функций у детей с нарушениями речи, а также влияние музыкаобогащенной среды при нарушениях когнитивных функций у взрослых.

Исследования П. М. Ларионова, И. А. Гречухи (2020) раскрывают роль когнитивной регуляции эмоций и отдельных алекситимических черт в возникновении агрессивного поведения у подростков. Предполагается, что алекситимические черты посредством формирования неадаптивной регуляции эмоций обуславливают агрессию. Данные исследования демонстрируют взаимосвязь аффекта и интеллекта и механизмов формирования дисфункций психического здоровья у детей подросткового возраста.

К. Д. Кривоногова, О. М. Разумникова (2019) исследуют особенности когнитивного статуса студентов (интеллект, память и внимание) с нарушением слуха. Обнаруженное снижение вербального интеллекта и скорости селекции зрительно предъявленной информации и большие показатели образно-пространственного, чем вербального компонента интеллекта в группе с нарушениями слуха свидетельствуют о развитии компенсаторной зрительной функции. Меньший эффект проактивной интерференции при большем времени исполнительного контроля у студентов с нарушением слуха по сравнению с контрольной группой указывает на недостаточное развитие тормозных функций префронтальных отделов коры головного мозга. Обнаруженные изменения в когнитивном статусе студентов с нарушением слуха следует учитывать в организации инклюзивного образования при разработке программно-методического обеспечения и психолого-педагогических приемов профессионального обучения.

А. И. Мелехин и Е. А. Сергиенко (2019) проводят исследования когнитивных смещений при распознавании эмоций по лицу в пожилом возрасте. Авторы доказывают, что по сравнению с людьми 55–60 лет в группах людей 61–74 и 75–90-летнего возраста наблюдаются симптомы возрастнo-специфического социокогнитивного дефицита при распознавании эмоций: изменения во времени отклика на эмоциональный стимул в сторону замедления; трудности тонкой дифференциации эмоций радости и печали; влияние высокой эмоциональной

интенсивности для более точного определения эмоций; когнитивное смещение во внимании и интерпретации эмоциональной информации. В позднем возрасте наблюдается комбинированное когнитивное смещение при распознавании эмоций по лицу. Больше преобладает положительный сдвиг. В отличие от людей 75–90 лет люди 55–60 и 61–74 лет лучше распознают эмоции страха и печали. Труднее в позднем возрасте распознается гнев. Описан дефицит определения нейтральных эмоциональных экспрессий, который сопровождается феноменом депрессивного смещения. Выделены общие и возраст-специфичные предикторы распознавания и дифференциации эмоций по лицу в позднем возрасте.

А. Н. Веракса (2019) и другие исследуют связь регуляторных функций и производства речи у старших дошкольников: рабочая память и составление нарративов. Были получены следующие результаты: с уровнем развития рабочей памяти у детей в дошкольном возрасте наилучшим образом устойчиво коррелируют такие показатели развития речи, как смысловая полнота нарратива, его адекватность, программирование речевого сообщения, количество слов и предложений в тексте, развитие макроструктуры и тип нарратива. На основании полученных результатов делается вывод о том, что самые общие и глобальные показатели макроструктуры нарратива значимо связаны с развитием рабочей памяти. При этом развитие слуховой рабочей памяти в большей степени связано с развитием речи у дошкольников по сравнению со зрительной рабочей памятью. Авторы приходят к заключению, что при хорошо развитой слуховой рабочей памяти речь ребенка будет более правильна в лексическом и грамматическом отношениях.

Исследования О. В. Волковой (2010, 2013) в области изучения произвольного поведения у соматически ослабленных детей в рамках медицинской психологии в большей степени позволили осветить механизмы саморегуляции. Автор, изучая механизмы выученной беспомощности у соматически ослабленных детей, разработала технологию коррекции низкого уровня развития основных компонентов волевого действия, проанализировала

проблему взаимосвязи уровня развития воли со спецификой формирования феномена «выученной беспомощности», а также обосновала перспективы опосредованного воздействия на выученную беспомощность через целенаправленное развитие воли ребенка.

В работах Заширинской О.В. (2016, 2017), Красновского В.Н. (2020) предлагаются новые технологии психологической коррекции нарушений, направленные на повышение социальной адаптации и эффективности обучения у подростковой с интеллектуальной недостаточностью. Отмечается, что практики, основанные на тренинговых методах обучения, более эффективны в плане сбалансированности учебного процесса. Они предотвращают эмоциональную перегрузку воспитанников, повышают доступность понимания большего контекста реальности, способствуют успешности в педагогической работе с умственно отсталыми детьми.

Таким образом, анализ современных исследований саморегуляции отражает их актуальность и недостаточность системного изучения этого феномена в области медицинской психологии. Не выявлены патопсихологические характеристики саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом в сравнении с нормой. Отсутствуют исследования саморегуляции при когнитивных нарушениях у детей с учетом субъективного благополучия. Не изучена динамика изменений саморегуляции в процессе коррекционной работы, а также эффективность психологического сопровождения детей с нарушениями саморегуляции как ресурса здоровьесбережения.

2.4 Выводы по главе 2

1. Обобщение результатов исследований саморегуляции в отечественной и зарубежной литературе позволило установить значимость изучения данного феномена в контексте определения его психологических составляющих при нарушениях психического здоровья и в норме.

2. Рассмотрены различные методологические подходы при создании психологических моделей саморегуляции.

3. Выявлены психологические характеристики саморегуляции в детском возрасте в норме и при нарушениях здоровья различной нозологической принадлежности.

3. Установлена значимость исследования саморегуляции в контексте нарушения здоровья у детей и подростков при когнитивных дефицитах.

4. Отмечается недостаточность исследований саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом в контексте здоровьесбережения.

3 Психологическая диагностика саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме

3.1 Методологические основания изучения саморегуляции

Проблема создания вариантов патопсихологической модели саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом определила совокупность методологических оснований исследования.

Методология анализа позволила объединить научные концепции в качестве концептуально-объяснительных моделей с опорой на системный подход в рамках структурно-уровневого анализа проявлений саморегуляции как психологической характеристики у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме. Методологической основой исследования явилась биопсихосоциально-этическая концепция [Кабрин, Залевский, 2000], позволяющая рассматривать саморегуляцию в качестве многоуровневого и системного образования, определяющего когнитивное здоровье и его нарушения как обусловленное генетическими, психологическими и социальными факторами. Данные факторы учитывают ценностное отношение родителей к ребенку. Опора на данную методологию позволила сформулировать понятие «когнитивное здоровье». Когнитивное здоровье – состояние благополучия в познавательной сфере, обусловленное генетическими, психологическими, социально-средовыми факторами, составляющая психического здоровья человека. Нарушения когнитивного здоровья в детском возрасте проявляются вариантами когнитивных дефицитов.

Опора на концепцию саморегуляции позволяет рассматривать этот феномен как системную составляющую психических процессов и обладающую определенными психологическими характеристиками, связанными с психическим здоровьем человека [Зейгарник, 2000; Зинченко, 1978; Моросанова, 2019, Рассказова, 2014; Хекхаузен, 2003 и др.].

Теория о единстве законов развития нормального и аномального ребенка способствует выявлению закономерностей становления саморегуляции в норме и патологии [Выготский, 1983; Лубовский, 1978; Лурия, 2013; Певзнер, 1963; Петрова, 2000; Стребелева, 2005; Шиф, 1979].

Создание патопсихологической модели саморегуляции стало возможным, благодаря исследованиям Б. В. Зейгарник и ее последователей, создавших научное направление патопсихологии, в рамках которого были изучены психологические симптомокомплексы, позволяющие рассматривать нарушения мышления, эмоций и поведения как специфические психологические характеристики, присущие определенным нозологическим группам в сравнении с нормой. Для диагностики патопсихологических проявлений применялись так называемые «функциональные пробы» [Рубинштейн, 1986], часть из которых использовалась в настоящем исследовании. Методология патопсихологического подхода способствовала выявлению специфики уровней саморегуляции у детей с когнитивными нарушениями в сравнении с проявлениями этого феномена у детей без когнитивных нарушений.

Структурно-уровневый подход М. С. Роговина, Г. В. Залевского (1998, 2004), позволил рассмотреть уровни и компоненты саморегуляции и изучать их во взаимосвязи и взаимобусловленности. Создавая психологическую модель саморегуляции, мы ориентируемся на положения концепции Л. М. Веккера (2000) о единстве психических процессов. В нашей модели изучаются базовые уровни саморегуляции – когнитивный, личностно-смысловой и регуляторно-волевой, что частично согласуется с психологической триадой Веккера, но и содержит некоторые отличия.

Волевой компонент относится к регуляторной сфере как ее наивысший, максимально осознанный уровень. При этом определение «эмоционально-волевой» рассматриваем как методологически ошибочное, поскольку в нем смешиваются компоненты из различных психологических сфер.

В разрабатываемой патопсихологической многоуровневой динамической модели саморегуляции рассматриваются личностно-смысловой, когнитивный и

регуляторный уровни, которые являются динамическими психологическими образованиями, взаимодействуют между собой и являются базовыми составляющими когнитивных функций. Каждый из уровней содержит компоненты, параметры которых свидетельствуют о степени выраженности нарушений саморегуляции либо об отсутствии нарушений.

Личностно-смысловой уровень является самым сложным и глубинным уровнем, который отражает его компоненты (производные): установки, защитные механизмы, самооценку (Я-концепция), уровень притязаний. Термин «личностно-смысловой уровень» отражает психологическое содержание понятия, сформулированного А. Н. Леонтьевым – «личностный смысл». Понятие «личностно-смысловой» в большей степени отражает глубинные процессы и характеристики субъективного мира ребенка, а также взаимосвязь и обусловленность взаимодействия с окружением.

Личностный смысл не отождествляется с эмоциональным переживанием и не исчерпывается этим. По словам А. Н. Леонтьева (1993), косвенным выражением личностного смысла является вербальная форма его существования. Но не исчерпывается ей. Сама задача «на смысл», то есть на осознание и вербализацию смысла, ставится тогда, когда признаки реального отношения субъекта к явлениям действительности уже проявляются в поведении.

Изучение когнитивного уровня саморегуляции и его психологическая диагностика методологически связаны с патопсихологическими характеристиками мышления и когнитивных функций, представленных в исследованиях Б. В. Зейгарник и ее последователей [Зейгарник, 2000; Рубинштейн, 1986; Холодная, 2005; Ульенкова, 2001 и др.]. Для оценки этого уровня в настоящем исследовании определялись динамические свойства мышления, включая ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации). В клинической психологии представленные характеристики играют определяющую роль в оценке психического развития, а также в дифференциальной диагностике интеллектуальных нарушений от сходных состояний. В процессе произвольной регуляции интеллект играет определяющую

роль в целенаправленности и последовательности действий. Этот уровень очень тесно связан со следующим уровнем – регуляцией деятельности, что в конечном результате характеризует целостность и качество саморегуляции.

Рассматривая регулятивный уровень саморегуляции, мы базировались на поведенческих и речевых характеристиках. Методология изучения функций речи и выделение ее аспектов – регулирующей, планирующей, управленческой, внешней и внутренней – тесно связана с именами Ж. Пиаже, Л. С. Выготского, П. Я. Гальперина, А. Р. Лурия и др. В настоящее время общепризнано положение о ведущей роли речи в регуляции поведения человека, об «оречевленности» всех его психических процессов. Сила, значимость и гибкость, подвижность словесной регуляции имеют определенные материальные и функциональные предпосылки: помимо того, что слово является обобщенным сигналом, что оно может сигнализировать и заменять любой непосредственный раздражитель, речевая функция обладает более высокой лабильностью по сравнению, например, с системой общедвигательной [Берштейн, 1966; Лурия, 2013]. Благодаря этим специфическим особенностям высшей нервной деятельности человека почти всякая его активность, возникающая в ответ на воздействия окружающего мира, опосредствуется словесно. Ведущая роль второй сигнальной системы сохраняется и при различных нарушениях развития, таких, как глухота или умственная отсталость, где имеются явно выраженные нарушения в формировании речи. Следует подчеркнуть, что речевую продукцию нельзя понимать упрощенно, связывая ее только с вербализацией. Словесная продукция способствует становлению регуляторного уровня саморегуляции.

Для оценки регуляторного уровня компонентов саморегуляции разработана карта, основанная на принципах патопсихологического подхода. Она включает следующие компоненты: постановка цели, выбор стратегии поведения, регулирование эмоциональных состояний и контроль действий. Данные характеристики оцениваются по шкалам, включая динамичность, устойчивость, активность, инициативность, самостоятельность. Более подробно

психодиагностическая программа изучения саморегуляции описана в следующем разделе.

Изучение регулятивного уровня, кроме патопсихологического подхода, базировалось на концепции совладающего поведения как значимого компонента саморегуляции [Lazarus, Folkman, 1987; Нартова-Бочавер, 2016]. С учетом данной концепции в исследовании рассматривались стратегии саморегуляции, отражающие поведенческий аспект регуляторного уровня и связанные с продуктивностью и успешностью деятельности, так называемые адаптивные и неадаптивные стратегии [Chereneva E. Bogdasina, O., et., 2016].

Таким образом, выделенные уровни и компоненты феномена саморегуляции с опорой на системную методологию позволили исследовать и целостно представить с учетом нозологической принадлежности детей с нарушением когнитивного здоровья в сравнении с детьми с нормативными данными когнитивного здоровья [Chereneva E.A., Belyaeva O. L., Stoyanova I. Ya., 2022].

Дополнительными методологическими основаниями настоящего исследования являются положения и концепции о роли семьи и значимости отношения родителей в контексте здоровья ребенка [Гуткевич, 2015; Эйдемиллер, Никольская, 2003; Куфтяк, 2020; Дружинин, 2000], концепция установки как одного из психологических условий, определяющих отношение родителей к ребенку [Узнадзе, 2001; Асмолов, 1990; Зинченко, 1978 и др.], а также положения о факторах, детерминирующих формирование и функционирование категориальных установок, в контексте теории психологических систем [Клочко, 2002].

Программы психологического сопровождения, направленного на становление когнитивного здоровья младших школьников базируются на положениях о роли психологической помощи как необходимого условия компенсации нарушений развития и здоровья в психолого-образовательном сопровождении [Битянова, 2001; Клочко, 2005; Краснорядцева, 1997; Мамайчук, 2001; Семаго, 2016; Забрамная, 1996 и др.].

Важной частью программы психологического сопровождения является развитие ноэтических принципов отношения к детям, личностная готовность к развитию родительских и личностных компетенций, направленных на становление когнитивного здоровья [Черенева Е.А., Черенев Д.В., 2011].

С учетом методологических оснований ключевыми понятиями исследования являются саморегуляция и ее нарушения, когнитивный дефицит, когнитивное здоровье, патопсихологическая модель, психологическое сопровождение.

3.2 Этапы, методы и выборка исследования

На первом этапе комплектовались основные и контрольные группы из учеников младших классов. Основные группы включали испытуемых разного возраста, имеющих снижение интеллектуальной деятельности различного генеза: учащиеся с незначительными когнитивными нарушениями – задержкой психического развития (ЗПР) и нарушением интеллектуального развития в легкой степени. Качественная характеристика интеллектуального дефекта соответствует клиническим диагнозам МКБ-10: F 80.82, F 81, F 70. Контрольную группу составили школьники, не испытывающие существенных затруднений в учебе и не имеющие нарушений когнитивного здоровья. Общее количество испытуемых составило 456 учащихся в возрасте от 8 до 11 лет. Были сформированы две возрастные категории школьников: первая – дети в возрасте 8–9 лет и вторая – 10–11 лет (в каждой по 76 человек в контрольных группах и группах сравнения). Сравнительные психологические исследования обозначили необходимость дестигматизации когнитивных нарушений и включали три группы испытуемых: НИР (нормальное интеллектуальное развитие), ЗИР (задержка интеллектуального развития) и НИРЛ (нарушение интеллектуального развития в легкой степени). Данное переименование соответствует психологической структуре когнитивных нарушений в рамках когнитивного здоровья. Кроме того, в исследовании принимали участие матери школьников – 456 человек.

Констатирующий и формирующий этапы исследования проводились на базах учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты населения г. Красноярска в период 2014–2019 гг.

На разных этапах в соответствии с конкретными задачами исследования использован комплекс различных методов:

1. Методы планирования и организации исследования были основаны на комплексном подходе, включающем сравнительно-корреляционный.

2. Методы сбора эмпирических данных о младших школьниках с когнитивным дефицитом и без нарушений включали следующие психометрические и качественные процедуры с использованием стандартизованных методик психологической диагностики: проективные методики, экспертные оценки педагогов и медицинских работников, метод опроса, метод эксперимента:

– «Детский апперцептивный тест» (САТ) для изучения защитных механизмов, установок (в интерпретации Мери Р. Хевортс, а также использовалась интерпретация Г. Мюррея в модификации Бурлаковой и Олешкевич – определение особенностей апперцептивного поведения); графический тест «Звезды и волны» (У. Аве-Лаллемант);

– графический тест «Дом – Дерево – Человек» Дж. Бука и Л. Кауфмана в модификации Р.В. Беляускайте;

– методика по изучению самооценки Дембо–Рубинштейн;

– методика по изучению уровня притязаний С. Я. Рубинштейн;

– разработанный диагностический комплекс «Саморегуляция младших школьников», позволяющий выявлять уровни, их компоненты, которые свидетельствуют о нарушениях либо их отсутствии.

– психологическая диагностика матерей младших школьников включала: разработанное структурированное интервью, направленное на изучение детско-родительских отношений.

– «Опросник Ахенбаха для изучения проблем адаптации».

– «Методика PARI» (опросник родительских установок).

3. Методы анализа и обработки полученных результатов: качественные (контент-анализ) и количественные. Статистические методы. При анализе данных использована компьютерная программа «Статистический пакет для социальных наук» (SPSS Statistic 24). Применялись различные методы математико-статистической обработки: достоверности различий по статистическим критериям: φ – угловое преобразование Фишера, критерий сравнения распределения уровней χ^2 Пирсона, корреляционный анализ, метод корреляционных плеяд.

4. Методы индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей и психопрофилактической работы, а также группового и индивидуального консультирования, направленного на развитие саморегуляции у младших школьников с когнитивным дефицитом, а также повышение родительской и профессиональной компетенции.

Экспериментальное изучение саморегуляции у детей младшего школьного возраста осуществлялось в процессе следующих этапов:

- 1) подготовительного;
- 2) психодиагностического;
- 3) аналитического.

На *подготовительном этапе* были изучены личные дела (медицинская, психолого-педагогическая документация, протоколы заседаний психолого-медико-педагогических комиссий) каждого испытуемого, принимавшего участие в исследовании. Анализ документации позволил получить предварительную информацию об испытуемых, вскрыть некоторые особенности поведения; выявить признаки социализированного расстройства; установить взаимосвязь детско-родительских отношений и произвольного поведения.

С целью установления контакта с испытуемыми на этом этапе использовался метод беседы. Проводились ознакомительные беседы с психологами, учителями образовательных учреждений, специалистами центров.

Психодиагностический этап включал в себя:

1) выявление общих и специфических закономерностей проявления саморегуляции у детей младшего школьного возраста в норме и при нарушениях когнитивного здоровья различной нозологии;

2) определение роли родительских установок и взаимодействия с детьми как факторов становления саморегуляции.

Оценка уровней произвольной регуляции у детей младшего школьного возраста в норме и патологии включала исследование следующих *параметров*:

– самооценка, уровень притязаний, установки, защитные механизмы поведения, – личностно-смысловой уровень;

– уровень развития интеллекта, динамические свойства мышления (ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации)) – когнитивный уровень;

– взаимосвязь поведения с речью (функций речи: регулирующая, планирующая, управление (внешнее и внутренне) поведением – регулирующий уровень).

В ходе исследования использовалась разработанная карта оценки стратегий саморегуляции (Приложение Г).

В ней отражены следующие параметры саморегуляции: постановка цели, регулирование эмоциональными состояниями, контроль действий, достижение цели действия, инициатива и самостоятельность деятельности. Каждый индикатор оценивался по следующим параметрам: динамичность, устойчивость, активность, инициативность, самостоятельность. Каждый параметр оценивался в 3-балльной шкале – 1 балл – нет, 2 балла – частично, 3 балла – да. Наблюдение за проявлением когнитивных стратегий, применяемых испытуемыми, осуществлялось в момент диагностики (ситуация фрустрации), а также в свободной деятельности.

Таким образом, психодиагностический этап базировался на изучении структурных компонентов уровней саморегуляции. Индивидуальная психологическая диагностика включала диагностическую беседу. Этот метод

способствует установлению доверительного контакта, позволяет сравнить данные разных респондентов; минимизирует ошибки исследователя.

Разработанный опросный лист направлен на: ознакомление с индивидуальными особенностями испытуемых; связанных с саморегуляцией (Приложение А).

С целью диагностики детско-родительских отношений в дополнении к стандартизованным методам использовалось структурированное интервью с матерями (Приложение Д).

Аналитический этап исследования посвящен обобщению полученных результатов.

В ходе исследования соблюдались следующие требования:

- Перед проведением диагностики установлен контакт с испытуемым, чтобы снять напряжение и настроить его на выполнение заданий.
- Исследование проводилось в первую половину дня и длилось не более 60 минут.
- В случае затруднений испытуемому оказывалась организующая помощь, мотивирующая на выполнения заданий.

С целью изучения личностно-смыслового уровня саморегуляции у детей младшего школьного возраста применялись методы, которые базируются на концепции проективной психологии.

Детский апперцептивный тест (Children's Apperception Test – CAT) относится к классу интерпретативных методик, где проецируется значимое содержание потребностей, конфликтов, установок личности. С помощью данной методики выявляются:

- ведущие потребности и мотивы;
- особенности восприятия и отношения ребенка к родителям (в том числе к родителям как к супружеской паре);
- особенности взаимоотношений ребенка с сиблингами;
- содержание внутриличностных конфликтов как следствия фрустрации ведущих потребностей ребенка;

- особенности защитных механизмов как способов разрешения внутренних конфликтов;
- агрессивные фантазии, страхи, фобии, тревоги, связанные с ситуациями фрустрации;
- динамические и структурные особенности поведения ребенка среди сверстников.

В результате исследования были проанализированы серии рассказов каждого ребенка. Примеры рассказов испытуемых с когнитивным дефицитом и в норме представлены в тексте работы.

Полученные в ходе исследования результаты подвергались обработке согласно схеме, предложенной Мери Р. Хевортс [Бурлакова, Олешкевич, 2015]. На основании типичных ответов детей можно выделить следующие психологические защиты: реактивное образование, изоляция, подавление, отрицание, символизация, проекция и интроекция, регрессия. Кроме того, диагностируются характеристики адекватности, устойчивости, эмоциональной окрашенности и способности к изменению в рамках интерпретации Г. Мюррея. Полученные результаты фиксировались в протоколах (Приложение Б).

Для оценки психологических особенностей ребенка использовался опросник Т. Ахенбаха для родителей.

Методика позволяет оценить, в какой степени ребёнку свойственны симптомы или проблемное поведение, согласующиеся с определённым диагнозом, и измерить степень отклонения различных типов детского поведения от популяционных адаптивных норм.

Родительская форма методики (Приложение В) состоит из 99 стандартизированных утверждений относительно степени выраженности тех или иных поведенческих и эмоциональных проблем у ребёнка в течение последних шести месяцев. Ответы на эти вопросы оцениваются по трёхбалльной шкале (неверно – 0; отчасти верно – 1; верно – 3). Вопросы структурированы в 13 специфических шкал: эмоциональная реактивность, беспокойство, соматические жалобы, отчуждение, проблемы со сном, проблемы внимания,

агрессивное поведение, аффективные проблемы, тревожность, проблемы перверсивного развития, гиперактивность, непослушание, другие проблемы.

Следующая методика – исследование родительских установок (Parental Attitude Research Instrument – PARI, авторы Е. С. Шефер и Р. К. Белл, модификация Т. В. Нещерет); предназначена для изучения отношения родителей к разным сторонам семейной жизни.

Опросник PARI включает 115 утверждений, распределенных по 23 шкалам. Из них 8 шкал описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительско-детских отношений, характеризующих: 1 – оптимальный эмоциональный контакт, 2 – излишнюю эмоциональную дистанцию с ребенком, 3 – излишнюю концентрацию на ребенке.

Суждения расположены в определенной последовательности, и отвечающий должен выразить к ним отношение в виде активного или частичного согласия или несогласия. Содержание опросника представлено в Приложении Е.

Детско-родительские отношения являются основным предметом анализа в методике и оценивают контакт между ребенком и матерью с точки зрения его оптимальности. Для этого сравниваются средние оценки по первым трем группам шкал: оптимальный контакт, эмоциональная дистанция, концентрация. Специальный интерес представляет анализ отдельных шкал, что часто является ключом к пониманию особенностей неудавшихся отношений между родителем и ребенком, зоны напряжений в этих отношениях.

Тест «Звезда и Волны» (далее «ЗВ») относится к экспрессивным графическим и проективным методам и является инструментом диагностики интеллектуальных достижений. Возможности его применения на детской выборке, в том числе у детей с нарушениями здоровья, показаны в исследованиях [Дробышева, 2012, Шорохова, Агавелян, 2018].

В настоящем исследовании использование графического метода связано с определением психологических особенностей испытуемых на основе анализа графической экспрессии. У. Аве-Лаллемант (2002) связывает особенности стилистики и техники выполнения рисунка с проявлением характерологических

черт, т.е. с особенностями экспрессивного поведения человека, а специфические черты содержательной стороны рисунка (пространственной и символической) относят к проекции личностных проблем, глубинных переживаний.

Тест «ЗВ» обращен к таким архетипам, как вода и звезды. Небо и звезды как символ вечности, постоянства имеют символическое выражение осознаваемых намерений и устремлений, ценностей и волевых усилий. Противоположно этому выступают вода и море, представляющие собой символ жизни, рождения, постоянно меняющуюся и обновленную материю. Символически вода и волны являются выражением бессознательных желаний и импульсов. Содержание значения неба и звезд, света относится к духовному началу, восприятие воды и волн – к душевному состоянию.

Проективная направленность теста связана с отношением к окружающей действительности. Оценка стилевых, штриховых, пространственных особенностей рисунка позволяет определить личностные особенности.

В настоящем исследовании тест «ЗВ» дает возможность выявить индивидуальные переживания у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме. Анализ особенностей графической экспрессии и содержательной (пространственной и символической) стороны рисунка проводился по критериям, разработанным У. Аве-Лаллемант (2002).

Проективный тест «Дом – Дерево – Человек», созданный Дж. Бук (1948) и адаптированный для российской популяции Беляукайте, предназначен для выявления личностных проявлений как у взрослых, так и у детей.

Выбор объектов для рисования автор обосновывает тем, что они знакомы каждому и стимулируют более свободные словесные высказывания. По мнению Дж. Бука, каждый рисунок – это своеобразный автопортрет, детали которого имеют личностное значение. По рисунку можно судить об аффективной сфере личности, ее потребностях. В методике выделены следующие шкалы: незащищенность, агрессивность, тревожность, враждебность, конфликт (фрустрация), трудности в общении. Интерпретация теста осуществляется по

критериям, описанным в проективной методике исследования личности «Дом – Дерево – Человек» [Бук, 1948].

Исследование самооценки и уровня притязаний осуществлялось по методике Дембо–Рубинштейн [Рубинштейн, 1986]. Данная методика основана на непосредственном оценивании (шкалировании) школьниками ряда личных качеств, таких как здоровье, способности, характер и т.д. Обследуемым предлагается на вертикальных линиях отметить определенными знаками уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний, т.е. уровень развития этих же качеств, который бы удовлетворял их. Каждому испытуемому предлагается бланк методики, содержащий инструкцию и задание.

Проведение исследования.

Инструкция. Любой человек оценивает свои способности, возможности, характер и др. Уровень развития каждого качества, стороны человеческой личности можно условно изобразить вертикальной линией, нижняя точка которой будет символизировать самое низкое развитие, а верхняя – наивысшее. Вам предлагаются семь таких линий. Они обозначают: здоровье; ум, способности; характер; авторитет у сверстников; умение многое делать своими руками, умелые руки; внешность; уверенность в себе.

При статистической обработке результатов в соответствии с исследовательскими задачами были использованы следующие методы статистического анализа:

Корреляционный анализ – статистический метод изучения взаимосвязи между двумя и более случайными величинами. В качестве случайных величин в эмпирических исследованиях выступают значения переменных, измеряемые свойства исследуемых объектов наблюдения. Суть корреляционного анализа заключается в расчете коэффициентов корреляции. Коэффициенты корреляции могут принимать, как правило, положительные и отрицательные значения. Знак коэффициента корреляции позволяет интерпретировать направление связи, а абсолютное значение – силу связи.

Способ расчета коэффициентов корреляции зависит от шкал измерения переменных, между которыми исследуется взаимосвязь. Для переменных, измеряемых в количественной шкале (интервальной шкале или шкале отношений), рассчитывают ковариацию или корреляционный момент, а на его основе – линейный коэффициент корреляции (коэффициент корреляции Пирсона).

Анализ таблиц сопряженности по критерию Пирсона χ^2 . Статистической гипотезой в анализе таблиц сопряженности является предположение о том, что совместная встречаемость двух или более значений-градаций у разных признаков является не случайной, а отсутствие этой совместной встречаемости случайно. В нашем исследовании этими признаками стали значения пола, возрастного интервала, уровня образованности и темперамента. По вычисленной ожидаемой частоте совместной встречаемости мы могли судить о взаимной сопряженности данных признаков: если вычисленная ожидаемая частота их совместной встречаемости больше фактически наблюдаемой частоты, то градации признаков отталкиваются, то есть данные градации встречаются вместе с очень малой вероятностью; если фактическая частота совместной встречаемости градаций превышает ожидаемую, то в исследуемой выборке данные градации встречаются вместе очень часто; с высокой вероятностью эта тенденция сохранится при увеличении выборки

Метод корреляционных плеяд предназначен для нахождения таких групп параметров или объектов – «плеяд», когда корреляционная связь, т.е. сумма модулей коэффициентов корреляции между параметрами одной группы (внутриплеядная связь), достаточно велика, а связь между параметрами из разных групп (межплеядная) – мала. По определенному правилу по корреляционной матрице объектов образуют чертеж – граф, который затем с помощью различных приемов разбивают на подграфы. Элементы, соответствующие каждому из подграфов, и образуют плеяду. Таким образом, корреляционная плеяда – это фигура, состоящая из вершин и соединяющих их линий. Вершины соответствуют параметрам и обозначаются обычно цифрами – номерами параметров. Линии соответствуют статистически достоверным связям и графически выражают знак, а

иногда – и уровень значимости связи. Корреляционная плеяда может отражать все статистически значимые связи корреляционной матрицы (иногда называется корреляционным графом) или только их содержательно выделенную часть (например, соответствующую одному фактору по результатам факторного анализа).

Критерий Фишера предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта.

Критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас эффект. Суть углового преобразования Фишера состоит в переводе процентных долей в величины центрального угла, который измеряется в радианах.

Критерий ϕ^* угловое преобразование Фишера предназначен для проверки гипотезы о том, что доля некоторого признака отличается в двух совокупностях. Критерий ϕ^* Фишера является многофункциональным статистическим критерием, который может быть использован по отношению к разным данным (метрическим и неметрическим), разным выборкам (независимым и зависимым) и разным исследовательским задачам. В данном диссертационном исследовании для проверки гипотез был выбран именно этот критерий, прежде всего по той причине, что сбор эмпирических данных проводился как с помощью опросников, так и с помощью проективных методик, соответственно необходимо было провести статистическое обобщение не только количественных, но и категориальных переменных. Кроме того, в исследовании использовались данные, разделённые на две категории, двумя отдельными способами, необходимо было провести сравнение оценок исследуемых признаков в нормативной (НИР) и нозологических (ЗИР и НИРЛ) группах в разных возрастных диапазонах (8-9 и 10-11 лет). Для решения такого рода задач предназначен именно критерий ϕ^* .

Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA)

Дисперсионный анализ – это статистический метод оценки изменчивости признака под влиянием каких-либо контролируемых переменных факторов. При этом исследуемый признак должен быть количественным, т.е. должен быть

измерен в метрической шкале. В данном варианте метода влиянию каждой из градаций фактора подвергаются разные выборки испытуемых. Однофакторный дисперсионный анализ в основном применяют для сравнения трех и более выборок. Данный метод позволяет не только оценить достоверность различий между всеми сравниваемыми выборками, но и позволяет провести множественные попарные сравнения. При проведении однофакторного дисперсионного анализа сравниваются между собой средние значения каждой выборки, и вычисляется общий уровень значимости различий между группами без конкретизации того, какие именно группы различаются, а какие нет. Для идентификации пар выборок, отличающихся друг от друга средними значениями на уровне статистической значимости, в статистической программе SPSS используют апостериорные критерии парных сравнений (Post Hoc). В диссертационном исследовании однофакторный дисперсионный анализ применялся для изучения влияния когнитивного здоровья на вариативность патопсихологической модели саморегуляции. В качестве апостериорного критерия для попарного межгруппового сравнения применялся критерий наименьшей значимой разности (НЗР).

Н-критерий Крускала-Уоллеса (Kruskal-Wallis one-way analysis)

Н-критерий Крускала-Уоллеса – это непараметрический статистический критерий, который применяется для решения задачи сравнения трех и более независимых выборок по уровню выраженности переменной. Данный метод является непараметрическим аналогом однофакторного дисперсионного анализа. Он отличается от дисперсионного анализа тем, что основан не на сравнении средних значений и дисперсий переменных, а на сравнении средних рангов. В диссертационном исследовании Н-критерий Крускала-Уоллеса применялся для оценки достоверности различий исследуемых признаков в нормативной и нозологических группах респондентов.

3.3 Выводы по главе 3

1. Методологические основания настоящего исследования способствовали созданию патопсихологической модели саморегуляции у школьников младшего возраста с нарушением когнитивного здоровья и изучить эффективность психологического сопровождения.

2. Разработанная психодиагностическая программа изучения психологической структуры саморегуляции позволяет рассматривать психологические характеристики личностно-смыслового, когнитивного и регулятивного уровней у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме.

3. Включение в диагностическую программу функциональных проб, опросных и проективных методов позволяет рассматривать когнитивные проявления в контексте личности ребенка, а применение методов математической статистики и на достоверном уровне позволяет выявлять сферы психологической коррекции, связанные со здоровьесбережением младших школьников.

4. Методы психодиагностики детско-родительских отношений, родительских установок позволяют выявлять специфику семейного взаимодействия с детьми с нарушением когнитивного здоровья, связанную со становлением саморегуляции.

4 Патопсихологическая модель саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья

4.1 Анализ межгрупповых различий саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья и в норме

При реализации цели нашего исследования по изучению саморегуляции у детей младшего школьного возраста в норме и с нарушениями когнитивного здоровья, разработан диагностический комплекс, раскрывающий уровни и компоненты патопсихологической модели саморегуляции. Выделенные психологические составляющие саморегуляции, включающие когнитивный, личностно-смысловой и регуляторный уровни, имеют условные границы и не имеют четкого разделения, являются взаимодополняющими и неразрывными в анализе.

С помощью разработанного диагностического комплекса выявлены нормативные и дефицитные характеристики саморегуляции. Установлены взаимосвязи между когнитивным, регуляторным и личностно-смысловым уровнями. Представлены нормативная модель и варианты патопсихологической модели саморегуляции.

4.1.1 Когнитивный уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции

Когнитивный уровень содержит компоненты, отражающие качественные и количественные характеристики когнитивного здоровья, включая (ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации), а также постановку цели и выбор стратегии поведения.

Показатели когнитивного уровня свидетельствуют о значительных различиях в нормативной и нозологических группах. Так, у детей с когнитивным дефицитом отмечаются затруднения на всех этапах планирования, контроля и

удержания цели деятельности. Отличительной характеристикой данного уровня при нарушениях когнитивного здоровья является проявление ригидности в процессе формирования новых стратегий поведения. У здоровых детей когнитивный уровень отличается гибкостью и большей подвижностью при формировании новых моделей поведения, а также способностью критично отнестись к возможным поведенческим изменениям.

Нарушения когнитивного уровня саморегуляции младших школьников с когнитивным дефицитом отмечаются во всех его компонентах (постановка цели, регулирование эмоционального состояния, контроль действий и достижение цели действия), а также при формировании адаптивных стратегий поведения. Характерными для обеих нозологических групп являются трудности формирования саморегуляции в учебной деятельности. Неадаптивные стратегии в большей степени проявляются у испытуемых обеих возрастных категорий групп НИРЛ, нежели у испытуемых групп ЗИР. У испытуемых группы НИРЛ в большей степени нарушены все компоненты стратегий поведения.

Таблица 1 – Показатели межгрупповых различий в сформированности стратегий поведения (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Адаптивные стратегии	35	46,05	16	21,05	4	5,26	3,316***	6,337***	3,021***
Высокий уровень	10	13,16	6	7,89	0	0,00	1,073	Критерий не применим, так как в одной группе 0	
Средний уровень	25	32,89	10	13,16	4	5,26	2,947***	4,666***	1,720*
Неадаптивные стратегии	41	53,95	60	78,95	72	94,74	3,316***	6,337***	3,021***
Уровень ниже среднего	25	32,89	40	52,63	45	59,21	2,472**	3,292***	0,820
Низкий уровень	16	21,05	20	26,32	27	35,53	0,752	1,985*	1,233
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

У испытуемых с нормотипичным развитием преобладают адаптивные стратегии (таблица 1): установлены значимые различия на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$) между всеми группами респондентов.

У респондентов возрастной категории 10–11 лет отмечается та же тенденция, что и у испытуемых в возрасте 8–9 лет (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели межгрупповых различий в сформированности стратегий поведения (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Адаптивные стратегии	45	59,21	44	57,89	15	19,74	0,166	5,153***	4,987***
Высокий уровень	18	23,68	9	11,84	1	1,32	1,948*	4,858***	2,910**
Средний уровень	27	32,89	35	46,05	14	18,42	1,671*	2,065*	3,736***
Неадаптивные стратегии	31	40,79	32	42,11	61	80,26	0,160	5,153***	4,993***
Уровень ниже среднего	24	31,58	20	26,32	38	50,00	0,721	2,324**	3,045***
Низкий уровень	7	9,21	12	15,79	23	30,26	1,245	3,390***	2,145*
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Данные показатели свидетельствуют о снижении численности испытуемых с когнитивными дефицитами, обладающих адаптивными стратегиями поведения (19,74 %, из них 1,32 % обладают адаптивными стратегиями на высоком уровне). Эти показатели подтверждают положение о том, что дети с когнитивной патологией нуждаются в психологическом сопровождении, направленном на становление саморегуляции. Различия между показателями испытуемых групп НИР и школьников с когнитивной патологией значимы на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Полученные результаты подтверждают гипотезу о влиянии когнитивного развития на стратегии поведения: численность испытуемых с неадаптивными стратегиями на достоверном уровне выше в группах детей с когнитивным дефицитом [Черенева Е.А., Черенев Д.В., 2017].

Таким образом, выявлено преобладание неадаптивных стратегий в группах с когнитивным дефицитом. Показатели стратегий поведения школьников возрастной категории 10–11 лет отражают те же тенденции, характерные для возрастной категории 8–9 лет. Когнитивный уровень является значимым при формировании саморегуляции и влияет на становление адаптивных стратегий поведения.

4.1.2 Личностно-смысловой уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции

Личностно-смысловой уровень саморегуляции характеризует мир субъективной реальности испытуемых и раскрывает глубинные механизмы саморегуляции, проявляется во, внутренних побуждениях и мотивах при достижении цели деятельности, включая психологические защиты.

Данный уровень изучался с помощью проективных методик: САТ, «Звезды и волны», «Дом – Дерево – Человек», «Самооценка» и «Уровень притязаний». Сравнительный анализ полученных результатов позволил выявить различия в проявлениях личностно-смыслового уровня и его влияния на саморегуляцию в норме и при нарушении когнитивного здоровья.

Исследование межгрупповых различий с помощью методики САТ свидетельствует о том, что данные результаты коррелируют с показателями, полученными по методике PARI, графическому тесту «Звезды и волны». Охарактеризуем полученные результаты по шкалам. По первой шкале «позиция» 8–9-летние испытуемые (таблица 3) имеют практически равные результаты по измеряемым параметрам (действие, пассивность, активность). По шкале «Конфликты» имеются достоверные различия проявлений ($p \leq 0,05$) у испытуемых групп ЗИР (50 % испытуемых) и НИРЛ (32 % проявлений). Следующий параметр, который обращает на себя внимание по достоверности групповых различий, – это «конкуренция с сиблингами».

Таблица 3 – Показатели межгрупповых различий в структуре личности (методика САТ, возрастная категория 8–9 лет)

Показатели		Группы						Достоверность различий		
		НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
		Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Позиция	Действ.	29	38,2	31	40,8	28	36,8	0,327	0,179	0,505
	Пассив.	20	26,3	15	19,7	19	25,0	0,968	0,185	0,783
	Агрес.	27	35,5	30	39,5	29	38,2	0,505	0,345	0,160
Конфликты	Наказание, неодобрение	34	44,7	29	38,2	26	34,2	0,814	1,332	0,518
	Ограничение, давление родителей	23	30,3	20	26,3	25	32,9	0,549	0,345	0,894
	Недостаток любви, страх одиночества	32	42,1	38	50,0	25	32,9	0,980	1,171	2,151*
	Боль, физ. повреждение, болезнь	33	43,4	43	56,6	40	52,6	1,634	1,140	0,493
	Проблемы с едой, голод	20	26,3	25	32,9	23	30,3	0,894	0,549	0,345
	Смерть главного героя	28	36,8	26	34,2	22	28,9	0,339	1,042	0,703
	Конкуренция с сиблингами	39	51,3	42	55,3	23	30,3	0,493	2,657**	3,150***
	Конкуренция со сверстниками	30	39,5	23	30,3	14	18,4	1,190	2,910**	1,720*
	Страх темноты, холода, смерти	43	56,6	39	51,3	23	30,3	0,653	3,310***	2,657**
	Ссоры с сиблингами	47	61,8	31	40,8	19	25,0	2,484**	4,697***	2,213*
	Ссоры со сверстниками	59	77,6	36	47,4	27	35,5	3,927***	5,419***	1,492
	Отсутствие/недостаток друзей	28	36,8	27	35,5	16	21,1	0,166	2,151*	1,985*
	Ссоры родителей	48	63,2	27	35,5	28	36,8	3,458***	3,292***	0,166
Потребности	Избежать наказания, неодобрения	69	90,8	50	65,8	55	72,4	3,902***	3,021***	0,882
	В автономии	70	92,1	47	61,8	32	42,1	4,703***	7,151***	2,447**
	В дружбе, общении	54	71,1	45	59,2	38	50,0	1,541	2,682**	1,140
	Быть сильнее, старше	76	100	76	100	76	100	Критерий не применим		

Окончание таблицы 3

	Избежать одиночества без родителей	76	100	61	80,3	54	71,1	Критерий не применим		1,332
	Избежать проблем с едой и голода	23	30,3	20	26,3	36	47,4	0,549	2,176*	2,725**
	Избежать страха темноты и холода	36	47,4	34	44,7	20	26,3	0,333	2,725**	2,392**
	В достижении среди сверстников	62	81,6	54	71,1	42	55,3	1,535	3,563***	2,028*
	В мире и спокойствии в семье	56	73,7	43	56,6	40	52,6	2,232*	2,725**	0,493
Защиты	Интеллектуализация	34	44,7	8	10,5	0	0,0	4,962***	Критерий не применим	
	Вытеснение	43	56,6	39	51,3	23	30,3	0,653	3,310***	2,657**
	Регрессия	29	38,2	42	55,3	48	63,2	2,121*	3,113***	0,992
	Замещение	37	48,7	30	39,5	28	36,8	1,147	1,486	0,339
	Отрицание	37	48,7	42	55,3	54	71,1	0,814	2,842**	2,028*
	Проекция	47	61,8	56	73,7	60	78,9	1,590	2,330**	0,740
	Компенсация	48	63,2	32	42,1	21	27,6	2,626**	4,512***	1,886*
	Реакт. образование	24	31,6	10	13,2	2	2,6	2,774**	5,363***	2,589**
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).										
** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).										
*** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).										

В эксперименте участвовали испытуемые, которые имели братьев и сестер. Значимые различия на уровне $p \leq 0,01$ наблюдаются между испытуемыми групп НИР (51,3 % случаев) и НИРЛ (30,3 % случаев проявления).

Здоровые испытуемые имеют более высокий уровень фрустрации с сиблингами, нежели испытуемые с нарушенным интеллектом.

Более выраженная конкуренция между сиблингами проявляется у испытуемых группы ЗИР (55,3 % случаев) в сравнении с испытуемыми группы НИРЛ (30,3 % случаев) ($p \leq 0,001$). Эти данные подтверждают результаты параметра «ссоры с сиблингами». Наиболее конфликтна группа здоровых сверстников (61,8 %). Менее конфликтны школьники с нарушением когнитивного

здоровья – достоверность различий межгрупповых показателей – на уровне $p \leq 0,001$.

Учащиеся с задержкой интеллектуального развития также вступают в конфликты/ссоры с сиблингами (40,8 % испытуемых), достоверность различий со здоровыми сверстниками значима на уровне $p \leq 0,01$. Тенденция конфликтности наблюдается и со сверстниками (параметр «ссоры со сверстниками»). Наиболее конфликтны в этом возрасте здоровые школьники (77,6 %), наименее конфликтны дети с нарушением интеллекта (35,5 %), достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$. Учащиеся группы ЗИР также имеют высокий уровень конфликтности (47,4 %), достоверность различий с показателями здоровых сверстников – на уровне $p \leq 0,001$. Тенденция конфликтности отражена также в параметре «Ссоры с родителями». Наиболее выражены конфликты у здоровых испытуемых (63,2 %), менее – у детей группы ЗИР (35,5 %), чуть более – у детей группы НИРЛ (36,8 %). Наиболее выражена достоверность различий ($p \leq 0,001$) между группами НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ.

Следующая исследуемая шкала – «потребности». Как показывают результаты исследования, для здоровых школьников наиболее актуальны следующие потребности: «избежать наказания, неодобрения» (90,8 %), «автономия» (92,1 %), «дружба, общение» (71,1 %), «быть сильнее, старше» (100 %), «избежать одиночества без родителей» (100 %), «иметь достижения среди сверстников» (81,6 %), «мир и спокойствие в семье» (73,3 %). Необходимо отметить, что для других групп сверстников характерны те же тенденции в социальных потребностях, но имеются некоторые отличия, обусловленные социальным характером. Так, по параметру «избежать наказания, неодобрения» для детей группы НИРЛ актуально в 72,4 % случаев, а для учащихся группы ЗИР – в 65,8 %. Межгрупповые различия значимы на уровне $p \leq 0,001$. Установлено, что для детей с нарушениями когнитивного здоровья потребность в автономии выражена в меньшей степени (61,8 %) по сравнению с нормой (42,1 %). Достоверность различий показателей между здоровыми испытуемыми и испытуемыми с ментальными нарушениями значимы на уровне $p \leq 0,001$.

Потребность в общении также менее выражена у испытуемых с когнитивными нарушениями (группа ЗИР – 59,2 %; НИРЛ – 50 %). Достоверность различий показателей между испытуемыми групп НИР – НИРЛ значима на уровне $p \leq 0,01$.

При исследовании параметров шкалы «Быть сильнее, старше» все испытуемые (100 %) продемонстрировали это стремление.

Характерно, что для всех категорий испытуемых очень значимым оказался параметр «избежать одиночества без родителей». По данному показателю достоверных различий не выявлено. Для учащихся с задержкой психического развития из всех исследуемых категорий менее значимы проблемы с едой и голодом (26,3 %), но для умственно отсталых учащихся этот показатель выражен ярко (47,4 %). Достоверность различий между группами ЗИР – НИРЛ значима на уровне $p \leq 0,01$, а между группами НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,05$.

По параметру «достижения среди сверстников» учащиеся с когнитивными нарушениями показывают различия, значимые на уровне $p \leq 0,01$; менее нуждаются в этой потребности 55,3 % испытуемых. Достоверность различий на уровне $p \leq 0,001$ очевидна между здоровыми испытуемыми и испытуемыми с нарушениями интеллектуальной деятельности. Анализ последнего исследуемого параметра «потребность в мире и спокойствии в семье» говорит о том, что испытуемые всех групп нуждаются в этой базовой потребности. Наблюдается достоверность различий между группами НИР – ЗИР на уровне $p \leq 0,05$, а между группами НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,01$.

При исследовании психологической защиты (ПЗ) мы выявлена тенденция, отражающая индивидуальный эмоционально-личностный опыт испытуемых, а также степень влияния интеллекта на формирование субъективного мира.

Первый исследуемый защитный механизм – «интеллектуализация» – показывает, что у детей группы ЗИР имеет место его проявление (10,5 % испытуемых). Достоверность различия между результатами, полученными при исследовании здоровых учащихся, значима на уровне $p \leq 0,001$. Характерно, что

для детей с нарушением интеллектуального развития в легкой степени формирование данного вида ПЗ не характерно.

При исследовании вытеснения очевидно, что более успешно это делают учащиеся с сохранным интеллектом, менее успешно – умственно отсталые учащиеся ($p \leq 0,001$). Также достоверны различия между испытуемыми группами ЗИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,01$.

ПЗ по типу регрессии более выражен у детей с нарушенным интеллектом (63,2 % испытуемых), достоверность различий со здоровыми испытуемыми (38,2 %) – на уровне $p \leq 0,001$.

Отрицание более выражено у детей с нарушенным интеллектуальным развитием (группа НИРЛ – 71,1%), достоверность различий показателей между группами НИРЛ и НИР значима на уровне $p \leq 0,01$. ПЗ «проекция» наиболее ярко проявляется у испытуемых с нарушенным интеллектом, достоверность различий со здоровыми сверстниками – на уровне $p \leq 0,01$.

Компенсаторные психические механизмы эффективно проявляются у здоровых испытуемых (63,2 % случаев), менее выражен данный показатель у испытуемых с нарушенным интеллектом (27,6 %). Этот факт характеризует важный механизм произвольности – ригидность психических процессов (достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$). Реактивное образование более эффективно формируется у здоровых сверстников (31,6 %), у учащихся с нарушенным интеллектом – всего лишь в 2,6 % случаев. Достоверность различий между этими группами зафиксирована на уровне $p \leq 0,001$. Полученные результаты изучения психологической защиты подтверждают данные о психической ригидности детей с нарушенным интеллектом, о трудности создания новых временных связей, способных сформировать новые стратегии поведения и снизить внутриличностный конфликт.

Исследования 10–11-летних испытуемых (таблица 4) показали возрастные отличия, которые демонстрируют развитие эмоционально-личностной сферы, формирование Я-концепции, самостоятельности, целеустремленности, выраженных стратегий поведения. Охарактеризуем полученные результаты.

Таблица 4 – Показатели межгрупповых различий в структуре личности (методика САТ, возрастная категория 10–11 лет)

Показатели		Группы						Достоверность различий		
		НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
		Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Позиция	Действ.	36	47,4	23	30,3	25	32,9	2,176**	1,831*	0,345
	Пассив.	10	13,2	10	13,2	15	19,7	0	1,085	1,085
	Агрес.	30	39,5	33	43,4	36	47,4	0,487	0,986	0,499
Конфликты	Наказание, неодобрение	54	71,1	49	64,5	43	56,6	0,882	1,868*	0,986
	Ограничение, давление родителей	53	69,7	44	57,9	35	46,1	1,523	2,977***	1,455
	Недостаток любви, страх одиночества	32	42,1	38	50,0	35	46,1	0,980	0,499	0,481
	Боль, физ. повреждение, болезнь	33	43,4	43	56,6	40	52,6	1,646*	1,153	0,493
	Проблемы с едой, голод	18	23,7	36	47,4	39	51,3	3,095***	3,575***	0,481
	Смерть главного героя	28	36,8	26	34,2	22	28,9	0,339	1,042	0,703
	Конкуренция с сиблингами	48	63,2	49	64,5	18	23,7	0,166	5,061***	5,227***
	Конкуренция со сверстниками	56	73,7	43	56,6	30	39,5	2,232*	4,352***	2,121*
	Страх темноты, холода, смерти	39	51,3	26	34,2	20	26,3	2,145*	3,205***	1,060
	Ссоры с сиблингами	56	73,7	39	51,3	17	22,4	2,885**	6,651***	3,766***
	Ссоры со сверстниками	60	78,9	40	52,6	35	46,1	3,477***	4,278***	0,801
	Отсутствие/недостаток друзей	28	36,8	27	35,5	16	21,1	0,154	2,139*	1,985*
	Ссоры родителей	57	75,0	36	47,4	42	55,3	3,545***	2,571**	0,974
Потребности	Избежать наказания, неодобрения	58	76,3	56	73,7	42	55,3	0,370	2,762**	2,392**
	В автономии	76	100	45	59,2	42	55,3	Критерий не применим		0,487
	В дружбе, общении	72	94,7	73	96,1	68	89,5	0,413	1,615	1,615
	Быть сильнее, старше	76	100	73	96,1	70	92,1	Критерий не применим		1,060
	Избежать одиночества без родителей	70	92,1	52	68,4	43	56,6	3,847***	5,357***	1,510
	Избежать проблем с едой и голода	43	56,6	30	39,5	46	60,5	2,121*	0,487	2,608**
	Избежать страха темноты и холода	30	39,5	28	36,8	15	19,7	0,339	2,706**	2,367**
	В достижении среди сверстников	72	94,7	64	84,2	48	63,2	2,065*	5,172***	3,107***

Окончание таблицы 4

	В мире и спокойствии в семье	53	69,7	49	64,5	46	60,5	1,165	0,653	0,512
Защиты	Интеллектуализация	45	59,2	10	13,2	0	0	6,238***	Критерий не применим	
	Вытеснение	51	67,1	42	55,3	40	52,6	7,249***	1,831*	5,419***
	Регрессия	20	26,3	36	47,4	41	53,9	2,725**	3,526***	0,801
	Замещение	44	57,9	32	42,1	31	40,8	1,954*	2,114*	0,160
	Отрицание	28	36,8	40	52,6	44	57,9	1,966*	2,620**	0,653
	Проекция	42	55,3	50	65,8	58	76,3	1,313	2,762**	1,449
	Компенсация	38	50,0	28	36,8	20	26,3	1,646*	3,045***	1,399
	Реакт. образование	29	38,2	12	15,8	5	6,6	3,175***	5,012***	1,837*
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).										

По шкале «конфликты» наиболее актуальная потребность, вызывающая фрустрацию для здоровых испытуемых (71,1 %), – это наказание, неодобрение, для учащихся с нарушенным интеллектом – этот показатель меньше, но также актуален для большинства учащихся (56,6 %); достоверность различий – на уровне $p \leq 0,05$. Также в этом возрасте для всех исследуемых групп характерен рост самостоятельности и автономности (показатель «ограничение давления родителей»). Более нуждаются в автономности учащиеся группы НИР (69,7 %), менее – учащиеся с нарушенным интеллектом (46,1 %).

Представляется, что данный показатель характеризует не только развитие личностной сферы, но и готовность (по мнению детей) быть самостоятельными, принимать решения, выбирать стратегию поведения. У испытуемых с интеллектуальными нарушениями не наблюдается большой активности в данном направлении. Об этом свидетельствуют данные, указывающие на достоверность различий между группами НИР – НИРЛ на уровне $p \leq 0,001$.

Для большинства испытуемых актуален показатель «проблемы с едой»: более выражен он у испытуемых с когнитивными дефицитами (группа ЗИР – 47,4 %, группа НИРЛ – 51,3 %), достоверность различий между показателями групп НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$.

В данной возрастной категории наблюдается конкуренция с сиблингами, причем она в большей степени выражена у испытуемых группы ЗИР (64,5 %), в меньшей – у испытуемых группы НИРЛ (23,7 %). Достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$. Эта же тенденция наблюдается в следующих исследуемых параметрах: «ссоры с сиблингами», «ссоры со сверстниками», «ссоры с родителями». Эти показатели свидетельствуют не только о развитии эмоциональной сферы, формировании Я-концепции, навыков социального взаимодействия, но и о формировании нового опыта становления стратегий поведения. При этом новые компетенции формируются в большей степени у здоровых школьников.

Анализ исследования потребностей всех групп испытуемых показал зависимость от социальных норм, желание быть принятым в обществе, получать одобрение у сверстников и родителей.

Ярко выражен показатель «избегание наказания, неодобрения» у здоровых испытуемых (76,3 %), а у испытуемых группы НИРЛ он наблюдался в 55,3 % случаев. Достоверность различий между испытуемыми групп НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,01$.

Для всех испытуемых актуальна потребность «избежать одиночества без родителей». Достоверность различий между показателями групп НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$. Также актуальна в данном возрасте потребность «достижения среди сверстников»: достоверность различий между группами НИР – НИРЛ, ЗИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$.

При исследовании защитных механизмов у исследуемой категории испытуемых выявлена общая тенденция: нет значимых различий между группами ЗИР – НИРЛ (за исключением формирования защитного механизма «реактивное образование»). В этом возрасте, как и в предыдущей возрастной категории, у детей с нарушенным интеллектом легкой степени не формируется защитный механизм «интеллектуализация». Однако в группе ЗИР отмечается рост данного показателя в сравнении предыдущим возрастным периодом. Достоверность различий между группами НИР – ЗИР – на уровне $p \leq 0,001$. Механизмы

вытеснения лучше работают у здоровых детей (67,1 %), в меньшей степени – у детей с нарушенным интеллектом (52,6 %). Достоверность различий на уровне $p \leq 0,001$ существует между группами НИР – ЗИР и ЗИР – НИРЛ.

Механизмы регрессии выражены в большей степени у детей с когнитивными дефицитами (53,9 %), об этом свидетельствует факт присутствия дурашливости, детскости в их поведении. Достоверность различий между группами НИР – НИРЛ значима на уровне $p \leq 0,001$.

Следует отметить наличие у большинства испытуемых с нарушениями когнитивного здоровья такого защитного механизма, как «отрицание» (группа ЗИР – 52,6 %; группа НИРЛ – 57,9 %). Это свидетельствует о наличии неэффективных стратегий совладания с фрустрирующей ситуацией и о невозможности создания новой стратегии поведения. Причиной этого является интеллектуальный дефект. Данный факт подтверждают результаты исследования ПЗ компенсации. Более эффективные способы психологической защиты наблюдаются у здоровых детей (50,0 %); меньше компенсаторных возможностей наблюдается у детей с когнитивным дефицитом (26,3 %). Достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$.

Психологическая защита «реактивное образование» направлена на преобразование негативного эффекта в позитивный или сведение угрозы к минимуму. В большей степени такие возможности перестройки имеют здоровые дети (38,2 %), у учащихся группы ЗИР это зафиксировано 15,8 % случаев, в группе НИРЛ – 6,6 % случаев.

Анализируя возрастные изменения в каждой категории испытуемых (таблица 5), можно сделать следующие выводы. В каждой группе возрастает потребность в автономности и самостоятельности, независимости. Во всех трех группах наблюдаются тенденции к увеличению показателей (достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$), с возрастом увеличивается потребность в избежание наказания и неодобрения.

Кроме того, установлено увеличение значения показателя «избегание голода» у детей с когнитивным дефицитом (у групп ЗИР – на уровне $p \leq 0,05$, а

в группе НИРЛ – на уровне $p \leq 0,01$). Во всех трех группах проявляется активная позиция конкурирования, которая характеризуется нарастанием лидерских качеств ($p \leq 0,001$). С возрастом снижается потребность в избегании наказания, неодобрения (у здоровых детей различия значимы – на уровне $p \leq 0,01$, а при нарушениях когнитивного здоровья – на уровне $p \leq 0,05$).

Зафиксирована тенденция увеличения с возрастом потребности в дружбе и общении (различия на уровне $p \leq 0,001$) для всех испытуемых.

Также для всех испытуемых наблюдаются тенденции снижения показателей избегания одиночества без родителей, что свидетельствует о росте самостоятельности, причем у детей с нарушенным интеллектом данный показатель имеет большую выраженность.

Что касается темы голода, то здоровые дети с возрастом испытывают в этом бо льшую потребность, нежели остальные (различия значимы на уровне $p \leq 0,001$). Однако для детей группы ЗИР тема голода с возрастом становится более актуальной, а для детей группы НИРЛ данная тема актуальна на всех возрастных этапах.

У здоровых испытуемых возрастает потребность в достижениях среди сверстников ($p \leq 0,01$); это актуально и для группы испытуемых группы ЗИР ($p \leq 0,05$).

Исследование защитных механизмов свидетельствует о том, что у детей с сохранным интеллектом усиливается защитный механизм «интеллектуализация» (различия – на уровне $p \leq 0,05$), чего не отмечается у детей с нарушениями когнитивного здоровья. У них в большей степени развит механизм компенсации, но с возрастом значения данного показателя снижаются.

Для детей с нарушенным интеллектом характерно развитие механизма «вытеснение» ($p \leq 0,01$), а у испытуемых группы ЗИР зафиксирован рост значений данного показателя (различия – на уровне $p \leq 0,001$).

Таблица 5 – Показатели возрастных различий в структуре личности (методика САТ, возрастные категории 8–9 лет и 10–11 лет)

Показатели		Группы						Достоверность различий		
		НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
		Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Позиция	Действ.	38,2	47,4	40,8	30,3	36,8	32,9	1,147	1,356	0,505
	Пассив.	26,3	13,2	19,7	13,2	25,0	19,7	2,053*	1,085	0,783
	Агрес.	35,5	39,5	39,5	43,4	38,2	47,4	0,505	0,487	1,147
Конфликты	Наказание, неодобрение	44,7	71,1	38,2	64,5	34,2	56,6	3,335****	3,267****	2,799**
	Ограничение, давление родителей	30,3	69,7	26,3	57,9	32,9	46,1	4,993****	4,019****	1,671*
	Недостаток любви, страх одиночества	42,1	42,1	50,0	50,0	32,9	46,1	0,000	0,000	1,671*
	Боль, физ. повреждение, болезнь	43,4	43,4	56,6	56,6	52,6	52,6	0,012	0,000	0,000
	Проблемы с едой, голод	26,3	23,7	32,9	47,4	30,3	51,3	0,370	1,831*	2,657**
	Смерть главного героя	36,8	36,8	34,2	34,2	28,9	28,9	0	0	0
	Конкуренция с сиблингами	51,3	63,2	55,3	64,5	30,3	23,7	1,486	1,159	0,918
	Конкуренция со сверстниками	39,5	73,7	30,3	56,6	18,4	39,5	4,352****	3,310****	2,910****
	Страх темноты, холода, смерти	56,6	51,3	51,3	34,2	30,3	26,3	0,653	2,145*	0,549
	Ссоры с сиблингами	61,8	73,7	40,8	51,3	25,0	22,4	1,578	1,177	0,376
	Ссоры со сверстниками	77,6	78,9	47,4	52,6	35,5	46,1	0,191	0,641	1,332
	Отсутствие / недостаток друзей	36,8	36,8	35,5	35,5	21,1	21,1	0,012	0	0
	Ссоры родителей	63,2	75,0	35,5	47,4	36,8	55,3	1,578	1,492	2,299*
Потребности	Избежать наказания, неодобрения	90,8	76,3	65,8	73,7	72,4	55,3	2,466**	1,066	2,207*
	В автономии	92,1	100	61,8	59,2	42,1	55,3	–	0,327	1,634
	В дружбе, общении	71,1	94,7	59,2	96,1	50,0	89,5	4,136****	6,090****	5,616****
	Быть сильнее, старше	100	100	100	96,1	100	92,1	–	–	–

Окончание таблицы 5

	Избежать одиночества без родителей	100	92,1	80,3	68,4	71,1	56,6	3,514***	1,689*	1,868*
	Избежать проблем с едой и голода	30,3	56,6	26,3	39,5	47,4	60,5	3,310***	1,738*	1,621
	Избежать страха темноты и холода	47,4	39,5	44,7	36,8	26,3	19,7	0,986	0,992	0,968
	В достижении среди сверстников	81,6	94,7	71,1	84,2	55,3	63,2	2,601**	2,071*	0,992
	В мире и спокойствии в семье	73,7	69,7	56,6	64,5	52,6	60,5	2,398**	0,999	0,980
Защиты	Интеллектуализация	44,7	59,2	10,5	13,2	0,0	0	1,794*	0,518	-
	Вытеснение	56,6	67,1	51,3	55,3	30,3	52,6	1,338	5,258***	2,817**
	Регрессия	38,2	26,3	55,3	47,4	63,2	53,9	1,578	0,974	1,165
	Замещение	48,7	57,9	39,5	42,1	36,8	40,8	1,134	0,327	0,505
	Отрицание	48,7	36,8	55,3	52,6	71,1	57,9	1,486	0,333	1,708*
	Проекция	61,8	55,3	73,7	65,8	78,9	76,3	0,814	1,091	0,382
	Компенсация	63,2	50,0	42,1	36,8	27,6	26,3	1,646*	0,666	0,179
	Реакт. образование	31,6	38,2	13,2	15,8	2,6	6,6	0,857	0,456	1,208
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).										
** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).										
*** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).										

Используя проективную методику «Звезды и волны», мы получили следующие результаты (таблица 6).

При интерпретации результатов графического проективного теста «Звезды и волны» (ЗИВ) мы использовали корреляционный анализ показателей с методикой САТ. Установлено, что испытуемые с нарушенным интеллектом значительно отстают по показателям, отражающим их когнитивные возможности. Например, смысловой способ решения рисунка в группе НИРЛ равен нулю, но испытуемые группы ЗИР все же используют свой когнитивный потенциал как средство решения заданной темы. Эта способность может быть потенциальной возможностью для формирования когнитивных стратегий произвольного поведения.

Таблица 6 – Показатели межгрупповых различий в способах решения темы рисунка по методике «Звезды и волны» (возрастная категория 8–9 лет) (ϕ – угловое преобразование Фишера)

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Предметный	28	36,8	20	26,3	2	2,6	1,399	6,041***	4,642***
Образный	70	92,1	15	19,7	2	2,6	10,184***	13,858***	3,674***
Смысловой	5	6,6	3	3,9	0	0,0	0,752	Критерий не применим	
Формалистский	12	15,8	8	10,5	0	0,0	0,992	Критерий не применим	
Эмоциональный	50	65,8	34	44,7	8	10,5	2,632**	7,595***	4,962***
** $p \leq 0,01$ ($\phi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\phi = 2,81$).									

Результаты исследования демонстрируют, что в процессе предметного решения здоровые испытуемые (36,8 %) используют достаточное количество деталей, раскрывающих смысл и содержание темы. Снижение показателей отмечено у детей с нарушенным интеллектом (26,3 % испытуемых группы ЗИР и 2,6 % испытуемых группы НИРЛ). Различия между группами НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ значимы на уровне $p \leq 0,001$. Это свидетельствует о бедности воображения испытуемых данной категории и подтверждает результаты исследования формалистского способа решения темы – 0,0 % испытуемых. Результаты тестирования показали, что в данном возрасте практически все дети имеют высокий уровень эмоциональных проявлений. Например, при образном решении темы рисунка высокие показатели зафиксированы у здоровых испытуемых (92,1 %), а значительно более низкие – у испытуемых с нарушениями интеллектуального развития (группа ЗИР – 19,7 % и всего лишь 2,6 % – у испытуемых группы НИРЛ). Представляется, что низкие показатели в группе НИРЛ отражают не столько низкий уровень формирования образов будущего (моделирование будущего), сколько невысокие графические способности испытуемых.

При анализе показателей с учетом когнитивного здоровья школьников установлено, что дети с нарушениями интеллектуального развития (НИРЛ) часто склонны к фантазированию. Это подтверждают результаты интерпретации показателей по методике САТ: достоверность различий между группами НИР – ЗИР, НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$. Интересный факт обнаружился при анализе смыслового способа решения темы: здоровые испытуемые и испытуемые группы ЗИР продемонстрировали достаточно низкие показатели (6,6 % и 3,9 % соответственно). Шкала эмоционального способа решения показывает, что здоровые испытуемые в большей степени проявляют графическую экспрессию (65,8 %), нежели дети с нарушением интеллектуального развития (10,5 %); достоверность различий между группами НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$.

Анализ результатов 10–11-летних испытуемых группы ЗИР (таблица 7) показал рост показателей (относительно младшей возрастной категории). Это относится к смысловому решению задания – 5,3 %, формалистскому – 28,9 %. Это свидетельствует о том, что с возрастом у детей с нарушенным интеллектом формируются когнитивные стратегии, происходит формирование навыков, способствующих эффективному выполнению задания. Кроме того, у них зафиксировано значительное увеличение показателей по предметному решению – результаты практически приближены к норме.

Таблица 7 – Показатели межгрупповых различий в способах решения темы рисунка по методике «Звезды и волны» (возрастная категория 10–11 лет)

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Предметный	24	31,6	28	36,8	20	26,3	0,68	0,72	1,40
Образный	75	98,7	22	28,9	20	26,3	10,96***	11,32***	0,36
Смысловой	28	36,8	18	23,7	4	5,3	1,77*	5,17***	3,40***
Формалистский	29	38,2	25	32,9	22	28,9	0,68	1,30	0,62
Эмоциональный	60	78,9	39	51,3	28	36,8	3,64***	5,44***	1,81*

* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).
 ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).
 *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Это свидетельствует о потенциальных возможностях формирования когнитивных моделей произвольности у данной категории испытуемых.

В группе НИРЛ отмечается значительный прирост показателей по шкале образного решения темы рисунка (26,3 % испытуемых). Достоверность различий между группами НИР – НИРЛ значима на уровне $p \leq 0,001$. По показателю смыслового решения темы рисунка зафиксирован рост значений у всех категорий испытуемых: значительный – у испытуемых группы НИР (36,8 %) и ЗИР (23,7 %), незначительный – у испытуемых группы НИРЛ (5,3 %). Достоверность показателей групп НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ различается значимо на уровне $p \leq 0,001$.

Прирост показателей по эмоциональному способу решения наблюдается у всех категорий. Достоверность различий между группами НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$. Данная шкала показывает не только проявление эмоциональности личностной сферы, но и степень научения графическому исполнению. Данные тенденции учитывались при разработке психокоррекционной программы формирования произвольного поведения у детей с нарушениями интеллектуального развития.

Сравнительный анализ способов решения темы в рисунке между исследуемыми категориями учащихся (таблица 8) позволяет сделать следующие выводы. По предметному показателю у здоровых испытуемых не отмечается роста (наблюдается снижение), в отличие от испытуемых с нарушенным интеллектом; у детей группы НИРЛ прирост значений показателя с возрастом составляет 23,7 %. Достоверность различий значима на уровне $p \leq 0,001$. Та же тенденция отмечается у данной категории при оценке образного способа решения (прирост составляет 23,7 %). Этот факт дает ключ к пониманию процесса формирования образов как основы моделирования будущего и возможности ими управлять. Смысловой способ решения позволяет также отметить динамику у всех категорий: наибольшая динамика – у групп НИР и ЗИР. Достоверность различий значима на уровне $p \leq 0,001$. Та же тенденция наблюдается при формалистском решении темы. Эмоциональный же способ решения темы

наиболее отражается в увеличении показателей у испытуемых группы НИРЛ (прирост составляет 26,3 %), достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$. Кроме того, по результатам анализа структуры пространства рисунка можно спрогнозировать, насколько испытуемый способен усваивать социальные правила (таблица 9). Например, установлено, что в возрасте 8–9 лет школьники группы НИРЛ гармонично и пропорционально размещают в пространстве листа сам рисунок и его детали (50 % испытуемых). У здоровых испытуемых значения данного показателя ниже – 31,6 % ($p \leq 0,01$).

Таблица 8 – Показатели возрастных различий в способах решения темы рисунка по методике «Звезды и волны» (возрастные категории 8–9 и 11–10 лет)

Способ решения	Группы, %						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР1 – НИРЛ
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Предметный	36,8	31,6	26,3	36,8	2,6	26,3	0,678	1,399	4,642***
Образный	92,1	98,7	19,7	28,9	2,6	26,3	2,102*	1,325	4,642***
Смысловой	6,6	36,8	3,9	23,7	0,0	5,3	4,833***	3,816***	Критерий не применим
Формалистский	15,8	38,2	10,5	32,9	0,0	28,9	3,175***	3,483***	
Эмоциональный	65,8	78,9	44,7	51,3	10,5	36,8	1,818*	0,814	3,970***

* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).
 *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Примерно на одном уровне находятся значения показателей параметра «правильность» (соответствие определенным правилам организации пространства) у всех групп испытуемых. Это свидетельствует о потенциальных способностях детей с нарушениями интеллектуального развития соблюдать социальные нормы и программы.

Дисгармоничное восприятие пространства показали результаты тестирования детей с нормальным развитием. Это может быть обусловлено чрезмерной эмоциональностью, свойственной данной возрастной категории, и неумением справляться с фрустрирующими ситуациями (15,8 %). У испытуемых с когнитивными нарушениями наблюдается снижение данного показателя (10,5 и 7,9 %). Это свидетельствует о бедности эмоциональных представлений и невозможности их графически отобразить.

Таблица 9 – Показатели межгрупповых различий в структуре пространства рисунка по методике «Звезды и волны» (возрастная категория 8–9 лет)

Структура пространства	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР1 – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Гармоничность или пропорциональность	24	31,6	35	46,1	38	50	1,843*	2,324**	0,481
Равномерность распределения деталей рисунка	40	52,6	36	47,4	30	39,5	0,641	1,627	0,986
Правильность (соответствие каким-либо правилам организации пространства)	65	85,5	60	78,9	61	80,3	1,066	0,851	0,216
дисгармоничность	12	15,8	8	10,5	6	7,9	0,974	1,529	0,555
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).									
** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).									

Сравнение межгрупповых показателей 10–11-летних испытуемых по критерию «гармоничность или пропорциональность» показало прирост показателей (36,9 %) в группе НИР; достоверные различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ (таблица 10).

Таблица 10 – Показатели межгрупповых различий в структуре пространства рисунка по методике «Звезды и волны» (возрастная категория 10–11 лет)

Структура пространства	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Гармоничность или пропорциональность	28	36,9	38	50	38	50	1,646*	1,646*	0
Равномерность распределения деталей рисунка	34	44,8	46	60,53	39	51,32	1,954*	0,814	1,140
Правильность (соответствие каким-либо правилам организации пространства)	70	92,1	73	96,05	73	96,05	1,085	1,085	0
Дисгармоничность	27	35,5	25	32,89	22	28,95	0,339	0,875	0,536
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).									

Для детей с когнитивным дефицитом характерна способность равномерно распределять детали рисунка (51,32 % испытуемых); в обеих возрастных категориях отмечается тенденция совершенствования данной способности (соответствие определенным правилам организации пространства). Данные показатели свидетельствуют об ориентации всех детей на социальные нормы.

Наиболее дисгармоничными в пространстве являются здоровые испытуемые (35,5 %), в меньшей степени – испытуемые группы ЗИР (32,89 %), а минимальные значения показателя продемонстрировали школьники группы НИРЛ (28,95 %).

Сравнивая межвозрастные различия, отраженные в структуре пространства рисунка (таблица 11), мы выявили ряд характерных для всех групп испытуемых тенденций.

Таблица 11 – Показатели возрастных различий в структуре пространства рисунка по методике «Звезды и волны» (возрастные категории 8–9 лет и 10–11 лет)

Структура пространства	Группы, %						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – НИР	ЗИР – ЗИР	НИРЛ – НИРЛ
	Возрастная категория								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Гармоничность или пропорциональность	31,6	36,9	46,1	50	50	50	0,678	0,481	0
Равномерность распределения деталей рисунка	52,6	44,8	47,4	60,53	39,5	51,32	0,974	1,621	1,467
Правильность (соответствие каким-либо правилам организации пространства)	85,5	92,1	78,9	96,05	80,3	96,05	1,282	3,434***	3,218***
Дисгармоничность	15,8	35,5	10,5	32,89	7,9	28,95	2,829**	3,464***	3,483***
** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Наиболее выражен показатель «правильность» у детей с нарушениями когнитивного здоровья (соответствие каким-либо правилам организации пространства); достоверность различий – на уровне $p \leq 0,001$.

По мере взросления прирост показателей по критерию «дисгармоничность» наблюдается во всех возрастных категориях: у испытуемых группы НИР – достоверность различий на уровне $p \leq 0,01$, а у детей с когнитивными нарушениями – на уровне $p \leq 0,001$. Дополнительные данные по методике «Звезды и волны» представлены в приложении Е.

При изучении эмоционально-личностной сферы испытуемых как средства регулятора поведения мы использовали графический тест «Дом – Дерево – Человек». Полученные результаты позволили выделить ряд особенностей, влияющих на саморегуляцию исследуемого контингента учащихся (таблица 12). В возрастной категории 8–9 лет у здоровых испытуемых в большей степени проявляется эмоциональность, влияющая на динамику произвольного акта. Приведем показатели по шкалам: «незащищенность» – 50 % испытуемых; «тревожность» – 52,6 %; «конфликт (фрустрация)» – 64,5 % испытуемых. Высокие показатели свидетельствуют о высоком уровне критичности (сознательной и неосознаваемой), вследствие чего может развиваться ригидность когнитивных стратегий произвольного поведения.

Таблица 12 – Показатели межгрупповых различий в проявлении симптомокомплексов по методике «Дом – Дерево – Человек» (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Незащищенность	38	50	32	42,1	29	38,2	0,980	1,467	0,487
Тревожность	40	52,6	35	46,1	26	34,2	0,801	2,305*	1,504
Агрессивность	25	32,9	35	46,1	32	42,1	1,671*	1,171	0,499
Замкнутость	19	25,0	15	19,7	13	17,1	0,783	1,196	0,413
Враждебность	22	28,9	30	39,5	32	42,1	1,381	1,708*	0,327
Конфликт (фрустрация)	49	64,5	40	52,6	30	39,5	1,492	3,119***	1,627
Трудность в общении	27	35,5	38	50,0	18	23,7	1,812*	1,603	3,415***
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).									
*** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

У испытуемых с когнитивным дефицитом высоких значений не зафиксировано. Это говорит о невысоком уровне эмоционального реагирования на социальные ситуации. При анализе по шкале «враждебность» обнаружилась

интересная зависимость: чем выше уровень проявления интеллектуальной недостаточности, тем ниже уровень проявления враждебности (достоверность различий между испытуемыми групп НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,05$; $\varphi = 1,64$). По нашему представлению, данная зависимость сформирована внутрисемейными отношениями и неспособностью регулировать внутриличностные потребности. Вследствие этого высокий уровень проявления враждебности (как и агрессии) у детей группы НИРЛ носит социально-психологический характер, способствующий формированию симптомокомплекса по типу защитного механизма. Это подтверждают данные методики САТ, а также показатели по шкале «конфликт (фрустрация)»: достоверность различий между группами НИР и НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$; $\varphi = 2,81$. По шкале «трудность в общении» показатели демонстрируют различия между испытуемыми группами ЗИР (50,0 %) и НИРЛ (23,7 %). Этот факт говорит о том, что при легких когнитивных недостатках у испытуемых сохраняется самокритичность. При этом в группе ЗИР наблюдаются дефекты речи, нарушение основных функций речи (коммуникативной, планирующей, регулирующей, обобщающей). Достоверность различий между группами ЗИР и НИРЛ – на уровне $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).

В возрасте 10–11 лет в деятельности здоровых испытуемых преобладают эмоциональные тенденции, характеризующие эмоционально-личностную сферу и влияющие на такую ее характеристику, как произвольность (таблица 13). Например, высокие показатели по шкалам «тревожность» (51,3 %), «конфликт (фрустрация)» имеют социальный характер и отражают развивающуюся Я-концепцию школьника, вхождение его в подростковый возраст. Этот факт проявляется в показателях по шкале «враждебность» (46,1 % испытуемых), а также по шкале «замкнутость» (32,9 % испытуемых).

Результаты исследования, отраженные в таблице 11, показывают, что в возрасте 10–11 лет наиболее достоверные различия (на уровне $p \leq 0,001$) по шкале «тревожность» зафиксированы между испытуемыми групп НИР – НИРЛ, а также между испытуемыми групп НИР – ЗИР.

Таблица 13 – Показатели межгрупповых различий в проявлении симптомокомплексов по методике «Дом – Дерево – Человек» (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Незащищенность	25	32,9	29	38,2	16	21,1	0,684	1,646*	2,330**
Тревожность	39	51,3	25	32,9	19	25,0	2,312**	3,390***	1,079
Агрессивность	11	14,5	11	14,5	14	18,4	0	0,653	0,653
Замкнутость	25	32,9	16	21,1	10	13,2	1,590	2,891**	1,301
Враждебность	35	46,1	29	38,2	30	39,5	0,986	0,826	0,160
Конфликт (фрустрация)	40	52,6	30	39,5	23	30,3	1,627	2,792**	1,165
Трудность в общении	25	32,9	30	39,5	15	19,7	0,845	1,862*	2,706**
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Здоровые испытуемые чувствуют себя более незащищенными (32,9 % случаев), нежели их сверстники из группы ЗИР (21,1 % испытуемых; $p \leq 0,01$). Более высокий уровень достоверности различий отмечен между испытуемыми группы ЗИР и НИРЛ – $p \leq 0,01$. Анализируя возрастные различия в проявлении симптомокомплексов у исследуемых групп, мы определили, что наиболее достоверные показатели возрастных изменений наблюдаются в каждой группе по шкале «агрессивность» (таблица 14).

Наши результаты исследования отражены в наших работах [Черенева Е.А., Ли С., И. Я. Стоянова, 2021]. Общей тенденцией для всех групп является снижение агрессивности с возрастом. Наиболее выраженные показатели снижения – у респондентов группы ЗИР (4,389***), менее значимы различия в показателях у здоровых испытуемых (достоверность различий – на уровне $p \leq 0,01$).

Достоверные различия на уровне $p \leq 0,01$ также отмечаются у испытуемых группы НИРЛ при исследовании шкалы «незащищенность»: наиболее выражены показатели снижения значения симптомокомплекса «незащищенность», что свидетельствует о развитии Я-концепции и стратегий произвольной регуляции.

При этом у здоровых испытуемых наблюдается рост показателей по шкале «враждебность» (достоверность – на уровне $p \leq 0,05$).

Таблица 14 – Показатели возрастных различий в проявлении симптомокомплексов по методике «Дом – Дерево – Человек» (возрастные категории 8–9 лет и 10–11 лет)

Шкалы	Группы, %						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР 8 – НИР 10	ЗИР 8 – ЗИР 10	НИРЛ 8 – НИРЛ 10
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Незащищенность	50	32,9	42,1	38,2	38,2	21,1	2,151*	0,487	2,330**
Тревожность	52,6	51,3	46,1	32,9	34,2	25,0	0,160	1,671*	1,245
Агрессивность	32,9	14,5	46,1	14,5	42,1	18,4	2,719**	4,389***	3,236***
Замкнутость	25,0	32,9	19,7	21,1	17,1	13,2	1,023	0,216	0,672
Враждебность	28,9	46,1	39,5	38,2	42,1	39,5	2,207*	0,160	0,327
Конфликт (фрустрация)	64,5	52,6	52,6	39,5	39,5	30,3	1,492	1,627	1,165
Трудность в общении	35,5	32,9	50,0	39,5	23,7	19,7	0,339	1,307	0,598
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Возможно, этот факт обусловлен наличием адекватной оценки межличностной коммуникации, а также критическим отношением к ситуации.

При исследовании **самооценки** установлено, что в обеих возрастных категориях уровень завышенной самооценки достигает максимальных значений у детей с интеллектуальными нарушениями: чем ниже интеллектуальный потенциал, тем более выражен уровень завышенной самооценки. Этот факт обусловлен дефицитом критичности деятельности, оценки ситуации. Так, например, при оценивании своих интеллектуальных возможностей (когнитивных стратегий), как правило, школьники с нарушением когнитивного здоровья отмечают свои успехи/неуспехи в близкой перспективе: я умный, потому что я считаю без ошибок; я умею красиво писать. В отличие от испытуемых группы НИР, у детей группы ЗИР отчетливо прослеживаются критические замечания в оценке действительности (см. показатели исследуемых шкал). Сформированная критичность имеет не только онтогенетическую природу, но и заметное влияние интеракций с другими людьми (установки родителей). Общей тенденцией для всех исследуемых групп и возрастов являются следующие установленные позиции.

Значимые различия в проявлении завышенной самооценки наблюдаются между группами НИР – НИРЛ (возрастная категория 8–9 лет; $p \leq 0,05$). Эти и другие показатели (см. таблицу 12) говорят о том, что интеллектуальной дефект

значительно влияет на формирование адекватной самооценки. Установлено, что заниженная самооценка в данном возрасте имеет социальную природу: значения показателей группы НИРЛ выше, чем в группе НИР. По-видимому, этот факт свидетельствует о влиянии детско-родительских отношений (тесты PARI и Ахенбаха).

В возрастной категории 10–11-летних испытуемых отмечаются те же тенденции, что и в категории 8–9 лет: завышенная самооценка в группе НИРЛ, адекватная самооценка сформирована лишь у 11,8 % испытуемых. Проявление заниженной самооценки имеет также тенденцию к снижению показателей. Вышесказанное свидетельствует о значительной роли когнитивных способностей в критической оценке социальной ситуации, что подтверждают данные сравнительного анализа групп НИР – ЗИР и ЗИР – НИРЛ: по мере увеличения дефицита интеллектуальных способностей снижаются показатели исследуемых параметров (см. таблицы 15, 16).

Таблица 15 – Показатели межгрупповых различий в самооценке (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Завышенная	39	51,3	45	59,2	52	68,4	0,980	2,164*	1,184
Адекватная	26	34,2	20	26,3	10	13,2	1,060	3,113***	2,053*
Заниженная	11	14,5	11	14,5	14	18,4	0,018	0,635	0,653
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).									
*** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Таблица 16 – Показатели межгрупповых различий в самооценке (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	n=76	%			
Завышенная	26	34,2	35	46,1	51	67,1	1,504	4,136***	2,632**
Адекватная	30	39,5	20	26,3	9	11,8	1,738*	4,056***	2,318**
Заниженная	20	26,3	21	27,6	16	21,1	0,179	0,752	0,931
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).									
** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).									
*** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

При анализе возрастных различий в проявлении самооценки у исследуемого контингента (таблица 17), мы можем сделать следующие выводы. У испытуемых группы НИР возрастает критичность самооценки (достоверность различий 2,145*); кроме того, увеличивается численность детей с заниженной самооценкой (достоверность различий 1,806*). Аналогичная возрастная тенденция наблюдается при анализе показателей группы ЗИР: снижается численность испытуемых с завышенной самооценкой и растет численность испытуемых с заниженной самооценкой ($p \leq 0,05$).

Таблица 17 – Показатели возрастных различий в самооценке (возрастные категории 8–9 и 10–11 лет)

Шкалы	Группы, %						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР 8– НИР 10	ЗИР 8 – ЗИР 10	НИРЛ 8 – НИРЛ 10
	Возрастная категория								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Завышенная	51,3	34,2	59,2	46,1	68,4	67,1	2,145*	1,621	0,173
Адекватная	34,2	39,5	26,3	26,3	13,2	11,8	0,678	0	0,265
Заниженная	14,5	26,3	14,5	27,6	18,4	21,1	1,806*	2,003*	0,419
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).									

У испытуемых группы НИРЛ не происходит явных качественных изменений в отношении самооценки. По нашему мнению, данный факт свидетельствует не только о когнитивных дефицитах, но и напрямую зависит от социальных паттернов, формируемых в семье. Это подтверждают результаты, полученные по методикам PARI и Ахенбаха.

При анализе уровня притязаний (таблицы 18, 19) наблюдаются те же тенденции, что и при исследовании самооценки. Установлено, что рост показателей уровня притязаний коррелирует со снижением интеллекта: чем ниже когнитивные способности, тем выше уровень притязаний. Эта тенденция отражена в обеих возрастных категориях, но наиболее отчетливо – в старшей. Другими словами, уровень когнитивного развития влияет на формирование уровня притязаний. В данном случае мы обращаем внимание на результаты заниженного уровня притязаний. Представляется, что учащиеся группы ЗИР

имеют более высокий уровень критичности, нежели их сверстники из группы НИРЛ (26,3 % и 11,8 % соответственно).

Таблица 18 – Показатели межгрупповых различий в уровне притязаний (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Высокий	30	39,5	40	52,6	47	61,8	1,615	2,762**	1,147
Средний	26	34,2	20	26,3	17	22,4	1,060	1,621	0,561
Низкий	20	26,3	16	21,1	12	15,8	0,752	1,597	0,845

** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).

Анализ межгрупповых возрастных различий при исследовании уровня притязаний показал результаты, которые могут представлять интерес для анализа выбора модели/стиля когнитивной стратегии произвольной регуляции. Мы установили, что по мере взросления испытуемых не происходит явных изменений в уровне притязаний. Примерно одинаково, без явной динамики, проявляется этот показатель в трех группах.

Таблица 19 – Показатели межгрупповых различий в уровне притязаний (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Высокий	30	39,5	31	40,8	52	68,4	0,166	3,631***	3,464***
Средний	30	39,5	25	32,9	15	19,7	0,845	2,706**	1,862*
Низкий	16	21,1	20	26,3	9	11,8	0,752	1,566	2,318**

* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).
 ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).
 *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Этот факт свидетельствует о социальной обусловленности данного параметра и, по нашему мнению, влияет на выбор когнитивной стратегии произвольной регуляции поведения (таблица 20).

Для сравнительного анализа взаимосвязи уровней самооценки и притязаний мы использовали критерий сравнения распределения уровней χ^2 Пирсона.

Таблица 20 – Показатели возрастных различий в уровне притязаний (возрастные категории 8–9 и 10–11 лет)

Шкалы	Группы, %						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР 8 – НИР 10	ЗИР 8 – ЗИР 10	НИРЛ 8 – НИРЛ 10
	Возрастная категория								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Высокий	39,5	39,5	52,6	40,8	61,8	68,4	0,012	1,461	0,857
Средний	34,2	39,5	26,3	32,9	22,4	19,7	0,678	0,894	0,407
Низкий	26,3	21,1	21,1	26,3	15,8	11,8	0,752	0,752	0,721

Рассматривая схожесть распределения самооценки и уровня притязаний по уровням, мы отметили, что значимые различия в проявлении самооценки наблюдаются у 8–9-летних испытуемых в группах НИР – НИРЛ (9,33; $p < 0,009$); аналогичный результат зафиксирован в этих группах по уровню притязаний (таблица 21).

Эта же тенденция наблюдается испытуемых при проявлении самооценки (19,87; $p < 0,00005$), а также уровня притязаний (12,86; $p < 0,0016$).

Таблица 21 – Соотношение самооценки и уровня притязаний у испытуемых (возрастная категория 8–9 лет)

Шкала	НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
Самооценка	1,21; $p < 0,55$ Различий не выявлено	9,33; $p < 0,009$ Высоко значимые различия	4,198; $p < 0,12$ Различий не выявлено
Уровень притязаний	2,66; $p < 0,27$ Различий не выявлено	7,64; $p < 0,02$ Значимые различия	1,378; $p < 0,50$ Различий не выявлено

Значимые различия в показателях проявления самооценки (7,82; $p < 0,02$) и уровня притязаний (11,99; $p < 0,002$) наблюдаются в группах НИР – НИРЛ (таблица 22).

Таблица 22 – Соотношение самооценки и уровня притязаний у испытуемых (возрастная категория 10–11 лет)

Шкала	НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
Самооценка	3,35; $p < 0,19$ Различий не выявлено	19,87; $p < 0,00005$ Высоко значимые различия	7,82; $p < 0,02$ Значимые различия
Уровень притязаний	0,92; $p < 0,63$ Различий не выявлено	12,86; $p < 0,0016$ Высоко значимые различия	11,99; $p < 0,002$ Высоко значимые различия

Анализ результатов сравнительных исследований самооценки и уровня притязаний у испытуемых двух возрастных категорий показывает, что только в группе НИР при проявлении самооценки наблюдаются тенденции к достоверным различиям – 5,499; $p < 0,06$ (таблица 23).

Таблица 23 – Соотношение самооценки и уровня притязаний с учетом возрастных категорий

Шкала	НИР 8 лет – НИР 10 лет	ЗИР 8 лет – ЗИР 10 лет	НИРЛ 8 лет – НИРЛ 10 лет
Самооценка	5,499; $p < 0,06$ Тенденция к достоверным различиям	4,375; $p < 0,11$ различий не выявлено	0,196; $p < 0,62$ различий не выявлено
Уровень притязаний	0,73; $p < 0,69$ Различий не выявлено	2,14; $p < 0,34$ Различий не выявлено	0,806; $p < 0,67$ Различий не выявлено

Исследование самооценки и уровня притязаний показало, что значимых различий в показателях между группами не выявлено. Это обусловлено тем, что данный уровень в этих возрастных группах формируется под влиянием ближайшего социального окружения (семья), в большей степени – детско-родительских отношений. Мы установили, что значимым фактором влияния во всех группах является личность матери, что способствует формированию саморегуляции при гиперопекающем стиле отношения матери, снижающем возможности проявить себя детям с нарушениями когнитивного здоровья. Вследствие этого у них отмечается снижение адаптивных стратегий поведения (в силу неуверенности или нежелания применять волевые усилия), отсутствие «модели будущего», заниженные самооценка и уровень притязаний (либо чрезмерно завышенные). Здоровые дети имеют большой потенциал развития компонентов данного уровня при наличии психологического сопровождения. В целом, результаты данного уровня демонстрируют производность и зависимость от детско-родительских отношений.

4.1.3 Регуляторный уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции

Регуляторный уровень содержит компоненты, отражающие целостность и динамичность процесса саморегуляции. При изучении его компонентов выявлены значительные различия между показателями нормативной группы и групп детей с когнитивным дефицитом. Установлены значительные нарушения всех компонентов этого уровня при нарушениях когнитивного здоровья. Характерными особенностями для испытуемых являются трудности контроля действий и достижения цели действий, особенно когда цели и результаты деятельности являются отдаленными [Черенева Е.А., Филиппова С.А., 2010]. Эти данные получены с помощью диагностического комплекса «Саморегуляция младших школьников».

Важными для анализа саморегуляции являются показатели, отражающие этапность выполнения произвольного действия (таблица 24). Данные, представленные в таблице, демонстрируют специфику внутренних процессов у испытуемых при реализации действия.

Таблица 24 – Показатели межгрупповых различий показателей сформированности компонентов саморегуляции (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Постановка цели	50	65,79	10	13,16	2	2,63	7,077***	9,666***	2,589**
Регулирование эмоциональными состояниями	48	63,16	37	48,68	20	26,32	1,806*	4,691***	2,885***
Контроль действий	38	50,00	13	17,11	13	17,11	4,426***	4,426***	0,000
Достижение цели действия	39	51,32	10	13,16	5	6,58	5,258***	6,639***	1,381
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

В алгоритме действия испытуемых с когнитивным дефицитом наиболее «западающие» звенья – это постановка цели и достижение цели (2,63 % и 6,58 % в

группах ЗИР и НИРЛ соответственно). По нашему мнению, именно эти звенья и должны быть мишенями психологической работы. Значимые различия на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$) выявляются между показателями групп НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ. Здоровые испытуемые имеют в достаточной мере сформированные компоненты саморегуляции, позволяющие достичь поставленных целей.

Анализируя результаты старшей возрастной категории, можно утверждать, что имеют место аналогичные тенденции (таблица 25): наличие дефицитов в планировании (постановка цели) и достижении цели действия у испытуемых с когнитивной патологией (25 % и 13,2 % в группах ЗИР и НИРЛ соответственно). Значимые различия между показателями групп НИР и школьников с когнитивной патологией по шкалам «постановка цели», «контроль действий» и «достижение цели» – на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$). У испытуемых с когнитивной патологией показатель по шкале «контроль действий» составляет 38,2 % (группы ЗИР и НИРЛ).

Таблица 25 – Показатели межгрупповых различий показателей сформированности компонентов саморегуляции (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Постановка цели	65	85,5	20	26,3	19	25,0	7,909***	8,094***	0,185
Регулирование эмоциональными состояниями	50	65,8	40	52,6	32	42,1	1,658*	2,959***	1,301
Контроль действий	58	76,3	29	38,2	29	38,2	4,882***	4,882***	0,000
Достижение цели действия	60	78,9	33	43,4	10	13,2	4,617***	8,895***	4,278***
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Анализируя стратегии поведения испытуемых, мы пришли к заключению, что фактором влияния на их выбор являются особенности спектра психологической защиты (ПЗ), их внутренние взаимосвязи.

Установлено, что прямая связь существует между защитными механизмами «проекция» и «замещение» ($p \leq 0,05$), а также «регрессия» и «отрицание» ($p \leq 0,01$).

Обратная же связь на уровне $p \leq 0,05$ отмечается между следующими ПЗ: «вытеснение» и «регрессия»; «регрессия» и «проекция»; «проекция» и «компенсация»; «компенсация» и «реактивное образование»; «замещение» и «компенсация». Обратная связь на уровне $p \leq 0,01$ обнаружена также между такими механизмами, как «регрессия» и «замещение», «замещение» и «отрицание» (рисунок 5).

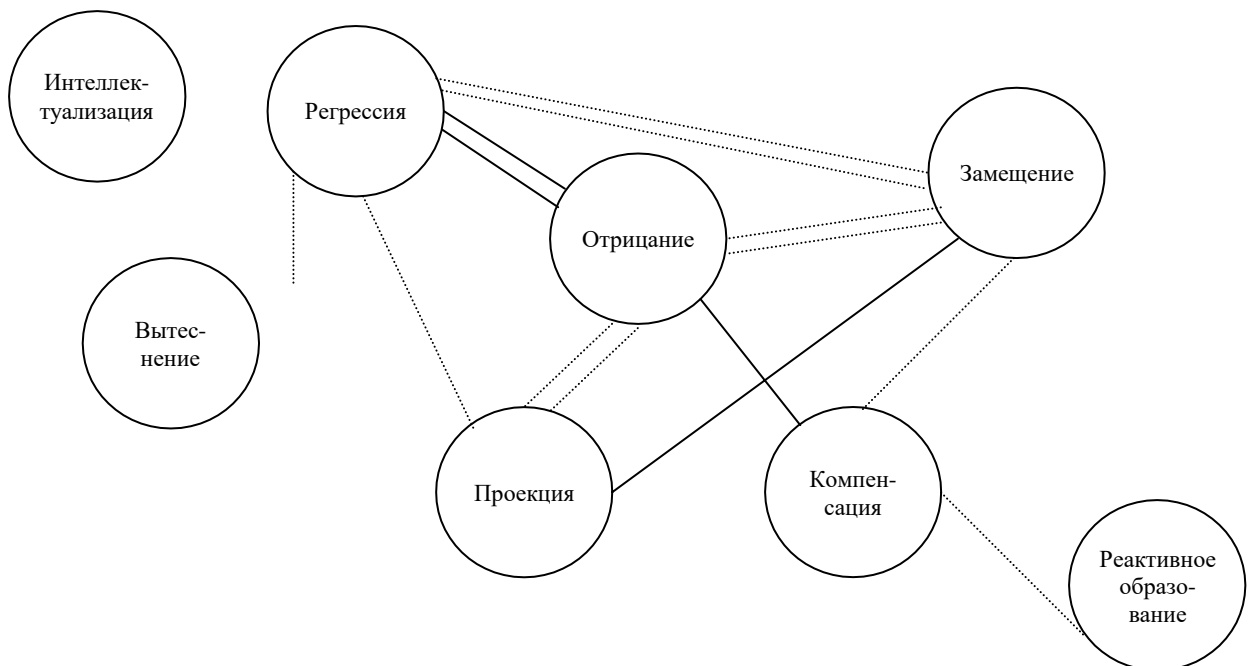


Рисунок 5 – Связи защитных механизмов испытуемых группы НИР
(возрастная категория 8–9 лет)

Полученные данные позволяют утверждать, что у здоровых детей возрастной категории 8–9 лет наблюдается высокая подвижность способов психологической защиты, позволяющих проявлять адаптивность в разных жизненных ситуациях.

Сравнивая приведенные выше показатели с таковыми групп ЗИР и НИРЛ, можно заключить, что чем больше выражены нарушения когнитивного здоровья, тем больше проявляются ригидность и тугоподвижность психологических механизмов.

Анализируя показатели испытуемых группы НИР (возрастная категория 10–11 лет, см. рисунок 6), следует подчеркнуть, что важным параметром формирования ПЗ является гибкость. Кроме того, существует прямая связь (на уровне $p < 0,05$) между следующими защитными механизмами: «вытеснение» и «замещение», «регрессия» и «отрицание». Обратная связь на уровне $p < 0,05$ в большей степени преобладает между защитными механизмами «интеллектуализация» и «вытеснение», «вытеснение» и «регрессия», «отрицание» и «замещение», «отрицание» и «проекция», «проекция» и «компенсация». На уровне $p < 0,01$ зафиксирована обратная связь между защитными механизмами «регрессия» и «замещение», «реактивное образование» и «компенсация».

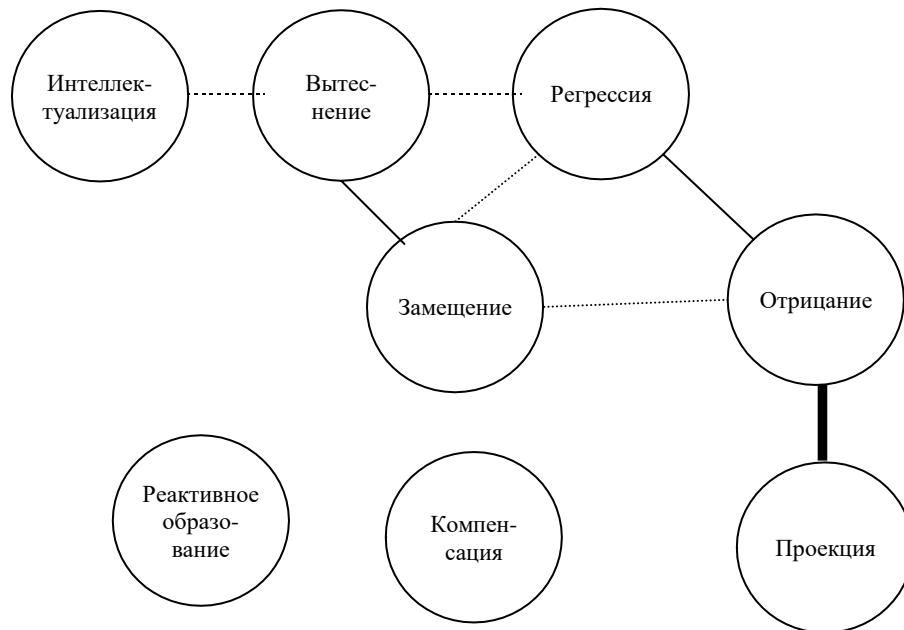


Рисунок 6 – Связи защитных механизмов у испытуемых группы НИР
(возрастная категория 10–11 лет)

Значения показателей испытуемых групп ЗИР и НИРЛ значительно отличаются от таковых респондентов группы НИР (рисунок 7).

При нарушениях когнитивного здоровья прямая связь установлена на уровне $p < 0,05$ между защитными механизмами «вытеснение» и «замещение», «замещение» и «проекция». Обратная связь на уровне $p < 0,05$ зафиксирована между механизмами «вытеснение» и «регрессия», «проекция» и «отрицание»,

«компенсация» и «реактивное образование»; а на уровне $p < 0,01$ – между защитными механизмами: «регрессия» и «замещение»; «проекция» и «компенсация»; «замещение» и «отрицание».

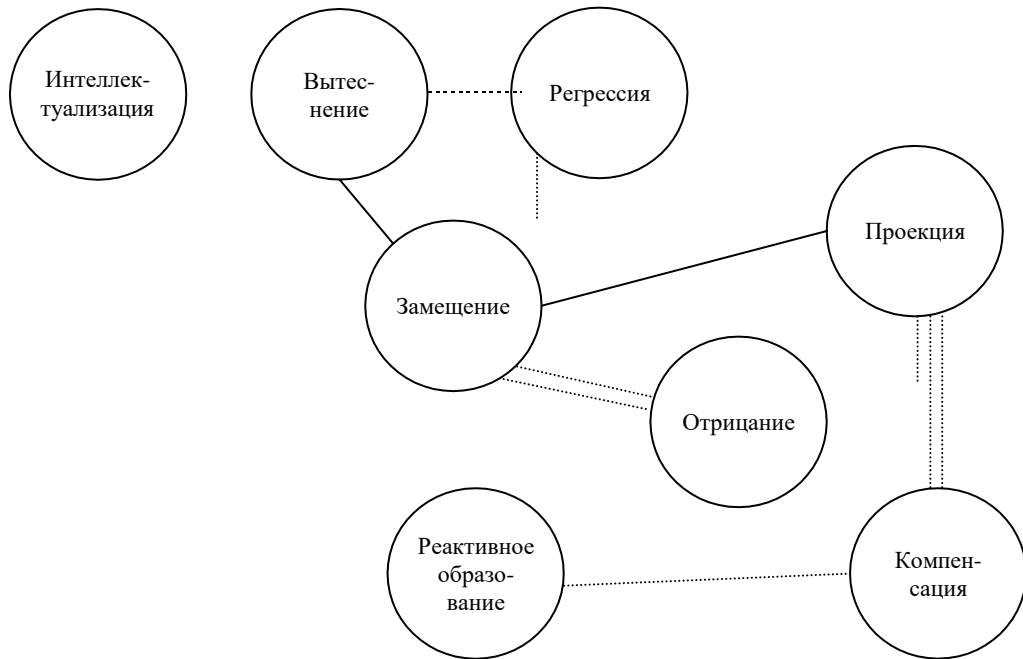


Рисунок 7 – Связи защитных механизмов у испытуемых группы ЗИР (возрастная категория 8–9 лет)

При анализе показателей ПЗ у испытуемых группы ЗИР в возрасте 10–11 лет (рисунок 8) взаимосвязей между защитными механизмами выявлено значительно меньше.

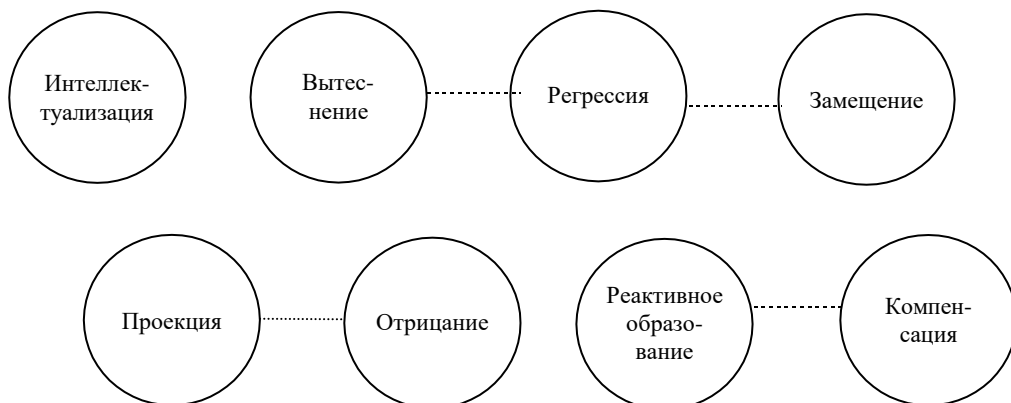


Рисунок 8 – Связи защитных механизмов у испытуемых группы ЗИР (возрастная категория 10–11 лет)

Обратная связь между механизмами «вытеснение» и «регрессия»; «регрессия» и «замещение»; «проекция» и «отрицание»; «реактивное образование» и «компенсация» определена нами на уровне $p < 0,05$.

При исследовании связей защитных механизмов у испытуемых группы НИРЛ в возрастной категории 8–9 лет мы зафиксировали их отсутствие (рисунок 9), поскольку на данном этапе развития недостаточно развиты механизмы формирования адаптивных стратегий поведения. Этот факт свидетельствует скорее о преобладании эмоционально-личностной сферы, нежели о регуляции и стратегичности действий.

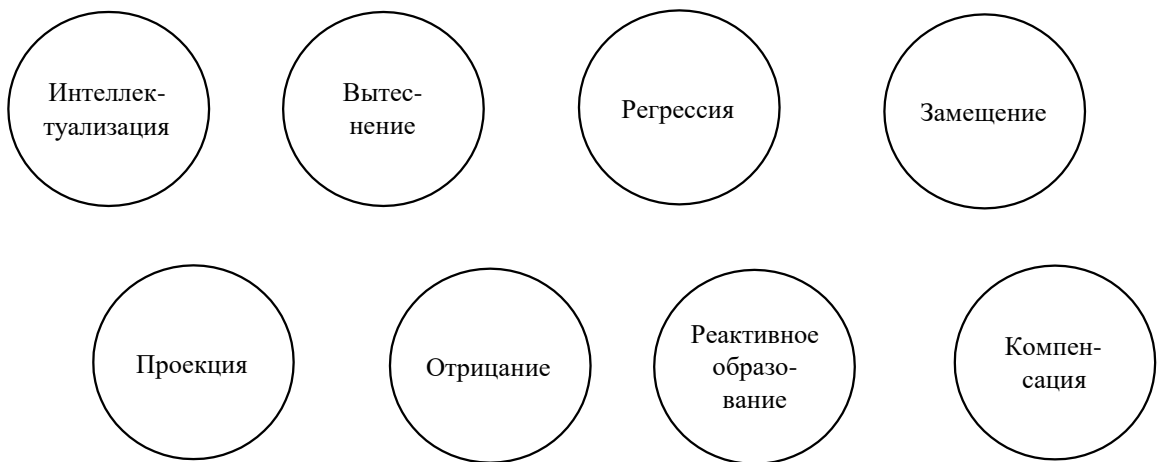


Рисунок 9 – Связи защитных механизмов у испытуемых группы НИРЛ (возрастная категория 8–9 лет)

У испытуемых с нарушениями интеллектуальной деятельности в возрасте 10–11 лет выявлена обратная связь между защитными механизмами «вытеснение» и «регрессия», «отрицание» и «компенсация». У них, в отличие от 8–9-летних респондентов этой же нозологической группы, с возрастом формируются взаимообусловленные механизмы, регулирующие адаптивные стратегии поведения. Эти данные подтверждают факт онтогенетического развития саморегуляции при когнитивном дефиците (рисунок 10).

На основании полученных результатов мы можем сделать выводы, позволяющие охарактеризовать закономерности формирования саморегуляции.

Когнитивный дефицит в детском возрасте влияет на гибкость и устойчивость саморегуляции, которая поддерживается эмоционально-личностной сферой (переживания, страхи, тревога и пр.).

Защитные механизмы у испытуемых с когнитивным дефицитом не влияют на продуктивность саморегуляции, при этом компенсаторные возможности развиты недостаточно. Когнитивный дефицит затрудняет формирование устойчивых моделей поведения и адаптивных стратегий.

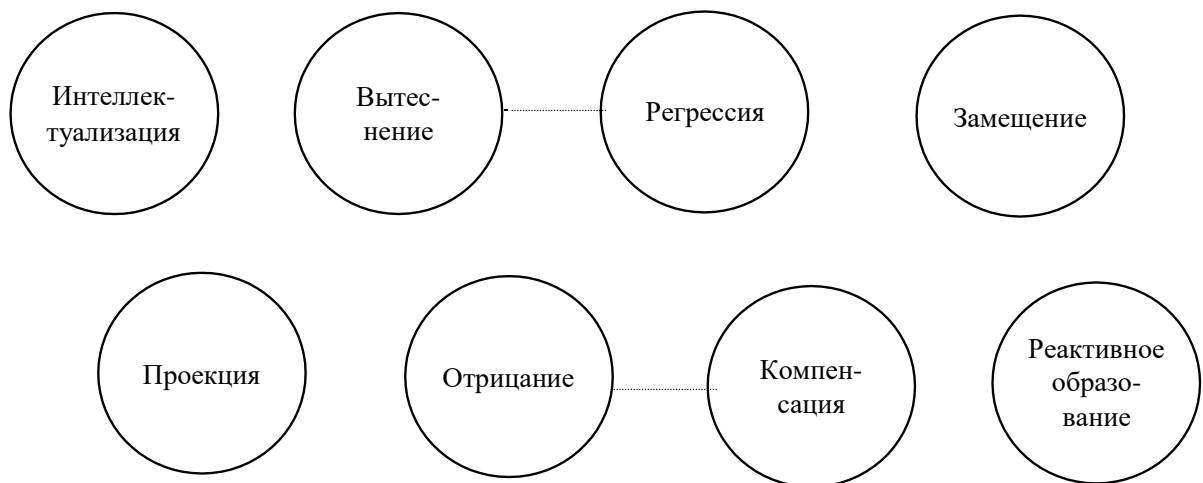


Рисунок 10 – Связи защитных механизмов у испытуемых группы НИРЛ (возрастная категория 10–11 лет)

Установлено, что существует возрастная закономерность развития связей защитных механизмов, влияющая на продуктивность саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом, что подтверждает значимость регуляторных процессов и интеллектуального развития.

Результаты исследования регуляторного уровня патопсихологической модели саморегуляции демонстрируют центральную роль интеллекта при формировании саморегуляции. Установлено, что речь и ее функции влияют на поведение в целом и являются базисом для формирования внешнего и внутреннего программирования поведения [Черенева Е.А, 2009]. У детей в норме процессы и функции речи более сохранены, что существенно влияет на продуктивность процесса саморегуляции. У детей с нарушением когнитивного здоровья обнаруживается дефицитарность речевых функций (наличие речевых нарушений), что в высокой степени отягощает процессы саморегуляции.

4.1.4 Детско-родительские отношения в семьях детей с нарушением когнитивного здоровья в структуре патопсихологической модели саморегуляции

Исследования по **опроснику Ахенбаха** относят к категории исследований социально-психологической оси. Данные исследования направлены на выявление особенностей формирования социального поведения испытуемых с позиции родителей (матерей). Результаты являются информативными и представляют особый интерес для изучения не только представленных в данной работе параметров (шкал), но и для выявления семейных установок, трансляции эмоционально-личностного опыта родителей [Черенева Е.А., Стоянова И.Я., Гуткевич Е.В., 2020].

В ходе исследования были выявлены данные, которые дополняют клинико-психологическую картину саморегуляции младших школьников в норме и с когнитивными дефицитами, а также раскрывают механизмы ее формирования в контексте развития эмоционально-личностной сферы исследуемого контингента (таблица 26).

По шкале «эмоциональная реактивность» родители исследуемого контингента продемонстрировали следующие результаты ($p \leq 0,05$; $\varphi = 1,64$): в группах НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ значения критерия Фишера составляют 2,151 и 1,671 соответственно. По шкале «беспокойства и различия» высокие значения показателей отмечены в группах НИР – НИРЛ (4,346) и ЗИР – НИРЛ (3,045); различия значимы на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$). Наиболее выразительным является показатель шкалы «соматические жалобы» (группы НИР – ЗИР – 4,913; НИР – НИРЛ – 6,294), причем активно проявляют соматические жалобы матери здоровых детей – 77,6 %, что свидетельствует о повышенном уровне тревожности эмоционально-личностной сферы (см. показатели шкалы «тревожность»).

Значимые различия показателей по шкале «агрессивное поведение» ($p \leq 0,001$) выявлены у испытуемых групп НИР – НИРЛ (4,334) и групп ЗИР – НИРЛ (2,934).

Таблица 26 – Показатели межгрупповых различий адаптации по опроснику Ахенбаха (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Эмоциональная реактивность	38	50	35	46,1	25	32,9	0,481	2,151*	1,671*
Беспокойство	46	60,5	38	50,0	20	26,3	1,301	4,346***	3,045***
Соматические жалобы	59	77,6	30	39,5	22	28,9	4,913***	6,294***	1,381
Отчуждение	19	25,0	18	23,7	15	19,7	0,185	0,783	0,598
Проблемы со сном	40	52,6	31	40,8	19	25,0	1,461	3,551***	2,090*
Проблемы внимания	36	47,4	40	52,6	44	57,9	0,641	1,295	0,653
Агрессивные поведение	21	27,6	29	38,2	47	61,8	1,399	4,334***	2,934***
Аффективное проблемы	34	44,7	21	27,6	16	21,1	2,213*	3,144***	0,931
Тревожность	51	67,1	32	42,1	24	31,6	3,132***	4,475***	1,344
Проблемы перверсивного характера	21	27,6	29	38,2	30	39,5	1,399	1,560	0,160
Гиперактивность	33	43,4	47	61,8	21	27,6	2,275*	2,047*	4,321***
Непослушание	28	36,8	41	53,9	36	47,4	2,127*	1,325	0,801
Другие проблемы	17	22,4	27	35,5	39	51,3	1,794*	3,766***	1,973*

* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).
 ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).
 *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Симптомокомплекс «гиперактивность», хотя и проявляется у учащихся всех групп, но, по нашему мнению, имеет различную клинико-психологическую природу, обусловленную клиническими и социально-психологическими факторами. Факторы первой группы (клинические) предопределены наличием у испытуемых органических дефектов; факторы второй группы (социально-психологического генеза) проявляются на уровне формирования особенностей эмоционально-личностного опыта индивида (наличие высокого уровня фрустрации, тревожность, агрессивность как защитно-совладающий механизм поведения). Различия показателей групп НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ значимы на уровне $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$), а групп ЗИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Таким образом, эмоционально-личностная сфера оказывает серьезное влияние на регуляцию психической активности, причем выраженность

показателей по большинству шкал в большей степени проявляется у детей с нормальным психическим развитием. Эти результаты коррелируют с результатами, полученными при изучении самооценки и уровня притязаний. По шкале «эмоциональная реактивность» более выраженными являются показатели испытуемых с нормальным интеллектуальным развитием (50%). Уровень эмоциональной реактивности есть способность личности переживать чувства и эмоции. Показатели данной шкалы обусловлены отчасти конституциональными свойствами личности, а отчасти – условиями воспитания. Следует подчеркнуть, что низкий уровень эмоциональной реактивности – психологически неблагоприятный фактор. Как правило, дети с низкой эмоциональной реакцией беспокойны, раздражительны, эмоционально неустойчивы, менее решительны и общительны, чем их высокореактивные сверстники; они труднее приспосабливаются к среде и чаще обнаруживают невротические симптомы. Показатели по шкале «эмоциональная реактивность» коррелируют с показателями по шкалам «тревожность» (67,1 %), «беспокойство» (60,5 %) и «соматические проблемы, жалобы» (77,6 %). На наш взгляд, эта взаимосвязь демонстрирует высокий уровень включенности индивида в социум и степень развития когнитивных стратегий.

Анализируя показатели шкалы «агрессивное поведение», отметим, что у учащихся с нарушенным интеллектом наблюдается высокий уровень агрессии (61,8 %). Показатели данной шкалы коррелируют с результатами по шкалам «непослушание» (47,7 %) и «другие проблемы» (51,3 %). По нашему мнению, эти показатели взаимосвязаны как важные компоненты эмоционально-личностной сферы исследуемого контингента. Проявление агрессивности у младших школьников с нарушенным интеллектом является, прежде всего, производной их основного клинического дефекта. Кроме того, в данном случае следует рассматривать агрессию как проявление защитно-совладающего поведения или поведения по модели, сформированной в системе социальных отношений.

У испытуемых возрастной категории 10–11 лет зафиксированы значимые различия между показателями групп НИР и ЗИР практически по всем шкалам (за исключением шкал «отчуждение» и «непослушание») (таблица 27). По нашему

мнению, данная тенденция обусловлена активным формированием эмоционально-личностной сферы и вхождением испытуемых в подростковый возраст. Например, по шкале «тревожность» значение показателя в группе НИР составляет 52,6 %, а в группе ЗИР – 26,3 % ($p \leq 0,001$; $\varphi = 2,81$). По шкале «проблемы внимания» показатель группы НИРЛ составляет 61,8 % ($p \leq 0,01$; $\varphi = 2,31$). Аффективные проблемы наблюдаются у 32,9 % здоровых испытуемых и 15,8 % испытуемых группы НИРЛ ($p \leq 0,01$). По шкале «агрессивное поведение» также наблюдаются значимые различия на уровне $p \leq 0,01$: у здоровых испытуемых данное состояние проявляется в 32,9 % случаев, а у испытуемых группы НИРЛ – в 51,3 %.

Таблица 27 – Показатели межгрупповых различий по опроснику Ахенбаха (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Эмоциональная реактивность	30	39,5	28	36,8	20	26,3	0,339	1,738*	1,399
Беспокойство	35	46,1	29	38,2	12	15,8	0,986	4,161***	3,175***
Соматические жалобы	39	51,3	21	27,6	14	18,4	3,027***	4,395***	1,368
Отчуждение	28	36,8	27	35,5	29	38,2	0,166	0,179	0,345
Проблемы со сном	24	31,6	27	35,5	10	13,2	0,512	2,774**	3,286***
Проблемы внимания	30	39,5	38	50,0	47	61,8	1,307	2,774**	1,467
Агрессивное поведение	25	32,9	30	39,5	39	51,3	0,845	2,312**	1,467
Аффективные проблемы	25	32,9	18	23,7	12	15,8	1,264	2,490**	1,227
Тревожность	40	52,6	26	34,2	20	26,3	2,305*	3,366***	1,060
Проблемы перверсивного характера	20	26,3	30	39,5	32	42,1	1,738*	2,065*	0,327
Гиперактивность	30	39,5	28	36,8	19	25,0	0,339	1,923*	1,584
Непослушание	32	42,1	39	51,3	37	48,7	1,140	0,820	0,321
Другие проблемы	28	36,8	33	43,4	38	50,0	0,826	1,646*	0,820
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Значимые различия ($p \leq 0,001$) зафиксированы у испытуемых групп НИР – НИРЛ по шкале «соматические жалобы». У здоровых испытуемых этот показатель проявляется в 51,3 % случаев, у испытуемых с задержкой психического развития – в

27,6 %, а у испытуемых с нарушением интеллектуальной деятельности – лишь в 18,4 % случаев ($p \leq 0,001$; $\varphi = 2,81$). Этот факт говорит о влиянии эмоционально-личностной сферы на общую психическую и физическую регуляцию.

Анализируя показатели адаптации по опроснику Ахенбаха (таблица 28), можно заключить, что у испытуемых представленных категорий не наблюдается явных возрастных различий в проявлении выделенных параметров.

Интересные тенденции можно проследить по отдельным шкалам. Например, у здоровых испытуемых наблюдаются значимые различия в проявлении эмоционально-личностной сферы по шкалам «тревожность», «беспокойство» ($p \leq 0,05$). Показатели по шкале «проблемы со сном» с возрастом снижаются: 52,6 % – у 8–9-летних испытуемых и 31,6 % – у 10–11-летних. Различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).

Таблица 28 – Показатели возрастных различий адаптации по опроснику Ахенбаха (возрастные категории 8–9 и 10–11 лет), %

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР 8 – НИР 10	ЗИР 8 – ЗИР 10	НИРЛ 8 – НИРЛ 10
	Возрастные категории								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Эмоциональная реактивность	50	39,5	46,1	36,8	32,9	26,3	1,307	1,165	0,894
Беспокойство	60,5	46,1	50,0	38,2	26,3	15,8	1,782*	1,467	1,597
Соматические жалобы	77,6	51,3	39,5	27,6	28,9	18,4	3,446***	1,560	1,547
Отчуждение	25,0	36,8	23,7	35,5	19,7	38,2	1,584	1,603	2,546**
Проблемы со сном	52,6	31,6	40,8	35,5	25,0	13,2	2,645**	0,672	1,868*
Проблемы внимания	47,4	39,5	52,6	50,0	57,9	61,8	0,986	0,321	0,493
Агрессивное поведение	27,6	32,9	38,2	39,5	61,8	51,3	0,715	0,160	1,307
Аффективное проблемы	44,7	32,9	27,6	23,7	21,1	15,8	1,498	0,549	0,845
Тревожность	67,1	52,6	42,1	34,2	31,6	26,3	1,831*	1,005	0,721
Проблемы перверсивного характера	27,6	26,3	38,2	39,5	39,5	42,1	0,179	0,160	0,327
Гиперактивность	43,4	39,5	61,8	36,8	27,6	25,0	0,487	3,101***	0,364
Непослушание	36,8	42,1	53,9	51,3	47,4	48,7	0,666	0,321	0,160
Другие проблемы	22,4	36,8	35,5	43,4	51,3	50,0	1,960*	0,992	0,160

* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).
 ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).
 *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Наиболее ярко выражено снижение показателей с возрастом по шкале «соматические жалобы» ($p \leq 0,001$; $\varphi = 2,81$). Это говорит о том, что у здоровых испытуемых успешно развиваются адаптивные возможности и эмоциональная регуляция.

Характерно, что у испытуемых с когнитивными нарушениями не отмечается значимых различий показателей по данным шкалам, что свидетельствует о сниженной динамике эмоционально-личностного развития, проявлении ригидности и стереотипности паттернов поведения, а также о сниженной способности эмоционального реагирования на фрустрирующие ситуации [Черенева Е.А., Володенкова Е.А., Беляева О.Л., 2018].

Значимые различия в проявлении гиперактивности наблюдаются у испытуемых групп ЗИР: 61,8 % – в категории 8–9 лет и 36,8 % – в категории 10–11 лет ($p \leq 0,00$; $\varphi = 2,81$). Интересный факт обнаружен в процессе анализа различий по шкале «отчуждение»: у детей группы НИРЛ с возрастом увеличиваются значения показателей (в 8–9 лет – 19,7 %, а в 10–11 лет – 38,2 % испытуемых).

Резюмируя полученные по методике Ахенбаха данные, можно сделать следующие выводы. Оценка ответов родителей (матерей) позволила определить параметры детско-родительских взаимоотношений, влияющих на процесс формирования произвольной регуляции.

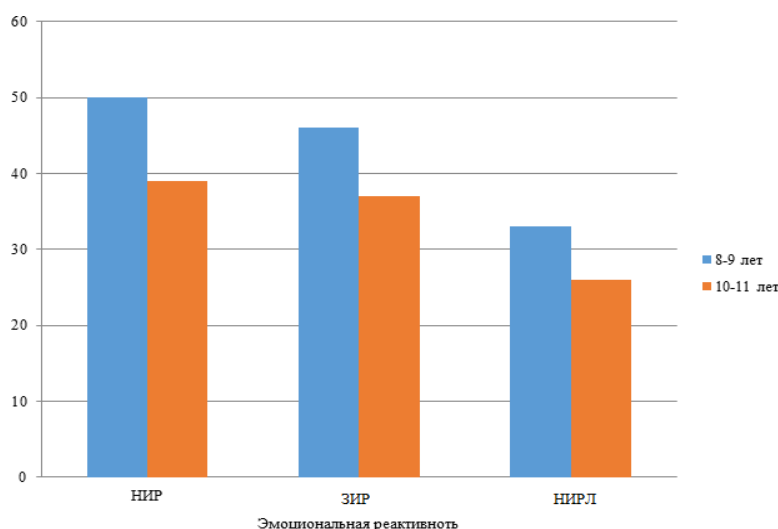


Рисунок 11 – Закономерность проявления эмоциональной реактивности

Установлены явные различия в показателях, обусловленные когнитивным дефицитом, а также возрастными изменениями. Результаты исследования эмоциональной реактивности позволяет говорить о гибкости и пластичности психической деятельности у здоровых испытуемых. Эмоциональная реактивность свидетельствует о скорости эмоционального реагирования (скорость «ответа»). Данная реакция является сложным физиологическим процессом, в котором задействованы корково-подкорковые структуры головного мозга. Закономерности эмоциональной реактивности проявляются в большей степени у здоровых 8–9-летних испытуемых (50 % респондентов); со снижением интеллекта снижается и количество реагирований в данной возрастной категории (47 % и 33 % испытуемых соответственно). Аналогичная тенденция отмечается и в возрастной категории 10–11-летних испытуемых: чем выше уровень интеллектуального развития, тем выше количественный показатель проявлений эмоциональной реактивности.

Напомним, что эмоциональная реактивность - значимый элемент процесса саморегуляции. Значения показателей данного параметра подтверждают факт влияния уровня интеллекта на формирование адекватного восприятия.

Идентичные показатели выявлены в процессе исследования параметра «беспокойство» (рисунок 12).

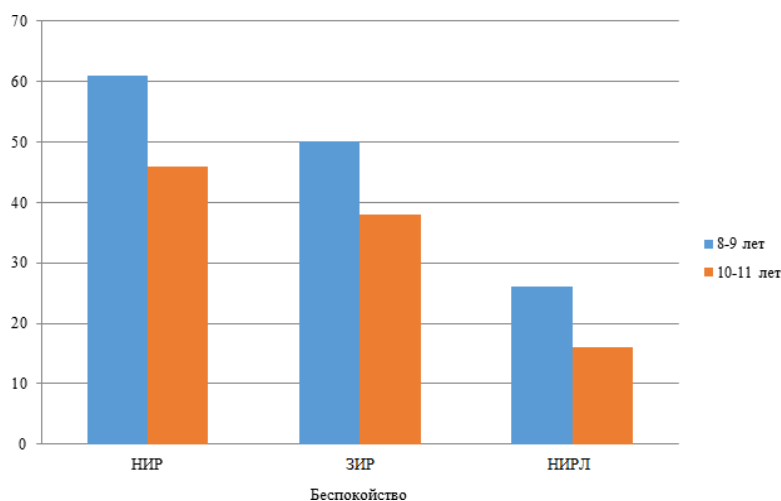


Рисунок 12 – Закономерность проявления беспокойства как элемента эмоционально-личностной сферы

Наиболее выражено проявляется данная характеристика у 8–9-летних испытуемых (61 %), и в меньшей степени – у 10–11-летних (17 %). В данном случае мы имеем дело и с когнитивным дефицитом, блокирующим активность переживаний и беспокойство.

Эмоциональная ригидность детей с когнитивным дефицитом работает как защитный механизм в процессе их развития. Данное обстоятельство мы учли при разработке психологической программы развития саморегуляции у испытуемых исследуемой категории.

При исследовании соматических жалоб (рисунок 13) высокие значения показателей зафиксированы у испытуемых группы НИРЛ – 29 % и 18 % в младшей и старшей возрастной категории соответственно. У здоровых испытуемых в возрасте 8–9 лет данный показатель составляет 78 %. Анализ медицинской документации подтверждает результаты методики. Испытуемые группы НИР испытывают проблемы со здоровьем в большей степени, нежели испытуемые групп ЗИР и НИРЛ.

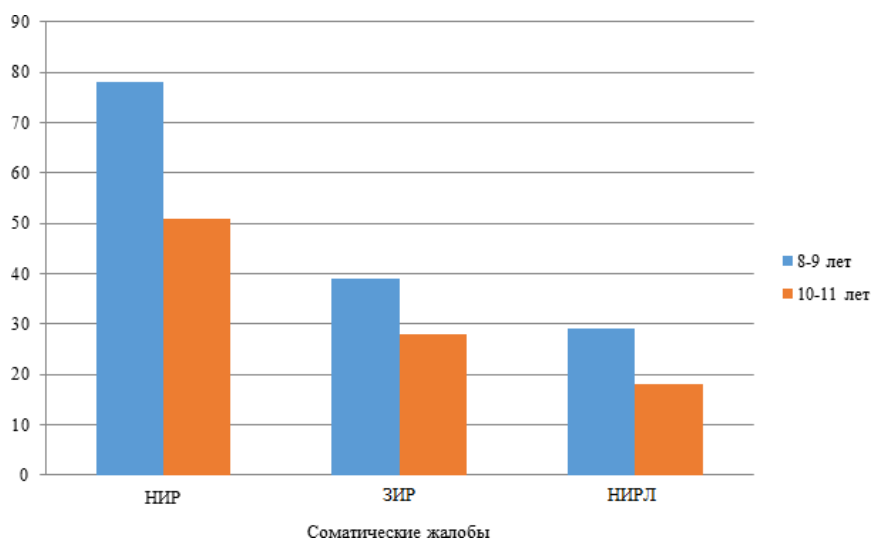


Рисунок 13 – Результаты анализа соматических жалоб как элемента эмоционально-личностной сферы

Согласно ответам матерей, у испытуемых всех групп в возрасте 10–11 лет отмечается отчуждение (рисунок 14), свойственное периоду формирования самостоятельности и позиции активного эгоцентризма. Наиболее выражен этот показатель у детей группы НИРЛ (35 %). Данное обстоятельство также было

учтено нами при разработке психологической программы сопровождения детей и родителей.

В ходе исследования такой характеристики здоровья, как «проблемы со сном» (рисунок 15), было установлено, что у здоровых испытуемых 8–9 лет данная проблема проявляется в большей степени (52 %), нежели у остальных. Минимальные значения данного показателя зафиксированы в группах ЗИР и НИРЛ возрастной категории 10–11 лет (14 %). По нашим наблюдениям, данный факт объясняется тем, что чем младше ребенок и чем выше уровень его интеллекта, тем более выражены проявления эмоционально-личностной сферы (страхи, тревоги, переживания). У здоровых детей ярко выражены практически все виды психологической защиты, наблюдается психическая активность, которая может конструктивно компенсироваться или вытесняться в сновидения (результаты корреляционных плеяд).

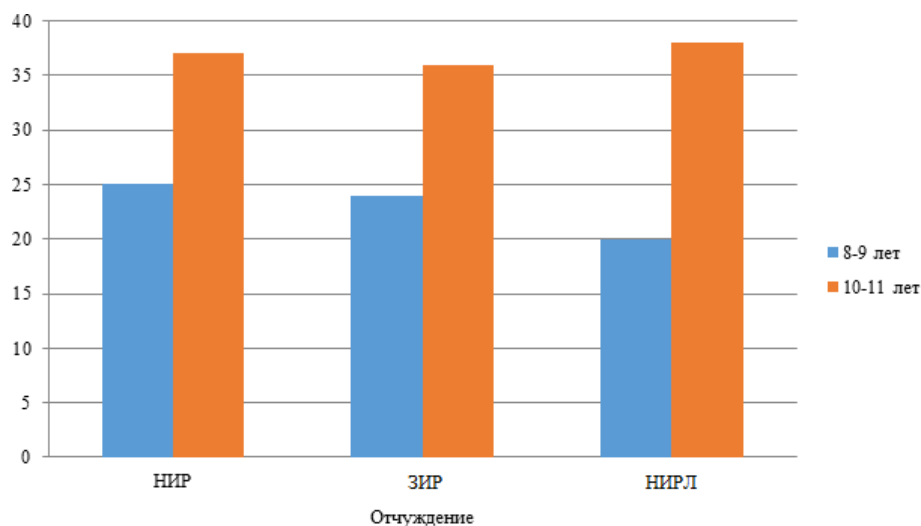


Рисунок 14 – Результаты тестирования родителей (матерей) испытуемых (возрастные категории 8–9 и 10–11 лет)

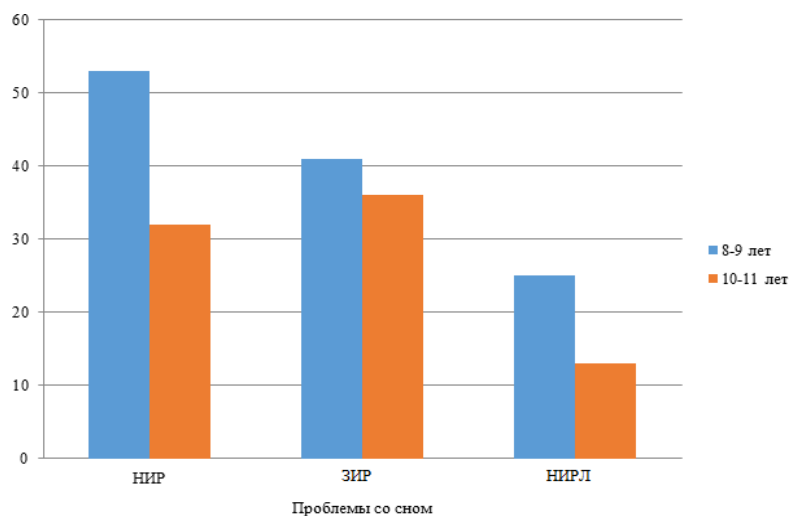


Рисунок 15 – Результаты анализа проблем со сном
как элемента эмоционально-личностной сферы

Анализ проблем внимания как одного из показателей адаптации позволил установить, что чем более выражен когнитивный дефицит, тем ниже значения показателей по данной шкале (рисунок 16). Результаты, которые продемонстрировали испытуемые группы НИРЛ 10–11 лет, по нашему мнению, обусловлены возрастными особенностями, связанными с изменением гормонального статуса. Отметим также, что в группах НИР и ЗИР зафиксирована тенденция улучшения навыка управления вниманием.

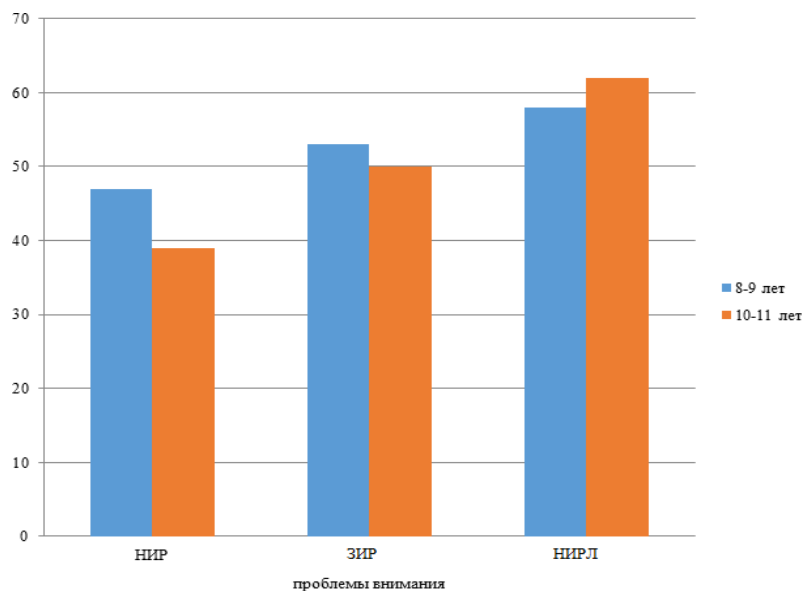


Рисунок 16 – Результаты анализа проблемы «внимание»
как элемента эмоционально-личностной сферы

Анализ агрессивности показал, что наиболее высокие значения по этой шкале наблюдаются у школьников группы НИРЛ в возрасте 8–9 лет (по свидетельству родителей). Установлена закономерность: чем выше степень когнитивного дефицита, тем выше значения показателей агрессивности (61 %). Комплексный анализ данного показателя (по методикам PARI, «Дом – Дерево – Человек») позволил выявить природу агрессии, которая обусловлена не наличием когнитивного дефекта, а в большей степени особенностями детско-родительских отношений (нарушением детско-материнской привязанности), нарушением социальных отношений со здоровыми сверстниками. Агрессия в данном случае проявляется как защитная или провоцирующая (привлекающая внимание) функция. При этом следует помнить, что у детей с когнитивным дефицитом страдает регулирующий компонент психической деятельности (рисунок 17).

Данные, полученные в процессе изучения аффективных проблем, подтверждают результаты исследования агрессивного поведения. Здесь также установлена прямая зависимость: чем выше интеллект, тем больше выражены аффективные проблемы.

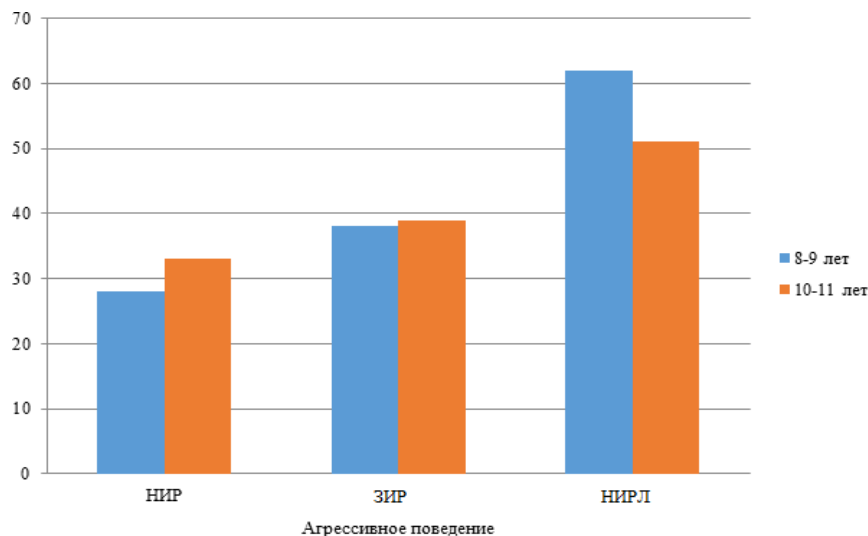


Рисунок 17 – Динамика изменений показателя «агрессивное поведение»

В группе НИР возрастной категории 8–9 летних значения данного показателя достигают 45 %, в группе НИРЛ (10–11 лет) – 21 %. На рисунке 18 графически отражена динамика изменений данного показателя. Таким образом,

чем выше интеллект, тем больше подавлены эмоции, которые трансформируются во внутриличностные конфликты и аффективные проблемы (рисунок 18).

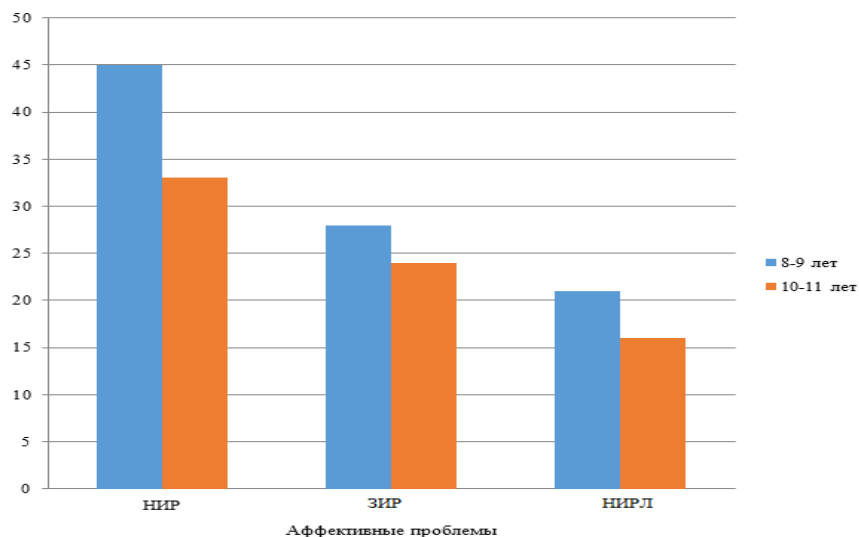


Рисунок 18 – Динамика изменений показателя «аффективные проблемы»

Аналогичные тенденции выявлены в процессе исследования такого показателя адаптации, как «тревожность»: наиболее ярко выражена тревожность у здоровых 8–9-летних испытуемых (68 %) и у 28 % 10–11-летних испытуемых группы НИРЛ. Результаты тестирования матерей респондентов позволяют говорить о взаимосвязи интеллекта и аффекта (рисунок 19).

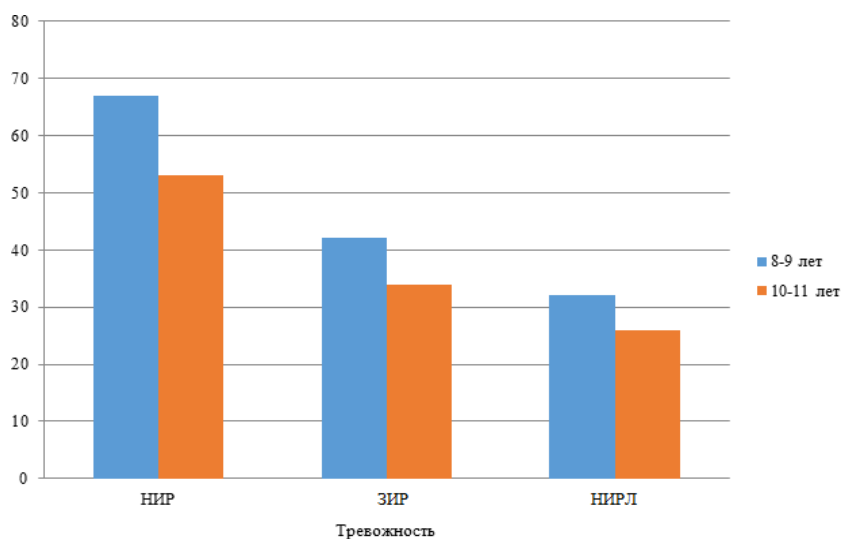


Рисунок 19 – Закономерность проявления взаимосвязи интеллекта и аффекта как элемента эмоционально-личностной сферы

Анализируя ответы матерей испытуемых по показателю «гиперактивность», мы установили, что его максимальные значения характерны для детей младшей возрастной категории группы ЗИР, которые имеют парциальный когнитивный дефицит, обусловленный церебро-органическими поражениями (рисунок 20).

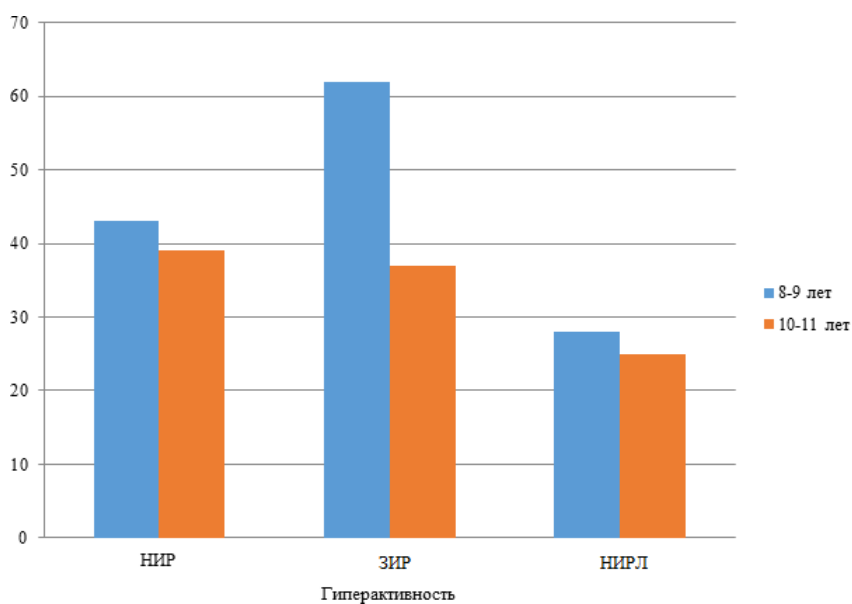


Рисунок 20 – Закономерность проявления гиперактивности как элемента эмоционально-личностной сферы

Это вызывает значительные затруднения в организации собственного поведения и формировании адаптивных стратегий (61 % испытуемых). Минимальные показатели представлены у испытуемых группы НИРЛ – 29 % и 25 %, соответственно в младшей и старшей возрастной категории.

Согласно результатам исследования матерей по опроснику Ахенбаха, наиболее ярко выражены проблемы с поведением у испытуемых группы ЗИР обеих возрастных категорий (53 % и 50 % соответственно). Минимальные значения данного показателя – у здоровых испытуемых 8–9 лет (38 % испытуемых). По нашему мнению, это обусловлено, с одной стороны, сохранными когнитивными способностями и, с другой – сформированностью регулирующего компонента деятельности. Однако необходимо отметить, что регулирующий компонент поведения снижается во всех группах испытуемых в возрасте 10–11 лет. По нашему мнению, данный факт обусловлен общей возрастной закономерностью (приближение

к пубертатному периоду, формирование протестных форм поведения, характерных для подросткового возраста) (рисунок 21).

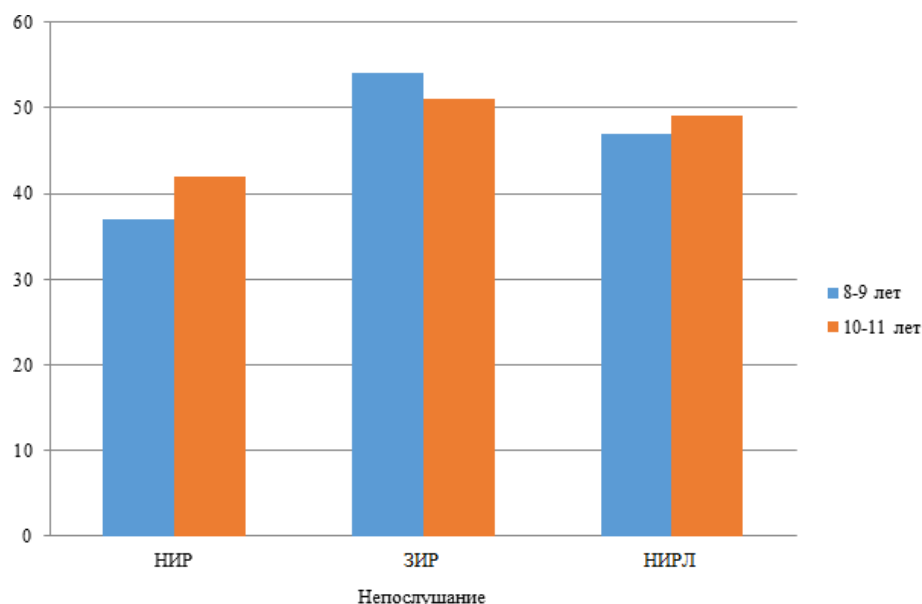


Рисунок 21 – Представления матерей о непослушании детей

Результаты исследования родительских установок (методика PARI)

позволили определить, насколько модели воспитания влияют на формирование саморегуляции поведения. Мы установили, что ключевую роль в формировании стратегий поведения играет социальное окружение (детско-родительские отношения). Формирование внутреннего мира ребенка зависит от детско-родительских отношений и родительских установок.

Результаты обследования испытуемых в возрасте 8–9 лет (таблица 29) по шкале «оптимальный эмоциональный контакт» показали, что во всех группах родители имеют примерно одинаковый уровень эмоциональных отношений со своими детьми. Но достоверность различий данного показателя в группах родителей ЗИР (42,1 %) и НИРЛ (27,6 %) значимы на уровне $p \leq 0,05$.

Аналогичная картина наблюдается при исследовании шкалы «излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» (НИР – 38,2 %, ЗИР – 47,4 %, НИРЛ – 32,9 %). Остановимся на анализе показателей шкалы «излишняя концентрация на ребенке».

Таблица 29 – Показатели межгрупповых различий в структуре родительских установок (возрастная группа 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Оптимальный эмоциональный контакт	28	36,8	32	42,1	21	27,6	0,666	1,221	1,886*
Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком	29	38,2	36	47,4	30	39,5	1,147	0,160	0,986
Излишняя концентрация на ребенке	19	25,0	8	10,5	25	32,9	2,386**	1,079	3,464***
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Наиболее сконцентрированы на процессе воспитания, проявляя гиперопеку, матери детей из группы НИРЛ (32,9 % респондентов), менее выражен этот показатель в группе ЗИР (10,5 % испытуемых). В группе НИР значение данного показателя 25,0 %. Достоверность различий между группами ЗИР – НИРЛ значима на уровне $p \leq 0,001$, между группами НИР – НИРЛ – на уровне $p \leq 0,01$.

Анализируя характеристики возрастной категории 10–11 лет (таблица 30), отметили рост показателя «эмоциональный контакт» во всех группах испытуемых: НИР – 46,1 %, ЗИР – 44,7 %, НИРЛ – 51,3 %; достоверных различий не отмечено. Эти данные свидетельствуют об отсутствии явных нарушений эмоционального взаимодействия между родителями и детьми в группах ЗИР и НИРЛ.

Идентичные результаты нами получены при исследовании шкалы «излишняя эмоциональная дистанция» с ребенком. Значения показателей демонстрируют эмоциональное принятие респондентами испытуемых (в группе НИР – 26,3 %, в группе ЗИР – 25,0 %, в группе НИРЛ – 21,1 %). Значит, ментальный дефект не является явным фактором в эмоциональном отвержении.

Шкала «излишняя концентрация на ребенке» также не отражает достоверных различий в показателях.

Таблица 30 – Показатели межгрупповых различий в структуре родительских установок (возрастная группа 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%	Кол- во чел.	%			
Оптимальный эмоциональный контакт	35	46,1	34	44,7	39	51,3	0,173	0,641	0,814
Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком	20	26,3	19	25,0	16	21,1	0,185	0,752	0,567
Излишняя концентрация на ребенке	21	27,6	23	30,3	21	27,6	0,382	0,012	0,370

Для определения достоверности межвозрастных различий в структуре родительских установок мы использовали критерий Пирсона (χ^2) (таблица 31). В первой возрастной категории (8–9 лет) установлены следующие тенденции: в группах НИР – ЗИР различия достоверны, в группах НИР – НИРЛ различий не выявлено, в группах ЗИР – НИРЛ различия высоко значимы.

Во второй возрастной категории в группах НИР – ЗИР различий не выявлено, в группах ЗИР – НИРЛ различий не выявлено, но интересен факт, что в группах НИР – НИРЛ также не выявлено различий. Эти результаты подтверждают, что когнитивные нарушения не являются главным фактором, определяющим стратегию формирования детско-родительского отношений.

Таблица 31 – Показатели возрастных различий в структуре родительских установок по критерию Пирсона (возрастные группы 8–9 и 10–11 лет)

Возрастная категория	НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
8–9 лет	$\chi^2 = 5,502$; $p < 0,08$ Тенденция к достоверным различиям	$\chi^2 = 1,835$; $p < 0,4$ Различий не выявлено	$\chi^2 = 11,59$; $p < 0,003$ Высоко значимые различия
10–11 лет	$\chi^2 = 0,13$; $p < 0,94$ Различий не выявлено	$\chi^2 = 0,66$; $p < 0,72$ Различий не выявлено	$\chi^2 = 0,69$; $p < 0,71$ Различий не выявлено

Результаты, представленные в таблице 31, мы сравнили с результатами, полученными в ходе применения методики САТ.

По данной методике выделено две большие группы комплексов родительских установок (таблица 32). Охарактеризуем комплекс родительских установок «**Отношение к семейной роли**». Показатели шкалы «ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье» демонстрируют примерно одинаковый уровень значимый, не указывающих на значимые различия относительно возраста; различия есть у групп НИРЛ (на уровне $p \leq 0,01$); матери 8–9-летних детей показывают более высокие значения показателя (51,3 %), нежели матери 10–11-летних школьников.

По шкале «ощущение самопожертвования в роли матери» показатели выражены примерно одинаково во всех группах; различия на значимом уровне не выявлено. Показатели по шкале «семейные конфликты» выше в семьях, воспитывающих детей с нарушенным интеллектом (92,1 %).

По шкале «сверхавторитет родителей» максимальные показатели – в семьях, воспитывающих здоровых детей (56,6 % и 55,3 % в младшей и старшей возрастной группе соответственно); общей тенденцией является то, что показатели не имеют значимых внутригрупповых различий.

Шкала «неудовлетворенность ролью хозяйки дома» представлена различными значениями, отражающими эмоциональное напряжение внутри семьи (в группе НИР – 42,1 % и 48,7 %, в группе НИРЛ – 30,3 % и 26,3 % соответственных первой и второй возрастной категории).

По шкале «безучастность мужа, его невключенность в дела семьи» отмечаются высокие показатели в группах НИР и НИРЛ во всех возрастных категориях. Минимальные значения – в группах ЗИР (27,6 % и 35,5 % случаев).

Показатель «доминирование матери» имеет высокие значения в группах НИРЛ – 60,3 % и 51,3 %; достоверных различий не выявлено.

По шкале «зависимость и несамостоятельность матери» высокие результаты зафиксированы во всех группах.

Таблица 32 – Показатели межвозрастных различий в структуре родительских установок (возрастные группы 8–9 и 10–11 лет), %

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР 8 – НИР 10	ЗИР 8 – ЗИР 10	НИРЛ 8 – НИРЛ 10
	Возрастная категория								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
<i>Отношение к семейной роли</i>									
Ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье	34,2	26,3	42,1	43,4	51,3	32,9	1,060	0,160	2,299**
Ощущение самопожертвования в роли матери	35,5	30,3	39,5	31,6	25,0	26,3	0,684	1,017	0,185
Семейные конфликты	64,5	68,4	65,8	72,4	90,8	92,1	0,499	0,882	0,290
Сверхавторитет родителей	56,6	55,3	31,6	38,2	23,7	30,3	0,160	0,857	0,918
Неудовлетворенность ролью хозяйки дома	42,1	48,7	26,3	43,4	30,3	26,3	0,820	2,225*	0,549
«Безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи	51,3	48,7	27,6	35,5	56,6	52,6	0,321	1,054	0,493
Доминирование матери	56,6	42,1	38,2	36,8	60,5	51,3	1,794*	0,179*	1,140
Зависимость и несамостоятельность матери	48,7	39,5	55,3	40,8	36,8	38,2	1,147	1,794*	0,179
<i>Отношение родителей к ребенку</i>									
1. Оптимальный эмоциональный контакт									
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	38,2	26,3	42,1	39,5	23,7	19,7	1,578	0,327	0,598
Партнерские отношения	64,5	64,5	40,8	50,0	28,9	40,8	0	1,140	1,547
Развитие активности ребенка	68,4	78,9	51,3	55,3	34,2	51,3	1,473	0,493	2,145*
Уравнительные отношения между родителями и ребенком	21,1	26,3	38,2	32,9	3,9	5,3	0,752	0,684	0,413
2. Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком									
Раздражительность, вспыльчивость	48,7	39,5	55,3	63,2	53,9	50,0	1,147	0,992	0,481

Окончание таблицы 32

Суровость, излишняя строгость	35,5	32,9	53,9	51,3	31,6	39,5	0,339	0,321	1,017
Уклонение от контакта с ребенком	36,8	32,9	34,2	36,8	55,3	50,0	0,505	0,339	0,653
3. Излишняя концентрация на ребенке									
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	44,7	47,4	34,2	39,5	26,3	28,9	0,333	0,678	0,358
Преодоление сопротивления, подавление воли	36,8	39,5	61,8	52,6	52,6	51,3	0,339	1,147	0,160
Создание безопасности, опасение обидеть	30,3	26,3	23,7	31,6	19,7	21,1	0,549	1,091	0,216
Исключение внесемейных влияний	23,7	31,6	13,2	23,7	13,2	19,7	1,091	1,683*	1,085
Подавление агрессивности	48,7	55,3	56,6	60,5	57,9	53,9	0,814	0,487	0,493
Подавление сексуальности	50,0	42,1	48,7	44,7	52,6	50,0	0,980	0,370	0,321
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	39,5	35,5	42,1	26,3	32,9	19,7	0,505	2,065*	1,862*
Стремление ускорить развитие ребенка	64,5	52,6	56,6	34,2	23,7	13,2	1,621	2,799**	1,683*
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

«Отношение родителей к ребенку» подразделяется на три группы шкал.

Группа 1. Оптимальный эмоциональный контакт. По шкале «побуждение словесных проявлений, вербализаций» максимальные значения показателей – у родителей групп ЗИР (42,1 % и 39,5 %), в меньшей степени словесное побуждение используют родители в группе НИРЛ. Необходимо отметить, что поскольку современная тенденция детско-родительских отношений характеризуется нарушением коммуникативного взаимодействия, низкие результаты зафиксированы и в группе здоровых детей (38,2 % и 26,3 %).

Партнерские отношения преобладают (без возрастных различий) у здоровых испытуемых (64,5 %); также высокие показатели – у испытуемых группы ЗИР (40,8 % и 50,0 %); значительный прирост с возрастом зафиксирован в

группе НИРЛ (28,9 % и 40,8 %). Достоверности возрастных различий по группам не выявлены.

Исследование шкалы «развитие активности ребенка» показывает уравнивательные отношения между родителями и ребенком во всех группах испытуемых; достоверных различий относительно возрастных изменений не выявлено. У здоровых испытуемых данный параметр имеет более высокие значения, нежели в группах НИРЛ.

Группа 2. Излишняя эмоциональная дистанция родителей с ребенком. По шкале «раздражительность, вспыльчивость» не отмечено достоверно значимых различий, которые проявляются с возрастом. Во всех возрастных категориях определены примерно одинаковые показатели. Так, например, более эмоциональны и эмоционально несдержанны матери детей группы ЗИР, на втором месте – матери детей группы НИРЛ; более сдержанны матери здоровых детей.

Более суровы и строги матери детей группы ЗИР (53,9 % и 51,3 %). Показатели групп НИР и НИРЛ примерно одинаковы, достоверных различий не выявлено.

По шкале «уклонение от контакта с ребенком» наиболее выраженные показатели – в группе НИРЛ (55,3 % и 50,0 %). Показатели в группах НИР и ЗИР в обеих возрастных категориях имеют примерно одинаковые значения и не имеют достоверных различий.

Анализ возрастных различий по группе родительских установок «*излишняя концентрация на ребенке*» позволил сделать следующие выводы. По шкале «чрезмерная забота, установление отношений зависимости» не отмечается достоверных различий в проявлениях данного параметра, при этом есть общая тенденция: наиболее выражен этот показатель у здоровых детей (44,7 и 47,4 %). Можно утверждать, что матери здоровых детей проявляют заботу в большей степени, формируя психологическую зависимость, нежели родители детей с ментальными нарушениями во всех возрастных категориях (в наименьшей

степени показатель выражен в группе НИРЛ). Во всех группах обнаружен факт прироста показателей с возрастом.

По шкале «преодоление сопротивления, подавление воли» между группами испытуемых не выявлено значимых различий, но отмечена тенденция роста значений в группах ЗИР и НИРЛ.

По шкале «создание безопасности, опасение обидеть» также не выявлено достоверных различий показателей (значения примерно одинаковы по всем группам).

Показатели по шкале «исключение внесемейных влияний» демонстрируют достоверные различия на уровне $p \leq 0,05$ в группе ЗИР. Это свидетельствует о том, что матери 10–11-летних испытуемых группы ЗИР проявляют высокий уровень гиперопеки.

Максимально выражен в этой группе показатель «подавление агрессивности» (60,5 %). Аналогичные показатели зафиксированы по шкале «подавленная сексуальность».

Показатели по шкале «чрезмерное вмешательство в мир ребенка» убедительно свидетельствуют, что с возрастом родители детей из групп ЗИР и НИРЛ имеют меньший фактор вмешательства, нежели матери здоровых детей ($p \leq 0,05$). Показатель «стремление ускорить развитие ребенка» с возрастом демонстрирует отрицательную тенденцию в группах ЗИР и НИРЛ. В группе ЗИР $p \leq 0,01$; в группе НИРЛ $p \leq 0,05$ (таблица 32).

Анализируя межвострастные различия в структуре родительских установок на материале обеих возрастных категорий, мы пришли к выводу, что наличие нарушений когнитивного здоровья испытуемых влияет на формирование социальной роли родителя (таблица 33).

Для выявления механизмов формирования патопсихологической модели саморегуляции и адаптивных стратегий поведения у исследуемого контингента необходимо понимать особенности детско-родительских отношений и эмоционального принятия ребенка с когнитивным дефицитом.

Таблица 33 – Показатели возрастных различий в структуре родительских установок (возрастные группы 8–9 и 10–11 лет)

НИР 8–9 лет – НИР 10–11 лет	ЗИР 8–9 лет – ЗИР 10–11 лет	НИРЛ 8–9 лет – НИРЛ 10–11 лет
2,53; $p < 0,28$ Различий не выявлено	12,57; $p < 0,0017$ Высоко значимые различия	10,01; $p < 0,007$ Высоко значимые различия

Для достижения этой цели мы разработали структурированное клиническое интервью для родителей детей с когнитивным дефицитом (приложение Д). В ходе анализа ответов и невербального поведения родителей мы получили следующие результаты.

Как правило, матери ведут себя агрессивно не только по отношению к ребенку, но и по отношению к мужу и окружающим. У этих мам преобладает чувство вины и стыда за своего ребенка. Эта группа родителей не видит перспектив в развитии ребенка, прогнозирует для него низкий социальный статус (например: «будет грузчиком лука»).

Причем необходимо отметить, что уровень когнитивного дефицита не связан с ожиданиями и отношением к ребенку. У родителей уровень требований может быть одинаково завышен по отношению к детям как с легким, так и с выраженным когнитивным дефицитом.

При ответе на вопрос **«Когда беспокоящие моменты возникли впервые?»** большинство родителей детей с когнитивным дефицитом (76 %) ответили, что стали замечать это, когда их дети в возрасте 2,5–3 лет играли со сверстниками (в детском саду, на игровой площадке). Как правило, это были семьи с первым ребенком. При наличии старших детей факт отставания в развитии родители замечали раньше, к 1–1,5 годам.

Отвечая на вопрос **«Когда это стало заметным?»** родители могли путаться. Отцы были безучастны (78 %), матери – более внимательны к детскому развитию.

Многие мамы отмечали, что особенности развития ребенка начинали им мешать, когда ребенок вел себя нестандартно в кругу знакомых/незнакомых людей

(кричал, плакал, не мог хорошо и внятно говорить, отвечать на вопросы и пр.). Для женщин значимым оказался факт внешнего вида (привлекательности) ребенка.

При описании своих эмоций и состояний (вопрос «**Когда Вы (мама) это видите, когда Вы с этим сталкиваетесь, что с Вами происходит? Что Вы испытываете? Что физически с Вами происходит?**») большинство матерей, рассказывая о своих чувствах и переживаниях, очень волновались, у них отмечалось учащенное сердцебиение, слезы, ускоренное дыхание. Это свидетельствует о том, что проблема когнитивных дефицитов и несоответствие реальности ожиданиям глубоко отражаются на эмоционально-личностной сфере.

Родители используют различные модели взаимодействия с детьми. Многие используют агрессивные и директивные формы взаимодействия с ребенком. Такие родители в своих ответах говорят: «Он ничего не соображает, нужно всюду его пинать» или «Это мой крест и беда». Эта группа родителей может применять физическую агрессию по отношению к ребенку (пинки, шлепки). Вербальная же агрессия проявляется в виде насмешек, укоров, сарказма и пр. Некоторые родители используют технологии гиперопеки или попустительства. Как правило, такие родители говорят: «Он же у нас проблемный» или «Я так тяжело его родила» или «Это наш ребенок, который нас объединил» и др.

В ходе анализа ответов на вопрос «**Что Вам удается сделать?**» мы выяснили, что многие родители используют неэффективные технологии взаимодействия с детьми, не добиваясь нужного результата. Как правило, таким родителям не хватает специальных знаний о развитии ребенка (ориентиром для сравнения являются сверстники), а также личностных компетенций (принятие ребенка, терпение, регуляция собственных эмоций и состояний).

Отвечая на вопрос «**Кто или что Вам помогает в эти моменты себя сохранять или поддерживать?**», большинство родителей отмечают, что помогают бабушки: родители отдают детей бабушке, а сами могут переключиться и передохнуть. Но в последнее время родители начали приглашать нянь или воспитателей со специальными знаниями.

В ходе интервью мы выяснили, что многие родители (86 %) детей дошкольного возраста посещали различные коррекционно-развивающие занятия, чтобы скорректировать дефекты ребенка. Была выявлена категория родителей, которые не стремились активно принимать участие в коррекционно-развивающих мероприятиях, а перекладывали ответственность на специалистов («Сделайте с ним что-нибудь, чтобы он был нормальным!»). В периоды продолжительного терапевтического вмешательства многие родители эмоционально выгорали и вымещали агрессию, недовольство на своих детях.

На вопрос «**Когда Вы «выдыхаете»?**» отвечали: «Как проснулся ребенок – уже выгорел» или «Когда ребенок возвращается с занятий (из детского сада)». Однако многие родители (37 %) способны принимать особенности ребенка, участвовать в его развитии. Как правило, такой тип поведения родителя свидетельствует о принятии ребенка.

Анализируя ответы на вопрос «**Становится ли лучше или хуже с течением времени?**», мы выяснили, что, к сожалению, зачастую родители не замечают изменений в ребенке и/или слабо реагируют на комментарии специалистов, которые стараются обратить их внимание на успехи ребенка. Как правило, большинство родителей (85 %) считают, что изменения происходят очень медленно, не видно результатов. Особенно высоки ожидания положительных результатов от платных коррекционно-развивающих занятий. Это в определенной степени формирует дополнительную агрессию по отношению к ребенку, если не происходит изменений в его здоровье.

На вопрос «**Испытываете ли Вы досаду по отношению к своему ребенку?**» большинство родителей ответили признаниями: «Я думала, что это со мной не случится»; «Это мне наказание»; «Я расстроена (огорчена, раздосадована), что у меня такой ребенок. Он помешал моей карьере (или успешному замужеству)».

И большинство родителей (89 %) не видят перспектив для детей с когнитивным дефицитом. Они сосредоточены на неуспешном процессе коррекции здоровья ребенка, неуспешном социальном (трудовом) пути или же

рассматривают его как обузу (34 %). Однако есть родители (47 %), которые верят в положительные изменения в здоровье своих детей и успешную интеграцию их в общество.

Второй блок интервью был нацелен на выяснение знаний родителей о природе проблем когнитивных нарушений в детском возрасте. Эти вопросы помогли нам представить информационную осведомленность родителей.

Отвечая на вопрос **«Что Вы думаете о причинах тех особенностей ребенка, которые Вас беспокоят?»** родители показали неплохие знания о когнитивных нарушениях в развитии их детей. Как правило, источником информации были ресурсы интернета (66 % респондентов ссылались на ряд профессиональных сайтов, а также на сайты для родителей). 34 % респондентов обратились за помощью к специалистам.

Большинство родителей жаловались, что информация из интернета более «достоверна и надежна при постановке диагноза ребенку». Часто родители находятся в панике, когда идет процедура диагностики и постановки диагноза. Бывает, что они не сразу принимают диагноз ребенка, обращаются к другим специалистам для опровержения. Многие матери рассказывают, что многократно меняли специалистов, учреждения при выборе системы коррекции нарушений в здоровье их детей.

Многие родители отмечали, что чаще всего понимание особенностей нарушений в здоровье ребенка с когнитивным дефицитом их несколько успокоило, заставило обратиться к вопросам воспитания и коррекции нарушений в здоровье детей. Но не все респонденты приобретали душевное равновесие и понимание траектории развития ребенка, многие долгое время не доверяют мнению специалистов о выборе адекватных методов коррекции нарушений в здоровье исследуемого контингента.

При анализе ответов третьего блока интервью (направленность действий) мы смогли установить типы родительского отношения к ребенку, а также определить потребности респондентов в необходимой помощи.

На вопрос **«Какие действия, на Ваш взгляд, необходимо предпринять, чтобы улучшить ситуацию?»** 67 % респондентов ответили, что их семьи нуждаются в комплексной помощи, направленной на коррекцию нарушений в здоровье детей с когнитивным дефицитом; для этого необходимо совершенствование государственной системы помощи. 25 % респондентов ответили, что поддержка нужна родителям; 45 % матерей считают, что следует улучшить систему сопровождения детей с когнитивным дефицитом, например, в детских учреждениях ввести ставки воспитателей, тьюторов и пр. Наличие такого персонала позволит матерям иметь свободное время для себя, для решения бытовых вопросов по дому и профессиональных задач.

На вопрос **«По Вашему мнению, какая идеальная помощь должна быть при сопровождении развития Вашего ребенка?»** большинство родителей ответили, что необходимо создать государственную систему, которая будет полностью сопровождать ребенка с когнитивным дефицитом. 39 % респондентов выразили готовность передать учреждениям ответственность за принятие решения о выборе маршрута коррекции нарушений здоровья их детей.

Практически все родители (93 %), отвечая на вопрос **«Нужна ли Вам поддержка и помощь? Что бы Вы хотели изменить в этой ситуации?»**, выразили готовность получить дополнительную поддержку и помощь. 45 % нуждаются в свободном времени, 34 % высказали мнение о необходимости дополнительной информации о развитии и воспитании детей, 14 % респондентов пожелали получить соответствующее образование, которое поможет им лучше понять своего ребенка.

Отвечая на вопрос **«Позволяете ли вы ребенку совершать ошибки? Как наказываете за ошибки?»**, многие родители ответили отрицательно (72 %), объясняя это тем, что их ребенок не способен принять решение, он будет ошибаться, «будет тратить мое время, а я всегда тороплюсь» и пр. Это говорит о том, что многие родители излишне опекают своих детей, не дают им шанса на собственные ошибки и выбор. А это в свою очередь формирует безвольность, безынициативность, а в некоторых случаях – протестные и демонстративные

формы поведения. Данный факт мы учли при разработке программ коррекции детского поведения и моделей взаимодействия в структуре детско-родительских отношений.

На вопрос **«Хвалите ли Вы своего ребенка? Что может Вас порадовать?»** многие родители ответили, что хвалят своих детей (68 %), что дети могут их порадовать успехами в школе, творческими работами. Но есть группа родителей, которые не хвалят своих детей и не радуются их успехам. Как правило, отношение родителей к своим детям с когнитивным дефицитом носит личную глубинную мотивацию, которая свидетельствует о неприятии своего ребенка и его особенностей.

Ответы на вопрос **«Если бы была возможность, Вы бы изменили своего ребенка? Что именно хотите в нем изменить?»** показали отношение родителей к своим детям. Большинство родителей (74 %) хотели бы изменить своего ребенка. Некоторые родители признались, что хотят изменить уровень когнитивного развития ребенка, хотят для него лучших перспектив и социальных отношений.

Предлагаемые для беседы с родителями вопросы носят примерный характер и могут быть видоизменены в зависимости от контекста беседы, особенностей ребенка или родителей, стадии проживания семьей ситуации и множества других факторов. Данный опросник поможет специалисту структурировать беседу с родителями, диагностировать их эмоциональное состояние и, возможно, определить некоторые векторы коррекционной помощи конкретной семье.

Исследование влияния детско-родительских отношений в структуре патопсихологической модели саморегуляции у детей с нарушениями когнитивного здоровья показал, что данный фактор играет основополагающую роль для всех групп испытуемых. Установлено, что когнитивный дефект ребенка влияет на психоэмоциональный статус матери и психологический климат в семье. Родители детей с когнитивным дефицитом более склонны, чем родители здоровых детей, воспринимать свою роль как положение, требующее жертв и лишений. Выявлена тенденция, отражающая, что родители детей с когнитивным дефицитом более склонны, чем родители здоровых детей, требовать от ребенка

безоговорочного послушания и дисциплины. Они стараются во всем навязать ребенку свою волю; они не в состоянии встать на его точку зрения, склонны к суровым наказаниям. Эти и другие данные позволяют говорить о деструктивных межличностных отношениях в семьях, воспитывающих детей с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом; такой тип отношений влияет на саморегуляцию и здоровье в детском возрасте.

4.2 Психологические факторы, определяющие проявления саморегуляции в норме и при нарушениях когнитивного здоровья

Комплексный теоретико-экспериментальный анализ личностных характеристик детей с нарушением когнитивного здоровья позволил разработать структурно-функциональную патопсихологическую модель саморегуляции. В основу патопсихологической модели саморегуляции положены основные принципы анализа, принятые в медицинской психологии, поведенческой психологии, гештальтпсихологии: принцип анализа структуры дефекта, принцип детерминизма психических явлений, принцип активности психических явлений, принцип отражения, принцип субъект-объектных отношений [Черенева Е.А., Елтышева Н.В., Беляева О.Л. Брюховских Л.А., 2018].

Саморегуляция является базисным процессом при формировании психики. Основополагающие механизмы саморегуляции – когнитивные, личностные и средовые факторы. Специфика взаимосвязи данных факторов определяет уровень когнитивного здоровья индивида. Наше исследование показало, что саморегуляция, благодаря динамическим свойствам, является одним из диагностических критериев, позволяющих оценить когнитивное здоровье личности.

Охарактеризуем механизмы проявления выделенных нами уровней в структуре патопсихологической модели саморегуляции.

Когнитивный уровень является одним из важных компонентов саморегуляции, уровень развития интеллекта определяет стратегию поведения и саморегуляции в целом. Это подтверждено нашими данными, полученными в процессе изучения стратегий поведения и компонентов саморегуляции. Примером

служит доказательство того, что в двух возрастных категориях отмечаются одинаковые тенденции: у испытуемых с клиническим диагнозом F 70 преобладают неадаптивные стратегии, а во-вторых, просматривается наличие дефицитов планирования и достижения цели действия (также у данной группы испытуемых). Вместе с тем внутри клинической группы у испытуемых с когнитивным дефицитом отмечены различия, характеризующие не только саморегуляцию, но и динамические свойства мышления (ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации)). Данные психологические особенности отсутствуют у испытуемых с нормотипичным развитием.

Установлено, что особенности мышления играют существенную роль при формировании новых моделей поведения. Это нашло отражение в результатах диагностики по методике САТ при анализе защитных механизмов (таблица 34).

Таблица 34 – Показатели соотношения адаптивных стратегий с защитными механизмами

Защитный механизм	Адаптивные стратегии						По всем группам
	НИР	ЗИР	НИРЛ	НИР	ЗИР	НИРЛ	
	8–9 лет	8–9 лет	8–9 лет	10–11 лет	10–11 лет	10–11 лет	
Интеллектуализация	–0,183	–0,065	Невозможно оценить, так как в группе нет данной защитной стратегии	–0,006	–0,094	Невозможно оценить, так как в группе нет данной защитной стратегии	0,024
Вытеснение	0,14	–0,099	–0,049	0,142	0,119	–0,014	0,061
Регрессия	–0,207	0,184	–0,111	–0,121	0,111	0,334*	0,003
Замещение	0,164	–0,019	–0,117	0,062	–0,007	–0,143	0,006
Отрицание	–0,06	–0,049	–0,049	0,055	–0,043	0,012	–0,057
Проекция	0,101	0,014	–0,181	–0,371*	0,087	–0,105	–0,050
Компенсация	0,039	0,132	0,046	0,078	–0,13	0,129	0,086
Реактивность	–0,044	–0,009	–0,05	–0,015	0,02	0,093	0,049
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.							

Испытуемые с когнитивными дефицитами в возрасте 8–9 лет выбирают более простые защитные механизмы: регрессия более выражена у детей с нарушенным интеллектом (достоверность различий со здоровыми испытуемыми $p \leq 0,001$).

Защита по типу отрицания также более выражена у детей с нарушенным интеллектуальным развитием (группа НИРЛ – 71,1 %), достоверность различий показателей с группой НИР значима на уровне $p \leq 0,01$. Механизм «проекция» наиболее ярко проявляется у испытуемых с нарушенным интеллектом, достоверность различий со здоровыми сверстниками – на уровне $p \leq 0,01$. Компенсаторные психические механизмы эффективно проявляются у здоровых испытуемых (63,2 %), менее выражены – у испытуемых с нарушенным интеллектом (27,6 %).

Мы установили, что формирование защитных механизмов влияет на стратегии поведения и зависит от уровня когнитивного развития (таблица 34).

Наиболее выражен защитный механизм, влияющий на адаптивные стратегии поведения у детей с группы НИРЛ в 10–11 лет, – это «регрессия». Это означает, что данный защитный механизм является значимым при формировании адаптивных стратегий. Также мы обнаружили, что защитный механизм «проекция», который соотносится с неадаптивными стратегиями, выявлен у здоровых испытуемых 10–11 лет.

Личностно-смысловой уровень отражает содержание внутреннего мира испытуемых, которое реализуется в двух формах. Первая (субъективная) форма существования личностного смысла – это эмоциональное переживание. Вторая форма представляет собой вербализацию личностного смысла, воплощение его в определенной системе общественно выработанных и зафиксированных значений. Хотя личностный смысл и представлен как образующая сознания, однако уходит корнями в порождающую его деятельность или систему деятельностей. Реконструкция смысла возможна со стороны субъекта только «обходным путем», через анализ конкретной деятельности, включающей и логический анализ эмоциональных проявлений, и анализ результатов деятельности. Данные личностных смыслов представлены в результатах исследования по проективной методике САТ и по графическим тестам «Дом – Дерево – Человек» и «Звезды и волны». Данные методики

позволяли определить особенности образного мира и внутренние переживания испытуемых.

Личностный смысл складывается в объективной системе движения реальной жизни и не может быть полностью отождествлен ни с переживанием, ни с вербальным освоением смыслового содержания. Следовательно, будучи «образующей» сознания, личностный смысл имеет как бы и объективную форму существования в виде объективного отношения к целям, средствам, предметам, включенным в деятельность с точки зрения ее смыслообразующего мотива.

Важным компонентом лично-смыслового уровня является установка, которая формируется на основе индивидуально-личностного опыта в системе детско-родительских отношений. Установки выражают и реализуют в деятельности определенные личностные смыслы, способные влиять на выбор мотивов в тех или иных обстоятельствах. Используя методики «Опросник Ахенбаха» и тест PARI, мы определили влияние детско-родительских (материнских) установок на формирование установок у испытуемых всех категорий. С помощью структурированного интервью с матерями, имеющими детей с когнитивным дефицитом, выявлена значимость и первоочередность родительских установок и особенностей принятия своего ребенка. Мы определили также, что отцы детей с когнитивным дефицитом в меньшей степени взаимодействуют с детьми, чем отцы детей без нарушений здоровья, они остаются пассивными и безучастными.

С помощью методики САТ установлено, что уровень интеллекта незначительно влияет на формирование установок у исследуемого контингента. По параметрам самооценки и уровня притязаний определены значимые различия в аспекте снижения этих показателей у детей с когнитивным дефицитом. Уровень различий между значениями показателей у испытуемых групп НИР и НИРЛ в 8–9 лет – 7,64 ($p < 0,02$); в 9–10 лет отмечаются высоко значимые различия – 12,86 ($p < 0,0016$).

Проективная методика САТ раскрывает содержание внутреннего мира младших школьников, с ее помощью определяют компоненты саморегуляции: активность/пассивность, конфликтность, потребности и психологическую защиту.

Результаты ее выполнения детьми позволили определить механизмы саморегуляции в норме и при когнитивном дефиците. В ходе исследования установлено, что на личностно-смысловой уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции исследуемого контингента (таблица 35), влияют детско-родительские отношения и установки.

Таблица 35 – Соотношение показателей оптимального эмоционального контакта и стратегий поведения

Тип эмоционального контакта	Адаптивные стратегии						Среднее значение по всем группам
	НИР	ЗИР	НИРЛ	НИР	ЗИР	НИРЛ	
	8–9 лет	8–9 лет	8–9 лет	10–11 лет	10–11 лет	10–11 лет	
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	0,10	–0,14	0,15	–0,03	–0,10	–0,03	0,01
Партнерские отношения	–0,07	0,02	–0,07	0,28*	–0,07	0,13	0,07
Развитие активности ребенка	0,04	–0,20	0,03	–0,01	–0,09	–0,14	–0,02
Уравнительные отношения между родителями и ребенком	–0,08	0,01	–0,13	–0,30*	–0,10	–0,06	–0,05
* $p \leq 0,05$.							
** $p \leq 0,01$.							

Полученные результаты демонстрируют, что выбор адаптивных стратегий поведения зависит от партнерских отношений между родителями и ребенком (значимость на уровне $p \leq 0,05$). Уравнительные отношения между родителями и ребенком способствуют формированию неадаптивных стратегий поведения (группа НИР, 10–11 лет, –0,30).

Регуляторный уровень в структуре патопсихологической модели саморегуляции представлен содержательными характеристиками внешней и внутренней речи. При анализе саморегуляции вторая сигнальная система постоянно участвует в различных формах ее проявления – внутренней и внешней. Речь и ее функции у детей с когнитивным дефицитом имеют значительные нарушения. Изучение функций речи, включая регулирующую, планирующую, управляющую, позволяет понять механизмы планирования будущих действий. Установлено, что у младших школьников с когнитивным дефицитом идет

запаздывание формирования всех видов и функций речи. Наиболее дефицитарны регулирующая (планирующая) и когнитивная функции речи. В меньшей степени страдает коммуникативная функция. Это часто носит компенсаторный характер и не влияет на интеракции с другими людьми. Иногда компенсаторные функции коммуникативной активности позволяют достигать целей. Особый интерес представляет изучение внутренней речи у детей с когнитивным дефицитом. Мы установили, что почти все испытуемые имеют нарушения речи различного генеза (таблица 36).

Таблица 36 – Показатели анализа речевого развития испытуемых, %

Вид речевого нарушения	Группы испытуемых					
	НИР	ЗИР	НИРЛ	НИР	ЗИР	НИРЛ
	8–9 лет	8–9 лет	8–9 лет	10–11 лет	10–11 лет	10–11 лет
Дизартрия	51,3	65,8	50	50	86,8	63,2
Алалия	13,2	63,1	34,2	19,7	50	47,4
Дисграфия	39,5	78,9	92,1	23,7	78,9	92,1
Дислексия	13,2	55,3	59,2	22,4	59,2	72,4
Общее недоразвитие речи (III уровень)	13,2	100	Не применимо	15,8	90,8	Не применимо
Системное недоразвитие речи легкой степени	Не применимо	Не применимо	100	Не применимо	Не применимо	100
Фонетико-фонематическое недоразвитие речи	26,3	88,2	77,6	13,2	73,7	76,3

Имеющиеся данные позволяют утверждать, что речевая патология влияет на формирование патопсихологической модели саморегуляции как психолингвистический компонент. Результаты клинико-психологического и нейропсихологического анализа речевых нарушений (дизартрии и алалии) подтверждают наличие дефицитов программирования и контроля речевого высказывания, влияющих на внешний и внутренний план высказывания и поведения в целом. Данное обстоятельство позволяет определить еще одну мишень психологической работы с исследуемым контингентом.

Установлено, что когнитивные дефициты влияют на формирование речи и ее функций, а также определяют взаимосвязь интеракций с другими людьми и стратегий поведения. В подтверждение данного тезиса приведем примеры

рассказов испытуемых с клиническим диагнозом F 70 (тестирование проводилось по методике САТ; текст записан дословно).

Пример 1.

Алёна 11 лет

Картина 1 («Цыплята за столом»).

Птенчики едят кашу и мама позади. Сели и курица мама – добавку. Курица дала добавку Мама все помыла. Пошли гулять. Пришли, помыли руки, легли спать. Утром снова встали. (Имена (долго думает) Ципа, Тима, Милок, себя не видит).

Картина 2 («Медведи перетягивают канат»)

Папа и мама решили, кто из их сильнее. Сын помогает маме. Они пошли домой, стали кушать, легли спать, встали. Снова стали тянуть нитку. Кто сильнее. Мама с сыном (Мишка).

Картина 3 («Лев с трубкой»)

Сидит старый лев на кресле, ста... палка. Смотрит вдаль, не может понять. Ему захотелось все приказывать, всех съедал, кто приходил (дополнительный комментарий испытуемого: не страшно). Лев – царь зверей.

Картина 4 («Кенгуру с кенгурятами»).

Мама кенгуриха и её дети. Сумка, шляпа и фрукты, идут домой. Села и приготовила ужин. Мама-кенгуриха уложила спать, убрала в кухне, пошла спать. Когда проснулись – приготовила завтрак (тема еды, в парк, повеселиться, шарик, зверушка и самокат стояли на улице, новая сумка).

Картинка 5 («Два медвежонка в кроватке»).

У мамы был маленький ребенок В комнате стояла. Родился один ребенок. В пять лет купили по кровати. Мама приходила уставшая. Умерла мама, стали в одиночку жить, спали в маминой комнате, было весело, мама умерла – было грустно. Забрали отчимы, их воспитывали.

Картина 6 («Медведи в затемненной пещере»).

Спали мама, папа и сыновья. Напал снег, накрыл снег. Мишутка выглянул в окошко, не пришла ли весна, стали ходить по снегу, уснул до весны. Летом проснулись.

Картина 7 («Разъяренный тигр и обезьяна»).

Тигр напал на обезьянку, взял в лапы и унес в свое логово, разделался с ней и съел. Пошел снова искать ... Остался на острове. На другой остров – никого не нашел. Боялся.

Пример 2

Алина 11 лет.

(Испытуемый сидит в закрытой позе, долго думает, нервный тик плеча)

Картина 1 («Цыплята за столом»).

Курочка кормит цыплят. Они... наварила кашку им манную. Наложила покушать. Один цыпленок говорит: «Можно мамочка еще каши?»

Курочка: «Затем молочко».

Цыпленок: «В кашке есть тоже молочко (стимулирующий вопрос экспериментатора: какой цыпленок говорит про молоко? Ответ – крайний, справа). Думает Цыпа.

Желтенький: «Мама, можно семян мне?»

Курочка: «Зачем тебе семена? Ты же будешь кашку кушать?»

Маленький: «Мама, положи кашки».

Стали они кушать. Покушали они. Цыпа: «Они гулять».

Картинка 2 («Медведи, перетягивающие канат»).

(Долго думает). Медведь и канат (название рассказа).

Имена: младший – Маленький, рядом – Микки, Злодей

Они сражались за канат, кому достанется канат, чтобы сделать парус для корабля. Маленький Микки говорит: «Маленький, давай, тяни сильнее, чтобы нам канат достался».

Злодей: «Канат мой будет, не достанется вам канат».

Маленький: «Не будет он твоим канат, мы первые нашли, иди другой себе ищи».

Злодей: «Маленький, иди прочь отсюда, это наш канат, мы его нашли, ты его забираешь».

Кто победил: тянули, тянули Микки и Маленький. Построили парусник для корабля и уплыли на волшебный остров (Комментарий испытуемого: Я – Микки, Маленький – друг мой, Злодей – враг – предал тебя, обманул тебя, мальчик).

Картинка 3 («Лев с трубкой»).

Лев-король.

Был однажды Король-Лев, был у него сын Симба. У Короля Льва был брат, были они врагами. Пока Король Лев с сыном гуляли на поляне. Брату нельзя было садиться на кресло и трубку нельзя было брать.

Брат Короля Льва послушался, сел в его кресло и взял трубку. Были они похожи. Начали все подходить и поклоняться.

Ара: Ваше высочество, Король-Лев, разрешите пройти в центральный вход в королевство.

Пример 3.

Андрей, 10 лет

Картина 1 («Цыплята за столом»).

Думает.

Однажды мама-курица сварила детям большую чашку каши, разложила, съели, попросили, еще съели. Все.

Картина 2 («Медведи перетягивают канат»)

Однажды у медведя был спор – кто кого перетянет. К одному медведю присоединился медведь. (Уточняющий вопрос экспериментатора: Ты один? – Да).

Картинка 3 («Лев с трубкой »).

В этот день царю должны принести трубку, лиса – тросточку, он ждал корону, но никто не принес. Лев рассердился, что не принесли корону.

Картина 4 («Кенгуру с кенгурятами»).

Что за животное? (волчонок).

Кенгуру и волчонок поспорили, кто быстрее пробежит круг (тема соревнования). Кенгуру прыгает, волчонок падал с велосипеда. Маленький кенгуренок падал (волчонок). Кенгуру (сестры).

Картина 6 («Медведи в затемненной пещере»).

Однажды, когда надо было лето, спали, мама-медведиха рассказывала сказку, уснули, сами легли спать. Весной, когда все живой проснулись. С отцом пошли добывать пищу, добыли белку, двух лис, поделились вечером с медвежонком, мама убирает в берлоге.

Картина 7 («Разъяренный тигр и обезьяна»).

В далеких джунглях, где нечего было делать, одна обезьяна решила прикопаться. Не ешь меня, я не буду приставать. Тигр оставил обезьяну. Я – тигр. Добрый.

Приведенные примеры рассказов демонстрируют внутренний мир испытуемых, его эмоциональную насыщенность, особенности социального взаимодействия и коммуникации. Ярким показателем особенностей внутреннего мира всех испытуемых было невербальное поведение: суетливость, нервные тики, длительные паузы, смех, вздохи, слезы и пр. Эти данные также фиксировались в протоколы и послужили материалом при разработке психологической программы по развитию саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом.

В целом, необходимо отметить, что саморегуляция у младших школьников с нарушениями когнитивного здоровья – это многоуровневый психологический феномен, который проявляется в недостаточности управления личностными средствами при выполнении умственных и практических задач при тесной взаимосвязи с особенностями детско-родительских отношений. Данные положения определяют закономерности формирования когнитивного, личностно-смыслового и регулятивного уровня патопсихологической модели саморегуляции.

4.3 Закономерности формирования патопсихологической модели саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья

Разработанная в процессе исследования патопсихологическая модель саморегуляции младшего школьника с когнитивным дефицитом графически представлена на рисунке 22. Взаимодействие уровней саморегуляции определяет весь спектр когнитивных (в том числе речевых) и поведенческих актов, рефлексивных и личностных проявлений испытуемых. Регуляторный уровень может проявляться, например, в регуляции двигательной активности или программировании и контроле собственной деятельности; личностно-смысловой уровень – в переживании эмоциональных состояний; когнитивный уровень – в речевом оформлении стратегий совладания.

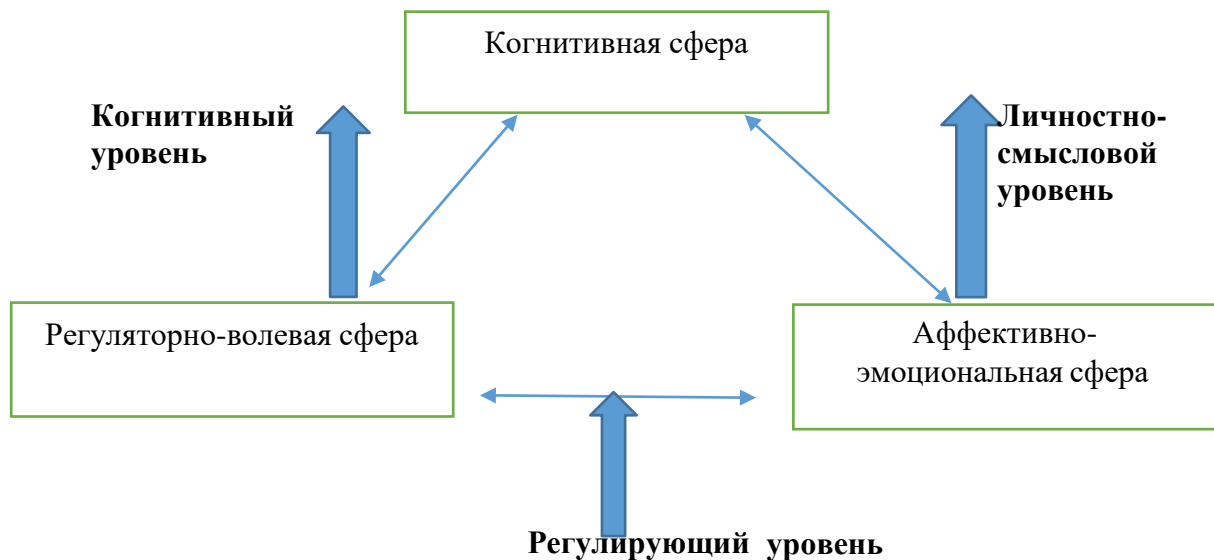


Рисунок 22 – Взаимодействие уровней саморегуляции у младших школьников

Представление о той или иной сфере является в определенной степени абстрактной конструкцией, поскольку в реальности мы видим целостные феномены, в которых неразрывно слиты многочисленные компоненты. Все наблюдаемые составляющие психической активности человека можно анализировать как содержащие в себе регуляторный, когнитивный и личностно-смысловой уровни, умозрительно вычлняемые, реконструируемые в рамках патопсихологической модели саморегуляции [Chereneva E.A., Belyaeva O. L., Stoyanova I. Ya., 2019].].

Схема взаимодействия уровней саморегуляции отражает взаимосвязь регуляторного обеспечения психической активности и аффективной организации.

Анализ психического развития ребенка с точки зрения формирования регуляторной поддержки психической деятельности (произвольная регуляция, понимаемая как реализация алгоритмизации, программирования и контроля собственной деятельности) и психических структур (пространственно-временные представления) дает возможность оценить уровень формирования познавательной активности и деятельности в целом. Аффективная организация также включена в познавательную деятельность, прежде всего как мотивационный компонент.

Разработанная патопсихологическая модель саморегуляции состоит из трех взаимосвязанных и взаимообусловленных психологических структурных уровней. В свою очередь, каждый уровень может быть представлен как многоуровневая система, которая формируется (трансформируется) в процессе развития ребенка.

На основании психологической диагностики когнитивного здоровья и с учетом нозологической принадлежности испытуемых нами определены следующие варианты психологической и патопсихологической модели саморегуляции (рисунок 23).

Когнитивное здоровье	Диагноз F 80; F 82; F 81	Диагноз F 70
<ul style="list-style-type: none"> • Постановка цели • Регуляция эмоциональных состояний • Контроль действий • Достижение результата 	<ul style="list-style-type: none"> • Постановка цели • Частичная регуляция эмоциональных состояний • Частичный контроль действий • Частичное достижение результата 	<ul style="list-style-type: none"> • Элементарная постановка цели • Элементарная эмоциональная регуляция • Элементарный контроль действий • Частичное достижение результата

Рисунок 23 – Вариативность компонентов саморегуляции у младших школьников

На рисунке 24 представлены варианты нормативной и нарушенной саморегуляции у младших школьников. Выделение вариативных патопсихологических моделей позволяет дифференцировать психологическую помощь детям с когнитивным дефицитом [Черенева Е.А., Гуткевич Е.В., 2017].

Когнитивное здоровье	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая степень саморегуляции • Средняя степень саморегуляции
Диагноз F 80; F 82; F 81	<ul style="list-style-type: none"> • Средняя степень саморегуляции • Степень саморегуляции ниже среднего
Диагноз F 70	<ul style="list-style-type: none"> • Степень саморегуляции ниже среднего • Низкая степень саморегуляции

Рисунок 24 – Варианты саморегуляции у младших школьников

Определённые в процессе исследования качественные характеристики нормативной и нарушенной саморегуляции представлены ниже.

Психологические характеристики нормативной саморегуляции

Высокая степень саморегуляции. Школьники используют широкий спектр эффективных моделей саморегуляции, которые приводят к продуктивной деятельности и достижению целей. Они обладают навыками предварительного планирования, последующего регулирования и контроля действий, а также самоорганизации и самодисциплины; способны осознанно регулировать свои эмоциональные состояния, преодолевать фрустрацию. Контроль действия определяется сформированностью навыка всех этапов деятельности (упреждающего, текущего и заключительного). Испытуемые данной группы способны проявлять силу воли при выполнении трудных заданий, переживают, если не получается, могут быть самостоятельными, инициативными, способны отстаивать свою точку зрения; присутствует внешнее программирование действий: проговаривают будущие действия или комментируют их.

Средняя степень саморегуляции. Для школьников этой группы характерно гармоничное сочетание многих факторов, которые позволяют достигать поставленных целей. Например, при некотором дефиците умений и навыков на этапах постановки целей и контроля действия у детей может проявляться высокий уровень самоорганизации, дисциплины, блокировка эмоционально-неблагоприятных факторов (регулирование эмоциональных состояний). Испытуемые этой группы могут совершать дополнительные ошибочные или

лишние действия, но в целом они способны к корректировке ошибок, проявляют критичность к собственным недочетам.

Психологические характеристики нарушенной саморегуляции

Средняя степень саморегуляции (диагноз F 80, F 82, F 81). Школьники характеризуются вариативностью неэффективных моделей поведения. Отмечается дефицит предварительного планирования, последующего регулирования и контроля действия; часто действия могут иметь изначально высокую мотивированность и энергичность, но в процессе деятельности (особенно длительной) теряется целенаправленность, предпринимаемые действия не достигают результата. Динамика произвольной деятельности зачастую связана с высоким уровнем тревожности, повышенной фрустрацией, деструктивными установками, что не позволяет преодолеть препятствие на этапе регулирования эмоциональных состояний. Этап контроля действия характеризуется нарушением или выпадением навыка текущего и заключительного контроля (при наличии предварительного контроля). На этапе достижения цели у детей часто наблюдается нарушение критичности в оценке результата или отказ от его принятия. Дети этой группы способны проявлять силу воли при выполнении трудных заданий, переживают, если не получается; имеют сниженный уровень инициативы, самостоятельности, навыка принимать решения.

Степень саморегуляции ниже среднего (диагноз F 80, F 82, F 81). Дети изначально имеют потенциальные предпосылки в постановке целей, а также понимание в построении стратегий достижения результатов. Отмечаются ошибки в планировании и контроле действий. Для детей этой группы характерно значительное влияние эмоционально-личностной сферы на процесс саморегуляции даже при наличии высокого уровня когнитивного развития. Дети имеют неплохие результаты продуктивности деятельности при постоянном контроле и помощи со стороны взрослого, могут быть инициативными. В большей степени помощь взрослого необходима в контексте эмоциональной регуляции.

Низкая степень саморегуляции (диагноз F 70). Дети этого уровня изначально имеют дефициты самостоятельности в построении и постановке

целей, а также в умении построить стратегию достижения результатов. Эта тенденция характерна и для детей с высоким когнитивным развитием. Самостоятельные мотивообразующие факторы произвольной деятельности не носят конструктивного характера и подчиняются позиции взрослого. Испытуемые этой группы не имеют сформированных умений и навыков в постановке целей и планировании, в построении стратегии произвольного процесса. Как правило, у них отмечаются высокая ригидность и тугоподвижность психических процессов, обусловленная в большей степени индивидуальным эмоционально-личностным опытом. Эта особенность отражает характер детско-родительских отношений, которые формируют несамостоятельность и ограниченность в репертуаре моделей поведения. Наблюдается дефицит в мотивационной, операциональной, волевой и регуляторной сторонах произвольного процесса, имеющего социальную природу (особенности детско-родительских отношений, наличие предыдущего негативного опыта самостоятельного выбора и пр.). Выпадают все компоненты когнитивной стратегии – от целеполагания до получения результатов. Респонденты данной группы самокритичны, при этом неустойчивы в реализации планов, обидчивы.

Используя классические исследования и современные достижения в медицинской психологии отечественных и зарубежных исследователей, мы будем применять концептуальные подходы психодинамического изучения личности с позиций психоанализа (психология бессознательного, психология установки), гештальт-психологии и проективной психологии .

Для теоретико-методологического обоснования закономерностей функционирования патопсихологической модели саморегуляции детей с когнитивным дефицитом коротко остановимся на положениях, которые являются основанием при изучении личности учащегося с когнитивным дефицитом.

Изучение саморегуляции детей с когнитивным дефицитом не должно ограничиваться рамками сознания индивида. Более плодотворным исследовательским полем является поле исследования неосознаваемой психической деятельности (бессознательного) детей с нарушениями интеллекта,

механизма понимания внутреннего мира и переживаний, которые руководят процессом социально-психологической адаптации.

Опыт исследования саморегуляции у школьников с когнитивным дефицитом с использованием проективных методов позволил, с одной стороны, изучить структурно-динамические компоненты личности с позиций психоанализа, а с другой – определить основные закономерности развития личности детей с когнитивным дефицитом в сравнении с нормально развивающимися школьниками.

Мы уже отмечали, что установка является основополагающим, центральным образованием личности при формировании стратегий адаптации у школьников с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом.

Психология установки у детей с когнитивным дефицитом развивается и формируется по тем же законам, что и у нормально развивающихся сверстников и имеет те же компоненты иерархической структуры. Установка деятельности имеет характерные особенности, обусловленные не только психофизическими особенностями индивида, но и социальными факторами.

У школьников всех исследуемых групп социальная установка зависит от социального фактора (модели поведения, заданной извне). Социальная установка, а также установка на деятельность зависят в большей степени от эмоционально-личностных особенностей индивида, заданных средой, нежели от интеллектуальных возможностей. Отличие заключается в том, что у школьников с когнитивным дефицитом трудность формирования новых стратегий поведения проявляется в ригидности установки, косности и преобладании стереотипов новых адаптивных моделей поведения, обусловленных патогенным фактором – нарушением интеллекта. Этот факт влияет на формирование адаптивных форм поведения. Анализируя механизмы формирования адаптивных стратегий поведения у исследуемых групп, мы установили влияние родительских установок (методика Ахенбаха) на адаптивные / неадаптивные стратегии поведения (таблица 37).

Анализируя табличные данные, можем утверждать, что наиболее значимым на уровне $p \leq 0,05$ является показатель по шкале «соматические жалобы» у

здоровых испытуемых возрастной категории 10–11 лет, а для всех испытуемых – показатель, который наиболее влияет на формирование адаптивных стратегий поведения по шкале «отчуждение».

Таблица 37 – Соотношение показателей адаптивных стратегий с показателями по методике Ахенбаха двух возрастных категорий испытуемых

Показатель	Значения адаптивных стратегий поведения						Среднее значение
	Группа						
	НИР	ЗИР	НИРЛ	НИР	ЗИР	НИРЛ	
	Возрастная категория						
8–9 лет	8–9 лет	8–9 лет	10–11 лет	10–11 лет	10–11 лет		
Эмоциональная реактивность	0,00	0,03	–0,01	0,08	0,08	–0,16	0,01
Беспокойство	0,07	–0,02	0,07	0,13	–0,05	–0,12	0,05
Соматические жалобы	–0,11	–0,16	–0,07	0,24*	–0,01	0,01	0,01
Отчуждение	0,07	0,14	0,09	–0,03	0,14	0,09	0,10*
Проблемы со сном	–0,21	–0,08	0,05	0,18	0,00	–0,03	0,00
Проблемы внимания	0,15	0,07	0,09	0,23	–0,20	0,02	0,03
Агрессивное поведение	–0,17	0,07	0,04	0,11	0,04	–0,14	–0,05
Аффективные проблемы	0,12	–0,03	–0,16	–0,06	–0,05	–0,04	–0,01
Тревожность	0,15	–0,06	0,03	0,10	–0,02	0,08	0,07
Проблемы перверсивного характера	–0,03	–0,01	–0,08	–0,12	0,04	–0,01	–0,05
Гиперактивность	–0,02	–0,11	0,03	0,08	–0,06	0,00	0,00
Непослушание	0,02	0,21	–0,07	0,10	–0,06	0,03	0,03
Другие проблемы	0,03	–0,03	0,10	–0,03	–0,06	–0,05	–0,02
* $p \leq 0,05$.							
** $p \leq 0,01$.							

По результатам методики «Родительские установки» было определено влияние детско-родительских отношений на стратегии поведения (таблица 38).

Анализируя влияние интеллектуального развития испытуемых на стиль детско-родительских отношений, мы получили следующие результаты. Почти у всех групп респондентов показатель «стремление ускорить развитие ребенка» значим на уровне $p \leq 0,001$. Это означает, что родители обеспокоены развитием ребенка, понимают, что для успешной адаптации очень важно родительское внимание к развитию ребенка во всех возрастных группах.

Таблица 38 – Влияние детско-родительских отношений на адаптивные стратегии поведения

Стиль детско-родительских отношений	Уровень интеллекта	Уровень интеллекта относительно 8–9 лет	Уровень интеллекта 10–11 лет
Раздражительность, вспыльчивость	–0,08	–0,04	–0,05
Суровость, излишняя строгость	–0,04	0,07	–0,03
Уклонение от контакта с ребенком	–0,13**	–0,17**	–0,15*
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	0,16**	0,15*	0,15*
Преодоление сопротивления, подавление воли	–0,13**	–0,10	–0,08
Создание безопасности, опасение обидеть	0,07	0,10	0,06
Исключение внесемейных влияний	0,13**	0,12	0,11
Подавление агрессивности	–0,04	–0,07	0,02
Подавление сексуальности	–0,04	–0,02	–0,07
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	0,09	0,07	0,14*
Стремление ускорить развитие ребенка	0,31***	0,34***	0,34***
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$.			

Также установлено, что для успешной адаптации важным в обеих возрастных категориях является показатель «исключение внесемейных влияний» (достоверность на уровне $p \leq 0,01$). Этот показатель свидетельствует о высоком контроле за поведением ребенка. Для всех родителей исследуемых групп важным является такой стиль детско-родительских отношений, как «чрезмерная забота, установление отношений зависимости» (независимо от уровня интеллекта). Результаты значимы на уровне $p \leq 0,01$, а для испытуемых в возрасте 8–9 лет – на уровне $p \leq 0,05$. Установлено, что значимым фактором, влияющим на адаптивные стратегии поведения у испытуемых в 10–11 лет, является «чрезмерное вмешательство в мир ребенка». Во всех случаях очевидно, что родительское участие значимо для формирования саморегуляции.

В ходе исследования было установлено, что на формирование стратегий поведения влияют особенности эмоционального контакта родителей со своими детьми (таблица 39).

Таблица 39 – Соотношение показателей оптимального эмоционального контакта родителей с детьми и показателей адаптивных поведенческих стратегий

Показатель	Значения адаптивных стратегий поведения						Среднее значение
	Группа						
	НИР	ЗИР	НИР2	НИР	ЗИР	НИРЛ	
	Возрастная категория						
	8–9 лет	8–9 лет	8–9 лет	10–11 лет	10–11 лет	10–11 лет	
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	0,10	–0,14	0,15	–0,03	–0,10	–0,03	0,01
Партнерские отношения	–0,07	0,02	–0,07	0,28*	–0,07	0,13	0,07
Развитие активности ребенка	0,04	–0,20	0,03	–0,01	–0,09	–0,14	–0,02
Уравнительные отношения между родителями и ребенком	–0,08	0,01	–0,13	–0,30*	–0,10	–0,06	–0,05
* $p \leq 0,05$.							
** $p \leq 0,01$.							

Для формирования адаптивных стратегий поведения значимым является показатель «партнерские отношения». У здоровых испытуемых возрастной категории 10–11 лет значимость определена на уровне $p \leq 0,05$. В меньшей степени на формирование адаптивных стратегий поведения влияет в этой же группе показатель по шкале «уравнительные отношения между родителями и ребенком».

При анализе соотношения адаптивных стратегий поведения со стилем детско-родительских отношений мы обнаружили, что одним из механизмов, способствующих формированию адаптивных стратегий, является показатель «подавление сексуальности» (группа НИРЛ, 8–9 лет). Показатели по шкале «создание безопасности, опасение обидеть» в меньшей степени влияют на формирование неадаптивных стратегий поведения здоровых 8–9-летних испытуемых (таблица 40).

Таблица 40 – Соотношение показателей адаптивных стратегий поведения с типами детско-родительских отношений

Стиль детско-родительских отношений	Адаптивные стратегии						Среднее значение
	Группа						
	НИР	ЗИР	НИРЛ	НИР	ЗИР	НИРЛ	
	Возрастная категория						
8–9 лет	8–9 лет	8–9 лет	10–11 лет	10–11 лет	10–11 лет		
Раздражительность, вспыльчивость	0,104	0,126	–0,024	–0,084	–0,081	0,218	0,046
Суровость, излишняя строгость	–0,06	–0,124	–0,028	0,107	–0,055	–0,053	–0,037
Уклонение от контакта с ребенком	0,147	–0,029	0,162	–0,059	–0,059	–0,054	–0,004
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	–0,063	0,155	0,069	0,057	–0,046	0,006	0,055
Преодоление сопротивления, подавление воли	0,209	0,156	–0,098	–0,004	0,093	–0,089	0,024
Создание безопасности, опасение обидеть	–0,257*	0,219	–0,046	0,056	–0,115	–0,074	–0,025
Исключение внесемейных влияний	–0,019	0,077	0,017	0,013	–0,055	–0,033	0,024
Подавление агрессивности	–0,135	0,009	–0,076	–0,115	0,089	0,006	–0,034
Подавление сексуальности	0	0,249*	0,012	0,095	0,086	0,164	0,086
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	–0,006	–0,043	–0,065	–0,036	–0,101	0,105	–0,015
Стремление ускорить развитие ребенка	–0,069	–0,091	0,111	0,176	–0,015	0,055	0,057
* $p \leq 0,05$.							
** $p \leq 0,01$.							

В процессе исследования установлены незначительные различия в проявлениях защитных механизмов у испытуемых с сохранным и нарушенным интеллектом. Выявляется наличие взаимосвязи между уровнем соматических жалоб, тревожности, отчуждения; кроме того, формирование реакции сопровождается низким уровнем гиперреактивности; развитие вытеснения сопровождается низким уровнем беспокойства, агрессивного поведения, аффективных проблем, тревожности. Развитие отрицания сопровождается высоким уровнем соматических жалоб, отчуждения, проблем внимания,

тревожности, проблем перверсивного развития, непослушания, других проблем. Развитая регрессия сопровождается низким уровнем эмоциональной реактивности, соматических жалоб, проблем со сном, проблем внимания, агрессивного поведения, аффективных проблем, тревожности, проблем перверсивного развития, гиперактивности и др.

Выявляются характерные особенности, свойственные детям с когнитивным дефицитом:

- испытуемые, склонные к фиксации на самозащите, не склонны к компенсации;
- испытуемые, склонные к фиксации на препятствии, не склонны к вытеснению;
- испытуемые, склонные к фиксации на удовлетворении потребностей, склонны к вытеснению и компенсации;
- испытуемые, склонные к реакциям, направленным на себя, в ситуации фрустрации склонны к компенсации;
- испытуемые, склонные к реакциям, направленным на окружающих, не склонны к компенсации.

Таким образом, можно утверждать, что респонденты ЗИР и НИРЛ испытывают определённые трудности социальной адаптации, связанные с особенностями системы защитных механизмов. Для этих респондентов характерны гиперактивность, проблемы внимания, агрессивное поведение, непослушание, беспокойство, тревожность, аффективные проблемы, проблемы со сном.

Было установлено также, что испытуемые с клиническими диагнозами F 80, F 82, F 81 используют весь спектр видов психологической защиты, в отличие от испытуемых с диагнозом F 70. Наиболее развитыми оказались защитные механизмы «отрицание», «проекция и вытеснение». Дети, склонные к отрицанию, чаще не обращают внимания на критику. Механизм вытеснения сопровождается такими особенностями, как избегание проблемных ситуаций, избирательность памяти. Проекция чаще проявляется в разрушительных действиях, направленных на посторонние объекты, в агрессивности. В ситуации фрустрации реакции чаще

направлены на окружающих. То есть в неприятных ситуациях дети склонны вести себя враждебно по отношению к окружающим.

На рисунке 25 представлена частота встречаемости защитных механизмов у детей 8–9 лет. У испытуемых группы ЗИР – это «регрессия», «проекция», «отрицание» и «компенсация». Полученные результаты позволяют говорить о механизмах формирования адаптивных стратегий. У респондентов группы НИРЛ наиболее выражены защитные механизмы, влияющие на адаптивные стратегии поведения («отрицание», «проекция», «регрессия и вытеснение»).

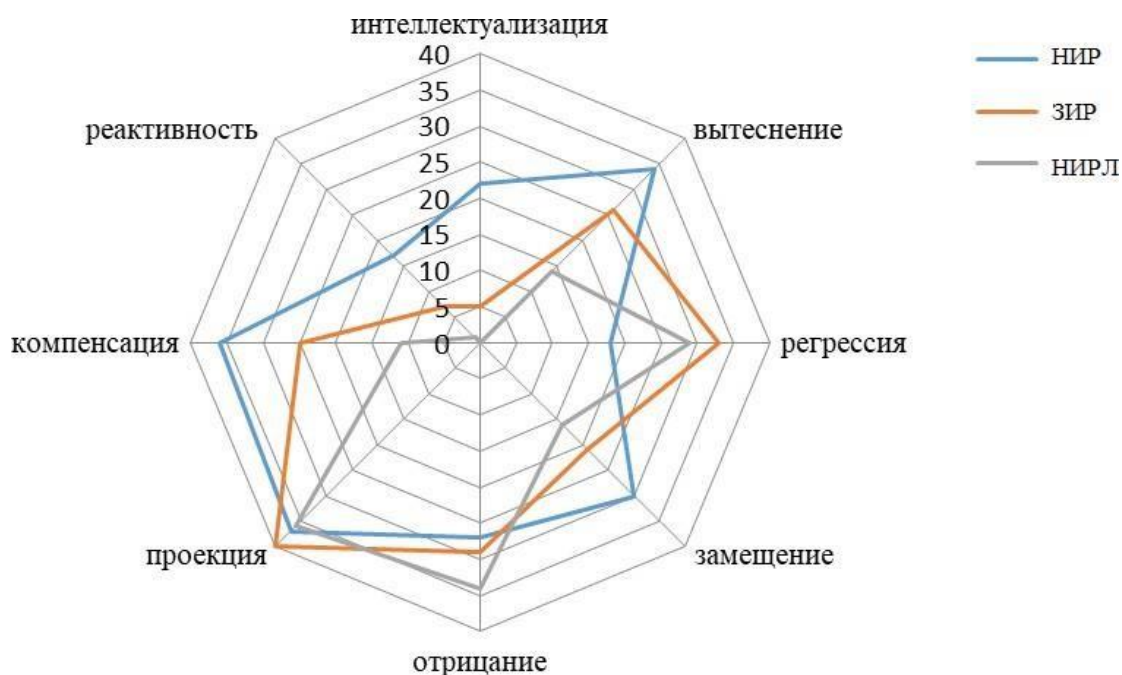


Рисунок 25 – Частота встречаемости адаптивных стратегий поведения у детей 8–9 лет с выраженными защитными механизмами

У испытуемых группы ЗИР наиболее выражены такие защитные механизмы, как «проекция», «вытеснение», «регрессия» и «компенсация». Учащиеся с выраженным когнитивным дефицитом имеют выраженные защитные механизмы – это «регрессия», «проекция» и «вытеснение».

Защитные механизмы имеют определённую связь с реакциями в ситуации фрустрации. Причём следует отметить, что как чрезмерно развитые, так и слабо развитые механизмы дают сужение спектра вариативности реакций ребёнка в ситуации фрустрации, что также влияет на степень адаптации и формирование

адаптивных стратегий поведения. Анализ адаптивных стратегий младших школьников позволил выявить следующие особенности:

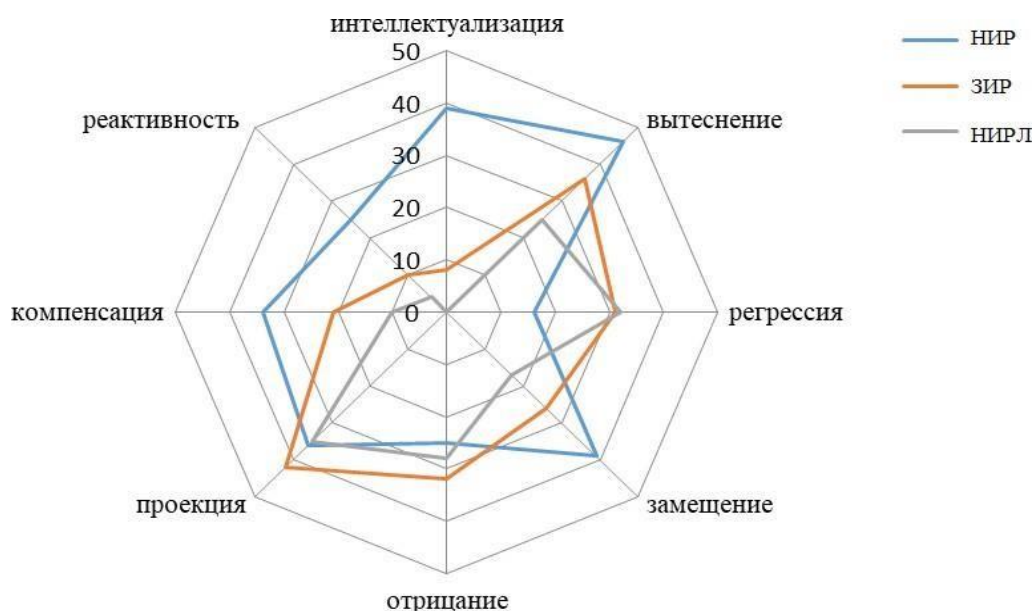


Рисунок 26 – Частота встречаемости защитных механизмов у детей 10–11 лет

1. Чем более выражен когнитивный дефицит, тем в большей степени проявляются простые защитные механизмы, влияющие на формирование адаптивных стратегий поведения.

2. Испытуемые с когнитивным дефицитом используют все механизмы защиты, но более развитыми оказались механизмы характерные для раннего возрастного этапа (например, «отрицание», «вытеснение», «изоляция»).

3. Испытуемые с выраженным когнитивным дефицитом (группа НИРЛ) не используют защитный механизм «интеллектуализация». Это обстоятельство следует учитывать при выборе методического инструментария в процессе организации психологической помощи.

4. В ситуации фрустрации испытуемые с когнитивным дефицитом чаще обвиняют окружающих, используют самозащиту, склонны вести себя враждебно.

В формировании психологической модели саморегуляции большую роль играет иерархии факторов, детерминирующих перспективы онтогенетического развития саморегуляции младших школьников всех исследуемых групп (клинико-биологический базис онтогенетического развития; детско-родительские

отношения, которые раскрываются в отношении матери к ребенку, и через родительские установки, транслируемые через модели социального взаимодействия и особенности интеракции с другими людьми – сверстниками и взрослыми). Данные факторы являются основанием для формирования ключевых детерминант поведения (установки, защитные механизмы поведения и стратегии поведения), которые генерализуются в стратегии поведения – адаптивные и неадаптивные (таблицы 41–43).

Таблица 41 – Показатели анализа межгрупповых различий в выраженности адаптивных стратегий поведения (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Адаптивные стратегии поведения	56	73,68	54	71,05	49	64,47	0,3637	1,233	0,869
Неадаптивные стратегии поведения	20	26,32	22	28,95	27	35,53			
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Анализируя показатели межгрупповых различий в выраженности адаптивных стратегий у испытуемых 10–11 лет, значимые различия мы обнаружили между здоровыми испытуемыми и испытуемыми с выраженным когнитивным дефицитом (группы НИР – НИРЛ).

Таблица 42 – Показатели анализа межгрупповых различий в выраженности адаптивных стратегий поведения (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР – ЗИР	НИР – НИРЛ	ЗИР – НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Адаптивные стратегии поведения	66	86,84	62	81,58	48	63,16	0,881	3,452***	2,571**
Неадаптивные стратегии поведения	10	13,16	14	18,42	28	36,84			
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Различия значимы на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$). Также значимые различия зафиксированы между показателями испытуемых групп ЗИР и НИРЛ: различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).

Результаты таблиц 42 - 43 представляют сравнительные данные групповых различий у детей младшего школьного возраста в проявлении стратегий поведения.

Таблица 43 – Показатели анализа в выраженности адаптивных стратегий поведения между двумя возрастными категориями (8–9 лет и 10–11 лет)

Возрастная категория	Группы						Достоверность различий		
	НИР		ЗИР		НИРЛ		НИР	ЗИР	НИРЛ
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	8–9 лет – НИР 10–11 лет	8–9 лет – ЗИР 10–11 лет	8–9 лет – НИРЛ 10–11 лет
8–9 лет	56	73,68	54	71,05	49	64,47	2,053*	1,535	0,166
10–11 лет	66	86,84	62	81,58	48	63,16			
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).									

Установлено, что значимые различия в сформированности стратегий поведения отражены в результатах здоровых испытуемых (значимость на уровне $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$)).

Описание результатов статистического анализа

Результаты исследования младших школьников с различными вариантами когнитивного здоровья

Для оценки влияния когнитивного здоровья на показатель саморегуляции детей в возрасте от 8 до 11 лет применялся однофакторный дисперсионный анализ. Первоначально анализ был проведен на общей выборке респондентов, затем отдельно в возрастных группах 8-9 лет и 10-11 лет.

Результаты сравнительного анализа показателя саморегуляции в нормативной (НИР) и нозологических (ЗИР и НИРЛ) группах из общей выборки респондентов представлены в таблицах 44, 45, 46 и на рисунке 26.

Таблица 44 – Среднегрупповые показатели саморегуляции у респондентов с разным когнитивным здоровьем

Диагноз	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
					Нижняя граница	Верхняя граница		
НИР	152	40,15	10,271	0,833	38,51	41,80	20	60
ЗИР	152	37,31	9,310	0,755	35,82	38,80	0	60
НИРЛ	152	32,93	7,149	0,580	31,78	34,07	1	57
Итого	456	36,80	9,465	0,443	35,92	37,67	0	60

Сравнительные результаты влияния интеллекта на формирование саморегуляции в младшем школьном возрасте у детей представлены в таблице 45.

Таблица 45 – Результаты дисперсионного анализа по показателю саморегуляции на общей выборке респондентов

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Между группами	4025,842	2	2012,921	24,822	0,000
Внутри групп	36736,191	453	81,095		
Итого	40762,033	455			

Результаты дисперсионного анализа на общей выборке респондентов свидетельствуют о достоверности различий ($F=24,822$; $p<0,001$) в уровне саморегуляции в трех группах респондентов, в нормативной и двух нозологических группах.

Таблица 46 – Результаты попарного межгруппового сравнения показателя саморегуляции на общей выборке респондентов

(I) Диагноз	(J) Диагноз	(I-J)-я разность средних	Стд. Ошибка	Знч.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
НИР	ЗИР	2,842*	1,033	0,006	0,81	4,87
	НИРЛ	7,224*	1,033	0,000	5,19	9,25
ЗИР	НИР	-2,842*	1,033	0,006	-4,87	-0,81
	НИРЛ	4,382*	1,033	0,000	2,35	6,41
НИРЛ	НИР	-7,224*	1,033	0,000	-9,25	-5,19
	ЗИР	-4,382*	1,033	0,000	-6,41	-2,35

*. Разность средних значима на уровне 0.05.

Для более детального изучения было проведено попарное межгрупповое сравнение с помощью критерия наименьшей значимой разности.

Анализ результатов попарного межгруппового сравнения так же показал достоверность различий в уровне саморегуляции ($p \leq 0,006$) во всех сравниваемых парах групп.

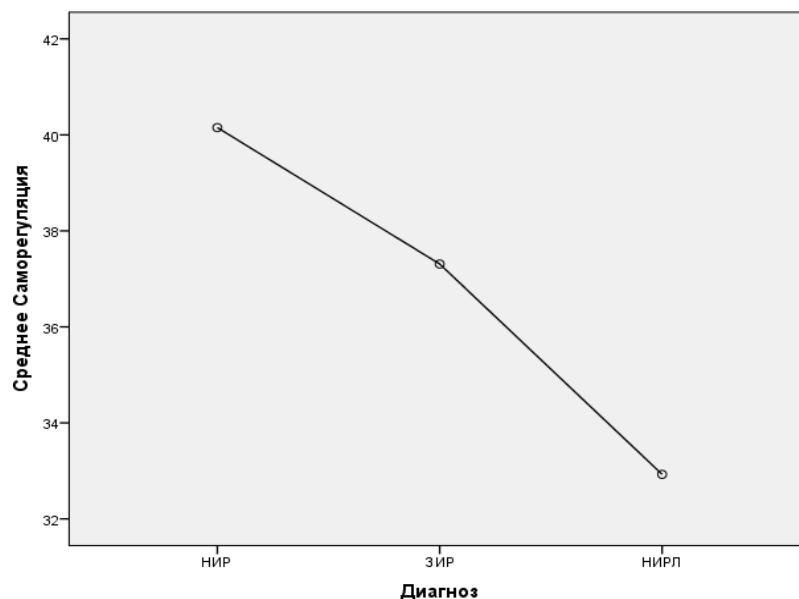


Рисунок 27 – Средние оценки показателя саморегуляции у детей в возрасте 8-11 лет с разным когнитивным здоровьем

Анализ данных, представленных на рисунке 27 и в таблице 44, показывает, что самые высокие показатели саморегуляции демонстрируют дети с нормальным интеллектуальным развитием (НИР), самые низкие – дети с нарушением интеллектуального развития в легкой форме (НИРЛ) и, соответственно дети с задержкой психического развития (ЗИР) по уровню саморегуляции занимают промежуточную позицию между двумя обозначенными группами.

Результаты сравнительного анализа показателя саморегуляции в нормативной (НИР) и нозологических (ЗИР и НИРЛ) группах детей в возрасте 8-9 лет представлены в таблицах 47, 48, 49 и на рисунке 27, а в группах возрастного диапазона 10-11 лет – в таблицах 50, 51, 52 и на рисунке 28.

При общем групповом сравнении показателя саморегуляции у детей 8-9 и 10-11 лет обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости

($p \leq 0,001$). При этом проведенное попарное межгрупповое сравнение в этих группах респондентов позволило выявить ряд особенностей.

Таблица 47 – Среднегрупповые показатели саморегуляции у детей в возрасте 8–9 лет с разным когнитивным здоровьем

Диагноз	N	Средн ее	Стд. отклонен ие	Стд. Ошиб ка	95% доверительный интервал для среднего		Миниму м	Максиму м
					Нижняя граница	Верхняя граница		
НИР	76	38,29	10,308	1,182	35,93	40,65	20	58
ЗИР	76	34,71	8,992	1,031	32,66	36,77	0	59
НИРЛ	76	33,03	6,839	0,784	31,46	34,59	25	57
Итого	228	35,34	9,062	0,600	34,16	36,52	0	59

Таблица 48 – Результаты дисперсионного анализа по показателю саморегуляции у детей 8–9 лет с разным когнитивным здоровьем

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Между группами	1098,105	2	549,053	7,043	0,001
Внутри групп	17541,211	225	77,961		
Итого	18639,316	227			

Результаты дисперсионного анализа показывают достоверность различий в уровне показателя саморегуляции у детей 8-9 лет с разным когнитивным здоровьем ($F=7,043$; $p=0,001$). При этом проведенное попарное межгрупповое сравнение показало, что уровень саморегуляции у детей из нормативной группы статистически значимо превышает уровень саморегуляции детей из нозологических групп ($p \leq 0,01$). В то время, как нозологические группы (ЗИР и НИРЛ) по уровню саморегуляции статистически значимо друг от друга не отличаются ($p=0,241$).

Таблица 49 – Результаты попарного межгруппового сравнения показателя саморегуляции у детей 8–9 лет с разным когнитивным здоровьем

(I) Диагноз	(J) Диагноз	(I-J)-я разность средних	Стд. Ошибка	Знч.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
НИР	ЗИР	3,579*	1,432	0,013	0,76	6,40
	НИРЛ	5,263*	1,432	0,000	2,44	8,09
ЗИР	НИР	-3,579*	1,432	0,013	-6,40	-0,76
	НИРЛ	1,684	1,432	0,241	-1,14	4,51
НИРЛ	НИР	-5,263*	1,432	0,000	-8,09	-2,44
	ЗИР	-1,684	1,432	0,241	-4,51	1,14

*. Разность средних значима на уровне 0.05.

Сравнительные данные результаты сформированности саморегуляции у исследуемой категории детей отражен на рисунке 28.

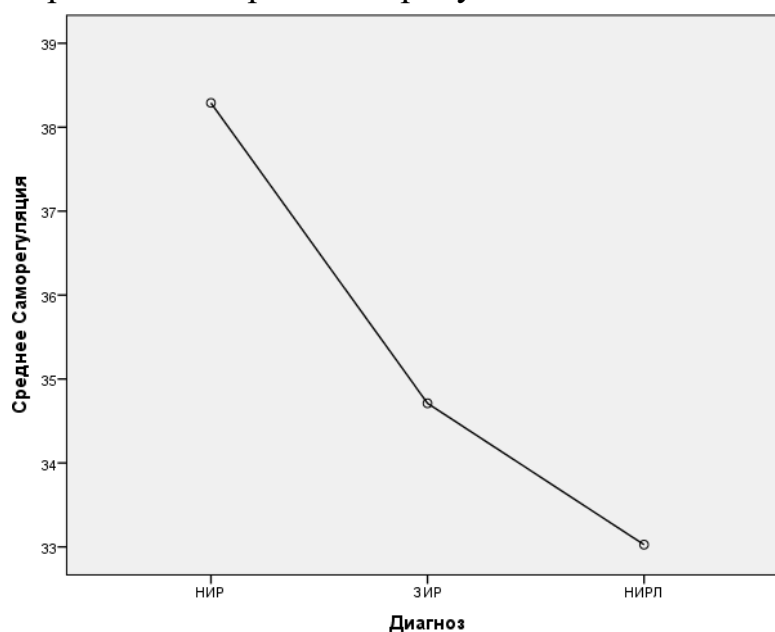


Рисунок 28 – Средние оценки показателя саморегуляции у детей в возрасте 8–9 лет с разным когнитивным здоровьем

При сравнительном изучении саморегуляции у младших школьников с различным уровнем когнитивного здоровья 10-11 лет установлены значимые различия (таблицы 50 и 51).

Таблица 50 – Среднегрупповые показатели саморегуляции у детей в возрасте 10–11 лет с разным когнитивным здоровьем

Диагноз	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
					Нижняя граница	Верхняя граница		
НИР	76	42,01	9,955	1,142	39,74	44,29	25	60
ЗИР	76	39,91	8,943	1,026	37,86	41,95	25	60
НИРЛ	76	32,83	7,491	0,859	31,12	34,54	1	49
Итого	228	38,25	9,655	0,639	36,99	39,51	1	60

Таблица 51 – Результаты дисперсионного анализа по показателю саморегуляции у детей 10–11 лет с разным когнитивным здоровьем

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знч.
Между группами	3518,632	2	1759,316	22,440	0,000
Внутри групп	17640,118	225	78,401		
Итого	21158,750	227			

Несколько иная картина проявилась при попарном межгрупповом сравнении детей в возрасте 10-11 лет. Так было обнаружено, что уровень саморегуляции у детей с нарушением интеллектуального развития в легкой степени (НИРЛ) статистически значимо меньше ($p < 0,001$), чем у детей нормативной группы (НИР) и детей с задержкой психического развития (ЗИР). Причем группы НИР и ЗИР по уровню саморегуляции статистически значимо не отличаются ($p = 0,144$). Это обусловлено различиями между уровнями саморегуляции у испытуемых: когнитивный уровень является определяющим в процессе проявления саморегуляции.

Таблица 52 – Результаты попарного межгруппового сравнения показателя саморегуляции у детей 10-11 лет с разным когнитивным здоровьем

(I) Диагноз	(J) Диагноз	(I-J)-я разность средних	Стд. Ошибка	Знч.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
НИР	ЗИР	2,105	1,436	0,144	-0,73	4,94
	НИРЛ	9,184*	1,436	0,000	6,35	12,01
ЗИР	НИР	-2,105	1,436	0,144	-4,94	0,73
	НИРЛ	7,079*	1,436	0,000	4,25	9,91
НИРЛ	НИР	-9,184*	1,436	0,000	-12,01	-6,35
	ЗИР	-7,079*	1,436	0,000	-9,91	-4,25

*. Разность средних значима на уровне 0.05.

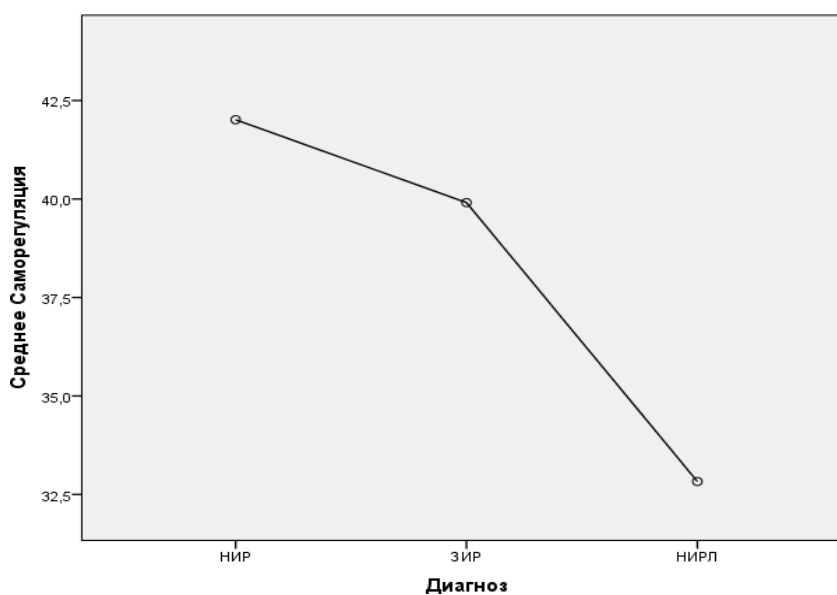


Рисунок 29 – Средние оценки показателя саморегуляции у детей в возрасте 10-11 лет с разным когнитивным здоровьем

Сравнительный анализ показателей самооценки и уровня притязаний в выделенных группах респондентов проводился с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллеса. Полученные результаты приведены в таблицах 53 – 57.

Таблица 53 – Результаты сравнительного анализа показателей самооценки и притязаний в нормативной (НИР) и нозологических (ЗИР и НИРЛ) группах общей выборки респондентов

	Диагноз	N	Средний ранг	H-критерий	Асимпт. знч
Самооценка	НИР	152	207,52	11,412	0,003
	ЗИР	152	224,79		
	НИРЛ	152	253,19		
	Всего	456			
Притязания	НИР	152	208,93	16,813	0,000
	ЗИР	152	215,61		
	НИРЛ	152	260,96		
	Всего	456			

Уровни самооценки и притязаний у детей с разным когнитивным здоровьем представлены в таблицах 53 и 54.

Таблица 54 – Уровень самооценки у детей 8-11 лет с разным когнитивным здоровьем

Диагноз		Самооценка			Итого
		заниженная	адекватная	завышенная	
НИР	Частота	31	56	65	152
	% в Диагноз	20,4%	36,8%	42,8%	100,0%
ЗИР	Частота	32	40	80	152
	% в Диагноз	21,1%	26,3%	52,6%	100,0%
НИРЛ	Частота	29	21	102	152
	% в Диагноз	19,1%	13,8%	67,1%	100,0%
Итого	Частота	92	117	247	456
	% в Диагноз	20,2%	25,7%	54,2%	100,0%

Сравнительные данные влияния уровня притязаний на формирование патопсихологической модели саморегуляции у исследуемой категории учащихся представлена в таблице 55.

Анализ эмпирических данных показал, что для большинства детей (более 40 %) в возрасте 8-11 лет, независимо от особенностей когнитивного здоровья, характерны завышенная самооценка и завышенный, нереалистичный, некритичный уровень притязаний (см. таблицы 54, 55).

Таблица 55 – Уровень притязаний у детей 8-11 лет с разным когнитивным здоровьем

Диагноз		Уровень притязаний			Итого
		заниженный	реалистичный	завышенный	
НИР	Частота	33	56	63	152
	% в Диагноз	21,7%	36,8%	41,4%	100,0%
ЗИР	Частота	37	44	71	152
	% в Диагноз	24,3%	28,9%	46,7%	100,0%
НИРЛ	Частота	21	32	99	152
	% в Диагноз	13,8%	21,1%	65,1%	100,0%
Итого	Частота	91	132	233	456
	% в Диагноз	20,0%	28,9%	51,1%	100,0%

При этом особенно высокий уровень данных показателей демонстрируют большинство детей из нозологических групп (НИРЛ и ЗИР).

Таблица 56 – Результаты сравнительного анализа показателей самооценки и притязаний в нормативной (НИР) и нозологических (ЗИР и НИРЛ) группах детей 8–9 лет

	Диагноз	N	Средний ранг	H-критерий	Асимпт. знч
Самооценка	НИР	76	107,29	2,226	0,329
	ЗИР	76	114,91		
	НИРЛ	76	121,30		
	Всего	228			
Притязания	НИР	76	104,65	4,423	0,110
	ЗИР	76	113,79		
	НИРЛ	76	125,06		
	Всего	228			

Влияние самооценки и уровня притязаний испытуемых на формирование патопсихологической модели саморегуляции у исследуемой категории испытуемых представлен в таблице 57.

Сравнительный анализ показателей самооценки и притязаний в выделенных группах респондентов с разным когнитивным здоровьем показал, что наблюдаются статистически значимые различия в выраженности данных признаков у респондентов общей выборки (см. таблицу 53) и у детей в возрасте

10-11 лет (см. таблицу 57). В то время, как у детей в возрасте 8-9 лет статистически значимых различий в выраженности самооценки и притязаний обнаружено не было (см. таблицу 56/).

Таблица 57 – Результаты сравнительного анализа показателей самооценки и притязаний в нормативной (НИР) и нозологических (ЗИР и НИРЛ) группах детей 10–11 лет

	Диагноз	N	Средний ранг	H-критерий	Асимпт. знч
Самооценка	НИР	76	100,99	10,537	0,005
	ЗИР	76	110,35		
	НИРЛ	76	132,16		
	Всего	228			
Притязания	НИР	76	104,82	15,061	0,001
	ЗИР	76	102,23		
	НИРЛ	76	136,45		
	Всего	228			

Для изучения возможных проблем у матерей младших школьников с разным когнитивным здоровьем (из трех выделенных групп: НИР, ЗИР и НИРЛ) проводилась психологическая диагностика с помощью опросника Ахенбаха. Обследуемые матери также были распределены на 3 группы, в соответствии с когнитивным здоровьем их детей.

Зависимость отношения матерей от когнитивного здоровья их детей первоначально проверялась на общей выборке респондентов. Для этой цели применялся однофакторный дисперсионный анализ с фиксируемым фактором – когнитивное здоровье детей. Полученные результаты представлены в таблицах 58 и 59.

В результате проведенного исследования статистически значимых различий в показателях матерей младших школьников с различным когнитивным здоровьем установлено не было ($F=1,483$; $p>0,05$). Парное межгрупповое сравнение с использованием апостериорных критериев достоверных различий также не показало ($p>0,05$).

Таблица 58 – Средние оценки характеристик у матерей детей с разным когнитивным здоровьем (общая выборка респондентов)

Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
					Нижняя граница	Верхняя граница		
матери детей с НИР	60	73,20	16,870	2,178	68,84	77,56	43	98
матери детей с ЗИР	60	73,85	22,117	2,855	68,14	79,56	39	112
матери детей с НИРЛ	60	78,90	20,196	2,607	73,68	84,12	44	115
Итого	180	75,32	19,900	1,483	72,39	78,24	39	115

Таблица 59 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей по методике Ахенбаха (общая выборка респондентов)

	Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Знч.
Между группами	1168,300	2	584,150	1,483	0,230
Внутри групп	69718,650	177	393,891		
Итого	70886,950	179			

Аналогичный анализ был проведен на двух подвыборках респондентов, разделенных по возрасту детей (матери детей 8-9 лет и матери детей 10-11 лет). Полученные результаты представлены в таблицах 60-64 и на рисунке 29.

Таблица 60 – Средние оценки показателей по опроснику Ахенбаха у матерей детей 8-9 лет с разным когнитивным здоровьем

Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
					Нижняя граница	Верхняя граница		
матери детей с НИР	30	67,90	15,266	2,787	62,20	73,60	43	90
матери детей с ЗИР	30	77,60	21,567	3,938	69,55	85,65	42	110
матери детей с НИРЛ	30	71,40	20,806	3,799	63,63	79,17	44	108
Итого	90	72,30	19,617	2,068	68,19	76,41	42	110

Таблица 61 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей детей 8–9 лет по методике Ахенбаха

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Между группами	1447,800	2	723,900	1,920	0,153
Внутри групп	32801,100	87	377,024		
Итого	34248,900	89			

В группе матерей, у которых дети в возрасте 8-9 лет, также как и на общей выборке, статистически достоверных различий по выявлено не было ($F=1,92$; $p=0,153$).

В группе матерей, у которых дети в возрасте 10-11 лет, обнаружены достоверные различия на высоком уровне статистической значимости ($F=5,592$; $p=0,005$). Проведенный анализ средних оценок у матерей из этой возрастной группы показал зависимость психологических характеристик детей от их когнитивного здоровья. В дальнейшем анализировались показатели шкал, включающих достоверные различия между группами и имеющими значение для создания программ психологической помощи, направленных на повышение

материнской компетентности.

Таблица 62 – Средние оценки показателей по опроснику Ахенбаха у матерей детей 10–11 лет с разным когнитивным здоровьем

Группа	N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
					Нижняя граница	Верхняя граница		
матери детей с НИР	30	78,50	16,966	3,098	72,16	84,84	54	98
матери детей с ЗИР	30	70,10	22,383	4,087	61,74	78,46	39	112
матери детей с НИРЛ	30	86,40	16,751	3,058	80,15	92,65	55	115
Итого	90	78,33	19,831	2,090	74,18	82,49	39	115

Таблица 63 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей детей 10–11 лет по методике Ахенбаха

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Между группами	3986,600	2	1993,300	5,592	0,005
Внутри групп	31013,400	87	356,476		
Итого	35000,000	89			

На наш взгляд, заслуживает особого внимания тот факт, что самые высокие значения показателя адаптации продемонстрировали матери детей с НИРЛ, на втором месте матери детей с НИР и наиболее низкие показатели наблюдаются у матерей детей с ЗИР (см. рисунок 30). В ходе исследования мы обнаружили, что матери детей группы НИРЛ более спокойно принимают особенности развития и не имеют высокого уровня ожидания от своих детей, нежели матери детей группы ЗИР. В ходе интервьюирования также установлено, что матери детей группы НИРЛ в своем большинстве принимают их особенности и более реально оценивают «модель будущего» своего ребенка, нежели матери группы ЗИР.

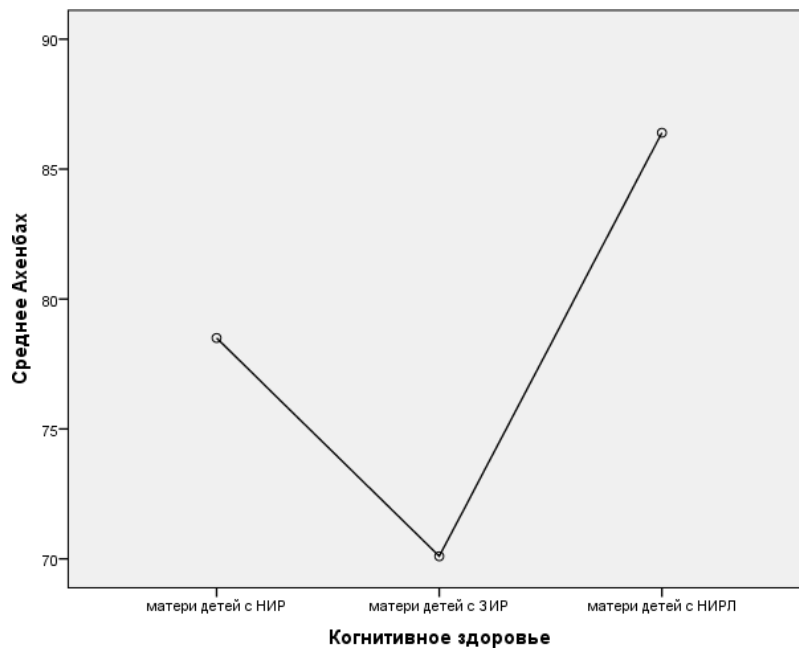


Рисунок 30 – Средние оценки матерями показателя адаптации детей 10–11 лет с разным когнитивным здоровьем

Уровень адаптации матерей является значимым при формировании мира субъективной реальности ребенка и саморегуляции в детском возрасте. Результаты отражены в таблице 64.

Таблица 64 – Результаты множественного сравнения уровня адаптации матерями детей 10–11 лет с разным когнитивным здоровьем (критерий НЗР)

(I) Когнитивное здоровье	J) Когнитивное здоровье	(I-J)-я разность средних	Стд. Ошибка	Знч.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
матери детей с НИР	матери детей с ЗИР	8,400	4,875	0,088	-1,29	18,09
	матери детей с НИРЛ	-7,900	4,875	0,109	-17,59	1,79
матери детей с ЗИР	матери детей с НИР	-8,400	4,875	0,088	-18,09	1,29
	матери детей с НИРЛ	-16,300*	4,875	0,001	-25,99	-6,61
матери детей с НИРЛ	матери детей с НИР	7,900	4,875	0,109	-1,79	17,59
	матери детей с ЗИР	16,300*	4,875	0,001	6,61	25,99

Проведенные попарные множественные сравнения показали, что оценка адаптации матерями детей с НИРЛ статистически значимо превышает этот

показатель у матерей группы ЗИР ($p=0,001$) и не отличается от матерей детей с НИР ($p=0,109$). В то же время оценка адаптации матерями детей без нарушений когнитивного здоровья превышает этот показатель у матерей группы ЗИР, но лишь на уровне статистической тенденции ($p=0,088$).

Психологическая диагностика матерей младших школьников с различным когнитивным здоровьем с использованием методики PARI позволила выявить результаты, представленные в таблицах ниже. В таблицах 65, 66 и 67 приведены результаты сравнительного анализа отношения матерей к семейной роли и составляющих его характеристик в трех группах респондентов с различным когнитивным здоровьем детей.

Таблица 65 – Средние оценки показателей отношения к семейной роли у матерей детей с различным когнитивным здоровьем (общая выборка)

		N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
Зависимость от семьи	матери детей с НИР	60	13,50	4,616	0,596	12,31	14,69	5	20
	матери детей с ЗИР	60	13,30	2,493	0,322	12,66	13,94	9	17
	матери детей с НИРЛ	60	11,40	2,219	0,286	10,83	11,97	6	16
	Итого	180	12,73	3,405	0,254	12,23	13,23	5	20
Ощущение самопожертвования	матери детей с НИР	60	12,30	2,651	0,342	11,62	12,98	8	18
	матери детей с ЗИР	60	12,35	2,193	0,283	11,78	12,92	9	15
	матери детей с НИРЛ	60	12,35	2,216	0,286	11,78	12,92	9	17
	Итого	180	12,33	2,349	0,175	11,99	12,68	8	18
Семейные конфликты	матери детей с НИР	60	11,60	3,628	0,468	10,66	12,54	5	20
	матери детей с ЗИР	60	11,80	3,874	0,500	10,80	12,80	6	20

Продолжение таблицы 65

	матери детей с НИРЛ	60	11,25	2,275	0,294	10,66	11,84	9	17
	Итого	180	11,55	3,323	0,248	11,06	12,04	5	20
Сверхавторитет родителей	матери детей с НИР	60	14,40	3,911	0,505	13,39	15,41	9	20
	матери детей с ЗИР	60	13,35	4,075	0,526	12,30	14,40	9	20
	матери детей с НИРЛ	60	12,10	2,815	0,363	11,37	12,83	9	19
	Итого	180	13,28	3,744	0,279	12,73	13,83	9	20
Неудовлетворенность ролью хозяйки	матери детей с НИР	60	11,00	2,992	0,386	10,23	11,77	6	16
	матери детей с ЗИР	60	12,85	3,640	0,470	11,91	13,79	8	20
	матери детей с НИРЛ	60	12,30	3,269	0,422	11,46	13,14	8	19
	Итого	180	12,05	3,383	0,252	11,55	12,55	6	20
Безучастность мужа	матери детей с НИР	60	12,55	4,102	0,530	11,49	13,61	5	19
	матери детей с ЗИР	60	13,70	4,048	0,523	12,65	14,75	7	19
	матери детей с НИРЛ	60	12,90	3,024	0,390	12,12	13,68	7	18
	Итого	180	13,05	3,767	0,281	12,50	13,60	5	19
Доминирование матери	матери детей с НИР	60	14,15	3,681	0,475	13,20	15,10	8	20
	матери детей с ЗИР	60	14,65	3,909	0,505	13,64	15,66	7	20
	матери детей с НИРЛ	60	13,75	4,032	0,521	12,71	14,79	7	20
	Итого	180	14,18	3,873	0,289	13,61	14,75	7	20
Несамостоятельность	матери детей с НИР	60	12,90	2,796	,361	12,18	13,62	7	19
	матери детей с ЗИР	60	11,90	2,253	0,291	11,32	12,48	9	17

Окончание таблицы 65

	матери детей с НИРЛ	60	11,70	2,745	0,354	10,99	12,41	7	18
	Итого	180	12,17	2,648	0,197	11,78	12,56	7	19
Отношение к семейной роли	матери детей с НИР	60	22,65	5,155	0,665	21,32	23,98	14	31
	матери детей с ЗИР	60	22,60	4,809	0,621	21,36	23,84	10	31
	матери детей с НИРЛ	60	22,40	5,302	0,684	21,03	23,77	9	32
	Итого	180	22,55	5,065	0,378	21,80	23,30	9	32

Анализ полученных результатов по исследованию отношения матери к семейной роли представлен в таблице 66. Данный критерий является важным фактором, влияющий на саморегуляцию в детском возрасте.

Таблица 66 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей по показателям отношения к семейной роли (общая выборка респондентов)

Признаки		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Зависимость от семьи	Между группами	161,200	2	80,600	7,454	0,001
	Внутри групп	1914,000	177	10,814		
	Итого	2075,200	179			
Ощущение самопожертвования	Между группами	,100	2	0,050	0,009	0,991
	Внутри групп	987,900	177	5,581		
	Итого	988,000	179			
Семейные конфликты	Между группами	9,300	2	4,650	0,418	0,659
	Внутри групп	1967,250	177	11,114		
	Итого	1976,550	179			
Сверх авторитет родителей	Между группами	159,100	2	79,550	5,993	0,003
	Внутри групп	2349,450	177	13,274		
	Итого	2508,550	179			
Неудовлетворенность ролью хозяйки	Между группами	108,300	2	54,150	4,940	0,008
	Внутри групп	1940,250	177	10,962		

Окончание таблицы 66

	Итого	2048,550	179			
Безучастность мужа	Между группами	41,700	2	20,850	1,477	0,231
	Внутри групп	2498,850	177	14,118		
	Итого	2540,550	179			
Доминирование матери	Между группами	24,400	2	12,200	0,812	0,446
	Внутри групп	2660,550	177	15,031		
	Итого	2684,950	179			
Несамостоятельность матери	Между группами	49,600	2	24,800	3,642	0,028
	Внутри групп	1205,400	177	6,810		
	Итого	1255,000	179			
Отношение к семейной роли	Между группами	2,100	2	1,050	0,040	0,960
	Внутри групп	4590,450	177	25,935		
	Итого	4592,550	179			

Результаты дисперсионного анализа позволяют говорить о влиянии когнитивного здоровья детей на такие признаки отношения матерей к семейной роли, как зависимость от семьи ($F= 7,454$; $p= 0,001$), сверх авторитет родителей ($F= 5,993$; $p= 0,003$), неудовлетворенность ролью хозяйки ($F= 4,940$; $p= 0,008$) и несамостоятельность матери ($F= 3,642$; $p= 0,028$). По другим составляющим отношения к семейной роли и по обобщенному итоговому показателю отношения матерей младших школьников с различным когнитивным здоровьем достоверных различий не установлено ($p>0,05$).

Проведенные попарные множественные сравнения с применением апостериорных критериев позволили установить ряд особенностей, которые графически представлены на рисунках 31- 34.

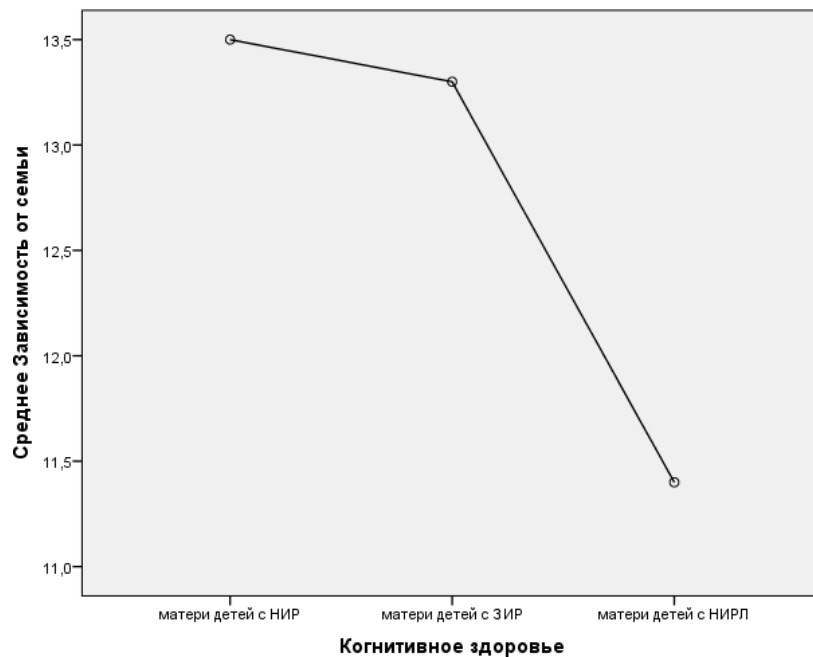


Рисунок 31 – Средние оценки показателя «Зависимость от семьи» у матерей детей с разным когнитивным здоровьем (общая выборка)

Так показатели «Зависимость от семьи» матерей детей с НИР и ЗИР статистически значимо превосходят показатели по данному признаку, которые демонстрируют матери детей с НИРЛ ($p=0,001$ и $p=0,002$, соответственно). В то время, как в первых двух группах матерей (дети с НИР и ЗИР) показатели по данному признаку статистически значимо не отличаются ($p=0,739$).

Похожая картина наблюдается и в средних оценках показателя «Сверх авторитет родителей» (см. рисунок 32). Показатели данного признака матерей детей с НИР статистически значимо выше показателей матерей с НИРЛ ($p=0,001$). Показатели матерей детей с ЗИР превышают показатели матерей детей с НИРЛ на уровне статистической тенденции ($p=0,062$). Различий в показателях «Сверх авторитет родителей» у матерей детей с НИР и ЗИР не обнаружено ($p=0,116$).

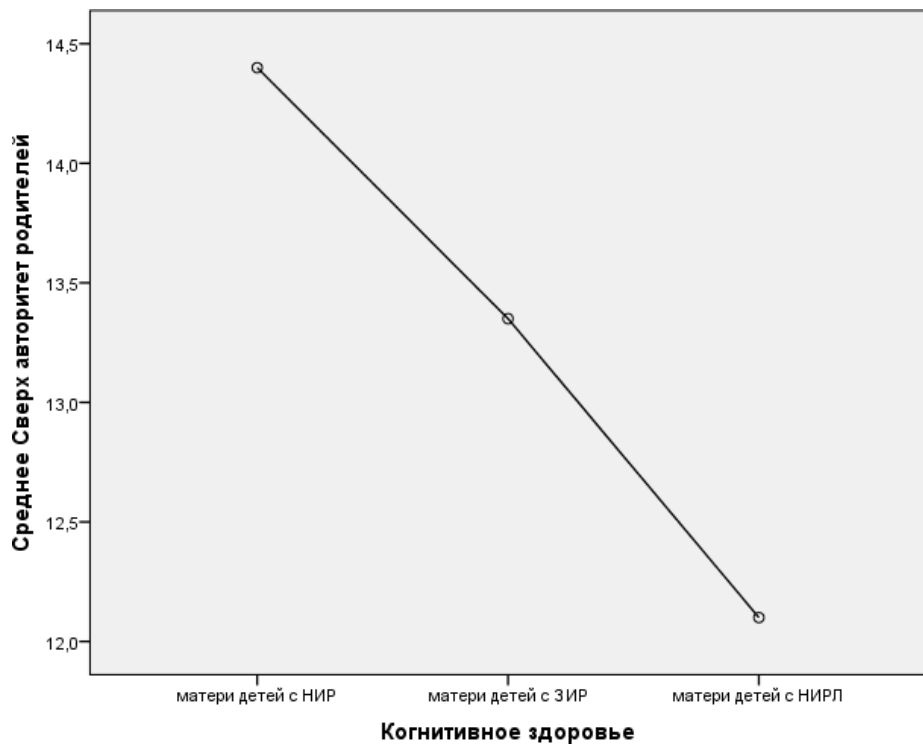


Рисунок 32 – Средние оценки показателя "Сверх авторитет родителей" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем (общая выборка)

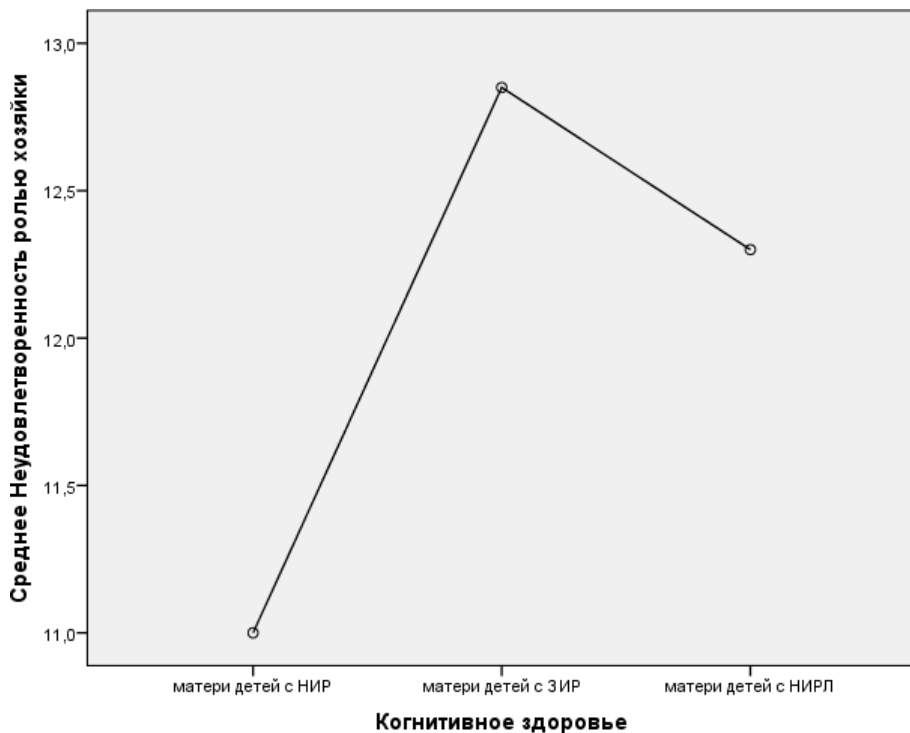


Рисунок 33 – Средние оценки показателя "Неудовлетворенность ролью хозяйки" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем (общая выборка)

Согласно полученным данным (см. рисунок 33), матери детей с НИР

демонстрируют самые низкие значения показателя «Неудовлетворенность ролью хозяйки» по сравнению с матерями детей с ЗИР ($p=0,003$) и матерями детей с НИРЛ ($p=0,033$). В то же время средние оценки по данному показателю, демонстрируемые группами матерей детей с ЗИР и НИРЛ статистически значимо не отличаются ($p=0,364$).

Результаты анализа показывают, что показатели признака «Несамостоятельность матери», демонстрируемые матерями детей с НИР, напротив, статистически значимо выше чем у матерей детей с ЗИР ($p=0,037$) и матерей детей с НИРЛ ($p=0,013$), а в группах матерей детей с ЗИР и НИРЛ не отличаются ($p=0,675$).

Проведенный дисперсионный анализ составляющих признаков отношения матерей к семейной роли в группах матерей детей в возрасте 8-9 лет с разным когнитивным здоровьем выявил достоверные различия только по признаку «Неудовлетворенность ролью хозяйки» ($F=6,043$; $p=0,003$).

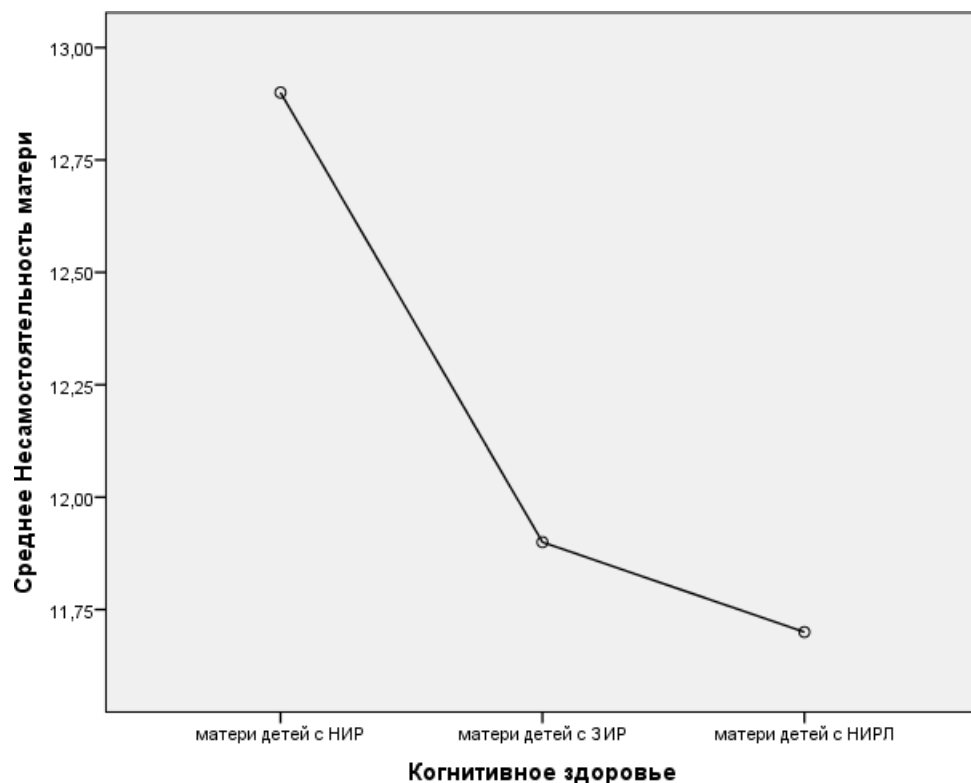


Рисунок 34 – Средние оценки показателя "Несамостоятельность матери" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем (общая выборка)

При попарном множественном сравнении с использованием апостериорных

критериев соотношение средних оценок исследуемых показателей в трех группах матерей получили картину, практически аналогичную общей выборке респондентов (которая была подробно описана выше). Однако следует отметить, что дополнительно было выявлено, что матери детей 8-9 лет с НИР демонстрируют более высокие показатели признака «Ощущение самопожертвования» по сравнению с матерями детей с ЗИР ($p=0,036$) и матерями детей с НИРЛ ($p=0,023$). Это обусловлено фактом высокой степени тревожности и неопределенности (вариативности) «модели будущего» своих детей вследствие наличия больших возможностей, нежели их сверстники с нарушениями когнитивного здоровья.

В группах матерей детей 10-11 лет с разным когнитивным здоровьем были установлены достоверные различия по следующим признакам: зависимость от семьи ($F=8,050$; $p=0,001$), ощущение самопожертвования ($F=3,140$; $p=0,048$), сверх авторитет родителей ($F=4,939$; $p=0,009$) и безучастность мужа ($F=8,054,2040$; $p=0,018$).

Таблица 67 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей детей 10–11 лет по показателям отношения к семейной роли

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Зависимость от семьи	Между группами	120,800	2	60,400	8,050	0,001
	Внутри групп	652,800	87	7,503		
	Итого	773,600	89			
Ощущение самопожертвов ания	Между группами	36,600	2	18,300	3,140	0,048
	Внутри групп	507,000	87	5,828		
	Итого	543,600	89			
Семейные конфликты	Между группами	3,200	2	1,600	0,151	0,860
	Внутри групп	920,400	87	10,579		
	Итого	923,600	89			
Сверх авторитет родителей	Между группами	155,400	2	77,700	4,939	0,009
	Внутри групп	1368,600	87	15,731		
	Итого	1524,000	89			

Окончание таблицы 67

Неудовлетворенность ролью хозяйки	Между группами	12,200	2	6,100	0,540	0,585
	Внутри групп	983,400	87	11,303		
	Итого	995,600	89			
Безучастность мужа	Между группами	117,600	2	58,800	4,204	0,018
	Внутри групп	1216,800	87	13,986		
	Итого	1334,400	89			
Доминирование матери	Между группами	21,600	2	10,800	0,913	0,405
	Внутри групп	1029,300	87	11,831		
	Итого	1050,900	89			
Несамостоятельность матери	Между группами	12,600	2	6,300	0,807	0,450
	Внутри групп	679,500	87	7,810		
	Итого	692,100	89			
Отношение к семейной роли	Между группами	34,400	2	17,200	0,528	0,592
	Внутри групп	2836,500	87	32,603		
	Итого	2870,900	89			

По признакам «Зависимость от семьи» и «Сверх авторитет родителей» соотношение средних оценок аналогично тому, которое было описано для общей выборке, т.е тенденция сохраняется независимо от возраста детей. А вот по признаку «Ощущение самопожертвования» (см. таблица 67) наблюдаются результаты противоположные тем, которые были получены для группы матерей детей в возрасте 8-9 лет. Матери детей 10-11 лет с НИР демонстрируют самые низкие значения показателя «Ощущение самопожертвования» по сравнению с матерями детей с ЗИР ($p=0,040$) и матерями детей с НИРЛ ($p=0,027$). Это факт обусловлен увеличением вариативности социальных ролей испытуемых с нарушениями когнитивного здоровья и наличием поведенческих рисков в процессе социальной адаптации и интеграции.

По признаку «Безучастность мужа» (см. рисунок 35) матери детей 10-11 лет с НИР также демонстрируют более низкие показатели, чем матери детей с ЗИР ($p=0,005$) и, в то же время, статистически значимо не отличающиеся от показателей матерей детей с НИРЛ ($p=0,151$).

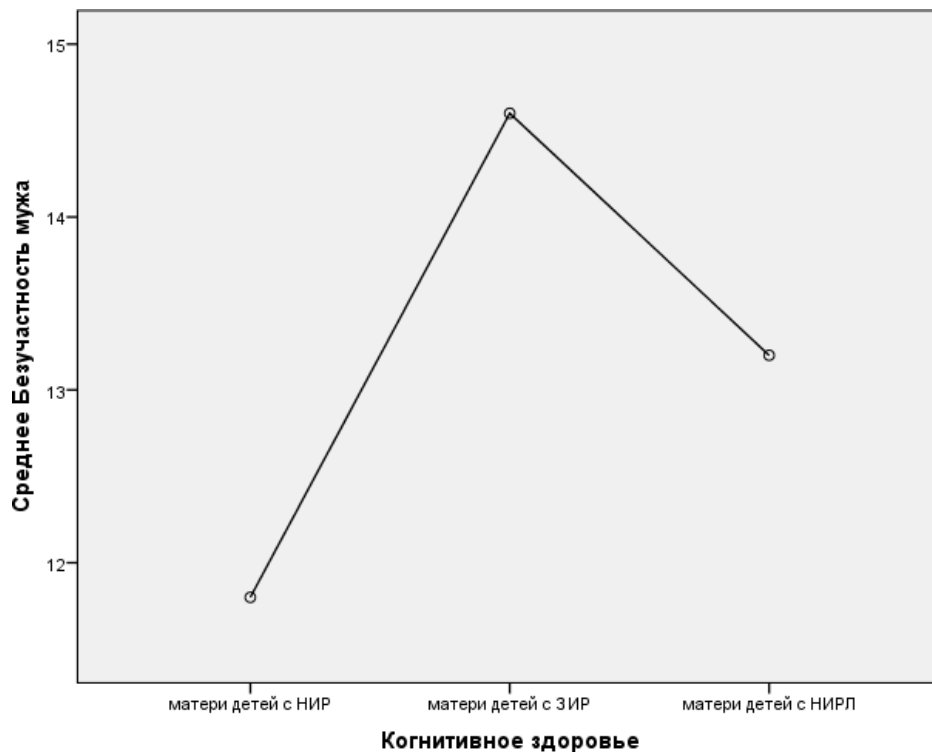


Рисунок 35 – Средние оценки показателя "Безучастность мужа" у матерей детей 10–11 лет с разным когнитивным здоровьем

При сравнении средних оценок показателей отношения родителей к ребенку у матерей детей с различным когнитивным здоровьем установлены различия, доказывающие правильность выдвинутых предположении о ведущих механизмах, способствующих на формирование саморегуляции в детском возрасте (см. таблицу 68).

Таблица 68 – Средние оценки показателей отношения родителей к ребенку у матерей детей с различным когнитивным здоровьем (общая выборка)

		N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
Вербализация	матери детей с НИР	60	13,50	3,116	0,402	12,69	14,31	5	17
	матери детей с ЗИР	60	13,20	3,246	0,419	12,36	14,04	7	18

Продолжение таблицы 68

	матери детей с НИРЛ	60	12,00	2,163	0,279	11,44	12,56	7	17
	Итого	180	12,90	2,939	0,219	12,47	13,33	5	18
Партнерские отношения	матери детей с НИР	60	12,95	3,275	0,423	12,10	13,80	7	19
	матери детей с ЗИР	60	12,95	3,337	0,431	12,09	13,81	7	19
	матери детей с НИРЛ	60	11,95	3,382	0,437	11,08	12,82	7	18
	Итого	180	12,62	3,346	0,249	12,12	13,11	7	19
Развитие активности	матери детей с НИР	60	13,35	2,169	0,280	12,79	13,91	10	17
	матери детей с ЗИР	60	13,65	2,996	0,387	12,88	14,42	6	18
	матери детей с НИРЛ	60	13,50	3,530	0,456	12,59	14,41	9	18
	Итого	180	13,50	2,938	0,219	13,07	13,93	6	18
Уравненные отношения	матери детей с НИР	60	12,00	2,209	0,285	11,43	12,57	6	16
	матери детей с ЗИР	60	11,45	2,580	0,333	10,78	12,12	6	15
	матери детей с НИРЛ	60	11,20	2,313	0,299	10,60	11,80	6	17
	Итого	180	11,55	2,383	0,178	11,20	11,90	6	17
Раздражительнос ть	матери детей с НИР	60	12,60	3,485	0,450	11,70	13,50	7	20
	матери детей с ЗИР	60	12,10	3,635	0,469	11,16	13,04	5	19

Окончание таблицы 68

	матери детей с НИРЛ	60	11,85	2,193	0,283	11,28	12,42	7	17
	Итого	180	12,18	3,168	0,236	11,72	12,65	5	20
Излишняя строгость	матери детей с НИР	60	13,20	3,531	0,456	12,29	14,11	5	20
	матери детей с ЗИР	60	12,65	3,569	0,461	11,73	13,57	8	20
	матери детей с НИРЛ	60	11,80	2,268	0,293	11,21	12,39	8	15
	Итого	180	12,55	3,215	0,240	12,08	13,02	5	20
Уклонение от контакта	матери детей с НИР	60	12,15	2,169	0,280	11,59	12,71	8	16
	матери детей с НИРЛ	60	14,20	3,531	0,456	13,29	15,11	8	18
	Итого	180	13,23	3,005	0,224	12,79	13,68	8	18

Таблица 69 демонстрирует результаты влияния отношения к семейной роли матери на формирование патопсихологической модели саморегуляции.

Таблица 69 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей по показателям отношения к семейной роли (общая выборка респондентов)

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Вербализация	Между группами	75,600	2	37,800	4,550	0,012
	Внутри групп	1470,600	177	8,308		
	Итого	1546,200	179			
Партнерские отношения	Между группами	40,000	2	20,000	1,802	0,168
	Внутри групп	1964,550	177	11,099		
	Итого	2004,550	179			
Развитие активности ребенка	Между группами	2,700	2	1,350	0,155	0,857

Окончание таблицы 69

	Внутри групп	1542,300	177	8,714		
	Итого	1545,000	179			
Уравненные отношения	Между группами	20,100	2	10,050	1,785	0,171
	Внутри групп	996,450	177	5,630		
	Итого	1016,550	179			
Раздражительность	Между группами	17,500	2	8,750	0,870	0,421
	Внутри групп	1779,450	177	10,053		
	Итого	1796,950	179			
Излишняя строгость	Между группами	59,700	2	29,850	2,950	0,055
	Внутри групп	1790,850	177	10,118		
	Итого	1850,550	179			
Уклонение от контакта	Между группами	127,300	2	63,650	7,567	0,001
	Внутри групп	1488,900	177	8,412		
	Итого	1616,200	179			

Достоверные различия в 3-х группах 8-9-летних респондентов с разным когнитивным здоровьем обнаружены только в выраженности признака «Уклонение от контакта» ($F=5,899$; $p=0,004$).

При попарном множественном сравнении были обнаружены достоверные различия между НИР и НИРЛ по признакам «Излишняя строгость» ($p=0,023$) и «Уклонение от контакта» ($p=0,001$). А также на уровне статистической тенденции между НИР и ЗИР по признаку «Уклонение от контакта» ($p=0,078$).

В таблицах 70, 71 приведены результаты сравнительного анализа излишней концентрации на ребенке и составляющих ее признаков в трех группах респондентов с различным когнитивным здоровьем детей.

Также, полученные результаты матерей испытуемых демонстрируют психологические мишени для организации системной помощи детям с нарушением когнитивного здоровья.

Таблица 70 – Средние оценки показателей излишней концентрации на ребенке у матерей детей с различным когнитивным здоровьем (общая выборка)

		N	Среднее	Стд. отклонение	Стд. Ошибка	95% доверительный интервал для среднего		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
Чрезмерная забота	матери детей с НИР	60	13,40	2,859	0,369	12,66	14,14	9	20
	матери детей с ЗИР	60	12,50	2,771	0,358	11,78	13,22	8	18
	матери детей с НИРЛ	60	12,15	2,392	0,309	11,53	12,77	8	17
	Итого	180	12,68	2,719	0,203	12,28	13,08	8	20
Подавление	матери детей с НИР	60	13,45	2,770	0,358	12,73	14,17	6	18
	матери детей с ЗИР	60	12,45	2,480	0,320	11,81	13,09	8	17
	матери детей с НИРЛ	60	11,95	2,127	0,275	11,40	12,50	8	17
	Итого	180	12,62	2,537	0,189	12,24	12,99	6	18
Опасение обидеть	матери детей с НИР	60	13,30	3,300	0,426	12,45	14,15	7	19
	матери детей с ЗИР	60	11,95	3,412	0,440	11,07	12,83	7	19
	матери детей с НИРЛ	60	12,15	3,225	0,416	11,32	12,98	8	19
	Итого	180	12,47	3,348	0,250	11,97	12,96	7	19
Исключение внутрисемейных	матери детей с НИР	60	11,00	3,594	0,464	10,07	11,93	5	19
	матери детей с ЗИР	60	11,15	4,161	0,537	10,08	12,22	6	20

Продолжение таблицы 70

	матери детей с НИРЛ	60	10,75	3,690	0,476	9,80	11,70	6	19
	Итого	180	10,97	3,805	0,284	10,41	11,53	5	20
Подавление агрессивности	матери детей с НИР	60	12,55	3,132	0,404	11,74	13,36	6	19
	матери детей с ЗИР	60	13,85	3,409	0,440	12,97	14,73	7	19
	матери детей с НИРЛ	60	12,10	3,155	0,407	11,28	12,92	9	19
	Итого	180	12,83	3,301	0,246	12,35	13,32	6	19
Подавление	матери детей с НИР	60	12,35	2,261	0,292	11,77	12,93	9	18
	матери детей с ЗИР	60	13,55	3,016	0,389	12,77	14,33	5	18
	матери детей с НИРЛ	60	13,85	2,073	0,268	13,31	14,39	10	17
	Итого	180	13,25	2,554	0,190	12,87	13,63	5	18
Чрезвычайное вмешательство в мир	матери детей с НИР	60	11,50	3,352	0,433	10,63	12,37	5	18
	матери детей с ЗИР	60	12,75	2,778	0,359	12,03	13,47	6	18
	матери детей с НИРЛ	60	12,90	1,623	0,210	12,48	13,32	9	16
	Итого	180	12,38	2,741	0,204	11,98	12,79	5	18
Стремление ускорить развитие ребенка	матери детей с НИР	60	11,40	2,101	0,271	10,86	11,94	7	15
	матери детей с ЗИР	60	11,75	2,362	0,305	11,14	12,36	8	18
	матери детей с НИРЛ	60	11,90	1,857	0,240	11,42	12,38	8	16
	Итого	180	11,68	2,115	0,158	11,37	11,99	7	18

Окончание таблицы 70

матери детей с НИРЛ	60	11,90	1,857	0,240	11,42	12,38	8	16
Итого	180	11,68	2,115	0,158	11,37	11,99	7	18

Дисперсный анализ излишней концентрации на ребенка у матерей всех исследуемых групп отражены в таблице 71.

Таблица 71 – Результаты дисперсионного анализа в трех группах матерей по показателям излишней концентрации на ребенке (общая выборка респондентов)

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Чрезмерная забота	Между группами	49,900	2	24,950	3,469	0,033
	Внутри групп	1273,050	177	7,192		
	Итого	1322,950	179			
Подавление воли	Между группами	70,000	2	35,000	5,723	0,004
	Внутри групп	1082,550	177	6,116		
	Итого	1152,550	179			
Опасение обидеть	Между группами	63,700	2	31,850	2,901	0,058
	Внутри групп	1943,100	177	10,978		
	Итого	2006,800	179			
Исключение внутрисемейных влияний	Между группами	4,900	2	2,450	,168	0,846
	Внутри групп	2586,900	177	14,615		
	Итого	2591,800	179			
Подавление агрессивности	Между группами	99,100	2	49,550	4,736	0,010
	Внутри групп	1851,900	177	10,463		
	Итого	1951,000	179			
Подавление сексуальности	Между группами	75,600	2	37,800	6,126	0,003
	Внутри групп	1092,150	177	6,170		
	Итого	1167,750	179			
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	Между группами	70,900	2	35,450	4,927	0,008
	Внутри групп	1273,650	177	7,196		
	Итого	1344,550	179			

Окончание таблицы 71

Стремление ускорить развитие ребенка	Между группами	7,900	2	3,950	,882	0,416
	Внутри групп	793,050	177	4,481		
	Итого	800,950	179			

Сравнительные данные между группами в проявлении чрезмерной заботы отражены на рисунке 36.

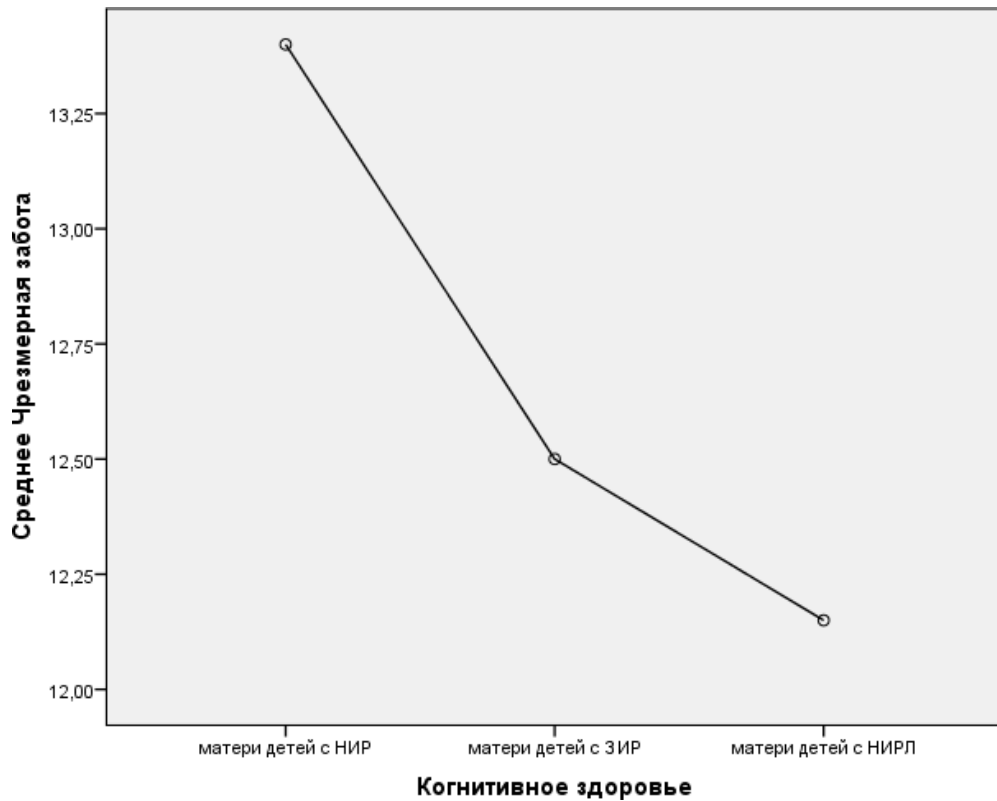


Рисунок 36 – Средние оценки показателя "Чрезмерная забота" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем.

Проведенный анализ с помощью апостериорных критериев парных сравнений (Post Hoc) средних оценок показателя «Чрезмерная забота» у респондентов (матерей), имеющих детей с различным когнитивным здоровьем показал (см. рисунок 36), что показатели чрезмерной заботы матерей детей с НИР статистически значимо выше показателей матерей детей с НИРЛ ($p=0,012$) и, на уровне статистической тенденции, превышают показатели матерей детей с ЗИР ($p=0,068$). В то же время средние значения данного показателя, демонстрируемые матерями, имеющими детей с ЗИР и НИРЛ статистически значимо не отличаются друг от друга ($p=0,476$).

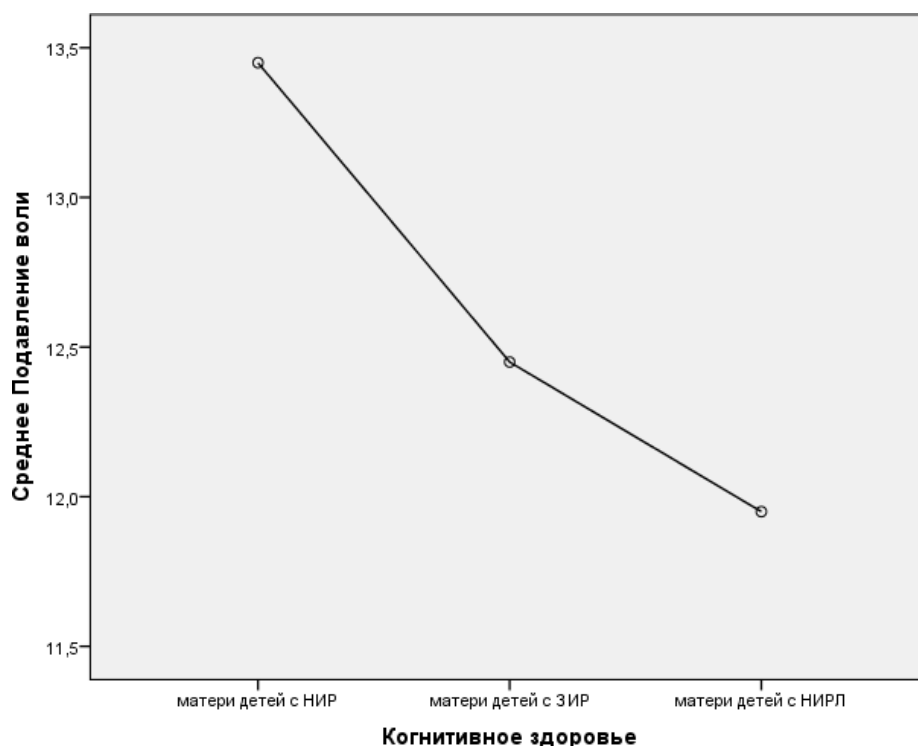


Рисунок 37 – Средние оценки показателя "Подавление воли" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем.

В результате проведенного попарного межгруппового сравнения (Post Hoc) было установлено (см. рисунок 37), что средние оценки показателя «Подавление воли», демонстрируемые матерями детей с НИР, статистически значимо выше, чем показатели матерей детей с ЗИР ($p=0,028$) и матерей детей с НИРЛ ($p=0,02801$). При этом показатели «Подавление воли» у матерей детей с ЗИР и НИРЛ статистически значимо не различаются ($p=0,270$).

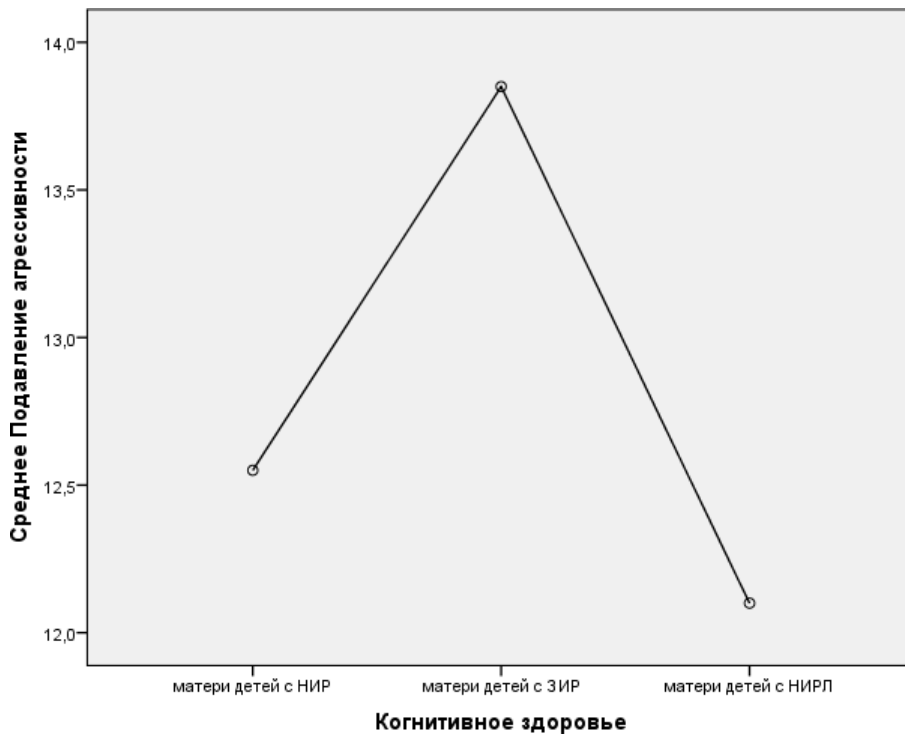


Рисунок 38 – Средние оценки показателя "Подавление агрессивности" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем.

Анализ результатов применения апостериорных критериев парных сравнений (Post Hoc) средних оценок показателя «Подавление агрессивности» у матерей детей с различным когнитивным здоровьем позволяет утверждать (см. рисунок 38), что средние значения данного показателя, характерные для матерей детей с ЗИР статистически значимо выше средних значений, демонстрируемых матерями детей с НИРЛ ($p=0,003$) и матерями детей с НИР ($p=0,029$). В то же время данные показывают, что матери детей с НИР и матери детей с НИРЛ по степени выраженности у них показателя «Подавление агрессивности» статистически значимых различий не демонстрируют ($p=0,447$).

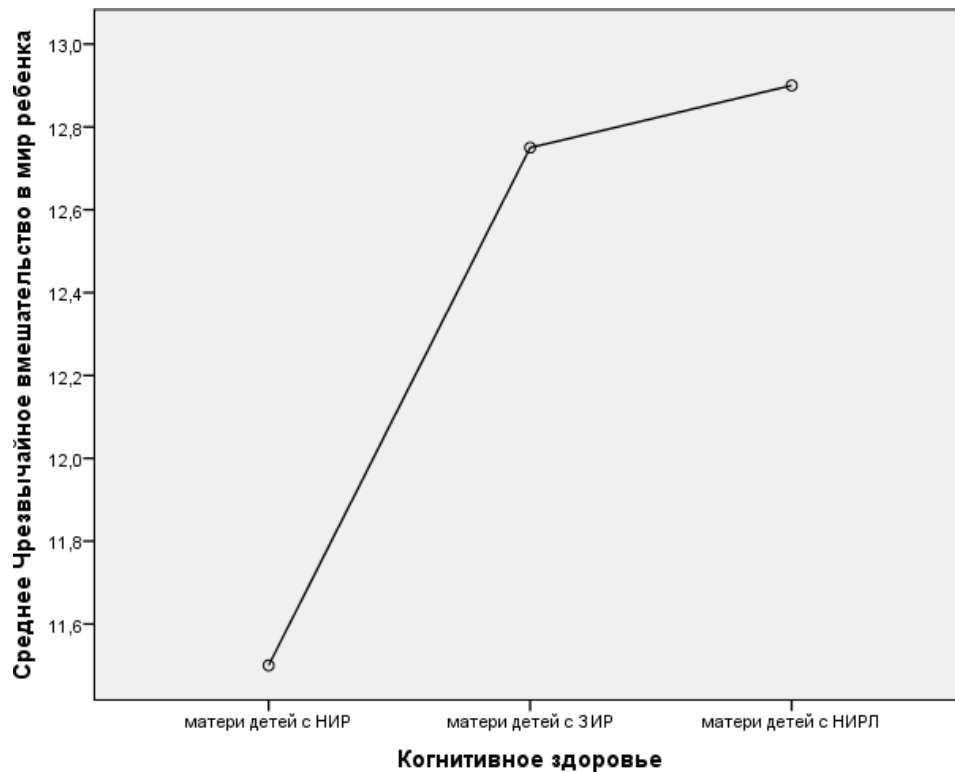


Рисунок 39 – Средние оценки показателя "Чрезмерное вмешательство в мир ребенка" у матерей детей с разным когнитивным здоровьем.

Полученные данные в результате применения апостериорных критериев парных сравнений (Post Hoc) в отношении выраженности показателя «Чрезмерное вмешательство в мир ребенка» у матерей детей с различным когнитивным здоровьем, показали, что средние значения данного показателя, демонстрируемые матерями детей с НИР статистически значимо ниже чем у матерей детей с ЗИР ($p=0,012$) и матерей детей с НИРЛ ($p=0,005$). В то время, как между последними статистически достоверных различий установлено не было ($p=0,760$). Таким образом, можно утверждать (см. рисунок 39), что чрезмерное вмешательство в мир ребенка наиболее характерно для матерей детей с ЗИР и НИРЛ и в меньшей степени для матерей детей с НИР.

Таблица 72 – Результаты сравнительного дисперсионного анализа в возрастной группе 8-9 лет

Дисперсионный анализ

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Чрезмерная забота	Между группами	27,800	2	13,900	1,848	0,164
	Внутри групп	654,300	87	7,521		
	Итого	682,100	89			
Подавление воли	Между группами	48,200	2	24,100	3,579	0,032
	Внутри групп	585,900	87	6,734		
	Итого	634,100	89			
Опасение обидеть	Между группами	25,800	2	12,900	1,069	0,348
	Внутри групп	1050,300	87	12,072		
	Итого	1076,100	89			
Исключение внутрисемейных влияний	Между группами	10,400	2	5,200	,356	0,702
	Внутри групп	1272,000	87	14,621		
	Итого	1282,400	89			
Подавление агрессивности	Между группами	127,400	2	63,700	7,652	0,001
	Внутри групп	724,200	87	8,324		
	Итого	851,600	89			
Подавление сексуальности	Между группами	45,800	2	22,900	5,548	0,005
	Внутри групп	359,100	87	4,128		
	Итого	404,900	89			
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	Между группами	111,200	2	55,600	10,552	0,000
	Внутри групп	458,400	87	5,269		
	Итого	569,600	89			
Стремление ускорить развитие ребенка	Между группами	7,800	2	3,900	,784	0,460
	Внутри групп	432,600	87	4,972		
	Итого	440,400	89			

Результаты сравнительного анализа в возрастной группе 8-9 лет полностью повторяют результаты, полученные на общей выборке респондентов. Различия

обнаружены по тем же самым признакам и степень их выраженности соответствует результатам общей выборки (см. графики)

В возрастной группе 10-11 лет достоверные различия были получены только по признаку «Подавление воли» ($p=0,043$) и признаку «Подавление агрессивности» ($p=0,035$). Проведенный анализ с применением апостериорных критериев парных сравнений (Post Hoc) позволил установить особенности выраженности данных признаков, характерные для матерей, имеющих детей с разным когнитивным здоровьем. Полученные результаты графически представлены на рисунках 40 и 41.

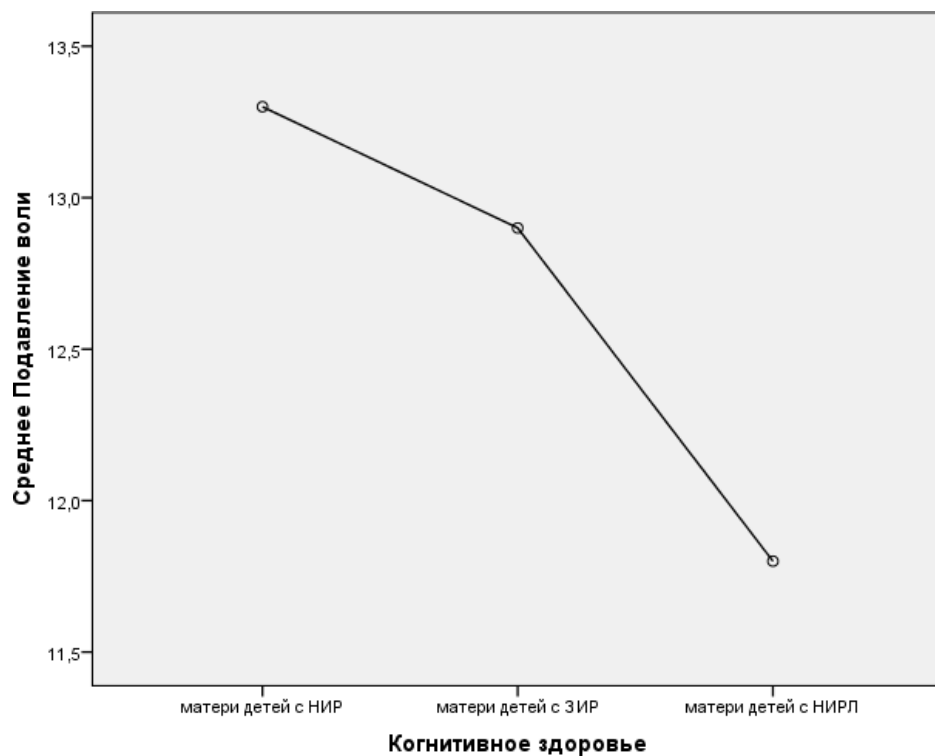


Рисунок 40 – Средние оценки показателя "Подавление воли" у матерей, имеющих детей в возрасте 10-11 лет с разным когнитивным здоровьем

Данные проведенного статистического анализа показывают, что самая низкая степень выраженности показателя «Подавление воли» отмечается у матерей, имеющих детей с НИРЛ (см. рисунок 40). Так их средние значения по данному показателю статистически значимо ниже средних значений, демонстрируемых матерями детей с НИР ($p=0,016$) и на уровне статистической тенденции ниже средних значений, характерных для матерей детей с ЗИР ($p=0,074$). При этом по

выраженности показателя «Подавление воли» в группах матерей детей с НИР и ЗИР статистически достоверных различий установлено не было ($p=0,512$).

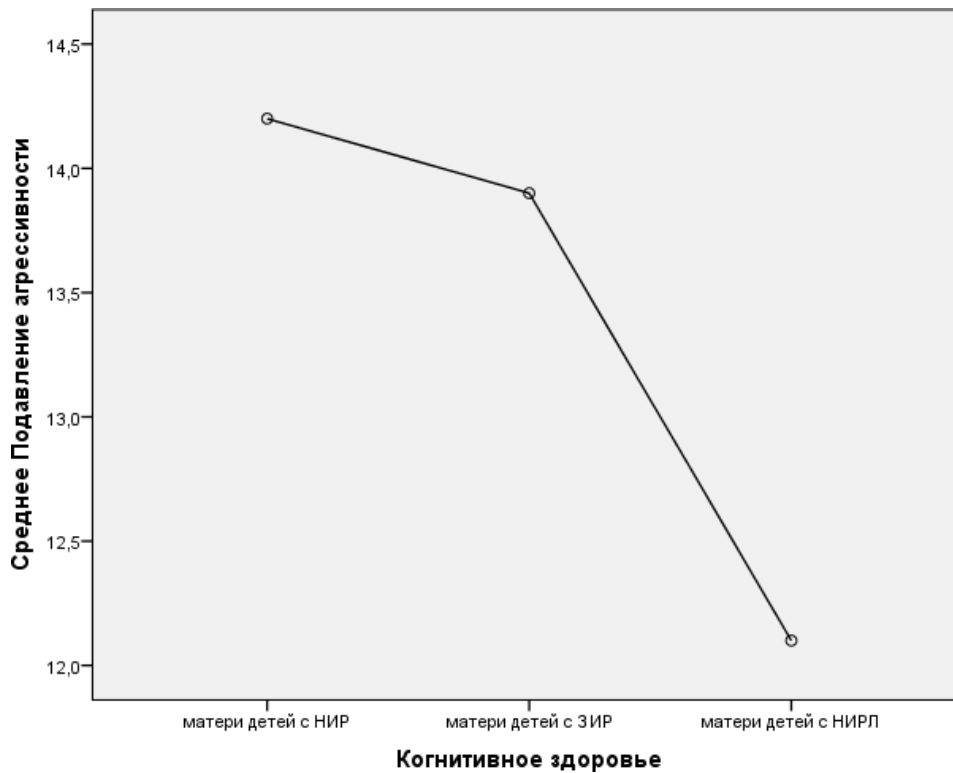


Рисунок 41 – Средние оценки показателя "Подавление агрессивности" у матерей, имеющих детей в возрасте 10-11 лет с разным когнитивным здоровьем

Аналогичная картина наблюдается и в отношении показателя «Подавление агрессивности», самая низкая степень выраженности характерна для матерей, имеющих детей с НИРЛ (см. рисунок 41). Так в результате попарного межгруппового сравнения было установлено, что средние значения показателя «Подавление агрессивности», характерных для матерей детей с НИРЛ, статистически значимо ниже средних значений данного показателя, демонстрируемых матерями детей с НИР ($p=0,017$) и матерями детей с ЗИР ($p=0,039$). В то время, как между средними значениями последних (матерей детей с НИР и ЗИР) статистически достоверных различий не обнаружено ($p=0,728$).

В процессе исследования саморегуляции как индикатора психического здоровья и личностного развития детей с когнитивным дефицитом мы установили следующие закономерности:

1. Ключевую роль в формировании стратегий поведения играет социальное окружение (детско-родительские отношения).
2. Показатели когнитивного развития и детско-родительских отношений имеют прямую корреляцию.
3. Детско-родительские отношения и родительские установки связаны с проявлениями саморегуляции во всех исследуемых группах.
4. Чем выше уровень когнитивного здоровья, тем выше вероятность формирования адаптивных стратегий поведения.

4.4 Выводы по главе 4

В 4 главе представлены результаты экспериментального исследования саморегуляции у школьников с нарушением когнитивного здоровья. Основанием для исследования послужила разработанная трехуровневая структурно-функциональная модель саморегуляции.

Исследование позволило установить нормативные и патологические проявления саморегуляции у младших школьников и рассмотреть ее нарушенные компоненты с учетом нозологической принадлежности, а также представить их в патопсихологических моделях задержанного интеллектуального развития (ЗИР) и легкой степени интеллектуальных нарушений (НИРЛ). Установленные различия патопсихологических моделей определяют дифференцированный подход в технологиях психологического сопровождения, направленных на становление когнитивного здоровья.

Полученные результаты являются основой для разработки системы психологической помощи детям с когнитивным дефицитом в условиях образовательной среды, что отражено в следующей главе настоящего исследования.

1. В группах ЗИР и НИРЛ в обеих возрастных категориях младших школьников выявлены нарушения когнитивного уровня, проявляющиеся в затруднениях на всех этапах планирования, контроля и удержания цели деятельности, проявление ригидности в процессе формировании новых стратегий

поведения. В группе НИР когнитивный уровень саморегуляции отличается гибкостью и большей подвижностью, а также способностью критично отнестись к возможным ситуативным изменениям.

2. Неадаптивные стратегии в большей степени проявляются у испытуемых обеих возрастных категорий группы НИРЛ, нежели у испытуемых ЗИР. В группе НИРЛ нарушены все компоненты стратегий поведения. В группе НИР преобладают адаптивные стратегии. Установлены значимые различия на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$) между всеми группами респондентов.

3. Показатели личностно-смыслового уровня саморегуляции свидетельствуют о наличии высокого уровня конфликтности со сверстниками и родителями в группе НИР, несколько ниже – ЗИР и НИРЛ. Достоверность различий ($p \leq 0,001$) между группами НИР – ЗИР и НИР – НИРЛ.

4. Более эффективные способы психологической защиты наблюдаются в группе НИР по сравнению с ЗИР и НИРЛС ($p \leq 0,001$).

5. В группе НИР между 8-9 и 10-11-летними отмечается возрастная динамика в усилении ПЗ «интеллектуализация» ($p \leq 0,05$). При нарушениях когнитивного здоровья происходит снижение ПЗ «компесация». Для ЗИР и НИРЛ характерно развитие ПЗ «вытеснение» ($p \leq 0,01$).

6. Показатели потребности являются более низкими в группах ЗИР и НИРЛ по сравнению с НИР ($p \leq 0,01$).

7. Недостаточность понимания смысла в группах ЗИР и НИРЛ обусловлена бедностью воображения по сравнению с группой НИР. Различия между группами НИР – НИРЛ и ЗИР – НИРЛ значимы на уровне $p \leq 0,001$.

8. Наиболее высокие показатели тревожности отмечаются в группах ЗИР и НИРЛ по сравнению с группой НИР в возрасте 10-11 лет ($p \leq 0,001$).

9. Показатели завышенной самооценки в большей степени характерны для группы НИРЛ по сравнению с НИР (возрастная категория 8–9 лет; $p \leq 0,05$).

10. Компоненты регуляторного уровня в группах ЗИР и НИРЛ во всех возрастных категориях, включая постановку и достижение цели, контроля действий

характеризуются дефицитарностью по сравнению с группой НИР ($p \leq 0,00$; $\varphi = 2,81$).

11. Установлены взаимосвязи между способами психологической защиты в качестве факторов, связанных со становлением адаптивных форм поведения. Прямая связь существует между защитными механизмами «проекция» и «замещение» ($p \leq 0,05$), а также «регрессия» и «отрицание» ($p \leq 0,01$). Обратная связь на уровне $p \leq 0,05$ отмечается между следующими ПЗ: «вытеснение» и «регрессия»; «регрессия» и «проекция»; «проекция» и «компенсация»; «компенсация» и «реактивное образование»; «замещение» и «компенсация». Обратная связь на уровне $p \leq 0,01$ обнаружена также между ПЗ «регрессия» и «замещение», «замещение» и «отрицание».

12. В группах ЗИР и НИРЛ младшей возрастной категории выявлены в большей степени деструктивные детско-родительские отношения по сравнению с группой НИР. Это проявляется в чрезмерных требованиях послушания, склонны к суровым наказаниям. Матери проявляют противоречивый тип воспитания, а отцы самоустранились от взаимодействия с ребенком.

13. Взаимосвязи между стратегиями совладания и психологической защитой свидетельствуют о значимости когнитивного уровня саморегуляции при формировании адаптивных стратегий.

14. Установлено, что речевая патология как психолингвистический компонент взаимосвязана с нарушением всех уровней саморегуляции.

15. Установлены закономерности формирования когнитивного, личностно-смыслового и регулятивного уровня патопсихологической модели саморегуляции у младших школьников 8-9 и 10-11-летнего возраста.

16. С учетом нозологической принадлежности школьников с нарушением когнитивного здоровья сформулированы варианты патопсихологической модели саморегуляции у младших школьников.

5 Возможности психологической помощи детям с нарушением когнитивного здоровья в условиях образовательной среды

5.1 Психологические аспекты формирования программы психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья

Результаты исследования саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья, отражающие нарушения когнитивного, личностно-смыслового и регуляторного уровней, а также специфику детско-родительских отношений, снижающую возможности становления саморегуляции в младшем школьном возрасте, свидетельствуют о необходимости создания программы психологической помощи в качестве психологического ресурса, способствующего здоровьесбережению детей в условиях образовательной среды.

Системный подход к разработке проблемы психологической помощи детям с когнитивным дефицитом предполагает ее организацию на основе понимания системного строения психики, структурно-динамического изучения развития ребенка, анализа результатов его деятельности на каждом этапе, а также учета всех актуальных и потенциальных возможностей ребенка в процессе психологического сопровождения и влияния семейного и школьного окружения.

В изучении деструктивных факторов развития, затрудняющих становление саморегуляции, определяющее значение имеет комплексный подход, позволяющий разработать системные технологии психологической помощи детям в условиях образовательной среды.

Важной теоретической составляющей концепции психологической помощи детям с нарушением когнитивного здоровья являются следующие положения личностно-коммуникативного подхода:

– положение о взаимосвязи и взаимозависимости личности и коммуникативной деятельности в процессе формирования навыков социального взаимодействия;

– представление об особенностях коммуникативных трудностей у детей с когнитивным дефицитом как о психологическом симптомокомплексе, который можно компенсировать с помощью специальных средств психологического воздействия;

– целевая установка на анализ структуры саморегуляции и учет ее доминирующих признаков при определении путей психокоррекционного воздействия;

– интегративный характер психокоррекционных задач, которые решаются при совместном взаимодействии специалистов школы и семьи.

Теоретические положения концепции психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья учитывают:

- единство биологического и социального факторов развития;
- роль среды как источника развития ребенка;
- возрастные качественные новообразования ребенка с нарушениями здоровья, обусловленные когнитивным дефицитом;
- необходимость деятельностного подхода к развитию личности, учет ведущей деятельности возраста;
- индивидуализацию и дифференциацию процесса обучения ребенка с отклонениями в развитии, ориентацию на «зону ближайшего развития»;
- знаковое опосредствование психических функций;
- междисциплинарный характер задач психологической помощи;
- тесную взаимосвязь специалистов с микроокружением ребенка.

Психологическое сопровождение детей с нарушением когнитивного здоровья – система психологических мероприятий, направленных на формирование саморегуляции, включая личностно-смысловой, когнитивный и регуляторный уровни, что способствует здоровьесбережению.

Программа психологического сопровождения детей с когнитивным дефицитом как система включает несколько основных этапов:

1. Диагностический.

2. Поисковый – сбор необходимой информации о путях и способах решения проблемы, доведение этой информации до всех участников, включая специалистов, родителей и детей.

3. Консультативно-проектный – обсуждение со всеми участниками возможных вариантов решения проблемы, составление плана действий, распределения обязанности по его реализации, определение сроков его исполнения и возможность корректировки.

4. Деятельностный – реализация собственно сопровождения.

5. Рефлексивный – период осмысления результатов деятельности специалистов по решению той или иной проблемы.

Целевые направления системы психологической помощи детям с нарушениями когнитивного здоровья представлены в следующих аспектах:

– личностном – становление саморегуляции в качестве значимого аспекта здоровьесбережения у детей в условиях образовательной среды;

– психологической реабилитации – преодоление личностных, коммуникативных, когнитивных проблем, обусловленных нарушением саморегуляции;

– на уровне образования – повышение эффективности функционирования детей с нарушениями здоровья в образовательной среде;

– укрепление семейного взаимодействия, повышение роли отца.

Система психологической помощи детям с нарушением когнитивного здоровья представляет собой многоуровневую организацию взаимосвязанных составляющих, обеспечивающих ее целостность (рисунок 42).

Определяя структуру психологического сопровождения школьников с нарушением когнитивного здоровья, в качестве основных мишеней психологической работы выделяются следующие:

1. *Психологическая*: направленность на здоровьесбережение, становление уровней саморегуляции.

2. *Потребностно-мотивационная* – обеспечивает формирование у младших школьников мотивации и потребности в саморазвитии и самореализации, развитие Я-концепции.

3. *Аксиологическая* – осознание младшими школьниками ценности собственной уникальности, единства с миром во всей его полноте.

4. *Образовательная* – повышение социальной, персональной и учебной компетентности школьников.



Рисунок 42 – Система психологической помощи детям с нарушениями когнитивного здоровья

Психологическое сопровождение в контексте становления саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья основано на комплексном подходе, включая консультативную работу с родителями. Сотрудничество родителей с психологом в аспекте повышения родительской компетентности при становлении навыков саморегуляции у ребенка является важным условием эффективности психокоррекционной работы.

В процессе психологического сопровождения младших школьников коррекция осуществляется через трансформацию неконструктивных форм поведения в конструктивные. В результате применения этого метода ребенок

получает новый опыт в условиях безопасности. У учащихся развивается способность выбирать адекватные способы реагирования.

Реализация приемов гештальт-терапии приводит детей к осознанию собственных эмоциональных реакций, адекватному восприятию ответной реакции с учетом условий происходящего. Осознавая собственные эмоции, эмоции людей, с которыми происходит коммуникация, ребенок получает возможность коррекции собственного эмоционального состояния и действий.

Методы игротерапии являются одними из продуктивных технологий психокоррекционной работы с детьми, так как позволяют создать ситуации, способствующие развитию творческих способностей, формированию элементов социального поведения, обучению позитивному и продуктивному общению со сверстниками в специально смоделированных, значимых для них ситуациях.

В процессе реализации психокоррекционных мероприятий с использованием игровой терапии, направленных на оптимизацию адаптивных стратегий у детей с нарушением когнитивного здоровья, обязательным является:

- создание условий для взаимодействия со сверстниками и взрослыми;
- осознание, модификация и развитие адаптивного поведения.

В процессе игровой коррекции решаются следующие конкретные задачи: вызываются новые формы переживаний, воспитываются чувства по отношению к окружающим и самому себе, формируется адекватное отношение к самому себе и другим, развивается самооценка и самосознание, повышается уверенность в себе, развиваются и обогащаются приемы общения со сверстниками, отрабатываются новые формы и виды как игровой, так и учебной деятельности.

Разработанная программа психологического сопровождения включает разнообразные формы игровой терапии: тренинг поведения, развитие личностных и средовых ресурсов, когнитивная модификация и терапия, дискуссия, мозговые штурмы, беседы, ролевые игры, психогимнастика, элементы психодрамы, индивидуальной и групповой психотерапии, невербальный театр. В структуру программы психологического сопровождения детей с когнитивным дефицитом включена психотерапевтическая игра как один из основных ее компонентов.

Методы арт-терапии применялись для коррекции эмоционально-поведенческих нарушений. В арт-терапии основным фактором воздействия является фактор художественной экспрессии, который связан с выражением чувств, потребностей и мыслей младших школьников посредством работы с различными изобразительными материалами и создания художественных образов. Такой метод основан на принципах экологического подхода, способствует гармонизации и восстановлению целостности ребенка.

Таким образом, процесс психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья строился с учетом комплексной психологической работы с детьми, основанной на применении методов игровой терапии, и консультативной работы с родителями.

5.2 Технологии психологической помощи и мишени психологической коррекции при работе с детьми с нарушениями когнитивного здоровья

Полученные в ходе констатирующего эксперимента данные об особенностях уровней саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья свидетельствуют о необходимости создания и осуществления программы психологической помощи, включающей подходы, описанные в предыдущем разделе.

Принципы психологического сопровождения, разработанные отечественными психологами (Б. Г. Ананьев, Л. С. Выготский, В. В. Давыдов, Д. Б. Эльконин и др.), являются основополагающими при создании программ психологической помощи. Это *принцип единства коррекции и развития, единства диагностики и коррекции, взаимосвязи коррекции и компенсации, принцип учета возрастных, психологических и индивидуальных особенностей развития, комплексности методов психологического воздействия, личностно ориентированного и деятельностного подхода, оптимистического подхода, а также принцип активного вовлечения ближайшего социального окружения.*

Этапы и содержание технологий психологического сопровождения детей с когнитивными нарушениями в условиях образовательной среде.

Подготовительный этап: формирование мультидисциплинарной команды, определение стратегии работы, отбор методов диагностики и последовательности процесса сопровождения, подготовка необходимой документации, составление графика работы.

Ориентировочный этап: ознакомление специалистов с результатами клинико-психологического обследования, постановка психологического диагноза.

Этап планирования комплексного психологического сопровождения: разработка индивидуальной программы психологического сопровождения ребенка.

Этап реализации программы психологического сопровождения: оказание помощи ребенку, его родителям и педагогам в создании условий для становления саморегуляции и здоровьесбережения.

Заключительный этап завершается коллегиальным обсуждением проведенной работы, оценкой ее эффективности и рекомендациями по дальнейшей психокоррекционной и психотерапевтической работе.

Методический инструментарий для психологов и педагогов образовательного учреждения с целью организации психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья представлен в Приложении Д.

Важным условием повышения эффективности психологического сопровождения младших школьников является разработка и апробация организационной модели взаимодействия специалистов в условиях системы образования. Схема данного взаимодействия представлена в Приложении Е.

В ходе исследовательской работы установлено, что психологическими мишенями в работе с детьми с когнитивными нарушениями являются нарушенные уровни саморегуляции, коммуникативные способности, межличностные взаимоотношения со сверстниками и взрослыми.

При разработке программы психологического сопровождения применялся эклектический подход с опорой на технологии гештальтпсихологии, бихевиоральной терапии, психодинамической, а также когнитивно-поведенческой терапии.

Программа психологического сопровождения детей с когнитивными нарушениями имеет тесную связь с диагностической моделью, которая одновременно решает задачи не только выявления проблем, но и психокоррекционного процесса, так как некоторые методики имеют психотерапевтический (например, методика «Звезды и волны», «САТ») и психокоррекционный эффект (осознание реальности, проблемы).

Программа психокоррекции нарушений саморегуляции предусматривает психологическую работу с переживаниями, осознанностью, научению релаксации, повышению социальных навыков, развитие позитивных межличностных взаимодействий.

Содержание технологии психологического сопровождения младших школьников с нарушенным когнитивным здоровьем включает систему психокоррекционных мероприятий, которая базируется на данных психодиагностики уровней саморегуляции и специфики детско-родительского взаимодействия.

При реализации программы создаются следующие условия, необходимые для повышения эффективности психокоррекционной работы с младшими школьниками с когнитивным дефицитом:

– психологическая коррекция направлена на целостную систему значимых отношений, включая семью, сверстников, педагогов.

– план коррекционных мероприятий строится с учетом возраста, то есть, в процессе коррекции должна осуществляться деятельность, в которой наиболее полно раскрываются актуальные потребности возраста.

При исследовании детей с нарушениями саморегуляции выявлены искажения в восприятии своего и чужого поведения, тенденциозность в определении враждебных намерений других людей и чрезмерная опора на решения, основанные на невербальных действиях, а также недостаточная опора на вербальные переговоры [Черенева Е.А., Стоянова И.Я., 2022]. Поэтому программа включает тренинг навыков самообучения в решении социальных проблем, принятия перспективы, обозначения аффекта и релаксации. Кроме того, программа предусматривает

психологическую работу с детьми в ситуациях фрустрации, в провокационных ситуациях.

Таким образом, разработанная программа психологического сопровождения детей с нарушениями когнитивного здоровья включает комплекс психологических технологий, которые реализуются в течение года, групповые и индивидуальные сессии. Также была реализована программа психологического сопровождения психологов и педагогов, работающих с младшими школьниками с нарушениями здоровья, обусловленного когнитивным дефицитом. Кроме того, для родителей осуществлялись индивидуальные консультации, направленные на гармонизацию детско-родительских отношений и активизацию роли отцов в становлении саморегуляции.

Целью программы психологического сопровождения младших школьников с когнитивным дефицитом является формирование адаптивных стратегий поведения и навыков управления саморегуляцией.

Разработанная программа состоит из 72 групповых сессий (два раза в неделю) и индивидуальных консультаций (один раз в неделю) для младших школьников с когнитивным дефицитом (продолжительность занятия от 45 до 60 минут). Сессии структурированы, для каждой из них очерчены специальные цели, задачи и упражнения. Программа реализовывалась с однородными группами. Целевые направления программы психологического сопровождения – повышение осознанности внутренних когнитивных, аффективных и физиологических явлений, связанных с преодолениями фрустрации, улучшение навыков самоанализа и самоуправления, стимулирование альтернативного, последовательного мышления с учетом цели и средств при решении социальных проблем, расширение детских поведенческих репертуаров в разрешении социальных конфликтов. В этой части программы психологической помощи акцент сделан на главных компонентах работы с саморегуляцией, которая направлена на формирование навыков самоуправления, принятия перспективы и решения социальных проблем.

Навыки самоуправления. В первую очередь, мы обучали испытуемых быть более компетентными наблюдателями за внутренними состояниями, которые связаны с аффективной сферой. Этот навык формируется во время всего курса психокоррекции саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом. Помимо стратегий самомониторинга, призванных повысить осознание внешних пусковых механизмов (триггеров), а также связанных с произвольной регуляцией аффективных и физиологических состояний, преподаются и когнитивные стратегии самоконтроля. Инструктирование затрагивает недостаточность в стратегиях вербального опосредования, которые помогают регулировать поведение. Детям помогают оценить влияние когниции на последующие аффективное возбуждение и поведение и информируют о роли внутреннего диалога в повышении и понижении переживания. Эта концепция преподавалась через конструкт «разговора с собой».

При помощи повторных инструкций мы помогали испытуемым идентифицировать природу собственных переживаний, приводящих к нарушению саморегуляции, установить причину неуспеха, неприятных физиологических ощущений (установление причинно-следственных связей с помощью уточняющих вопросов: что повлияло на ситуацию успеха/неуспеха?, что необходимо сделать? и др.). При этом часто использовались невербальные методы: арттерапия (рисование, лепка, пантомима, ролевые игры и др.), письменная речь (каллиграфия, нейрографика и др.). Также активно применялись и вербальные методы.

Метод разговора с самим собой объединяется с реальным для повышения осознанности перцептуальных процессов индивида. Например, мы просили членов группы идентифицировать допущения, к которым они, оказавшись в социальных конфликтных ситуациях, склоняются, в первую очередь, и характер высказываний, которые способны ослабить их фрустрированность и с наибольшей вероятностью способствуют адаптивному преодолению. Таким образом, дети побуждаются к разработке репертуара стратегий преодоления, которые будут работать специально для них, поскольку будут обусловлены их

индивидуальным эмоционально-личностным опытом. С таким же успехом обсуждаются и проигрываются другие техники самоконтроля, включающая визуализацию, отвлечение и релаксацию. Через обсуждение техник самомониторинга испытуемым косвенно внушается, что разные люди от случая к случаю реагируют по-разному, согласно социальной ситуации. В дальнейшем осознание этих пусковых механизмов способствовали становлению навыка самоуправления.

Социальные навыки принятия перспективы. У детей с когнитивным дефицитом нарушены навыки планирования и умения определять дальнейшую перспективу. В нашей программе использовались приемы, позволяющие строить ближайшую и дальнюю перспективу (например, приемы визуализации, графического конструирования и др.). В этой части работы мы активно использовали методы арт-терапии, игры, способствующие развитию слухоречевого внимания, памяти и контроля.

Навыки решения социальных проблем. Дети с когнитивным дефицитом демонстрируют недостаточность в своем умении успешно разрешать межличностные проблемы. Разработанная психокоррекционная программа направлена на устранение неконструктивных стратегий решения проблем саморегуляции, которые проявляются в чрезмерной агрессии, гневе, неэффективных способах психологической защиты, деструктивных установках и др. Мы разработали ступенчатую модель управления социальными конфликтами, включающую три компонента: идентификация проблемы; выработка множественных альтернатив реагирования; оценка и прогнозирование последствий их применения.

В этой части коррекционной работы использовались разнообразные техники, чтобы помочь испытуемым усвоить и применить опыт моделирования, конструирования по дивергентному и последовательному мышлению, практически применять собственные решения. Последние достигались через ролевые игры, когда дети разрабатывают сценарии действий в конфликтных ситуациях и после разыгрывают их.

Мы побуждали испытуемых встраивать в эти сценарии персонализированные меню стратегий преодоления фрустрирующих ситуаций (например, разговор с собой, стратегии разрешения конфликта и др.), которые они разработали за время занятий в группе.

Важнейшим аспектом инструктирования является помощь на ранней идентификации потенциально проблемной ситуации, в которой они сумеют отреагировать адаптивно. В тактику психокоррекционной работы входило формирование новых навыков, произвольной регуляции деятельности. Представляется, что компонент саморегуляции, который связан с решением социальных проблем, способствует формированию у детей модели реагирования на социальные конфликты, фрустрацию, эмоционально-личностные препятствия.

Помимо структурированных упражнений, дети прибегали и к решению реальных межличностных социальных проблем, с которыми они приходят в группу. Как правило, групповые сессии позволяют проектировать эмоционально-личностный опыт испытуемых, что является одним из этапов психотерапии и отработки социальных ролей по преодолению ригидности при достижении целей.

Определение эффективности психокоррекции саморегуляции осуществлялось по параметрам структурированности, воспроизводимости нового опыта и возможности регулирования.

Значимым компонентом программы в системе управления поведением является групповой эффект, который используется для поощрения просоциальной формы поведения и усиления групповой сплоченности. Кратко охарактеризуем эти регулируемые параметры программы.

Система управления поведением. Первоначальным механизмом поощрения позитивных моделей поведения является усвоение групповых правил и спецификация системы управления поведением. Детей вовлекают в процесс составления правил, и это дает им возможность стать авторами групповых норм, а также осознать негативные аспекты поведения, оказывающегося помехой для групповой работы. Их участие в разработке этого общего группового продукта стимулирует групповую сплоченность и помогает минимизировать силовое

противостояние, которое может развиваться между взрослыми и детьми с нарушениями поведения.

В работе использовались такие упражнения, как система эмоциональных штрафов, вознаграждение за социально приемлемые решения. На каждой сессии мы специально оглашали групповые правила и устанавливали с детьми регулярную обратную связь относительно их поведения (например в конце или по ходу каждой сессии подсчитывали количество набранных очков). Члены группы отмечали, как их товарищи получают корректирующую обратную связь. Кроме того, групповые договорные правила способствуют дальнейшему развитию групповой сплоченности. Что касается успешной реализации системы управления произвольным поведением, то здесь мы использовали раннее обеспечение детей корректирующей обратной связью, устанавливая ее в нейтральной, реалистичной манере. Эта ранняя «детоксификация» корректирующей обратной связи помогает смягчить присущие детям с нарушениями произвольного поведения тенденции к чрезмерной персонификации взрослой обратной связи и отреагированию оппозиционным или вызывающим поведением.

Постановка целей. Одним из важных моментов реализации психокоррекционной программы становления саморегуляции является еженедельное обучение постановкам цели в аспекте выделения проблемного поведения, которое сопровождается самомониторингом умения достигать цели. Чтобы помочь детям в конкретизации этого процесса, использовались специально разработанные таблицы целей. Цели избирались при участии ведущих группы, учителей и родителей; для каждого ребенка разрабатывались индивидуальные психокоррекционные цели, основанные на конкретных социально-когнитивных дефектах или искажениях (результаты отражались в динамической карте наблюдения). Постановка целей, таким образом, способствовала генерализации психокоррекционных эффектов, побуждала испытуемых экспериментальных групп брать на себя ответственность за изменение проблемных аспектов произвольного поведения и ускоряла развитие навыков самомониторинга. Для повышения эффективности процессов постановки целей и мониторинга мы

объединили группы ЗИР и НИРЛ с родительскими группами, в которых предусматривался тренинг навыков управления поведением. Занятия в подобных группах позволяет родителям развивать свое умение эффективно задавать ограничения в поведении и проводить мониторинг.

Помимо целей, поставленных перед индивидом вне группы (в школе, дома), навыки самомониторинга мы развивали, улучшали через постановку внутригрупповых целей, мониторинг которых осуществлялся самими испытуемыми. В конце психокоррекционной терапии дети оценивали свои успехи. Такая психологическая работа объединялась с рефлексией, вытекающей из наблюдений, сделанных другими участниками. Использование таких внутригрупповых целей имеет преимущество, благодаря которому развивается «позитивная культура сверстников», необходимая для сплочения группы.

Внутригрупповые цели мы ставили и перед всей группой. Например, постановка цели «избегать конфликта» в сочетании с поощрением группы может улучшить умение ее членов следить за соблюдением одобряемого и просоциального поведения. Постановка внутригрупповых целей наиболее эффективна в работе с детьми младшего школьного возраста.

Межличностный групповой процесс. В групповой работе мы наблюдали стихийные интеракции, возникающие между членами группы, которые представляют отличную возможность оценить стили и дефекты межличностного общения и выявить проблемы в отношениях со сверстниками. При помощи моделирования, тренировки и формирования произвольного поведения удастся помочь детям в развитии навыков выслушивания, общения в просоциальной манере, в улучшении вербального притязательного реагирования и лучшего понимания их товарищей. Неизбежные трения, возникающие между членами группы, и негативные реакции детей на корректирующую обратную связь, исходящую от ведущих, дают возможность работать над проблемами корректировки произвольного поведения. Таким образом, помимо использования четких структурированных упражнений и ролевых игр, в процессе психокоррекционной работы формируется репертуар моделей и

стратегий произвольности. Подводя итог, можем отметить, что благодаря социальному микрокосму группового процесса возникает целый ряд возможностей для межличностного научения через моделирование, обработки межличностного конфликта, преподавания социальных произвольных навыков.

Разработанная программа психологического сопровождения включает следующие **методы**.

1. *Метод использования позитивных образов* предполагает мысленное представление какой-либо сцены, реальной или воображаемой, связанной с прошлым, настоящим или будущим. Положительные эффекты позитивных образов проявляются в снижении тревоги, улучшении настроения.

2. *Методы самоконтроля* базируются на принципах оперантного обусловливания с применением других когнитивно-поведенческих приемов. Наша программа основана на принципах теории научения для изменения поведения учащихся.

3. *Метод социальной игры* используется для формирования социально приемлемых форм произвольного поведения у детей с когнитивным дефицитом и направлен на развитие коммуникативных навыков и навыков межличностных отношений. Основой данного метода является игровая деятельность, в процессе которой (под руководством психолога) формируются адаптивные модели поведения.

4. *Метод ментальной карты* – это техника визуализации мышления и стратегий поведения. В своей работе мы применяли ментальные карты с целью формирования у испытуемых представлений об адаптивных формах поведения, а также механизмах формирования дезадаптивных форм (конфликтных ситуаций, ситуаций неуспеха и пр.).

В ходе реализации программы мы использовали **приемы**, основанные на когнитивной теории. Остановимся на некоторых из них.

1. *Репетиции поведения*. Психолог воспроизводит альтернативные способы поведения в определенных ситуациях. Тему занятия записывали на доске, предлагая испытуемым варианты полученных эффектов от выбранной модели поведения.

2. *Моделирование* помогает испытуемым распознавать, где и какие полученные навыки можно применять (поведенческая функция различения и облегчения). Следующей особенностью данного приема является его направленность на снижение тревоги и страха.

3. *Контроль стимула*. Отсутствие или присутствие некоторых стимулов определяет частоту, с которой конкретный вид поведения встречается у ребенка. Учащимся, нацеленным на улучшение результатов в учебе, рекомендуется убрать с рабочего стола отвлекающие предметы и сидеть за ним только во время выполнения учебных заданий.

4. *Парадоксальные приемы*:

– использование юмора позволяет смягчить эмоциональную тревогу; смех является антиподом страха и агрессии;

– переоценка – изменение негативного восприятия какого-либо события (техника преувеличения). Психолог просит учащегося, чрезмерно обеспокоенного каким-либо предстоящим событием (например, ответ у доски), вообразить самое худшее, что только может случиться, а затем представить, как он справляется с возникшей трудной ситуацией управления произвольной регуляцией, как удастся справиться с негативными эмоциями.

5. *«Шкалирование»* позволяет сделать «замеры» проблем поведения, используя принципы самооценивания испытуемыми проблем и динамических изменений. При этом применялась визуализация процессов изменений с фиксацией результатов в протоколы.

6. *Самонаблюдение*. Этот прием предоставляет психологу возможность определить основную линию проблемного поведения. Кроме того, по нашему мнению, само по себе самонаблюдение позволяет трансформировать проблемное поведение. Самонаблюдение помогает обучающемуся научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в сложных ситуациях. Например, младший школьник, которому свойственны проявления агрессивности по отношению к своим близким, одноклассникам, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о

чем он в этот момент думает, каковы его мотивы. Постепенно вместо физической агрессии он начинает использовать более безопасный вербальный ее компонент. Этот прием часто использовался в индивидуальной психокоррекции произвольного поведения у испытуемых.

Таким образом, разработанные тренинговые программы состояли из различных видов поведенческой модификации. Позитивная динамика испытуемых проявлялась при условии их активного вовлечения в процесс психокоррекции и принятия ответственности за результат. Учащиеся развивали новые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствующие в их поведенческом репертуаре. Методы самоконтроля помогают снизить страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать межличностные взаимоотношения со сверстниками, родителями и учителями, повышать уверенность в себе и в конечном итоге – регулировать самооценку. Один из примеров тренинговой программы «Позитивный шаблон» представлен в Приложении Ж.

5.3 Эффективность реализации программы психологического сопровождения детей с нарушением когнитивного здоровья в условиях образовательной среды

Оценка эффективности разработанной программы психологического сопровождения детей с нарушениями когнитивного здоровья осуществлялась по результативности качественных и количественных характеристик компонентов и уровней саморегуляции [Черенева Е.А., Сохадзе Э.М., Стоянова И. Я., 2021].

Сравнение процентных долей осуществлялось с помощью критерия χ^2 (угловое преобразование Фишера). Сравнительные результаты отражены в таблицах 73–79 и в Приложениях Д и Е.

Полученные результаты в возрастной категории 8–9 лет свидетельствуют о наличии адаптивных стратегий поведения у всех категорий испытуемых на начальном этапе исследования, а также о позитивной динамике в показателях

после психологической работы. Так, в группе ЗИР этот показатель улучшился в 6 % случаев, а в группе НИРЛ – в 10 %. Эти данные свидетельствуют о возможностях коррекции саморегуляции у детей с когнитивным дефицитом в младшем школьном возрасте и об эффективности используемой программы.

Таблица 73 – Показатели межгрупповых различий стратегий саморегуляции у школьников (возрастная категория 8–9 лет)

Шкалы	Группы											
	НИР				ЗИР				НИРЛ			
	До		После		До		после		До		После	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Адаптивные стратегии	35	47,3	48	63,1	16	21,0	22	28,95	4	5,3	14	13,16
Высокий уровень	10	13,1	18	23,7	1	1,3	7	9,2	0	0	4	2,63
Средний уровень	25	33	30	39,5	10	13,16	15	19,7	4	5,3	10	10,53
Неадаптивные стратегии	41	53,9	28	36,8	60	78,95	54	71,0	72	94,7	62	81,58
Уровень ниже среднего	25	33	27	35,5	40	52,6	48	63,16	45	59,2	40	52,63
Низкий уровень	16	21,0	1	1,3	20	26,32	6	7,89	27	35,5	22	28,95

Наиболее выраженная динамика в значениях произвольности наблюдается у здоровых испытуемых ($p \leq 0,05$). У детей с нарушениями когнитивного здоровья отмечается тенденция к улучшению на всех уровнях саморегуляции. Так, на регулирующем уровне отмечаются динамические изменения всех компонентов саморегуляции: постановка цели, регуляция эмоциональных состояний, контроль действий и достижение цели деятельности. Испытуемые овладели устойчивыми навыками постановки цели, контроля действий и достижения цели. Отмечаются также качественные изменения личностно-смыслового уровня. Это проявляется в характеристиках самооценки, уровня притязания, понимания своих целей и возможностей, навыков регуляции эмоциональных состояний и достижения поставленных целей. Отмечается повышение адаптивных стратегий (таблица 74).

У испытуемых группы НИРЛ наблюдаются динамические изменения при формировании адаптивных стратегий и уменьшении количества неадаптивных.

Установлены возрастные характеристики при формировании произвольности. Так, у здоровых школьников не отмечается возрастных изменений в адаптивных стратегиях на начальном этапе исследования.

Таблица 74 – Межгрупповые различия соотношения саморегуляции и стратегий совладания у школьников (возрастная категория 8–9 лет), до и после реализации программы психологического сопровождения

Шкалы	Группы		
	НИР	ЗНИР	НИРЛ
Адаптивные стратегии	2,13*	1,11	1,72**
Высокий уровень	1,68	0,28	1,997*
Средний уровень	0,84	1,08	1,20
Неадаптивные стратегии	2,14*	1,12	2,60**
Уровень ниже среднего	0,34	1,33	0,82
Низкий уровень	4,48***	3,13***	0,86
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).			

При этом у 10–11-летних проявляются те же тенденции, что и у 8–9-летних школьников, которые характеризуют динамические изменения после проведения психологической программы. Аналогичные тенденции характерны и для школьников с нарушениями когнитивного здоровья. Эти данные свидетельствуют о единых закономерностях развития саморегуляции для здоровых и детей с нарушениями когнитивного здоровья (таблица 75).

Следует отметить и действие фактора онтогенетического развития, который проявлялся одинаково во всех группах 10–11-летних школьников (таблица 75). Так, у детей группы НИРЛ выявлен небольшой прирост показателей в адаптивных стратегиях. Школьники этой нозологической группы более активно критиковали педагогов и родителей, а также проявляли желание автономности и самостоятельности в принятии решений по сравнению с детьми младшего возраста.

В ходе психологической работы отмечена позитивная динамика, связанная с компонентами саморегуляции.

Таблица 75 – Межгрупповые различия соотношения саморегуляции и стратегий совладания у школьников до и после реализации программы психологического сопровождения (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы											
	НИР				ЗНИР				НИРЛ			
	До		После		До		После		До		После	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Адаптивные стратегии	35	46,05	49	64,47	44	57,89	48	63,16	15	19,74	18	23,68
Высокий	10	13,16	29	38,16	9	11,84	16	21,05	1	1,32	4	5,26
Средний	25	32,89	20	26,32	35	46,05	32	42,11	14	18,42	14	18,42
Неадаптивные стратегии	41	53,95	27	35,53	32	42,11	28	36,84	61	80,26	58	76,32
Ниже среднего	25	32,89	25	32,89	20	26,32	23	30,26	38	50,00	40	52,63
Низкий	16	21,05	2	2,63	12	15,79	5	6,58	23	30,26	18	23,68

Мы установили, что дети с когнитивным дефицитом способны к продуктивному взаимодействию при планировании деятельности, ее контроле и достижении целей. Наблюдаются изменения в количественном показателе неадаптивных стратегий (различия значимы на уровне $p \leq 0,05$) у испытуемых 10–11 лет группы ЗИР.

Таблица 76 – Межгрупповые различия показателей сформированности уровней произвольной регуляции (возрастная категория 10–11 лет)

Шкалы	Группы		
	НИР	ЗИР	НИРЛ
Адаптивные стратегии	2,29**	0,67	0,60
Высокий уровень	3,63***	1,56	1,45
Средний уровень	0,89	0,50	0,00
Неадаптивные стратегии	2,29*	0,66	0,60
Уровень ниже среднего	0,0	0,55	0,32
Низкий уровень	3,89***	1,84*	0,92

* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$).
 ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).
 *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).

Важной частью программы психологического сопровождения является научение детей способам регуляции эмоциональных состояний. При этом необходим внешний контроль (таблица 76). Необходимо отметить, что данный

компонент напрямую связан с детско-родительскими отношениями (родительскими установками, эмоциональной поддержкой).

На этапе формирующего эксперимента наряду с психологической коррекцией саморегуляции осуществлялась работа с родителями детей групп ЗИР и НИРЛ, направленная на коррекцию детско-родительских отношений как составляющей когнитивного здоровья. Комплексная психологическая работа способствовала динамическим изменениям во всех компонентах саморегуляции (таблица 77).

Таблица 77 – Межгрупповые различия показателей компонентов когнитивного уровня саморегуляции (возрастная категория 8–9 лет)

Шкала	Группы											
	НИР				ЗИР				НИРЛ			
	До		После		До		После		До		После	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Постановка цели	50	65,79	65	85,53	10	13,16	29	38,16	2	2,63	14	18,42
Регулирование эмоциональным и состояниями	48	63,16	52	68,42	37	48,68	42	55,26	20	26,32	36	47,37
Контроль действий	38	50,00	42	55,26	13	17,11	39	51,32	13	17,11	29	38,16
Достижение цели действия	39	51,32	45	59,21	10	13,16	30	39,47	5	6,58	21	27,63

Максимальный прирост значений показателей у испытуемых группы НИРЛ отмечается по шкалам «регулирование эмоциональным состоянием» и «достижение результатов» – улучшение показателей у 16 % испытуемых. В группе ЗИР отмечается значительное повышение показателей по шкалам «контроль действий» – 26 % случаев, а также «достижение цели действий» – 20 %.

С помощью коэффициентов углового преобразования Фишера установлено, что в группах ЗИР и НИРЛ отмечается увеличение показателей по шкале «постановка цели». Различия значимы на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$). Значимые

различия показателей компонентов саморегуляции выявлены после психологической помощи.

Таблица 78 – Межгрупповые различия показателей компонентов саморегуляции у школьников (возрастная категория 8–9 лет)

Шкала	Группы		
	НИР	ЗИР	НИРЛ
Постановка цели	2,88***	3,63***	3,47***
Регулирование эмоциональными состояниями	0,68	0,81	2,72**
Контроль действий	0,65	4,59***	2,96***
Достижение цели действия	0,98	3,79***	3,61***
* $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).			

Показатель «регулирование эмоциональными состояниями» у испытуемых группы ЗИР не имеет значимых различий после программы психологического сопровождения. А у испытуемых группы НИРЛ навык регулирования эмоциональными состояниями в процессе деятельности сформирован – изменения значимы на уровне $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$).

Качественные изменения произошли во всех группах испытуемых возрастной категории 8–9 лет (таблица 79). В группах ЗИР и НИРЛ наблюдаются динамические изменения во всех компонентах саморегуляции, причем в большей степени улучшены показатели у детей группы НИРЛ. Наиболее значимые различия ($p \leq 0,001$) у испытуемых обеих психологических групп произошли по шкалам «постановка цели», «контроль действий» и «достижение цели действия». У здоровых испытуемых значимый прирост показателей (на уровне ($p \leq 0,001$)) отмечается по шкале «постановка цели». Остальные показатели не имеют значимых различий.

Наиболее значимые позитивные изменения, на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$) произошли у школьников 10–11 лет (группа ЗИР) по шкале «постановка цели», а в группе НИРЛ – «достижение цели» (таблица 79). У испытуемых группы ЗИР произошли изменения во всех показателях саморегуляции. Следует отметить, что позитивная динамика показателей выражена в данной группе (значимость на

уровне $p \leq 0,05$; $\varphi = 1,64$) по параметрам «регулирование эмоциональных состояний» и «достижение цели действия».

Таблица 79 – Показателей межгрупповых различий компонентов саморегуляции у школьников (возрастная категория 10–11 лет), до и после психологической работы

Шкала	Группы		
	НИР	ЗИР	НИРЛ
Постановка цели	0,493	3,205***	1,245
Регулирование эмоциональными состояниями	0,166	1,831*	0,820
Контроль действий	0,382	2,768**	0,814
Достижение цели действия	1,066	2,287*	3,791***
* Различия значимы на уровне $p \leq 0,05$ ($\varphi = 1,64$). ** Различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ ($\varphi = 2,31$). *** Различия значимы на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$).			

В группе НИРЛ после завершения психологической работы аналогичные показатели несколько ниже, чем в группе ЗИР. Это свидетельствует о необходимости увеличения продолжительности периода реализации программы психологического сопровождения для школьников с данным вариантом нарушения когнитивного здоровья.

Положительные изменения показателей саморегуляции в обеих нозологических группах свидетельствуют о перспективах ее продуктивного развития и об эффективности разработанной программы в целях становления когнитивного здоровья младших школьников в условиях образовательной среды.

В Приложении Е представлен материал, отражающий динамические изменения исследуемых параметров. На основании полученных результатов мы можем утверждать, что коррекция поведения более эффективна в младшей возрастной группе.

В ходе анализа динамики компонентов произвольной регуляции поведения мы обнаружили положительные изменения. Результаты представлены в табличном и графическом форматах. Охарактеризуем данные по возрастам. Так, очевидно, что в обеих возрастных категориях положительная динамика отмечается при использовании специального психологического сопровождения

детей в группах ЗИР и НИРЛ. Мы установили, что дети с когнитивными дефицитами способны к продуктивному взаимодействию при планировании деятельности, ее контроле и достижении целей. При этом следует учитывать, что функции регуляции и контроля являются наиболее дефицитарными. Для достижения устойчивых результатов необходима регулярная психологическая помощь школьникам с нарушениями когнитивного здоровья.

5. 4 Выводы по главе 5

На основании результатов исследования, направленного на изучение саморегуляции у детей с нарушениями когнитивного здоровья, рассматривались возможности психологической помощи в условиях системы образования. Разработана концепция психологического сопровождения младших школьников, которая включает системные организационные и содержательные компоненты, позволяющие повысить эффективность психологического сопровождения, направленного на становление саморегуляции как значимого психологического фактора, определяющего здоровьесбережение учащихся.

1. В рамках концепции психологической помощи детям с нарушением когнитивного здоровья сформулированы научно-методологические подходы к организации процесса психологического сопровождения.

2. Сформулирована структура психологической работы, включающая направленность: психологическую (на здоровьесбережение, становление уровней саморегуляции), потребностно-мотивационную (формирование мотивации и потребности в саморазвитии), аксеологическую (осознание ценности собственной уникальности, единства с миром), образовательную (повышение социальной, персональной и учебной компетентности).

3. Определены основания психологической работы, включающие комплексный подход: консультативную работу с родителями, усиление роли отца, сотрудничество со школьными специалистами.

4. Разработанная программа психологического сопровождения включает методы использования позитивных образов, социальной игры, социального самоконтроля, а также метод ментальной карты.

5. В группах ЗИР и НИРЛ отмечается позитивная динамика в каждом уровне саморегуляции после осуществления программы психологического сопровождения.

6. В группах с нарушением когнитивного здоровья в обеих возрастных категориях на регулирующем уровне выявляются динамические изменения всех компонентов саморегуляции, включая постановку цели, регуляцию эмоциональных состояний, контроль действий и достижение цели деятельности ($p \leq 0,001$).

7. Установлены позитивные изменения, на уровне $p \leq 0,001$ ($\varphi = 2,81$) у школьников 10–11 лет (группа ЗИР) по шкале «постановка цели», а в группе НИРЛ – «достижение цели».

8. В группе НИРЛ улучшилось регулирование эмоциональных состояний ($p \leq 0,01$; $\varphi = 2,31$).

9. Положительные изменения показателей саморегуляции у младших школьников с нарушениями когнитивного здоровья свидетельствуют об эффективности разработанной программы.

Заключение

Результаты выполненного исследования позволили установить следующие закономерности.

1. Психологический анализ, направленный на теоретическое осмысление феномена саморегуляции в контексте когнитивного здоровья и его нарушений у младших школьников, позволил констатировать психологическую многогранность данного феномена, включая когнитивный, личностно-смысловой и регулятивный уровни и компоненты. Нарушения саморегуляции обусловлены биопсихосоционезитическими факторами. Содержание нарушенной саморегуляции насыщено негативными проявлениями.

2. Создана патопсихологическая модель саморегуляции у младших школьников с клиническими диагнозами по МКБ – 10: F 80.82, F 81 (группа НИРЛ), F 70 (группа ЗИР); указанные нарушения когнитивного здоровья включают нарушения личностно-смыслового, когнитивного и регулирующего уровней.

3. Выделены варианты патопсихологической модели саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья с учетом нозологической представленности, которые содержат сходные и различные формы нарушений саморегуляции.

4. У школьников группы НИРЛ нарушены все уровни саморегуляции. В большей степени выражены нарушения динамических характеристик мышления (ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость, персеверации). Выявлены нарушения мышления на этапе планирования деятельности, эмоциональной регуляции и контроля действий. Нарушения личностно-смыслового уровня связаны со снижением контроля действия и недостаточностью прогнозирования ($p \leq 0,05$).

5. В группе ЗИР зафиксированы нарушения регулирующего и когнитивного уровней. Нарушения на личностно-смысловом уровне выявлены в меньшей степени, нежели в группе НИРЛ ($p \leq 0,05$).

Школьники группы ЗИР более продуктивны, имеют более высокую самооценку и более выраженную способность критически оценивать свои действия.

6. У детей с когнитивным дефицитом преобладают неадаптивные стратегии по сравнению с нормативной группой ($p \leq 0,001$). Преобладание адаптивных стратегий отмечается в группе здоровых испытуемых ($p \leq 0,00$).

7. С возрастом происходит развитие адаптивных стратегий поведения у детей с нарушением когнитивного здоровья. Если в 8–9 лет только 5,26 % испытуемых используют адаптивные стратегии, то в 10–11 лет – уже 19,74 %.

8. Установлена положительная взаимосвязь между когнитивным, регулирующим и личностно-смысловым уровнями саморегуляции во всех группах представленной выборки.

9. Отмечается специфика детско-родительских отношений в семьях школьников с нарушением когнитивного здоровья, снижающая возможности становления саморегуляции.

10. Программа комплексного психологического сопровождения младших школьников в условиях образовательного процесса, направленная на становление саморегуляции, способствует улучшению их когнитивного здоровья:

А) В группе НИРЛ отмечаются тенденции к улучшению регулирующего и личностно-смыслового уровней патопсихологической модели саморегуляции. Сформированы предпосылки к повышению продуктивности компонентов поведения и увеличению адаптивных стратегий поведения.

Б) У школьников группы ЗИР наблюдаются улучшения на всех уровнях саморегуляции, качественные изменения в таких компонентах поведения, таких как постановка цели, регуляция эмоций, контроль действий и достижение цели. Вследствие этого увеличено количество адаптивных стратегий поведения.

С) В группе НИР наблюдаются положительные изменения на всех уровнях модели саморегуляции и рост показателей адаптивных стратегий поведения.

Таким образом, в ходе исследования установлены закономерности проявления феномена саморегуляции: у школьников с нарушением когнитивного

здоровья становление компонентов саморегуляции. Разработана и апробирована комплексная программа психологического сопровождения, которая включает всех участников образовательного процесса (детей, родителей, педагогов, психологов, логопедов); доказана ее эффективность. Данная программа является социально-психологическим ресурсом повышения когнитивного здоровья младших школьников.

Перспективными видятся следующие направления.

1. Исследование патопсихологической модели саморегуляции у детей и подростков других нозологических групп как способ здоровьесбережения.
2. Дифференциальная диагностика нарушений поведения у детей с нарушениями когнитивного здоровья.
3. Технологии психологической помощи детям с нарушениями когнитивного здоровья.
4. Когнитивное здоровье детей и взрослых в условиях цифровой среды.
5. Психологическая превенция когнитивного здоровья у детей и подростков.

Список использованной литературы

1. Абульханова-Славская А. К. Деятельность и психология личности / А. К. Абульханова-Славская. – М. : Наука, 1980. – 335 с.
2. Азбукин Д. И. Физическое воспитание в специальной школе // Учебно-воспитательная работа в специальных школах / Д. И. Азбукин. – М. : Учпедгиз, 1943. – Вып. I. – С. 67–86.
3. Азбукин Д. И. Клиника олигофрении / Д. И. Азбукин. – М. : Учпедгиз, 1936. – 128 с.
4. Айрленд У. Идиотизм и тупоумие / У. Айрленд; с предисл. и доп. проф. И. П. Мержеевского; пер. с англ. д-ра Б. В. Томашевского. – СПб. : тип. Г. Е. Благодетель, 1880. – 452 с.
5. Алехин А. Н. Особенности формирования мышления в условиях цифровой среды [Электронный ресурс] / А. Н. Алехин, А. А. Грекова // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 162–176. – doi: 10.17759/psycljn.2019080110
6. Альбрехт Э. Я. Эмоционально-волевая сфера у подростков-олигофренов при психической декомпенсации / Э. Я. Альбрехт // Дефектология. – 1976. – № 4. – С. 32–36.
7. Ананьев Б. Г. Развитие воли и характера в процессе дошкольного воспитания / Б. Г. Ананьев // Избр. психол. тр. – М., 1980. – Т. 2. – 354 с.
8. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем / П. К. Анохин. – М. : Медицина, 1997. – 286 с.
9. Аргентов Н. А. Взаимосвязь воли и психических состояний у старших школьников : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н. А. Аргентов. – Рязань, 1972. – 24 с.
10. Асеев В. Г. Мотивация и формирование личности / В. Г. Асеев. – М. : Мысль, 1976. – 158 с.
11. Асмолов А. Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии / А. Г. Асмолов. – М. : Смысл, 2002. – 480 с.
12. Асмолов А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 367 с.

13. Асмолов А. Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров / А. Г. Асмолов. – Москва; Воронеж, 1996. – 768 с.
14. Ахутина Т. В. Здоровьесберегающие технологии обучения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина // Вопросы психологии. – 2002. – № 4. – С. 101–111.
15. Ахутина Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. – СПб. : Питер, 2008. – 64 с.
16. Бабкина Н.В. Саморегуляция в познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития : учебно-методическое пособие / Н. В. Бабкина. – М. : Владос, 2016. – 190 с.
17. Бабкина Н. В. Типологическая дифференциация задержки психического развития как инструмент современной образовательной практики [Электронный ресурс] / Н. В. Бабкина, И. А. Коробейников // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 3. – С. 125–142. – doi: 10.17759/cpse.2019080307. – URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2019/n3/Babkina_Korobeinikov.shtml
18. Бадалян Л. О. Невропатология : учебник. – 6-е изд., перераб. и доп. / Л. О.Бадалян. – М. : Академия, 2009. – 400 с.
19. Бакаева И. А. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей / И. А. Бакаева, Е. Н. Новохатько, Е. Г. Шевырева // Сибирский психологический журнал. – 2019. – № 71. – С. 180–196.
20. Баканов Е. Н. Исследование генезиса волевого действия : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е. Н. Баканов. – М., 1979. – 24 с.
21. Баканов Е. Н. О природе побуждений / Е. Н. Баканов, В. А. Иванников // Вопросы психологии. – 1983. – № 4. – С. 146–154.
22. Балаболкин И. И. Влияние перенесенной анте- и интранатальной гипоксии плода на развитие атопии у детей / И. И. Балаболкин, Н. Н. Кованова, Р. К. Игнатъева. – М., 2009. – 240 с.
23. Балашова Е. Ю. Симптомы нейрокогнитивного дефицита при аффективных расстройствах в позднем возрасте [Электронный ресурс] / Е. Ю. Балашова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2020. – Т. 12, № 3(62). – URL: <http://mpj.ru>

24. Балашова Е. Ю. Возрастные различия в восприятии и переживании времени [Электронный ресурс] / Е. Ю. Балашова, Л. И. Микеладзе // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6, № 30. – С. 9. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html> (дата обращения: 10.11.2019).

25. Баранов А. А. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии / А. А. Баранов, В. И. Альбицкий, И. В. Винярская // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 7–12.

26. Баранов А. А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков в России / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, В. А. Тутельян, Б. Т. Величковский. – М., 2006. – С. 118.

27. Барашнев Ю. И. Структурные поражения головного мозга у новорожденных с врожденной инфекцией / Ю. И. Барашнев, А. В. Розанов, А. И. Волобуев // Рос. вестн. перинатол. и педиат. – 2006. – № 2. – С. 8–14.

28. Басов М. Я. Воля как предмет функциональной психологии / М. Я. Басов. – Пг., 1922. – 238 с.

29. Бассин Ф. В. Проблема бессознательного / Ф. В. Бассин. – М., 1968.

30. Бассин Ф. В. О «силе Я» и «психологической защите» / Ф. В. Бассин // Вопросы философии. – 1969. – № 2. – С. 118–125.

31. Бассин Ф. В. О некоторых современных тенденциях развития теории «бессознательного»: установка и значимость. Бессознательное: природа, функции, методы исследования / Ф. В. Бассин; аод общ. ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. – Тбилиси : Мецниереба, 1985. – С. 429–454.

32. Башина В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина, Н. В. Симашкова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 236.

33. Безруких М. М. Трудности обучения младших школьников, имеющих нарушение психического здоровья: По материалам обследования провед. в школе № 138 г. Москвы / М. М. Безруких, С. П. Ефимова, Е. Н. Юркевич // Мир психологии. – 2003. – № 4. – С. 211–218.

34. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития / Н. Л. Белопольская. – М. : УРАО, 1999. – 148 с.

35. Белоус В. В. Роль мотивации и стимуляции в формировании структур интегральной индивидуальности / В. В. Белоус, Т. В. Копань // Вопросы психологии. – М., 1995. – С. 96–104.
36. Беритов И. С. Нервные механизмы поведения высших позвоночных животных / И. С. Беритов. – М., 1961. – 167 с.
37. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. – М., 1966. – 298 с.
38. Бессознательное: природа, функции, методы исследования : в 4 т. / под общей ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. – Тбилиси, 1978. – Т. 3. – С. 351–389.
39. Бехтерев В. М. Общие основы рефлексологии человека. Руководство к объективному изучению личности / В. М. Бехтерев. – М. ; Л. : Госиздат, 1928. – 324 с.
40. Битенский В. С. Анализ исследования психического здоровья детей, родившихся с помощью экстракорпорального оплодотворения / В. С. Битенский, Т. М. Чернова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2002. – № 2. – С. 54–57.
41. Битянова М. Р. Социальная психология: наука, практика и образ мыслей / М. Р. Битянова. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 576 с.
42. Богдашина О. Расстройства аутистического спектра: введение в проблему аутизма : учебное пособие / О. Богдашина; под науч. ред. Е. А. Черенёвой. – Красноярск : КГПУ им. В. П. Астафьева, 2014.
43. Богомаз С. А. Развитие у спортсменов навыков саморегуляции с использованием БОС-технологий / С. А. Богомаз, Т. Е. Левицкая // Олимпийский Сочи: Социум. Культура. Личность : материалы 3-й Всероссийской научно-практической конференции, Сочи, 7–9 октября 2010 г. – Сочи, 2010. – С. 4–11.
44. Божович Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – М. : Просвещение, 1968. – 464 с.
45. Бохан Т. Г. Ригидность как состояние у младших школьников и возможность ее психологической коррекции : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т. Г. Бохан. – Томск, 1996. – 19 с.
46. Бочарова Е. А. Медико-социальные факторы риска в формировании отклонений в психическом и речевом развитии в детском возрасте / Е. А. Бочарова,

- П. И. Сидоров и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 4. – С. 39–42.
47. Бочоришвили А. Т. Проблема бессознательного в психологии / А. Т. Бочоришвили. – Тбилиси : Изд-во АН Груз. ССР, 1961. – 70 с.
48. Братусь Б. С. Потребности и мотивы в психологической и нравственной организации личности. Нравственное сознание личности / Б. С. Братусь. – М. : Знание, 1985. – С. 15–21.
49. Брин И. Л. Врожденные предпосылки латерализации мозговых дисфункций при перинатальных поражениях нервной системы. Структурно-функциональные и нейрохимические закономерности асимметрии и пластичности мозга / И. Л. Брин, М. Л. Дунайкин, С. Д. Вознякевич. – М., 2006. – С. 54–58.
50. Брицхин М. П. Воля и волевые качества / М. П. Брицхин // Психология личности в социалистическом обществе. – М., 1989. – С. 34–36.
51. Брызгунов И. П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в практике педиатра / И. П. Брызгунов, А. Кизяева // Врач. – 2011. – № 11. – С. 49–53.
52. Бурлакова Н. С. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребёнка / Н. С. Бурлакова, В. И. Олешкевич. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 352 с.
53. Бурлакова Н. С. Детский психоанализ. Школа Анны Фрейд / Н. С. Бурлакова, В. И. Олешкевич. – М. : Академия, 2015.
54. Василюк Ф. Е. Психология переживания (Анализ преодоление критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
55. Василюк Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1988. – 79 с.
56. Василюк Ф. Е. Методологический смысл психологического схизиса / Ф. Е. Василюк // Вопросы психологии. – 1996. – № 6.
57. Веденов А. В. Воспитание воли школьника в процессе учебной деятельности / А. В. Веденов. – М., 1957. – 197 с.
58. Веденов А. В. Воспитание воли школьника в семье / А. В. Веденов. – М., 1953. – 204 с.
59. Веккер Л. М. К постановке проблемы воли / Л. М. Веккер // Вопросы психологии. – 1957. – № 2. – С. 37–59.

60. Веккер Л. М. Психика и реальность: Единая теория психических процессов / Л. М. Веккер. – М. : Смысл. Per Se., 2000.
61. Величковский Б. М. Установка и сознательный контроль в психологии познания / Б. М. Величковский // Д. Н. Узнадзе – классик советской психологии. Психологические исследования, посвященные 100-летию со дня рождения Д. Н. Узнадзе. – Тбилиси : Мецниереба, 1986. – С. 73–89.
62. Венгер А. Л. Психологическое обследование младших школьников / А. Л. Венгер, Г. А. Цукерман. – М. : Владос-Пресс, 2005. – 159 с.
63. Веракса А. Н. Связь регуляторных функций и производства речи у старших дошкольников: рабочая память и составление нарративов [Электронный ресурс] / А. Н. Веракса, Е. С. Ощепкова, Д. А. Бухаленкова, Н. А. Картушина // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 3. – С. 56–84. – doi: 10.17759/psyclin.2019080304
64. Веселов Н. Г. Здоровье детей первых 7 лет жизни и перспективы его улучшения в условиях крупного города : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Н. Григорьевич. – М., 1985. – 44 с.
65. Ветчанина Е. Г. Значение психической ригидности при психоэмоциональном стрессе беременных / Е. Г. Ветчанина, Г. В. Залевский, Г. Б. Мальгина // Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. по перинатальной психологии. – СПб., 2002. – С. 163–164.
66. Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека / В. К. Вилюнас. – М. : МГУ, 1990. – 285 с.
67. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии. – 2-е изд., испр. и доп. / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 176 с.
68. Волгина С. Я. Нервно-психическое развитие недоношенных детей в отдаленные периоды жизни / С. Я. Волгина, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2001. – Т. XXXIII, вып. 3–4. – С. 84–88.
69. Волкова О. В. Изучение особенностей развития и перспектив коррекции волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в рамках биопсихосоциально-этической модели развития человека / О. В. Волкова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2010. – № 1. – С. 99–103.

70. Волкова О. В. К вопросу об особенностях произвольного поведения здоровых и часто болеющих детей старшего дошкольного возраста / О. В. Волкова // Вестник развития науки и образования. – 2010. – № 5. – С. 109–113.
71. Волкова О. В. Психолого-педагогическая коррекция волевого развития старших дошкольников с ослабленным здоровьем / О. В. Волкова // Психология обучения. – 2013. – № 6. – С. 44–61.
72. Вундт В. Очерки психологии / В. Вундт. – М., 1912. – 349 с.
73. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Собрание сочинений : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 257–321.
74. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – 527 с.
75. Выготский Л.С. Психология / Л. С. Выготский. – М. : Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1004 с.
76. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – 280 с.
77. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. – Т. 2: Проблемы общей психологии. – М. : Педагогика, 1982.
78. Высоцкий А. И. Возрастная динамика волевой активности школьников и методы ее изучения : автореф. дис. ... д-ра пед. наук / А. И. Высоцкий. – Л., 1982. – 39 с.
79. Высоцкий А. И. Волевая активность школьников и методы ее изучения / А. И. Высоцкий. – Челябинск, 1979. – 298 с.
80. Галажинский Э. В. Психическая ригидность как индивидуально- психологический фактор школьной дезадаптации : автореф. дис. канд. психол. наук / Э. В. Галажинский. – Томск, 1996. – 23 с.
81. Галажинский Э. В. Системная детерминация самореализации личности : автореф. дис. д-ра психол. наук / Э. В. Галажинский. – Барнаул, 2002. – 43 с.
82. Гальперин П. Я. Методы обучения и умственное развитие / П. Я. Гальперин. – М., 1985. – 321 с.

83. Герсамиа Е. А. Фиксированная установка детей-олигофренов и некоторые особенности структуры их психики / Е. А. Герсамиа. – Тбилиси, 1968. – 173 с.
84. Голосная Г. С. Роль ингибиторов апоптоза в диагностике и прогнозировании исходов перинатальных гипоксических поражений головного мозга у новорожденных / Г. С. Голосная // Педиатрия. – 2005. – № 3. – С. 30–36.
85. Гончарова О. Н. Последствия перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы у детей и методы их медикаментозной коррекции / О. Н. Гончарова // Педиатрия. – 2009. – № 3. – С. 35–38.
86. Граборов А. Н. Очерки по олигофренопедагогике / А. Н. Граборов. – М., 1961. – 341 с.
87. Графический тест «Звезды и волны» / У. Аве-Лаллемант. – СПб. : Семантика-С & Речь, 2002. – 240 с. – (Серия «Практикум по психодиагностике»)
88. Гуревич К. М. Развитие волевых действий у детей младшего школьного возраста: автореф. дис. канд. пед. наук / К. М. Гуревич. – М., 1940. – 56 с.
89. Гуревич М. О. Психомоторика / М. О. Гуревич, Н. И. Озерецкий. – М. : Госмедиздат, 1930. – Ч. 1, 2.
90. Гуткевич Е. В. Семья и психические расстройства (генетика, превенция, этика) / Е. В. Гуткевич. – Saarbrücken : Palmarium Academic Publishing, 2014. – 228 с.
91. Джеймс У. Психология / У. Джеймс. – М., 1991. – 325 с.
92. Дмитриев А. А. Физическая культура в специальном образовании / А. А. Дмитриев. – М. : Academia, 2002. – 175 с.
93. Добряков И. В. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения / И. В. Добряков, С. Б. Лещинская, И. Я. Стоянова, О. В. Магденко // Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2019 (19). – № 4. – С. 122–132.
94. Долгих Г. Б. Цереброваскулярные дистонии у детей / Г. Б. Долгих. – М. : Медлитература, 2007. – 247 с.
95. Домишкевич С. А. Функционально-уровневый подход к диагностике и коррекции познавательной деятельности в норме и при отклонениях в развитии (фрагменты) / С. А. Домишкевич // Дефектология. – 2005. – № 4. – С. 47–54.

96. Доронина И. В. Мотивационная основа волевой регуляции психической деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук / И. В. Доронина. – Новосибирск, 1997. – 17 с.
97. Доронина И. Н. Развитие эмоционального принятия родителями младших школьников с задержкой психического развития [Электронный ресурс] / И. Н. Доронина, Н. А. Мосина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2021. – Т. 13, № 1 (66). – URL: <http://mprj.ru>.
98. Дробышева Е. С. Идентификация черт личности другого по голосу подростками с нарушением интеллекта : дис. ... канд. психол. наук / Е. С. Дробышева. – Екатеринбург, 2012.
99. Дружинин В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 200 с.
100. Дульнев Г. М. Вопросы коррекции развития умственно отсталых детей в процессе обучения / Г. М. Дульнев // Коррекционная роль обучения во вспомогательной школе. – М. : Педагогика, 1971. – С. 3–10.
101. Еремина Д. А. Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований [Электронный ресурс] / Д. А. Еремина // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 1–22. – doi: 10.17759/psyclin.2019080401
102. Жмуров В. А. Психопатология : учеб. пособие / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1994. – Ч. 1: Симптоматология. – 240 с.
103. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С. Д. Забрамная. – М. : Просвещение ; Владос, 1996. – 112 с.
104. Заваденко Н. Н. Трудности школьного обучения: гиперактивное расстройство с дефицитом внимания и дислексия / Н. Н. Заваденко, Н. Ю. Суворинова, М. В. Румянцева // Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). – 2006. – № 8 (2).
105. Залевский Г. В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем / Г. В. Залевский. – Москва ; Томск : Изд-во Том. ун-та, 2004. – 460 с.

106. Залевский Г. В. Фиксированные формы экономического поведения / Г. В. Залевский, В. Г. Залевский // Экономическая психология: актуальные теоретические и прикладные проблемы. – Иркутск, 2005. – С. 40–45.

107. Залевский Г. В. Психическая ригидность – гибкость как акмеологический инвариант профессионализма / Г. В. Залевский, Н. В. Козлова // Сибирский психологический журнал. – 2006. – № 22. – С. 146–149.

108. Залевский В. Г. Психическая ригидность-гибкость в структуре личности людей с субъект-субъектной профессиональной ориентацией : автореф. дис. канд. психол. наук / В. Г. Залевский. – Барнаул, 1999. – 25 с.

109. Залевский Г. В. Возрастно-половые характеристики психической ригидности / Г. В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 1998. – Вып. 8–9. – С. 15–22.

110. Залевский Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г. В. Залевский. – Томск : Изд-во ТГУ, 1993. – 272 с.

111. Залевский Г. В. Фиксированные формы поведения на уровне индивидуальных и групповых систем / Г. В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2000. – Вып. 12. – С. 36–42.

112. Замский Х. С. Умственно отсталые дети / Х. С. Замский. – М. : НПО «Образование», 1995. – 436 с.

113. Занков Л.В. Очерки психологии умственно отсталого ребенка / Л. В. Занков. – М., 1935. – 147 с.

114. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений / А. В. Запорожец // Избр. психол. тр. – М. : Педагогика, 1986. – Т. 2. – 160 с.

115. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений у детей дошкольного возраста / А. В. Запорожец. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 340 с.

116. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков / А. И. Захаров. – Л. : Медицина, 1988. – 248 с.

117. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров. – Л. : Медицина, 1982. – 216 с.

118. Зверева Н. В. Проблемы патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике / Н. В. Зверева // Вопросы психического здоровья детей и

подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2018. – № 1 (18). – С. 20–27.

119. Зверева Н. В. Детская клиническая психология: история и современное состояние [Электронный ресурс] / Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 2(31). – С. 2. – URL: <http://mprj.ru>

120. Зверева Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста. – 2-е изд. / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. – М. : Юрайт, 2019. – 221 с.

121. Зверева Н. В. Современные подходы к оценке когнитивного развития детей и подростков, родившихся с применением ЭКО / Н. В. Зверева, А. А. Сергиенко, С. Е. Строгова, М. В. Зверева // Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2019. – № 4 (19). – С. 133–143.

122. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М. : Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 574 с.

123. Зейгарник Б. В. Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б. В. Зейгарник, А. Б. Холмогоров, Е. С. Мазур // Психологический журнал. – 1989. – № 2. – С. 59–69.

124. Зейгарник Б. В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии / Б. В. Зейгарник // Вестник МГУ. – Сер. 14. Психология. – 1981. – № 2. – С. 9–14.

125. Зинченко В. П. Аффект и интеллект в образовании / В. П. Зинченко. – М. : Триволта, 1995. – 63 с.

126. Зинченко В. П. Установка и деятельность: нужна ли парадигма? // Бессознательное: природа, функции, методы исследования / В. П. Зинченко. – Тбилиси, 1978. – Т. 1. – С. 133–146.

127. Жуковин И. Ю. Развитие двигательных особенностей учащихся старших классов вспомогательных школ на уроках физической культуры спортивно-тренировочной направленности: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И. Ю. Жуковин. – Красноярск, 2000. – 21 с.

128. Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности (По данным И. П. Павлова и его школы). – 2-е изд., испр. и доп. / А. Г. Иванов-Смоленский. – М. : Медгиз, 1952. – 292 с.

129. Иванников В.А. Воля как произвольная форма мотивации / В. А. Иванников // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности : тезисы Всесоюзной конференции. – Симферополь, 1986. – С. 32–41.

130. Иванников В. А. К сущности волевого поведения / В. А. Иванников // Психологический журнал. – 1985. – № 3. – С. 27–32.

131. Иванников В. А. Произвольные процессы и проблема воли / В. А. Иванников // Вестник Моск. ун-та. – Сер. 14. Психология. – 1986. – № 2. – С. 48–52.

132. Иванников В. А. Волевая саморегуляция процесса мотивации / В. А. Иванников, А. В. Монроз // Психологические исследования. – 2014. – Т. 7, № 35. – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 25.03.2016).

133. Иванников В. А. Психологические механизмы волевой регуляции / В. А. Иванников. – М. : Изд-во УРАО, 1998. – 141 с.

134. Ильин Е. П. Психология воли / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2000. – 280 с.

135. Ильин Е. П. Связь волевых качеств с индивидуальным стилем деятельности / Е. П. Ильин // Экспериментальные исследования волевой активности. – Рязань, 1986. – С. 25–29.

136. Инденбаум Е. Л. Детерминанты состояния аффективной сферы старших дошкольников с негрубыми когнитивными и речевыми нарушениями / Е. Л. Инденбаум, В. В. Коняева, Н. Н. Селезнева // Дефектология. – 2014. – № 4. – С. 34–42.

137. Инденбаум Е. Л. Новый взгляд на старую проблему: к вопросу о формах отставания в психическом развитии, образовательных потребностях детей и возможных путях помощи / Е. Л. Инденбаум (Шепко) // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2011. – № 5. – С. 3–10.

138. Иосифян М. А. Мозговые механизмы нарушения модели психического при расстройствах аутистического спектра и шизофрении: обзор данных фМРТ [Электронный ресурс] / М. А. Иосифян, Е. А. Мершина, Д. А. Баженова, В. Е. Сеницын, О. М. Ларина, Е. В. Печенкова // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Т. 9, № 1. – С. 17–46. – doi: 10.17759/cpse.2020090102

139. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство / Д. Н. Исаев. – М. : Речь, 2003.

140. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов / Д. Н. Исаев. – СПб. : СпецЛит, 2001. – 463 с.
141. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. – Л. : Медицина, 1982. – 223 с.
142. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 454 с.
143. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 208 с.
144. Калинин В. К. Волевая регуляция деятельности : автореф. дис д-ра пед. наук / В. К. Калинин. – Тбилиси, 1989. – 62 с.
145. Калинин В. К. Волевое усилие как предмет экспериментального исследования / В. К. Калинин // Научные труды Краснодар. пед. ин-та. Вопросы психологии и педагогики воли. – 1969. – Вып. 109. – С. 58–67.
146. Калинина Н. В. Формирование социальной компетентности как механизм укрепления психического здоровья подрастающего поколения / Н. В. Калинина // Психологическая наука и образование. – 2001. – С. 16–21.
147. Капралова Р. М. Влияние семейных отношений на волевое развитие подростков : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Р. М. Капралова. – Рязань, 1967. – 19 с.
148. Карауш И. С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями : дис. ... д-ра мед. наук / И. С. Карауш. – Томск, 2016. – 402 с.
149. Карелина И. О. Психолого-педагогический аспект формирования произвольной регуляции эмоций у детей старшего дошкольного возраста / И. О. Карелина // Актуальни педагогика. – 2017. – С. 36–44.
150. Карпов С. М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы / С. М. Карпов. – Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2010. – С. 184.
151. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения / Ю. А. Клейберг. – М. : ТЦ Сфера, 2001.
152. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского – СПб. : Питер, 2002. – 960 с.
153. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 1312 с.

154. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности : (введение в транспективный анализ) / В. Е. Ключко. – Томск : Том. гос. ун-т, 2005. – 174 с.
155. Ключко В. Е. Самореализация личности: системный взгляд / В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 154 с.
156. Ключко В. Е. Ментальное пространство личности как предмет профессионально-психологического осмысления / В. Е. Ключко // Личность в парадигмах и метафорах: ментальность коммуникация – толерантность. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2002. – 258 с.
157. Ключко В. Е. Методологические принципы теории психологических систем / В. Е. Ключко // Фиксированные формы поведения в образовании, науке и культуре. – Бийск: НИЦ БиГПИ, 2000. – С. 8–16.
158. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.
159. Кожушко Н. Ю. Механизмы нарушений развития возможности их коррекции высших психических функций и речи у детей : автореф. дис. ... д-ра биол. наук / Н. Ю. Кожушко. – СПб., 2009. – 32 с.
160. Коломинский Н. Л. Развитие личности учащихся вспомогательной школы / Н. Л. Коломинский. – Киев : Рад. школа, 1978. – 87 с.
161. Конопкин О. А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 5–12.
162. Конопкин О. А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О. А. Конопкин. – М., 1980.
163. Конопкин О. А. Структурно-функциональный и содержательно психологический аспекты осознанной саморегуляции / О. А. Конопкин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2, № 1. – С. 27–42.
164. Конопкин О. А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 22–30.
165. Корнилов К. Н. Воля и ее воспитание / К. Н. Корнилов. – М., 1957. – 145 с.

166. Корнилов К. Н. Воспитание воли и характера / К. Н. Корнилов. – М. ; Л., 1948. – 175 с.
167. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. – М. : ПЕР СЭ, 2002.
168. Коробейников И. А. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей [Электронный ресурс] / И. А. Коробейников, Н. В. Бабкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 11–22. – doi: 10.17759/cpp.2017250402. – URL: https://psyjournals.ru/mpj/2017/n4/Korobeynikov_Babkina.shtml
169. Котырло В. К. К вопросу о генезисе произвольности психических процессов / В. К. Котырло // Проблемы психологии воли : материалы IV науч. конф. – Рязань, 1974. – С. 87–94.
170. Котырло В.К. Развитие волевого поведения у дошкольников / В. К. Котырло. – Киев, 1971. – 219 с.
171. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2002. – 987 с.
172. Краснорядцева О. М. Психологические особенности возникновения и регуляции мышления в реальной жизнедеятельности : автореф. дис. д-ра психол. наук / О. М. Краснорядцева. – М., 1997. – 47 с.
173. Кривоногова К. Д. Особенности когнитивного статуса студентов с нарушением слуха: значение для инклюзивного образования [Электронный ресурс] / К. Д. Кривоногова, О. М. Разумникова // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 2. – С. 38–52. – doi: 10.17759 /psyclin.2019080203
174. Крутецкий В. А. Воспитание воли / В. А. Крутецкий. – М., 1957. – 174 с.
175. Кудряшова А. В. Возрастные особенности состояния здоровья детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / А. В. Кудряшова, Н. Ю. Сотникова, О. М. Филькина, Н. В. Долотова, А. Ю. Кочерова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 41–45.
176. Кузьмина-Сыромятникова Н. Ф. Воспитание познавательных интересов учащихся вспомогательной школы / Н. Ф. Кузьмина-Сыромятникова // Труды научной сессии. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1958. – С. 57–64.

177. Куфтяк Е.В. Привязанность к матери в связи с эмоциональной регуляцией у дошкольников с атипичным развитием / Е. В. Куфтяк // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2020. – № 3 (108).

178. Ланге Н. Н. Элементы воли / Н. Н. Ланге // Вопросы философии и психологии. Специальный отдел. Экспериментальная психология. – М., 1990. – Кн. 4. – С. 44–50.

179. Ларионов П. М. Роль алекситимии и когнитивной регуляции эмоций в развитии агрессивного поведения подростков [Электронный ресурс] / П. М. Ларионов, И. А. Гречуха // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 57–98. – doi: 10.17759/cpse.2020090404

180. Лаужикас И. П. Очерки по воспитанию воли учащихся (на материале исследования развития и воспитания воли учащихся младших классов вспомогательной школы) : автореф. дис. ... канд. пед. наук / И. П. Лаужикас. – Вильнюс, 1967. – 63 с.

181. Лебедева А. А. Субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья : дис. ... канд. психол. наук / А. А. Лебедева. – М., 2012.

182. Лебединская К. С. Проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте [Электронный ресурс] / К. С. Лебединская // Альманах института коррекционной педагогики. – 2005. – № 9/05 – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/problemy-anomalnoj-psihicheskoj-konstitucii-v> (дата обращения: 15.10.2017).

183. Лебединская К. С. Нарушения психического развития у детей и подростков / К. С. Лебединская, В. В. Лебединский. – М., 2011.

184. Лебединский В. В. Нарушение психологического развития у детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1985. – 167 с.

185. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – 2-е изд., стер. – М. : Смысл; Изд. Центр «Академия», 2005. – 352 с.

186. Леонтьев А. Н. Очерк психологии личности / А. Н. Леонтьев. – М. : Смысл, 1993. – 43 с.

187. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – М., 1981. – 328 с.

188. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции / А. Н. Леонтьев // Личностный потенциал: Личностный потенциал: структура и диагностика. – М. : Смысл, 2011. – С. 107–130.

189. Леонтьев Д. А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях: вызовы и ресурсы / А. Н. Леонтьев // Культурно-историческая психология. – 2014. – № 3. – С. 97–106.

190. Леонтьев Д. А. Саморегуляция как предмет изучения и как объяснительный принцип / А. Н. Леонтьев // Психология саморегуляции в XXI в. / под ред. В.И. Моросановой. – СПб. ; М. : Нестор-История, 2011. – С. 74–89.

191. Леонтьев Д. А. Саморегуляция, ресурсы и личностный потенциал / А. Н. Леонтьев // Сибирский психологический журнал. – 2016. – № 62. – С. 18–37.

192. Лисина М. И. О некоторых условиях превращения реакций из произвольных в произвольные / М. И. Лисина // Докл. АПН РСФСР. – 1957. – № 1. – С. 26–31.

193. Лисина М. И. Общение и психическое развитие // Общение, личность и психика ребенка [Электронный ресурс] / М. И. Лисина ; под ред. А. Г. Рузской. – Москва : Институт практической психологии ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1997. – С. 218–227. – URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=160858>. – Загл. с экрана. – Яз. рус.

194. Личностные и когнитивные аспекты саморегуляции деятельности человека / под ред. В. И. Моросановой. – М., 2006.

195. Логопедия : учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.

196. Лохов М. И. Плохой хороший ребенок. Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи / М. И. Лохов, Ю. А. Фесенко, М. Ю. Рубин. – СПб., 2003. – 320 с.

197. Лубовский В. И. Некоторые особенности совместной работы двух сигнальных систем в формировании двигательных реакций у детей-олигофренов: автореф. дис. ... канд. пед. наук / В. И. Лубовский. – М., 1955. – 26 с.

198. Лубовский В. И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей / В. И. Лубовский // Дефектология. – 1976. – № 6. – С. 47–53.
199. Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции у детей / В. И. Лубовский. – М., 1978. – 189 с.
200. Лубовский В. И. Новая концепция психологической диагностики нарушений развития / В. И. Лубовский // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 4. – С. 50–60. – doi: 10.17759/pse.2016210406. – URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2016/n4/lubovskiy.shtml>
201. Лукашевич И. П. Перинатальные факторы риска формирования патологии речи у детей / И. П. Лукашевич, Е. М. Парцалис, В. М. Шкловский // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 4.
202. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1963. – Т. 1. – 261 с.
203. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ, 1962. – 389 с.
204. Лурия А. Р. О генезисе произвольных движений / А. Р. Лурия // Вопросы психологии. – 1957. – № 6. – С. 26–42.
205. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / А. Р. Лурия. – 8-е изд., стер. – М. : Академия, 2013. – 384 с.
206. Лысенко И. П. Особенности волевой активности подростков с аффективным поведением : автореф. дис. ... канд. пед. наук / И. П. Лысенко. – Киев, 1982. – 20 с.
207. Любимцев Н. Д. Психологическая характеристика настойчивости и условия ее формирования: автореф. дис. канд. психол. наук / Н. Д. Любимцев. – М., 1956. – 22 с.
208. Ляпидевский С. С. Клиника олигофрении / С. С. Ляпидевский, Б. И. Шостак. – М. : Просвещение, 1973. – 135 с.
209. Мамева А. В. Формирование первоначальных коммуникативных умений у детей 7–9-летнего возраста с церебральным параличом в процессе

логопедического воздействия : автореф. ... канд. пед. наук / А. В. Мамева. – Екатеринбург, 2008. – 23 с.

210. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.

211. Маркова Е. В. Мотивационно-волевые особенности личности как фактор успешной деятельности : автореф. дис. канд. пед. наук / Е. В. Маркова. – Л., 1984. – 20 с.

212. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

213. Мачинская Р. И. Функциональное созревание мозга и формирование нейрофизиологических механизмов избирательного произвольного внимания у детей младшего школьного возраста / Р. И. Мачинская // Физиология человека. – 2006. – Т. 32, № 1. – С. 26.

214. Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы: коллективная монография по проблемам современной медицинской (клинической) психологии, статьи подготовлены к открытию Всероссийской юбилейной научно-практической конференции Москва, 14–15 февраля 2013 / под общ. ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Рощиной. – М., 2013. – 293 с.

215. Мелёхин А. И. Когнитивные смещения при распознавании эмоций по лицу в пожилом возрасте [Электронный ресурс] / А. И. Мелёхин, Е. А. Сергиенко // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 2. – С. 53–79. – doi: 10.17759/psyclin.2019080204

216. Менделевич Ю. М. Психология девиантного поведения / Ю. М. Менделевич. – М., 2000.

217. Мирский С. Л. Типологические группы учащихся вспомогательных школы в трудовом обучении / С. Л. Мирский // Тезисы докладов IX научной сессии по дефектологии. – М. : Изд-во НИИ дефектологии АПН СССР, 1983. – С. 124–125.

218. Мнухин С. С. О клинико-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей / С. С. Мнухин // Вопросы детской психоневрологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1961. – Т. 25. – С. 67–77.

219. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С. С. Мнухин // Резидуальные нервно психические расстройства у детей : сб. статей. – Л., 1968. – С. 5–22.

220. Монтессори М. Дом ребенка / М. Монтессори. – М., 1920. – 132 с.

221. Морозов С. А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра / С. А. Морозов. – М. : Академия повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования. – 2014.

222. Морозова Е. А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: истоки, клиника, лечение / Е. А. Морозова, Ф. Л. Ратнер. – Казань, 2009. – 82 с.

223. Морозова Е. А. Неврологические аспекты подростковой заболеваемости / Е. А. Морозова, Ф. М. Зайкова, Е. О. Карпова, А. А. Мадякина, Р. Р. Калимуллина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 62–68.

224. Моросанова В. И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека / В. И. Моросанова // Вестник Московского университета. – Серия 14. Психология. – 2010. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/individualnye-osobennosti-osoznannoy-samoregulyatsii-proizvolnoy-aktivnosti-cheloveka>

225. Моросанова В. И. Осознанная саморегуляция как метасистема психологических ресурсов для достижения целей и саморазвития человека / В. И. Моросанова // Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: итоги и перспективы развития. – М. : Институт психологии РАН, 2017. – С. 501–509.

226. Моросанова В. И. Самосознание и саморегуляция поведения / В. И. Моросанова, Е. А. Аронова. – М., 2007.

227. Моросанова В. И. Индивидуальные особенности саморегуляции агрессивного поведения / В. И. Моросанова, М. Д. Гаралева // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 44–55.

228. Моросанова В. И. Развитие личностной саморегуляции / В. И. Моросанова, И. В. Плахотникова. – М., 2003.

229. Моросанова В. И. Взаимосвязь психометрического интеллекта, осознанной саморегуляции учебной деятельности и академической успеваемости одарённых подростков / В. И. Моросанова, Е. И. Щебланова, И. Н. Бондаренко, В.

А. Сидиков // Вестник Московского университета. – Сер. 14. Психология. – 2013. – № 3. – С. 18–32.

230. Надирашвили Ш. А. Закономерности формирования и действия установок различных уровней / Ш. А. Надирашвили // Бессознательное: природа, функции, методы исследования : в 4 т. – Т. I: Развитие идеи. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – С. 111–121.

231. Надирашвили Ш. А. Установка и деятельность / Ш. А. Надирашвили. – Тбилиси : Мецниереба, 1987. – 361 с.

232. Нартова-Бочавер С. К. Дифференциальная психология : учебное пособие. – 5-е изд., стер. / С. К. Нартова-Бочавер. – М. : ФЛИНТА, 2016. – 282 с.

233. Никольская И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2010. – 352 с.

234. Никольская О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – Теревинф, 2012.

235. Новиков А. М. Методология образования / А. М. Новиков. – М. : ЭГВЕС, 2006. – С. 22.

236. Ноговицина О. Р. Оценка эффективности системы выявления и комплексной реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / О. Р. Ноговицина // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 6. – С. 48–51.

237. Ноговицына О. Р. Влияние перинатальных факторов на формирования синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / О. Р. Ноговицына, Е. В. Левитина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – № 1. – С. 64–65.

238. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология / Л. Ф. Обухова. – М. : Роспедагентство, 1996. – 226 с.

239. Ошаев С. А. Сравнительный анализ механизмов совладания и архаических форм психологической защиты у больных с невротическими нарушениями / С. А. Ошаев, И. Я. Стоянова // Сибирский психологический журнал. – 1999. – Вып. 10. – С. 77–80.

240. Павлов И. П. Физиологический механизм так называемых произвольных движений / И. П. Павлов // Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М., 1951. – 428 с.

241. Падун М. А. Регуляция эмоций и ее нарушения / М. А. Падун // Психологическое исследование: электронный научный журнал. – 2015. – № 8 (39). – С. 5–7.

242. Палайма Ю. Ю. Опыт исследования относительной силы мотива и формирования соревновательной установки у спортсменов / Ю. Ю. Палайма // Психология и современный спорт. – М., 1973. – 132 с.

243. Певзнер М. С. Дети-олигофрены / М. С. Певзнер. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1963. – 341 с.

244. Певзнер М. С. Нарушение регулирующей роли речи в поведении олигофренов / М. С. Певзнер // Проблемы ВНД нормального и аномального ребенка. – М. : АПН РСФСР, 1958. – С. 436–453.

245. Певзнер М. С. Динамика развития детей-олигофренов / М. С. Певзнер, В. И. Лубовский. – М., 1965.

246. Петров И. К. Возрастные особенности волевых усилий в двигательной активности школьников 12–17 лет: автореф. дис. ...канд. пед. наук / И. К. Петров. – Киев, 1985. – 23 с.

247. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова. – М. : МПСИ; Флинта, 2000. – 103 с.

248. Петрова В. Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов / В. Г. Петрова. – М., 1968. – 158 с.

249. Пиаже Ж. Психология интеллекта / Ж. Пиаже. – СПб. : Питер, 2003. – 192 с.

250. Пизова Н. В. Когнитивные нарушения в детском возрасте / Н. В. Пизова // Педиатрия. – 2012. – № 4. – С. 34–37.

251. Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников / Б. И. Пинский. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1962. – 319 с.

252. Полякова Н. В. Психическое здоровье: точность восприятия и саморегуляция / Н. В. Полякова // Вопросы психического здоровья детей и

подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2019. – № 3 (19). – С. 106–114.

253. Правдина О. В. Логопедия: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. – 2-е изд., доп. и перераб. / О. В. Правдина. – М. Просвещение, 1973. – 272 с.

254. Правдина-Винарская Е. Н. Неврологические характеристики синдрома олигофрении / Е. Н. Правдина-Винарская. – М., 1957.

255. Прангишвили А. С. К проблеме бессознательного в свете теории установки: школа Д. Н. Узнадзе / А. С. Прангишвили // Бессознательное: природа, функции, методы исследования : в 4 т. – Т. I: Развитие идеи. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – С. 84–91.

256. Прохоров А. О. Саморегуляция психических состояний. Феноменология, механизмы, закономерности / А. О. Прохоров. – М. : Пер Сэ, 2012.

257. Прядеин В. П. Индивидуальные различия волевой активности и их типологические предпосылки / В. П. Прядеин. – М., 1989. – 98 с.

258. Психология саморегуляции: эволюция подходов и вызовы времени / под ред. Ю. П. Зинченко, В. И. Моросановой. – М. ; СПб. : Нестор-История, 2020. – 472 с.

259. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / [И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная и др.] ; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – 7-е изд., стер. – М. : Академия, 2013. – 336 с.

260. Пуни А. Ц. Психологические основы волевой подготовки в спорте / А. Ц. Пуни. – М., 1977. – 129 с.

261. Рапохин Н. П. Исследование эмоционально-волевой устойчивости в условиях значимой деятельности / Н. П. Рапохин // Психологический журнал. – 1981. – № 5. – С. 25–39.

262. Рассказова Е. И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? / Е. И. Рассказова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 43–56.

263. Рассказова Е. И. Психологическая саморегуляция как фактор успешности управления поведением в различных сферах функционирования

личности / Е. И. Рассказова // Экспериментальная психология. – 2019. – Т. 12, № 3. – С. 148–163. – doi: 10.17759/exppsy.2019120312

264. Рассказова Е. И. Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии / Е. И. Рассказова // Вопросы психологии. – 2012. – № 1. – С. 75–82.

265. Рассказова Е. И. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований / Е. И. Рассказова, Т. О. Гордеева // Психологическое исследование: электронный научный журнал. – 2011. – С. 3–4.

266. Рассказова Е. И. Клиническая психология сна и его нарушений / Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2012.

267. Рибо Т. Воля в ее нормальном и болезненном состоянии / Т. Рибо. – СПб., 1894. – 367 с.

268. Рогава Н.В. О природе воли ребенка младшего школьного возраста / Н. В. Рогава // Материалы 3-й научной конференции по проблемам психологии воли. – Рязань : РГПИ, 1970. – С. 24–25.

269. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2002. – 720 с.

270. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн. – М., 1986. – 189 с.

271. Рудик П. А. Психологические основы морально-волевой подготовки спортсмена / П. А. Рудик // Проблемы психологии спорта. – М., 1962. – С. 43–49.

272. Сагалакова О. А. Нарушения социальной ситуации развития в подростковом возрасте в контексте антивитального поведения и социальной тревоги / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, И. Я. Стоянова, Н. С. Смирнова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 1 (94). – С. 25–32.

273. Сагалакова О. А. Нарушение саморегуляции и опосредования эмоций как основа риска формирования антивитального поведения в молодом возрасте / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, И. Я. Стоянова, О. В. Терехина // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 65. – С. 94–103.

274. Сакаева Д. Р. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста и факторы, его определяющие: Обзор литературы / Д. Р. Сакаева // Молодой ученый. – 2011. – № 6, т. 2. – С. 194–198.

275. Сахаров А. И. Воля в структуре характера личности: автореф. дис. ... канд. пед. наук / А. И. Сахаров. – Киев, 1986. – 22 с.
276. Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей / Э. Сеген. – СПб., 1903. – 437 с.
277. Селиванов В. И. Воля и ее воспитание / В. И. Селиванов. – М., 1976. – 298 с.
278. Селиванов В. И. Избр. психол. тр. / В. И. Селиванов. – Рязань, 1992. – 587 с.
279. Селиванов В. И. К вопросу о так называемом произвольном поведении / В. И. Селиванов // Учение И. П. Павлова и философские вопросы психологии. – М., 1952. – С. 56–60.
280. Семаго Н. М. Типология отклоняющего развития: недостаточное развития / Н. М. Семаго. – М. : Генезис, 2016.
281. Семаго Н. М. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. М. Семаго, М. М. Семаго // Речь. – 2005. – 275 с.
282. Семаго Н. М. Типология отклоняющегося развития: модель анализа и ее использование в практической деятельности / Н. М. Семаго, М. М. Семаго. – М. : Генезис, 2011.
283. Семенова О. А. Формирование произвольной регуляции деятельности и ее мозговых механизмов в онтогенезе / О. А. Семенова // Физиология человека. – 2007. – № 33 (3). – С. 115–127.
284. Семенова О. А. Развитие произвольной регуляции деятельности у детей младшего школьного возраста / О. А. Семенова // Вопросы практической педиатрии. – 2007. – № 2 (6). – С. 17–23.
285. Семенович А.В. Актуальные проблемы нейропсихологической квалификации отклоняющегося развития / А. В. Семенович // Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учеб. пособие. – Москва ; Воронеж : МПСИ; МОДЭК, 2001. – С. 26–84.
286. Семке В. Я. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии / В. Я. Семке, И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 9–12.
287. Сеченов И. М. Избр. произв. / И. М. Сеченов. – М., 1952. – Т. 1. – 310 с.

288. Сеченов И. М. Физиология нервной системы: в 4 вып. / И. М. Сеченов, И. П. Павлов, Н. Е. Введенский. – М., 1952. – Вып. 1.
289. Симонов П. В. Мотивированный мозг / П. В. Симонов. – М., 1987. – 398 с.
290. Симсон Т. П. Психоневрология детского возраста / Т. П. Симсон, М. М. Модель, Л. И. Гальперин. – М. ; Л. : Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935.
291. Смирнова Е. О. Развитие воли и произвольности в раннем и дошкольном возрастах / Е. О. Смирнова. – Москва ; Воронеж, 1998. – 234 с.
292. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1980. – 176 с.
293. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1989. – 213 с.
294. Соловьев И. М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. Сравнение и познание отношений и предметов / И. М. Соловьев. – М. : Просвещение, 1966. – 224 с.
295. Соловьев-Элпидинский И. М. О так называемом «психическом пресыщении» у умственно отсталых детей / И. М. Соловьев-Элпидинский // Умственно отсталый ребенок. – М. : Учпедгиз, 1935. – С. 97–135.
296. Сорокин В. М. Специальная психология: учеб. пособие / В. М. Сорокин; под науч. ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003.
297. Сороко С. И. Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях / С. И. Сороко, А. А. Алдашева // Физиология человека. – 2012. – № 38 (6). – С. 78–79.
298. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. – СПб. : Питер, 1999, 2004.
299. Степин В. С. Философская антропология и философия науки / В. С. Степин. – М. : Высшая школа, 1992.
300. Стоянова И. Я. Влияние родительских установок на саморегуляцию детей с когнитивными дефицитами / И. Я. Стоянова, Е. А. Черенёва, Е. В. Гуткевич // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т. 9, № 3-1. – С. 165–174.

301. Стребелева Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии : кн. для педагога-дефектолога / Е. А. Стребелева. – М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 180 с.
302. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста : в 3 т. / Г. Е. Сухарева. – М. : Медгиз, 1955–1965.
303. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста : в 3 т. / Г. Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1965. – Т. 3 : Клиника олигофрении. – 336 с.
304. Темпераментова В. Г. Воспитание волевых качеств у школьников / В. Г. Темпераментова // Формирование волевых качеств у учащейся молодежи в процессе физического воспитания. – М., 1982. – С. 54–62.
305. Теплов Б. М. Психология / Б. М. Теплов. – М., 1954. – 312 с.
306. Ткачева В. В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие / В. В. Ткачева. – М. : АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.
307. Трофимова Н. М. Основы специальной педагогики и психологии / Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофимова, Т. Ф. Пушкина. – СПб. : Питер, 2005. – 210 с.
308. Трошин Г. Я. Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей / Г. Я. Трошин. – Изд-е школы-лечебницы д-ра мед. Г. Я. Трошина, 1913. – Т. 1, 2. – 959 с.
309. Узнадзе Д. Н. Основные положения теории установки / Д. Н. Узнадзе // Труды. – Тбилиси : Мецниереба, 1977. – Т. 6. – С. 263–326.
310. Узнадзе Д. Н. Психология установки / Д. Н. Узнадзе. – СПб. : Питер, 2001. – 416 с.
311. Ульенкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова. – М., 1990.
312. Ульенкова У. В. Экспериментальное изучение формирования саморегуляции в структуре общей способности к учению шестилетних детей с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова, В. В. Кисова // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 26–33.
313. Ушаков Г. К. Детская психиатрия / Г. К. Ушаков. – М. : Медицина, 1973. – 392 с.

314. Фещенко Е. К. Возрастно-половые особенности самооценки волевых качеств: автореф. дис. канд. психол. наук / Е. К. Фещенко. – СПб., 1999. – 25 с.
315. Филиппова Н. В. Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития в детском возрасте / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник, М. А. Деева, А. С. Кормилицина // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – Т. 16, № 4. – С. 89–101.
316. Филиппова Н. В. Современный взгляд на задержку психического развития / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник, А. С. Исмаилова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 10. – С. 256–262.
317. Фотекова Т. А. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов / Т. А. Фотекова, Т. В. Ахутина. – М., 2002.
318. Фрейд З. О психоанализе / З. Фрейд // О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. – М. : Медицина, 1991. – С. 227–273.
319. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия / З. Фрейд. – М. : Прогресс, 1992. – С. 201–255.
320. Фрейд З. Психология масс / З. Фрейд // Лекции по введению в психоанализ: сб. произведений. – М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 473–527.
321. Фрейд З. Тотем и табу. Психология первобытной культуры и религии / З. Фрейд. – СПб., 1997. – 222 с.
322. Фрейеров О. Е. Легкие степени олигофрении (дебильность): клиника и экспертиза / О. Е. Фрейеров. – М. : Медицина, 1964. – 222 с.
323. Хачатрян Л. Г. Ранние и отдаленные проявления перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. Г. Хачатрян. – М., 2003.
324. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен. – М. ; СПб. : Смысл, Питер, 2003.
325. Ходжава З. И. Проблема навыка в психологии / З. И. Ходжава. – Тбилиси, 1960. – 98 с.

326. Холодная М. А. Психология понятийного мышления / М. А. Холодная. – М. : Когито-Центр, 2012.
327. Холодная М. А. Психология интеллекта / М. А. Холодная. – М. ; СПб. : Смысл, Питер, 2002.
328. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – СПб. : Питер, 2005. – 496 с.
329. Хорни К. Собрание сочинений : в 3 т. / К. Хорни. – М. : Смысл, 1997. – Т. 2: Новые пути в психоанализе. – 544 с.
330. Царцидзе М. Г. Особенности волевого поведения у умственно отсталых детей : автореф. дис канд. психол. наук / М. Г. Царцидзе. – М., 1985. – 23 с.
331. Царцидзе М. Г. Особенности развития воли у умственно отсталых детей / М. Г. Царцидзе // Дефектология. – 1975. – № 2. – С. 14–16.
332. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л. С. Цветкова. – М. : Просвещение, Учебная литература, 1995. – 304 с.
333. Чевычелова Н.В. Анализ современных технологий обучения и сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра / Чевычелова Н.В., Черенева Е.А., Черенев Д.В., Маслобоев С.Г. // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева (Вестник КГПУ). 2019. № 3 (49). С. 15-25.
334. Черенев Д. В. Влияние мотивационных факторов на формирование продуктивности учебной деятельности младших школьников с нарушениями интеллектуального развития / Д. В. Черенев, Е. А. Черенева // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2017. – № 2 (40). – С. 175–179.
335. Черенев Д. В. Дифференцированный подход к оценке продуктивности учебной деятельности младших школьников с ЗПР на основе мотивационных факторов / Д. В. Черенев, Е. А. Черенева // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2011. – № 3 (23). – С. 139–144.
336. Черенева Е. А. Защитные механизмы поведения как фактор адаптивного поведения личности / Е. А. Черенева // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – № 6 (134). – С. 122–126.

337. Черенева Е. А. Личность учащегося с нарушениями интеллектуального развития как предмет психолого-педагогического исследования / Е. А. Черенева // European Social Science Journal. – 2015. – № 2 (38). – С. 33–43.

338. Черенева Е. А. Проблема воли и произвольности в психологии / Е. А. Черенева // Вестник Бурятского государственного университета. – 2011. – № 5. – С. 39–43.

339. Черенева Е. А. Теоретические основы проблемы саморегуляции предметной деятельности и поведения / Е. А. Черенева // Вестник Бурятского государственного университета. – 2010. – № 5. – С. 7–11.

340. Черенева Е. А. Роль речи в формировании произвольного поведения // Е. А. Черенева / Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2009. – № 2. – С. 112–115.

341. Черенева Е. А. Роль детско-родительских отношений в формировании агрессивного поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра / Е. А. Черенева, Е. А. Володенкова, О. Л. Беляева // Педагогический журнал Башкортостана. – 2018. – № 4 (77). – С. 117–122.

342. Черенева Е. А.. Модернизация идей исследования аутизма и развития системы помощи людям с аутизмом в России: от региональной инициативы к глобализации решений / Е. А. Черенева, О. Б. Богдашина, М. Казанова, С. Ли // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 3. – С. 131–140. – DOI: 10.17759/pse.2016210315

343. Черенева Е. А. Теоретико-методологический анализ предпосылок построения концепции изучения регуляции поведения детей с интеллектуальными нарушениями / Е. А. Черенева, Е. В. Гуткевич // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2017. – № 2 (40). – С. 180–186.

344. Черенева Е. А. Влияние детско-родительских отношений на развитие коммуникации у младших школьников с расстройством аутистического спектра / Е. А. Черенева, Н. В. Елтышева, О. Л. Беляева, Л. А. Брюховских // Научные исследования и разработки. Социально-гуманитарные исследования и технологии. – 2018. – Т. 7, № 4. – С. 53–60.

345. Черенева Е. А. Проблема социально-профессиональной адаптации учащихся с нарушением интеллектуальной деятельности / Е. А. Черенева, И. Г. Загляда, Ю. А. Птахина, Н. Г. Климкович, Т. А. Кочукова // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. – 2015. – № 2 (26). – С. 198–202.

346. Черенева Е. А. Исследование психологических характеристик саморегуляции у детей с нарушениями когнитивного здоровья в системе образования / Е. А. Черенева, Ли С., И. Я. Стоянова // Science for Education Today. – 2021. – Т. 11, № 6. – С. 46–60. – 0,9 / 0,3 а.л. DOI: 10.15293/2658-6762.2106

347. Черенева Е. А. Социально-психологическая адаптация лиц с нарушением интеллекта в России и за рубежом / Е. А. Черенева, А. Г. Литвинова, Г. К. Антошечкина // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2019. – Т. 8, № 5-1. – С. 23–30.

348. Черенева Е. А. Исследование эффективности психологической помощи при становлении саморегуляции у детей с нарушениями когнитивного здоровья / Е. А. Черенева, Э. М. Сохадзе, И. Я. Стоянова // Science for Education Today. – 2021. – Т. 11, № 4. – С. 91–111. – DOI: <http://dx.doi.org/10.15293/2658-6762.2104.05> .

349. Черенева Е. А. Патопсихологическая модель саморегуляции у детей с нарушением когнитивного здоровья / Е. А. Черенева, И. Я. Стоянова // Journal of Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences. – 2022. – № 15(5). – P. 649–663. – DOI: 10.17516/1997–1370–0000

350. Черенева Е. А. Актуальные подходы к формированию социально приемлемого поведения детей с интеллектуальной недостаточностью / Е. А. Черенева, С. А. Филиппова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2012. – № 1. – С. 167–171.

351. Черенева Е. А. Особенности навыка самоконтроля в процессе решения арифметических задач у учащихся с нарушенным интеллектом / Е. А. Черенева, С. А. Филиппова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2010. – № 2. – С. 85–90.

352. Черенева Е. А. Уровневый подход к оценке мотивационных факторов продуктивности учебной деятельности у младших школьников с ЗПР / Е. А.

Черенева, Д. В. Черенев // *European Social Science Journal*. – 2015. – № 2 (38). – С. 44–50.

353. Чхартишвили Ш. Н. К вопросу о воле первоклассника / Ш. Н. Чхартишвили // *Вопросы психологии*. – 1963. – № 2. – С. 34–38.

354. Чхартишвили Ш. Н. Особенности развития воли умственно отсталых школьников / Ш. Н. Чхартишвили // *Дефектология*. – 1974. – № 4. – С. 26–32.

355. Шелковский В. И. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: диагностика и лечение / В. И. Шелковский, В. М. Студеникин, С. В. Балканская // *Лечащий врач*. – 2010. – № 1. – С. 31–34.

356. Шерозия А. Е. К проблеме сознания и бессознательного психического. Опыт исследования на основе данных психологии установки / А. Е. Шерозия. – Тбилиси, 1969. – Т. I. – 431 с.

357. Шерозия А. Е. Психика. Сознание. Бессознательное. К обобщенной теории психологии / А. Е. Шерозия. – Тбилиси : Мецниереба, 1979. – 171 с.

358. Шипкова К. М. Использование музыкаобогащенной среды при нарушениях когнитивных функций у взрослых (теоретический обзор) / К. М. Шипкова // *Клиническая и специальная психология*. – 2020. – Т. 9, № 1. – С. 64–77.

359. Шиф Ж. И. Новые психологические и педагогические исследования личности учащегося вспомогательной школы / Ж. И. Шиф // *Воспитание учащихся специальных школ в процессе овладения основами наук*. – М., 1979. – Ч. 2. – С. 412–413.

360. Шмакова О. П. Умственная отсталость: обзор публикаций последнего десятилетия / О. П. Шмакова // *Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)*. – 2019. – № 3 (19). – С. 134–144.

361. Шмакова О. П. Умственная отсталость: обзор публикаций последнего десятилетия / О. П. Шмакова // *Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)*. – 2019. – № 4 (19). – С. 113–121.

362. Шорохова М. В. Опыт применения графического теста в исследовании личности и эмоциональной импрессивности подростков с разными вариантами

- дизонтогенеза / М. В. Шорохова, О. К. Агавелян // Сибирский педагогический журнал. – 2018. – № 2. – С. 135–143.
363. Шульга Т. И. Проблема волевой регуляции в онтогенезе / Т. И. Шульга // Вопросы психологии. – 1994. – № 1. – С. 32–38.
364. Шульга Т. И. Психологические основы формирования воли / Т. И. Шульга. – Пятигорск, 1993. – 186 с.
365. Шульга Т. И. Становление волевой регуляции в онтогенезе : автореф. дис. д-ра пед. наук / Т. И. Шульга. – М., 1994. – 40 с.
366. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – 2003. – 336 с.
367. Эйдемиллер Э. Г. Духовное измерение психотерапии и психотерапия духовностью / Э. Г. Эйдемиллер // Психотерапия. – 2010. – № 2. – С. 53–60.
368. Abraham C. Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions / C. Abraham // Applied Psychology: An International Review. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 30–41.
369. Aguilar L. Psychometric analysis in children with mental retardation due to perinatal hypoxia treated with fibroblast growth factor (FGF) & showing improvement in mental development / L. Aguilar et al. // J. Intellect Disabil Res. – 2008. – № 37. – P. 226.
370. Allport H. W. Attitudes / H. W. Allport // The Handbook of Social Psychology. – Worcester : Clare Univ. Press, 1935. – P. 789–844.
371. Armitage C. J. Is there utility in the transtheoretical model? / C. J. Armitage // British Journal of Health Psychology. – 2009. – Vol. 14. – P. 195–210.
372. Armitage C. J. Social cognition models and health behavior: a structured review / C. J. Armitage, M. Conner // Psychology and Health. – 2000. – Vol. 15. – P. 173–189.
373. Assagioli R. The act of will / R. Assagioli. – London, 1974. – 231 p.
374. Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory / A. Bandura. – Englewood-Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1986. – 85 p.
376. Baumeister R. F. The strength model of self-control / R. F. Baumeister, K. D. Vohs, D. M. Tice // Current Directions in Psychological Science. – 2007. – Vol. 16. – P. 396–403.

377. Bellak L. The TAT, CAT and SAT in Clinical Use / L. Bellak. – N.Y. : Springer, 1986. – 402 p.
378. Borland R. Habits and temporality: a commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory / R. Borland // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 66–69.
379. Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood / ed. by E. Garralda, J. P. Raynaud. – Jason Aronson, 2012. – 245 p.
380. Bromley E. Clinicians' Concepts of the Cognitive Deficits of Schizophrenia / E. Bromley // *Schizophr. Bull.* – 2007. – № 33 (3). – P. 648–651.
381. Cameron L. Anxiety, cognitions and responses to health threat / L. Cameron // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York : Routledge, 2003. – P. 157–183.
382. Cameron L. Temporal self-regulation theory: towards a more comprehensive understanding of health behavior / L. Cameron // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 70–74.
383. Cameron L. D. Emotion regulation interventions: a common-sense model approach / L. D. Cameron, L. Jago // *British Journal of Health Psychology*. – 2008. – Vol. 13. – P. 215–221.
384. Carver C. S. On the self-regulation of behavior / C. S. Carver, M. F. Scheier. – New York : Cambridge University Press, 1998. – 134 p.
385. Casanova M. F. Editorial: Comorbidity and Autism Spectrum Disorder / M. F. Casanova, R. E. Frye, C. Gillberg, E. L. Casanova // *Front. Psychiatry*. – 2020. – № 11. – P. 617395. – doi: 10.3389/fpsy.2020.617395. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33329163/>.
386. Chereneva E. A. Current approaches to differential diagnostics of autism spectrum disorders and similar conditions // E. A. Chereneva, O. L. Belyaeva, I. Ya Stoyanova / *Journal of Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences*. – 2022. – № 15(3). – P. 381–389. – DOI: 10.17516/1997-1370-0475.
387. Chereneva E. A. Strategies of behavior voluntary regulation of primary schoolchildren in health and disease. / E. A. Chereneva, O. L. Belyaeva, I. Ya Stoyanova // *Journal of Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences*. – 2019. – № 15(4). – P. 526–536. – DOI: 10.17516/1997-1370-0476.

388. Cervellione K. L. Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome / K. L. Cervellione, K. E. Burdick, J. G. Cottone et al. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 2007. – № 46 (7). – P. 867–878.

389. Chien J. C. Cerebral oxygenation during hypoxia and resuscitation by using near-infrared spectroscopy in newborn piglets / J. C. Chien, R. Schwarts // *J. of the Chinese Medical Association.* – 2007. – Vol. 70. – P. 47–55.

390. de Bruin M. Self-regulatory processes mediate the intention-behavior relation for adherence and exercise behavior / M. de Bruin, P. Sheeran, G. Kok, A. Hiemstra, J. M. Prins, H. J. Hospers, G. J. P. van Breukelen // *Health Psychology.* – 2012. – Vol. 31 (6). – P. 695–703.

391. Deci E. L. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior / E. L. Deci, R. M. Ryan // *Psychological Inquiry.* – 2000. – Vol. 11. – P. 227–268.

392. DeSteno D. Affective science and health: the importance of emotion and emotional regulation / D. DeSteno, J. J. Gross, L. Kubzansky // *Health Psychology.* – 2013. – Vol. 32 (5). – P. 474–486.

393. *Envy and gratitude and other works, 1946–1963* / ed. by M. Klein. – N. Y. : Delacorte Press, 1975. – 709 p.

394. Fish B. *Children at risk for schizophrenia* / B. Fish. – N. Y., 1984. – 344 p.

395. Freud A. *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development* / A. Freud. – N.Y., 1965. – 302 p.

396. Freud A. *The Ego and the mechanisms of defense* / A. Freud // *The writings of Anna Freud.* – London, 1977. – Vol. 2. – P. 45 – 62.

397. Freud S. *The defense neuro-psychoses* / S. Freud // *The collected Papers : in 10 v.* – N.Y. : Collier Books, 1963. – Vol. 2. – P. 67–81.

398. Freud S. *Schriften zur Behandlungstechnik* / S. Freud. – Frankfurt am Mein : Studienausgabe, Fisher Verlag, 1975. – 102 p.

399. Gabrovskaja V. Visual object perception in schizophrenia: further evidence for a selective impairment in semantic memory / V. Gabrovskaja, K. Laws, P. J. McKenna // *Schizophrenia Research.* – March 1997. – Vol. 24, № 1. – P. 103– 103 (1).

400. Gollwitzer P. Goal achievement: the role of intentions / P. Gollwitzer // *European Review of Social Psychology*. – 1993. – Vol. 4 (6). – P. 141–185.
401. Gollwitzer P. M. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes / P. M. Gollwitzer, P. Sheeran // *Advances in Experimental Social Psychology*. – 2006. – Vol. 38. – P. 69–119.
402. Golombok S. Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children / S. Golombok, R. Cook, A. Bish, C. Murray // *Child Development*. – 1995. – Vol. 64 (2). – P. 285–298.
403. Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice / M. Hagger // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 57–65.
404. Hagger M. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation / M. Hagger, S. Orbell // *Psychology and Health*. – 2003. – Vol. 18 (2). – P. 141–184.
405. Hagger M. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior / M. Hagger, C. Wood, C. Stiff, N. L. D. Chatziasarantis // *Health Psychology Review*. – 2009. – Vol. 3 (2). – P. 208–238.
406. Hall P. A. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior / P. A. Hall, G. Y. Fong // *Health Psychology Review*. – 2007. – Vol. 1 (1). – P. 6–52.
407. Hart R. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II – mental health and development outcomes / R. Hart, R. J. Norman // *Hum Reprod. Update*. – 2013. – № 19 (3). – P. 244–250.
408. Harvey P. D. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status / P. D. Harvey, M. Strassnig // *World Psychiatry*. – 2012. – № 11. – P. 73–79.
409. Heckhausen H. Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind / H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer // *Motivation and Emotion*. – 1987. – Vol. 11 (2). – P. 101–120.
410. Hvidtjorn D. Cerebral palsy, Autism spectrum disorders, and developmental delay in children born after assisted conception: a systematic review and metaanalysis / D. Hvidtjorn et al. // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2009. – № 163 (1). – P. 72–83.

411. Hvidtjorn D. Risk of autism spectrum disorders in children born after assisted conception: a population based follow-up study / D. Hvidtjorn, J. Grove, D. Schendel et al. // *J. Epidemiol. Community Health*. – 2011. – № 65 (6). P. 497–502.
412. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // *Nervous Child*. – 1943. – № 2. – P. 217–250.
413. Kanner L. Infantile autism and the schizophrenias / L. Kanner // *Behavioral Science*. – 1965. – № 10 (4). – P. 412–420.
414. Kaptein A. Representation of chronic illness / A. Kaptein, M. Scharloo, D. Helder, W. Kleijn, I. Korlaar, M. Woertman // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York : Routledge, 2003. – P. 97–118.
415. Keefe R. S. E. The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery / R. S. E. Keefe, T. E. Goldberg, P. D. Harvey et al. // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 68. – P. 283–297.
416. Kim B. N. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. Statistical parametric mapping analysis / B. N. Kim, J. S. Lee, M. S. Shin et al. // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. – Neurosci*, 2002. – Vol. 252. – P. 219–225.
417. Klemetti R. Health of children born as a result of in vitro fertilization / R. Klemetti et al. // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 118, № 5. – P. 1819–1827.
418. Koffka K. Grundlagen der psychischen Entwicklung / K. Koffka. – Berlin, 1925. – 287 p.
419. Kozlova N. V. Personal and Professional Development of Future Entrepreneurs in Higher Educational Settings / N. V. Kozlova, T. Ye. Levitskaya, I. V. Atamanova // *Journal of the Worldwide Forum on Education and Culture*. – 2011. – Vol. 3. – P. 44–54. – URL: <http://www.theworldwideforum.org/resources/WWFEC+Issue+3.pdf>
420. Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90) / J. Kuhl // *Volition and personality: Action versus state orientation*. – Göttingen, Germany : Hogrefe, 1994. – P. 47–59.
421. Lazarus R. S. Transactional theory and research on emotions and coping / R. S. Lazarus, S. Folkman // *Eur. J. Personality*. – 1987. – № 1. – P. 141–169.

422. Lazarus R. S. Stress-related transactions between person and environment / R. S. Lazarus, R. Launier // In *Perspectives in Interactional Psychology*. – New York : Plenum, 1978. – P. 287–327.
423. Leunens L. Follow-up of cognitive and motor development of 10-yearold singleton children born after ICSI compared with spontaneously conceived children / L. Leunens et al. // *Hum Reprod*. – 2008. – Vol. 23 (1). – P. 105–111.
424. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York : Routledge, 2003. – P. 42–65.
425. Leventhal H. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach / H. Leventhal, P. A. Mora // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 51–65.
426. Lewin K. A dynamic theory of personality / K. Lewin. – N. Y., 1936. – 214 p.
427. Lewin K. Principles of topological psychology / K. Lewin. – N. Y., 1936. – 364 p.
428. Mann T. Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving / T. Mann, D. de Ridder, K. Fujita // *Health Psychology*. – 2013. – Vol. 32 (5). – P. 487–498.
429. May R. Love and will / R. May. – N. Y., 1974. – 149 p.
430. McAndrew L. M. Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process / L. M. McAndrew, T. J. Musumeci-Szabo, P. A. Mora, L. Vilekyte, E. Burns, E. A. Halm, E. A. Leventhal, H. Leventhal // *British Journal of Health Psychology*. – 2008. – Vol. 13. – P. 195–204.
431. Miller S. Vigotsky's zone of proximal development in transformative pedagogy: scaffolding multicultural discourse in integrated literature–history classes / S. Miller // *Jbid*. – 1989. – P. 204–205.
432. McClelland D. C. The achievement motive / D. C. McClelland, I. W. Atkinson, R. A. Clark, E. L. Lowell. – N. Y., 1953. – 384 p.
433. Möller H. J. The assessment of cognitive impairment would be a relevant addition to the criteria for diagnosing schizophrenia / H. J. Möller // *World Psychiatry*. – 2008 February. – № 7 (1). – P. 33–46.

434. Murray H. Thematic Apperception Test Manual / H. Murray. – Cambridge : Cambridge University Press, 1943. – 279 p.
435. Muraven M. Self-control as limited resource: regulatory depletion patterns / M. Muraven, D. M. Tice, R. F. Baumeister // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1998. – Vol. 74 (4). – P. 774–789.
436. Protective psychology / eds. by L. Abt, L. Bellak. – N.Y. : Jason Aronson, 1950. – 526 p.
437. Sallis J. F. Temporal self-regulation theory: a step forward in the evolution of health behavior models / J. F. Sallis // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 75–78.
438. Schopler E. Psychoeducation Profile / E. Schopler, R. Reichler. – Baltimor : University Park Press, 1979. – 225 p.
439. Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintainance of health behavior / R. Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 1–29.
440. Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model / R. Schwarzer // *Self-efficacy: Thought control of action*. – Washington, DC : Hemisphere, 1992. – P. 217–243.
441. Sheeran P. Intention – behavior relations: a conceptual and empirical review / P. Sheeran // *European Review of Social Psychology*. – 2002. – Vol. 12 (1). – P. 1–36.
442. Sheeran P. Nonconscious processes and health / P. Sheeran, P. M. Gollwitzer, J. A. Bargh // *Health Psychology*. – 2013. – Vol. 32 (5). – P. 460–473.
443. Sheldon K. Self-determination theory in the clinic / K. Sheldon, J. Williams, T. Joiner. – New Haven ; London : Yale University Press, 2003. – 119 p.
444. Skinner E. A. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping / E. A. Skinner, K. Edge, J. Altman, H. Sherwood // *Psychological Bulletin*. – 2003. – Vol. 129 (2). – P. 216–269. – doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=8301401> (дата обращения: 10.01.2003).
445. Slobodskaya H. R. Competence, emotional and behavioral problems in Russian adolescents / H. R. Slobodskaya // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 1999. – Vol. 8. – P. 173–180.

446. Sniehotta F. F. Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation / F. F. Sniehotta, U. Scholz, R. Schwarzer, B. Fuhrmann, U. Kiwus, H. Völler // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2005. – Vol. 12 (4). – P. 244–255.

447. Sutton S. Social-psychological approaches to understanding addictive behaviors: attitude-behavior and decision-making models / S. Sutton // *British Journal of Addiction*. – 1987. – Vol. 82. – P. 355–370.

448. Sutton S. A. A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation / S. A. Sutton // *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation*. – Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 2000. – P. 207–225.

449. Tremolada M. Coping strategies and perceived support in adolescents and young adults: the predictive model of self-reported cognitive and mood problems / M. Tremolada, S. Bonichini, L. Taverna // *Psychology*. – 2016. – Vol. 7 (14). – P. 1858–1871. – doi: <https://doi.org/10.4236/psych.2016.714171>.

450. Vaillant G. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology / G. Vaillant // *American Psychologist*. – 2000. – Vol. 55, № 1. – P. 89–98. – doi: 10.1037//0003-066x.55.1.89. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392869/>

451. Velicer W. F. Stages and non-stages theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer / W. F. Velicer, J. O. Prochaska // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 75–83.

452. Wagenaar K. Behavior and socioemotional functioning in 9–18-year-old children born after in vitro fertilization / K. Wagenaar et al. // *Fertility and sterility*. – 2009. – Vol. 92, № 6. – P. 1907–1914.

453. Wagenaar K. Self-reported behavioral and socioemotional functioning of 11- to 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilization / K. Wagenaar et al. // *Fertility and sterility*. – 2011. – Vol. 95, № 2. – P. 611–616.

454. Webb T. L. A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory / T. L. Webb, P. Sheeran // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 79–82.

455. Webb T. L. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence / T. L. Webb, P. Sheeran // *Psychological Bulletin*. – 2006. – Vol. 132 (2). – P. 249–268.

456. Williams G. C. Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients / G. C. Williams, G. C. Rodin, R. M. Ryan, W. S. Grolnick, E. L. Deci // *Health Psychology*. – 1998. – Vol. 17 (3). – P. 269–276.

457. Zachor D. A. Assisted reproductive technology and risk for autism spectrum disorder / D. A. Zachor, E. Ben Itzhak // *Research in Developmental Disabilities*. – 2011. – Vol. 32 (6). – P. 2950–2956.

Приложение А
Опросный лист

Опросник для родителей, учителей

Возраст 8–12 лет

ФИО ребенка _____

Дата диагностики _____

Дата рождения _____ возраст _____

Школа _____

Пол ребенка _____

Инструкция

Обозначайте проявления высказываний: **Н** – никогда; **И** – иногда; **Ч** – часто; **В** – всегда

Вопросы

1. Понимает обращенную инструкцию
2. Нарушает правила
3. Посещает школьного врача
4. Обычно проявляет себя как лидер
5. Демонстрирует интерес к другим идеям
6. Имеет проблемы с установкой
7. Кажется одиноким
8. Слушает указания
9. Странные поступки
10. Иногда обманывает
11. Разбрасывает еду
12. Не убирает после еды
13. Надоедает другим намеренно
14. Жалуется на короткое дыхание
15. Действует необдуманно
16. Имеет затруднения при получении информации
17. Кажется, что он отстывает при достижении цели
18. Пытается преуспеть в школе (пытается быть успешным)
19. Пытается выявить лучшее в других людях
20. Грустный
21. Легко отвлекается от работы класса
22. Угрожает причинить боль другим

23. Кажется вне связи с реальностью
24. Получает неприятности
25. Говорит, что не имеет друзей
26. Беспокоится о том, что о нем думают сверстники, старшие
27. Не может дождаться своей очереди
28. Имеет головные боли
29. Анализирует характер проблемы, прежде чем начинать ее решать
30. Берет чужие вещи без разрешения
31. Боится заболеть
32. Является творческим
33. Поздравляет других, когда они успешны
34. Обращает на себя (требует) внимание при выполнении классной работы
35. Не обращает внимания на учебный материал
36. Бубнит себе под нос
37. Плохой почерк, копирование
38. Говорит, что боится сделать ошибки
39. Слишком легко теряет терпение
40. Кажется больным
41. Отслеживает необходимую информацию
42. Занимается спортом
43. Использует интернет для эффективного выполнения работ
44. Вносит предложения, не оскорбляя других
45. Говорит, что ненавидит себя
46. Имеет маленький объем внимания
47. Дразнит других
48. Имеет странные идеи
49. Ворует в школе
50. Жалуется на то, что его дразнят
51. Беспокойный
52. Имеет слабый самоконтроль
53. Жалуется на здоровье
54. Просит сделать пропущенные задания
55. Отвечает должным образом, когда поставлен вопрос
56. Быстро восстанавливается после неудачи.
57. Легко принимает решения

58. Поощряет (призывает) других делать все возможное
59. Выходит из-под контроля
60. Пессимист
61. Внимательно слушает
62. Видит вещи, которых не существует
63. Подкрадывается
64. Получает плохие отметки в школе
65. Беспокоится о вещах, которые нельзя изменить
66. Бросает вызов учителям
67. Избегает других детей
68. Является более активным
69. Нет ясности при презентации идей
70. Хорошо подстраивается при изменениях в рутинных событиях
71. Хорошо организован
72. Предлагает помощь другим детям
73. Легко расстраивается
74. Очень много ест
75. Спорит, когда лишают его права мнения
76. Кажется, не замечает других
77. Лжет
78. Не завершает учебные задания
79. Яркий
80. Легко дружит
81. Жалуется на боль
82. Завершает домашнюю работу
83. Имеется ясность, когда рассказывает о своем личном опыте
84. Жалуется, когда просят сделать что-то по-другому
85. Хорошо работает под давлением
86. Говорит «Пожалуйста» и «Спасибо».
87. Нарушает активность других детей
88. Говорит «Я хочу умереть», или «Я хотел, чтобы я умер».
89. Легко отвлекается
90. Портит любимые вещи, волосы, ногти, одежду.

Приложение В
Опросники Т.М. Ахенбаха

Анкета для родителей детей 4—18 лет

ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА _____

ИМЯ _____ ОТЧЕСТВО _____

ПОЛ _____ НАЦИОНАЛЬНОСТЬ _____

мальчик (1) девочка (0)

Дата заполнения анкеты

Дата рождения ребенка

_____ 19 ____

_____ 19 ____

число мес год

число мес год

В каком классе учится ваш ребенок ___ / «_»

Если ваш ребенок еще не ходит в школу, сделайте, пожалуйста, пометку в этом квадрате.

Отвечая на эти вопросы, придерживайтесь, пожалуйста, вашей личной точки зрения, даже если вы думаете, что другие члены семьи не будут с ней согласны.

ПРОФЕССИИ РОДИТЕЛЕЙ, если даже вы не работаете сейчас.

(Назовите, пожалуйста, профессию, которую вы и ваш супруг(а) получили или по которой вы работали большую часть своей профессиональной карьеры. Будьте, пожалуйста, точны в указании своей профессии. (Например, инженер-автомеханик, сборщик, продавец.)

папина _____

мамина _____

Образование родителей: мама папа

неполное среднее

среднее

среднее специальное

незаконченное высшее

высшее

Ответы на этот опросник были даны: _____

(мамой – 0, папой – 1)

Кем-нибудь другим (укажите степень родства с ребенком)

I. Назовите, пожалуйста, увлечение (кружки, коллекционирование, игры – все, что интересно вашему ребенку, включая спорт). Примерами могут служить коллекционирование марок, игра на музыкальных инструментах, чтение, драмкружок, вязание, катание на коньках и т.д.				а) _____ б) _____ в) _____ г) у него/нее нет увлечений			
По сравнению с другими детьми того же возраста, сколько времени он(она) проводит, занимаясь этим(и) увлечением? :				По сравнению с другими детьми того же возраста, насколько успешен(а) он(она) в этом?			
Не знаю	Меньше других	Как все	Больше других	Не знаю	Меньше других	Как все	Больше других
а) б) в)							
II. Перечислите, пожалуйста, все обязанности, которые есть у вашего ребенка. Например, уборка постели, мытье полов, подметание, покупка хлеба, сидение с младшим братом/сестрой и т.д.				По сравнению с другими детьми того же возраста, насколько хорошо он (она) с ними справляется?			
				Не знаю	Хуже других	Как все	Лучше других
а) _____ б) _____ в) _____ г) у моего ребенка нет никаких обязанностей				а) б) в)			

III.

1. Сколько близких друзей у вашего ребенка? (Не считая братьев и сестер.)

Ни одного 1 2 или 3 4 или больше

2. Сколько (примерно) раз в неделю ваш ребенок делает что-нибудь (играет, занимается в кружках, гуляет со своими друзьями, не считая братьев и сестер) вне школы или детского сада?

Реже одного раза в неделю

1 или 2 раза

3 раза или больше

IV. По сравнению с другими детьми того же возраста, насколько хорошо ваш ребенок:

	Хуже, чем другие	Как все другие	Лучше, чем другие
а) дружит с сестрами/братьями б) общителен(а), легко сходится с другими детьми в) хорошо себя ведет с родителями г) играет, и занимается сам с собой д) не имеет братьев/сестер			

V. 1. Как, с вашей точки зрения, учится ваш ребенок (для школьников)? Если ваш ребенок не посещает школу, назовите, пожалуйста, причину

Школьный предмет	Неудовлетворительно	Хуже, чем другие	Как все другие	Лучше, чем другие
а) чтение или литература				
б) русский язык				
в) история				
г) математика				
д) физика				
с) химия				
ж) биология, природовед.				
з) другие школьные предметы (укажите, какие) _____				

2. Обучается ли ваш ребенок в какой-либо специальной школе или в каком-либо специальном классе?

Назовите, пожалуйста, специализацию _____

3. Оставался ли ваш ребенок когда-либо на второй год?

Назовите, пожалуйста, в каком году и по какой причине _____

4. Есть ли (были ли) у вашего ребенка проблемы, связанные с успеваемостью или поведением в школе?

Перечислите их, пожалуйста _____

Назовите, пожалуйста, когда начались эти проблемы? _____

Разрешились ли эти проблемы? Когда? _____

5. Есть ли у вашего ребенка какие-либо хронические заболевания, физические нарушения или задержка психического развития?

Пожалуйста, назовите _____

6. Что вас в вашем ребенке беспокоит больше всего? _____

7. Что вас радует больше всего в вашем ребенке? Что в нем хорошего? _____

Далее следует список утверждений, описывающих поведение детей и подростков. Если данный пункт соответствует поведению вашего ребенка в настоящее время полностью или почти полностью, то обведите, пожалуйста, цифру «2» в графе ответов. Если данный пункт описывает поведение, характерное для вашего ребенка только в некоторой степени или только иногда, то обведите цифру «1». И наконец, если данное утверждение вообще не соответствует поведению вашего ребенка, обведите цифру «0».

0 = вообще не соответствует (насколько мне известно)

1 = в некоторой степени (иногда) соответствует

2 = в настоящее время (всегда) соответствует

0 1 2 1. Ведет себя, как маленький (поведение не соответствует возрасту)

0 1 2 2. Огрызается, спорит

0 1 2 3. Хвастается, задирается

0 1 2 4. Не может сконцентрироваться, удержать внимание на чем-то одном

0 1 2 5. Не может отделаться от навязчивых мыслей,

0 1 2 6. Не может усидеть на месте, неутомим, слишком активен

- 0 1 2 7. Слишком зависим от взрослых, несамостоятелен
- 0 1 2 8. Жалуется на одиночество
- 0 1 2 9. Неорганизован, рассеян
- 0 1 2 10. Много плачет
- 0 1 2 11. Жесток, задирист и злобен по отношению к другим
- 0 1 2 12. Много фантазирует и выдумывает, погружен в свои мысли
- 0 1 2 13. Любит, чтобы на него обращали внимание
- 0 1 2 14. Намеренно ломает и уничтожает свои игрушки, книги, вещи
- 0 1 2 15. Нарочно ломает и уничтожает вещи, принадлежащие семье, родителям и другим людям
- 0 1 2 16. Непослушен дома
- 0 1 2 17. Непослушен в школе
- 0 1 2 18. Плохо ест
- 0 1 2 19. Не ладит с другими детьми
- 0 1 2 20. Не чувствует себя виноватым, даже если сделал что-нибудь плохое
- 0 1 2 21. Ревнив
- 0 1 2 22. Боится, что может подумать или сделать что-нибудь плохое
- 0 1 2 23. Считает, что всегда должен быть безупречным
- 0 1 2 24. Ему кажется, что никто его не любит
- 0 1 2 25. Ему кажется, что другие люди хотят ему досадить или причинить вред
- 0 1 2 26. Чувствует себя неполноценным, никчемным
- 0 1 2 27. Ввязывается в драки
- 0 1 2 28. Его часто дразнят
- 0 1 2 29. Водится (входит в компании) с другими детьми, которые часто попадают в неприятные истории или даже затевают их
- 0 1 2 30. Слышит вещи, которых, кроме него, никто не слышит. Опишите, пожалуйста

- 0 1 2 31. Несдержан, импульсивен, действует необдуманно
- 0 1 2 32. Предпочитает одиночество
- 0 1 2 33. Обманывает, мошенничает
- 0 1 2 34. Нервный, чувствительный, напряженный
- 0 1 2 35. Нервные движения или тики (подергивание век, покусывание губ, постукивание ногой по полу и т.д.)
- 0 1 2 36. Нелюбим другими детьми
- 0 1 2 37. Слишком боязлив и тревожен
- 0 1 2 38. Частые головокружения
- 0 1 2 39. Считает себя виноватым во всем
- 0 1 2 40. Переутомлен
- 0 1 2 41. Слишком много весит
- 0 1 2 42. Имеет проблемы, связанные со здоровьем, медицинская причина которых неясна:
- 0 1 2 а) телесные боли (не включая головные);
- 0 1 2 б) головные боли;
- 0 1 2 в) тошнота, недомогание;
- 0 1 2 г) проблемы с глазами. Опишите, пожалуйста
- 0 1 2 д) сыпи или другие кожные заболевания;
- 0 1 2 е) боли в животе или судороги;
- 0 1 2 ж) отрыжка;
- 0 1 2 з) другие физические проблемы.
- Опишите, пожалуйста _____

- 0 1 2 43. Агрессивен, нападает на людей
- 0 1 2 44. Плохо учится
- 0 1 2 45. Плохо скоординирован, неуклюж
- 0 1 2 46. Предпочитает проводить время и играть с детьми более старшего возраста
- 0 1 2 47. Предпочитает проводить время и играть с детьми более младшего возраста
- 0 1 2 48. Отказывается разговаривать
- 0 1 2 49. Снова и снова повторяет одни и те же действия
(Например, тербит пуговицу, проверяет, закрыты ли двери, и т.п.)

Опишите, пожалуйста _____

- 0 1 2 50. Убегает из дома
- 0 1 2 51. Крикливый
- 0 1 2 52. Скрытен, держит все в себе
- 0 1 2 53. Видит что-то, что, кроме него, не видит никто.

Опишите, пожалуйста _____

- 0 1 2 54. Стеснителен, легко смущается
- 0 1 2 55. Часто играет с огнем, устраивает поджоги
- 0 1 2 56. Выставляет себя напоказ, паясничает
- 0 1 2 57. Застенчив или робок
- 0 1 2 58. Безучастно (с отсутствующим видом) смотрит куда-то или на что-то
- 0 1 2 59. Ворует в кругу семьи (у родителей или братьев и сестер)
- 0 1 2 60. Ворует вне дома
- 0 1 2 61. Ведет себя странно.

Опишите, пожалуйста _____

- 0 1 2 62. Имеет странные идеи.

Опишите, пожалуйста _____

- 0 1 2 63. Упрям, угрюм и раздражителен
- 0 1 2 64. Внезапные перемены настроения
- 0 1 2 65. Дуется, обидчив
- 0 1 2 66. Подозрителен
- 0 1 2 67. Ругается матом, использует неприличные слова
- 0 1 2 68. Слишком разговорчив
- 0 1 2 69. Дразнится
- 0 1 2 70. Вспыльчив, легко выходит из себя
- 0 1 2 71. Слишком много думает о сексе
- 0 1 2 72. Угрожает людям
- 0 1 2 73. Прогуливает школу
- 0 1 2 74. Недостаточно активен и энергичен
- 0 1 2 75. Несчастлив, грустен, угнетен
- 0 1 2 76. Слишком шумный, говорит слишком громко
- 0 1 2 77. Употребляет спиртное или наркотики.

Опишите, пожалуйста _____

- 0 1 2 78. Сознательно ломает и портит вещи
- 0 1 2 79. Замкнут, не вступает в контакты с другими
- 0 1 2 80. Чем-то взволнован, обеспокоен

Пожалуйста, проверьте, на все ли вопросы вы ответили. Пожалуйста, подчеркните все вопросы (утверждения), которые вам непонятны, вызвали сомнения или раздражение.

Приложение Г

Карта оценки компонентов саморегуляции

Компоненты	Критерии	Оценка (баллы)		
		1	2	3
Постановка цели	Динамичность			
	Устойчивость			
	Активность			
	Инициативность			
	Самостоятельность			
Регулирование эмоциональные состояния	Динамичность			
	Устойчивость			
	Активность			
	Инициативность			
	Самостоятельность			
Контроль действий	Динамичность			
	Устойчивость			
	Активность			
	Инициативность			
	Самостоятельность			
Достижение цели действия	Динамичность			
	Устойчивость			
	Активность			
	Инициативность			
	Самостоятельность			

Оценка:

- 1 балл – не сформировано
 2 балла – сформировано частично
 3 балла – сформировано в полной мере

Уровни произвольной регуляции (в баллах):

- Высокий** – 60–50
Средний – 49–39
Ниже среднего – 38–28
Низкий – 27 и ниже

Когнитивные стратегии произвольной регуляции:

- Адаптивные стратегии – высокий и средний уровни
Неадаптивные стратегии – ниже среднего и низкий уровень

Приложение Д

Стандартизированное интервью с родителями детей с когнитивным дефицитом

Блок 1. Жалобы

1. Что конкретно беспокоит маму (других членов семьи) в поведении ребенка, эмоциональном состоянии, общении с другими детьми или взрослыми?
2. Когда беспокоящие моменты возникли впервые?
3. Когда это стало заметным?
4. Когда это стало мешать?
5. Когда Вы (мама) это видите, когда Вы с этим сталкиваетесь, что с Вами происходит? Что Вы испытываете? Что физически с Вами происходит?
6. Как вы поступаете в эти моменты?
7. Что Вам удастся сделать?
8. Кто или что Вам помогает в эти моменты себя сохранять или поддерживать?
9. Как Вы понимаете, определяете, что очередной трудный момент близок?
10. Бывает ли, что должно начаться, но не началось?
11. Как чаще всего заканчиваются такие трудные моменты?
12. Что бывает потом?
13. Когда Вы «выдыхаете»?
14. Становится ли лучше или хуже с течением времени?
15. Как взрослый себя чувствует в связи с этой проблемой?
16. Какую жизненную задачу ставит перед Вами эта проблема в масштабе всей жизни?
17. Испытываете ли Вы досаду по отношению к своему ребенку?
18. Кем Вы видите своего ребенка в будущем?

Блок 2. Природа проблемы

1. Что Вы думаете о причинах тех особенностей ребенка, которые Вас беспокоят?
2. Когда и при каких обстоятельствах Вы поняли, что это так?
3. Если Вы нашли эту точку, вернитесь в этот момент и вспомните, что изменилось внутри Вас?
4. Что Вам дало это понимание?

Блок 3. Направленность действий

1. Какие действия Вы предприняли, чтобы улучшить ситуацию?
2. По Вашему мнению, какая идеальная помощь должна быть при сопровождении развития Вашего ребенка?
3. Нужна ли Вам поддержка и помощь? Что бы Вы хотели изменить в этой ситуации?
4. Позволяете ли Вы ребенку совершать ошибки? Как наказываете за ошибки?
5. Хвалите ли Вы своего ребенка? Что может Вас порадовать?
6. Если бы была возможность, Вы бы изменили своего ребенка? Что именно хотите в нем изменить?

Приложение Е

Анализ результатов межгрупповых исследований

Таблица Е.1 – Анализ межгрупповых различий в пространственной символике рисунка «Звезды и волны» (возрастная категория 8–9 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – НИР1	НИР – НИР2	НИР1 – НИР2
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Вертикальное построение изображения	24	31,6	25	32,9	17	22,4	0,160	1,295	1,455
Сбалансированное соотношение	30	39,5	35	46,1	38	50,0	0,826	1,307	0,481
Горизонтальное построение изображения	60	78,9	59	77,6	65	85,5	0,345	0,912	1,258
Центр рисунка	7	9,2	5	6,6	4	5,3	0,592	0,931	0,339

Таблица Е.2 – Анализ межгрупповых различий в пространственной символике рисунка «Звезды и волны» (возрастная категория 10–11 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – НИР1	НИР – НИР2	НИР1 – НИР2
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Вертикальное построение изображения	28	36,8	30	39,5	27	35,5	0,302	0,166	0,468
Сбалансированное соотношение	23	30,3	25	32,9	20	26,3	0,345	0,549	0,894
Горизонтальное построение изображения	66	86,8	67	88,2	62	81,6	0,259	0,882	1,140
Центр рисунка	13	17,1	8	10,5	6	7,9	1,190	1,745*	0,555

Таблица Е.3 – Анализ межвозрастных различий в пространственной символике рисунка «Звезды и волны» (возрастные категории 8–9 лет и 10–11 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы, %						Достоверность различий		
	8–9		10–11		8–9		НИР – НИР	НИР1 – НИР1	НИР2 – НИР2
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Вертикальное построение изображения	31,6	36,8	32,9	39,5	22,4	35,5	0,678	0,820	1,806*
Сбалансированное соотношение	39,5	30,3	46,1	32,9	50	26,3	1,190	1,671*	3,045***
Горизонтальное построение изображения	78,9	86,8	77,6	88,2	85,5	81,6	1,147	1,751*	0,647
Центр рисунка	9,2	17,1	6,58	10,5	5,3	7,9	1,461	0,863	0,647

Таблица Е.4 – Анализ межгрупповых различий в предметной символике рисунка «Звезды и волны» (возрастная категория 8–9 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – НИР1	НИР – НИР2	НИР1 – НИР2
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Основные элементы	64	84,2	60	78,9	60	78,9	0,845	0,845	0
Дополнительные элементы	23	30,3	16	21,1	15	19,7	1,301	1,516	0,216

Таблица Е.5 – Анализ межгрупповых различий в предметной символике рисунка «Звезды и волны» (возрастная категория 10–11 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – НИР1	НИР – НИР2	НИР1 – НИР2
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
Основные элементы	62	81,6	60	78,9	57	75	0,419	0,992	0,573
Дополнительные элементы	24	31,6	19	25	17	22,4	0,906	1,282	0,376

Таблица Е.6 – Анализ межвозрастных различий в предметной символике рисунка «Звезды и волны» (возрастные категории 8–9 лет и 10–11 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы, %						Достоверность различий		
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11	НИР – НИР	НИР1 – НИР1	НИР2 – НИР2
Основные элементы	84,2	81,6	78,9	78,9	78,9	75	0,425	0,000	0,573
Дополнительные элементы	30,3	31,6	21,1	25	19,7	22,4	0,173	0,567	0,407

Таблица Е.7 – Анализ межгрупповых различий в особенности графики рисунка «Звезды и волны» (возрастная категория 8–9 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – НИР1	НИР – НИР2	НИР1 – НИР2
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
<i>Техника ведения штриха</i>									
Техника одиночного штриха	43	56,6	60	78,9	64	84,2	2,984***	3,828***	0,845
Уверенный штрих	40	52,6	56	73,7	62	81,6	2,725**	3,896***	1,171
Неуверенный штрих	27	35,5	15	19,7	6	7,89	2,201*	4,358***	2,158*
Без отрыва от листа	19	25	10	13,2	9	11,8	1,868*	2,151*	0,284
С отрывом от листа	58	76,3	48	63,2	45	59,2	1,769*	2,275**	0,505
<i>Характер штриха</i>									
Легкий штрих	34	44,7	32	42,1	30	39,5	0,302	0,653	0,351
Тонированный штрих	29	38,2	4	5,26	0	0	5,351***	Критерий не применим	
Четкий штрих	45	59,2	59	77,6	68	89,5	2,466**	4,475***	2,010*
Жирный штрих	28	36,8	20	26,3	18	23,7	1,399	1,769*	0,370
<i>Дефекты штриха</i>									
Легко-хрупкий штрих	23	30,3	18	23,7	15	19,7	0,918	1,516	0,598
Тонированно-размазанный штрих	27	35,5	17	22,4	0	0	1,794*	Критерий не применим	
Четко-резкий штрих	7	9,21	2	2,63	6	7,89	1,800*	0,284	1,516
Густо-жирный штрих	18	23,7	7	9,21	2	2,63	2,472**	0,284	1,516
Раздробленный штрих	28	36,8	3	3,95	0	0	5,585***	Критерий не применим	
Акцентированно-зачерненный штрих	2	2,63	0	0	0	0	Критерий не применим		
<i>Обработка поверхности рисунка</i>									
Тонирование	12	15,8	2	2,63	0	0	3,045***	5,042***	1,997*
Штриховка	15	19,7	0	0	0	0	Критерий не применим		
Очерчение контуров	23	30,3	12	15,8	0	0	2,145*	Критерий не применим	
Закрашивание	26	34,2	14	18,4	4	5,3	2,232*	4,833***	2,601**
Грубоватая обработка	6	7,89	0	0	0	0	Критерий не применим		

Таблица Е. 8 – Анализ межгрупповых различий в особенности графики рисунка «Звезды и волны» (возрастная категория 10–11 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы						Достоверность различий		
	НИР		НИР1		НИР2		НИР – НИР1	НИР – НИР2	НИР1 – НИР2
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%			
<i>Техника ведения штриха</i>									
Техника одиночного штриха	13	17,1	15	19,7	15	19,74	0,413	0,413	0
Уверенный штрих	36	47,4	42	55,3	40	52,63	0,974	0,641	0,333
Неуверенный штрих	30	39,5	18	23,7	10	13,16	2,108*	3,791***	1,683*
Без отрыва от листа	29	38,2	11	14,5	9	11,84	3,403***	3,896***	0,493
С отрывом от листа	34	44,7	25	32,9	20	26,32	1,498	2,392***	0,894
<i>Характер штриха</i>									
Легкий штрих	30	39,5	33	43,4	25	32,9	0,487	0,845	1,332
Тонированный штрих	25	32,9	6	7,89	4	5,3	4,019***	4,666***	0,647
Четкий штрих	42	55,3	60	78,9	69	90,8	3,144***	5,227***	2,084*
Жирный штрих	12	15,8	6	7,89	7	9,2	1,529	1,245	0,284
<i>Дефекты штриха</i>									
Легко-хрупкий штрих	28	36,8	15	19,7	0	0	2,367**	Критерий не применим	
Тонированно-размазанный штрих	20	26,3	10	13,2	0	0	2,053*	Критерий не применим	
Четко-резкий штрих	15	19,7	4	5,26	3	3,9	2,805**	3,218***	0,413
Густо-жирный штрих	20	26,3	12	15,8	4	5,3	1,597	3,773***	2,176*
Раздробленный штрих	25	32,9	5	6,58	0	0	4,327***	Критерий не применим	
Акцентированно-зачерненный штрих	18	23,7	2	2,63	0	0	4,272***	Критерий не применим	
<i>Обработка поверхности рисунка</i>									
Тонирование	15	19,7	1	1,32	0	0	4,315***	Критерий не применим	
Штриховка	20	26,3	6	7,89	0	0	3,125***	Критерий не применим	
Очерчение контуров	18	23,7	10	13,2	0	0	1,683*	Критерий не применим	
Закрашивание	20	26,3	11	14,5	2	2,6	1,825*	4,642***	2,817**
Грубоватая обработка	7	9,21	0	0	0	0	3,797***	Критерий не применим	

Таблица Е. 9 – Анализ межвозрастных различий в особенности графики рисунка «Звезды и волны» (возрастные категории 8–9 лет и 10–11 лет) на основании углового преобразования Фишера

Способ решения	Группы, %						Достоверность различий		
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11	НИР – НИР	НИР1 – НИР1	НИР2 – НИР2
<i>Техника ведения штриха</i>									
Техника одиночного штриха	56,6	17,1	78,9	19,7	84,2	19,74	5,240***	7,810***	8,655***
Уверенный штрих	52,6	47,4	73,7	55,3	81,6	52,63	0,641	2,392**	3,896***
Неуверенный штрих	35,5	39,5	19,7	23,7	7,9	13,16	0,505	0,598	1,073
Без отрыва от листа	25	38,2	13,2	14,5	11,8	11,84	1,763*	0,228	0,018
С отрывом от листа	76,3	44,7	63,2	32,9	59,2	26,32	4,069***	3,797***	4,186***
<i>Характер штриха</i>									
Легкий штрих	44,7	39,5	42,1	43,4	39,5	32,9	0,653	0,136	0,845
Тонированный штрих	38,2	32,9	5,26	7,89	0	5,3	0,684	0,647	2,866**
Четкий штрих	59,2	55,3	77,6	78,9	89,5	90,8	0,487	0,191	0,265
Жирный штрих	36,8	15,8	26,3	7,89	23,7	9,2	2,996***	3,125***	2,472**
<i>Дефекты штриха</i>									
Легко-хрупкий штрих	30,3	36,8	23,7	19,7	19,7	0	0,851	0,598	Критерий не применим
Тонированно- размазанный штрих	35,5	26,3	22,4	13,2	0	0	1,233	1,492	Критерий не применим
Четко-резкий штрих	9,21	19,7	2,63	5,26	7,9	3,9	1,874*	0,869	1,060
Густо-жирный штрих	23,7	26,3	9,21	15,8	2,6	5,3	0,370	1,245	0,869
Раздробленный штрих	36,8	32,9	3,95	6,58	0	0	0,505	0,752	Критерий не применим
Акцентированно- зачерненный штрих	2,63	23,7	0	2,63	0	0	4,272***		Критерий не применим
<i>Обработка поверхности рисунка</i>									
Тонирование	15,8	19,7	2,63	1,32	0	0	0,629	0,641	Критерий не применим
Штриховка	19,7	26,3	0	7,89	0	0	0,968		Критерий не применим
Очерчение контуров	30,3	23,7	15,8	13,2	0	0	0,918	0,456	Критерий не применим
Закрашивание	34,2	26,3	18,4	14,5	5,3	2,6	1,060	0,653	0,869
Грубоватая обработка	7,89	9,21	0	0	0	0	0,284		Критерий не применим

Таблица Е.10 – Родительские установки в одинаковой степени влияют на формирование эмоционально-личностной сферы в норме и патологии (PARI и CAT)

По всем группам испытуемых	Интеллектуализация	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Реактивность
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	0,08	0,02	-0,02	0,03	-0,05	0,00	0,03	0,02
Партнерские отношения	0,18**	0,04	0,04	0,01	0,04	-0,06	0,06	0,07
Развитие активности ребенка	0,18**	0,13*	-0,12*	0,05	-0,07	-0,02	0,03	0,17**
Уравнительные отношения между родителями и ребенком	0,04	0,04	-0,01	0,05	-0,06	-0,06	0,06	-0,06
Раздражительность, вспыльчивость	-0,04	0,04	0,03	-0,02	0,05	0,03	0,01	-0,02
Суровость, излишняя строгость	0,00	0,02	0,07	-0,03	-0,08	0,05	-0,05	0,01
Уклонение от контакта с ребенком	-0,05	0,00	-0,02	-0,01	0,10*	-0,05	-0,04	-0,05
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	0,13**	-0,02	0,11*	0,03	-0,10*	0,03	0,07	0,08
Преодоление сопротивления, подавление воли	-0,14**	0,01	0,04	0,03	0,04	0,03	-0,06	-0,06
Создание безопасности, опасение обидеть	0,10*	0,13**	-0,05	-0,03	-0,05	-0,02	-0,03	0,05
Исключение внесемейных влияний	0,02	0,08	0,01	-0,05	0,00	0,04	-0,02	0,06
Подавление агрессивности	0,00	0,02	0,01	0,01	-0,01	-0,02	-0,08	0,10*
Подавление сексуальности	-0,03	0,05	-0,01	0,00	0,08	-0,06	0,08	-0,02
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	0,04	0,03	0,01	-0,01	0,06	-0,05	0,07	0,10*
Стремление ускорить развитие ребенка	0,20**	0,05	0,02	0,01	-0,02	-0,13*	0,19**	0,03
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Положительный знак говорит о том, что при наличии родительской установки представлен определенный защитный механизм.

Отрицательный знак – наличие родительской установки соотносится с отсутствием защитного механизма (не встречается).

Таблица Е.11 – Родительские установки в одинаковой степени влияют на формирование эмоционально-личностной сферы в норме и патологии (PARI и CAT), возрастная категория 8–9 лет, группа НИР

Возрастная категория 8–9 лет, группа НИР	Интеллектуализация	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Реактивность
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	0,22	0,03	0,00	–0,01	–0,03	–0,07	–0,13	–0,07
Партнерские отношения	–0,05	–0,10	0,07	–0,10	0,03	–0,22	–0,11	0,09
Развитие активности ребенка	0,16	0,15	–0,11	0,15	–0,23	0,07	–0,05	0,10
Уравнивательные отношения между родителями и ребенком	0,02	–0,03	0,02	–0,02	0,10	–0,03	–0,03	0,02
Раздражительность, вспыльчивость	0,08	0,00	0,10	–0,21	0,13	–0,13	0,09	–0,04
Суровость, излишняя строгость	–0,06	0,04	0,04	–0,17	0,08	0,00	0,05	0,03
Уклонение от контакта с ребенком	0,08	0,12	–0,09	0,02	0,11	–0,15	–0,04	0,07
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	–0,01	–0,07	0,27*	–0,19	0,05	0,03	0,03	–0,10
Преодоление сопротивления, подавление воли	0,03	–0,10	–0,15	0,07	0,00	–0,04	0,02	0,01
Создание безопасности, опасение обидеть	0,04	0,29*	0,01	–0,07	0,03	–0,15	–0,09	0,23
Исключение внесемейных влияний	0,12	0,05	0,07	–0,11	0,06	0,04	–0,15	0,09
Подавление агрессивности	0,08	–0,26*	0,05	0,10	–0,08	0,20	–0,29*	0,13
Подавление сексуальности	0,00	0,03	0,03	0,03	0,05	–0,11	0,22	–0,11
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	–0,08	–0,11	0,20	–0,25*	0,16	–0,16	0,06	0,09
Стремление ускорить развитие ребенка	0,00	0,07	0,02	0,06	–0,14	–0,05	0,23	–0,15
* $p \leq 0,05$.								
** $p \leq 0,01$.								

Таблица Е.12 – Родительские установки в одинаковой степени влияют на формирование эмоционально-личностной сферы в норме и патологии (PARI и CAT), возрастная категория 8–9 лет, группа ЗИР

Возрастная категория 8–9 лет, группа ЗИР	Интеллектуализация	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Реактивность
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	–0,03	0,12	–0,24*	0,28*	–0,16	0,14	–0,12	0,23
Партнерские отношения	0,16	–0,07	0,23	–0,15	0,09	0,12	–0,04	–0,08
Развитие активности ребенка	0,00	0,20	0,04	0,02	–0,10	0,01	–0,17	0,15
Уравнивательные отношения между родителями и ребенком	–0,01	0,07	0,10	0,04	–0,05	0,05	–0,08	–0,23
Раздражительность, вспыльчивость	–0,13	–0,02	0,08	0,04	0,06	0,13	–0,10	0,03
Суровость, излишняя строгость	0,06	0,09	–0,02	0,19	–0,21	0,10	–0,06	0,13
Уклонение от контакта с ребенком	–0,07	–0,12	0,08	0,00	0,27*	–0,32**	–0,06	–0,04
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	0,02	–0,23	0,08	0,11	–0,12	0,00	0,05	0,21
Преодоление сопротивления, подавление воли	0,00	0,07	0,04	–0,01	0,07	–0,03	0,00	0,14
Создание безопасности, опасение обидеть	0,11	–0,01	–0,07	0,13	0,07	–0,01	–0,04	0,06
Исключение внесемейных влияний	–0,01	0,07	0,11	0,01	0,04	0,15	–0,02	–0,04
Подавление агрессивности	–0,03	0,17	–0,16	0,01	0,25*	–0,19	0,03	0,12
Подавление сексуальности	–0,27*	0,28*	0,06	–0,06	0,20	–0,22	0,13	0,06
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	–0,03	–0,04	–0,02	–0,11	0,11	0,02	–0,01	0,31**
Стремление ускорить развитие ребенка	0,05	–0,02	0,03	–0,01	0,16	–0,11	–0,05	–0,05
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Таблица Е.13 – Родительские установки в одинаковой степени влияют на формирование эмоционально-личностной сферы в норме и патологии (PARI и CAT), возрастная категория 10–11 лет, группа НИР

Возрастная категория 10–11 лет, группа НИР	Интеллектуализация	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Реактивность
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	0,07	–0,09	0,25*	–0,10	–0,02	0,18	0,12	–0,10
Партнерские отношения	0,22	0,07	0,01	0,04	0,11	–0,06	0,03	0,13
Развитие активности ребенка	0,16	–0,02	–0,13	0,08	0,06	–0,01	0,06	–0,06
Уравнивательные отношения между родителями и ребенком	–0,11	–0,09	–0,02	–0,04	–0,08	0,00	0,00	–0,16
Раздражительность, вспыльчивость	0,01	–0,01	0,07	–0,07	–0,06	0,13	0,11	0,14
Суровость, излишняя строгость	0,07	0,07	0,09	0,03	0,10	0,12	–0,14	–0,03
Уклонение от контакта с ребенком	–0,05	–0,05	–0,10	–0,03	0,05	–0,10	0,08	0,08
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	0,20	0,10	–0,03	–0,04	0,09	–0,05	0,05	–0,04
Преодоление сопротивления, подавление воли	–0,32**	–0,01	0,01	0,09	–0,06	0,02	–0,05	0,03
Создание безопасности, опасение обидеть	0,13	0,04	–0,09	–0,10	–0,02	0,00	0,06	0,08
Исключение внесемейных влияний	–0,24*	–0,01	0,11	–0,05	0,01	0,16	–0,06	0,17
Подавление агрессивности	–0,10	0,05	0,06	–0,18	0,03	–0,17	–0,05	0,00
Подавление сексуальности	0,11	0,03	–0,15	–0,03	0,07	0,07	0,16	–0,12
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	0,22	–0,01	–0,13	0,08	0,23	–0,22	0,08	0,10
Стремление ускорить развитие ребенка	0,18	–0,10	0,09	–0,12	0,18	–0,22	0,16	–0,12
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Таблица Е.14 – Родительские установки в одинаковой степени влияют на формирование эмоционально-личностной сферы в норме и патологии (PARI и CAT), возрастная категория 10–11 лет, группа ЗИР

Возрастная категория 10–11 лет, группа ЗИР	Интеллектуализация	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Реактивность
Побуждение словесных проявлений, вербализаций	0,05	0,08	–0,12	0,02	0,12	–0,10	–0,17	0,09
Партнерские отношения	–0,04	0,16	0,00	0,05	0,00	0,06	0,11	–0,14
Развитие активности ребенка	–0,16	–0,01	0,06	0,02	0,10	0,08	0,03	0,24*
Уравнивательные отношения между родителями и ребенком	0,03	0,12	–0,10	0,20	–0,01	–0,20	0,16	–0,15
Раздражительность, вспыльчивость	0,08	0,14	–0,04	0,10	–0,12	0,14	–0,15	–0,04
Суровость, излишняя строгость	0,18	–0,03	0,08	–0,02	–0,13	0,02	–0,18	0,13
Уклонение от контакта с ребенком	0,15	0,03	–0,12	0,18	–0,04	0,09	0,04	–0,26*
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости	0,06	0,11	0,29*	–0,07	–0,23	0,22	–0,15	0,18
Преодоление сопротивления, подавление воли	–0,06	0,21	–0,05	0,22	–0,11	0,20	0,01	–0,17
Создание безопасности, опасение обидеть	0,12	0,10	0,15	–0,12	–0,04	–0,05	–0,17	–0,14
Исключение внесемейных влияний	–0,14	0,07	0,03	–0,10	0,09	–0,05	–0,10	–0,24*
Подавление агрессивности	0,19	0,01	0,09	0,06	–0,14	0,19	–0,14	0,36**
Подавление сексуальности	0,08	0,06	0,05	–0,07	0,06	–0,02	–0,08	0,19
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка	–0,25*	0,00	–0,03	0,16	–0,09	–0,01	0,10	–0,01
Стремление ускорить развитие ребенка	0,02	0,04	0,15	0,00	–0,04	–0,12	0,08	0,07
* $p \leq 0,05$.								
** $p \leq 0,01$.								

Таблица Е.15 – Родительские установки в одинаковой степени влияют на формирование эмоционально-личностной сферы в норме и патологии (PARI и CAT), возрастная категория 10–11 лет, группа НИРЛ

Возрастная категория 10–11 лет, группа НИРЛ	Интеллектуализация	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Реактивность
Побуждение словесных проявлений, вербализаций		–0,13	0,19	–0,01	–0,25*	–0,11	0,13	–0,13
Партнерские отношения		–0,07	0,12	–0,09	0,17	0,02	–0,02	–0,11
Развитие активности ребенка		–0,08	–0,05	–0,10	0,02	0,08	–0,05	–0,06
Уравнивательные отношения между родителями и ребенком		–0,01	0,10	0,04	–0,16	–0,01	–0,11	–0,06
Раздражительность, вспыльчивость		0,16	–0,18	0,03	0,11	–0,25*	0,17	0,05
Суровость, излишняя строгость		–0,10	0,04	–0,12	–0,18	0,13	–0,01	–0,21
Уклонение от контакта с ребенком		0,16	–0,08	–0,08	0,00	–0,19	0,10	0,16
Чрезмерная забота, установление отношений зависимости		–0,15	0,07	0,06	–0,16	0,15	0,02	–0,05
Преодоление сопротивления, подавление воли		–0,29*	0,05	–0,10	0,13	–0,11	–0,12	–0,17
Создание безопасности, опасение обидеть		0,23	–0,04	0,03	–0,08	0,14	–0,06	–0,14
Исключение внесемейных влияний		0,07	–0,14	–0,21	–0,05	0,04	0,04	0,00
Подавление агрессивности		0,02	–0,17	0,07	–0,15	–0,14	–0,07	0,14
Подавление сексуальности		0,00	–0,08	0,03	0,00	0,00	0,10	–0,05
Чрезмерное вмешательство в мир ребенка		0,01	0,06	0,13	–0,25*	0,04	–0,05	0,00
Стремление ускорить развитие ребенка		0,21	–0,03	0,07	–0,14	0,03	0,03	–0,10
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Приложение Ж

Тренинговая программа «Позитивный шаблон» (программа для детей с когнитивным дефицитом)

Для разработки программы мы базировались на принципах когнитивной психотерапии, гештальттерапии, предназначенных для более точной и четкой проработки цели и последовательности шагов для ее достижения.

Цель программы: выработка навыка в работе по достижению личных и групповых целей, преодолению личных психологических трудностей и проблем с помощью позитивных стратегий мышления, стратегии позитивных целей. Программа состоит из нескольких этапов. В зависимости от особенностей детей, особенностей их эмоционально-личностной сферы и уровня интеллекта можно пройти весь алгоритм в течение одного или нескольких занятий.

Шаг 1. Постановка цели.

На этом этапе необходимо переформулировать проблему в цель. Например, «я раздражительный» – проблема, «хочу быть спокойным и контролировать себя» – цель. Формулирование цели – только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего не хочу).

Шаг 2. Баланс решения.

Обдумайте ту часть поведения, которую вы собираетесь изменить (проблемное поведение), после чего необходимо заполнить в игровой форме баланс решения, используя рисуночные и графические приемы. Такой подход самоанализа позволяет в игровой форме оценить свои успехи и неудачи, а также смягчить через юмор негативные поведенческие реакции. Баланс решения имеет смысл, если это решение имеет личностный смысл и принятие.

Шаг 3. Прошлые успехи.

На этом этапе мы также использовали рисуночный метод. Испытуемого просили нарисовать солнце и его лучи. Каждый луч символизирует успех в различных сферах. Чем больше лучей – тем больше успешных действий и событий. Так же анализируются неуспешные действия и их причины.

Шаг 4. Ресурсы для достижений.

Карта ресурсов выполняется по тому же принципу, что и прошлые успехи. Учащихся просили нарисовать солнышко и на его лучах написать или нарисовать ресурсы для достижения целей. Ресурсы – это запас энергии, необходимой для достижения целей, источник, пополняющий силой, дающий уверенность себе. Это могут быть определенные люди (мама, друзья), а также увлечения и др.

Шаг 5. Лестница достижений.

Каждый испытуемый рисовал лестницу, под ее ступенями подписывал определенные периоды времени: первая ступень – «завтра», вторая – «через неделю», далее – «через месяц». Необходимо отметить, что особенности детей с когнитивными нарушениями не позволяют строить дальнюю перспективу. На этом этапе мы использовали краткосрочную перспективу: сегодня, завтра, послезавтра, через неделю. Причем данные цели фиксировали в дневнике наблюдений (приложение). В качестве общего метода работы для всех категорий испытуемых мы использовали анализ ситуации достижений: что нужно для достижения цели, что помогает, что мешает. Такое подробное планирование, его графическая фиксация позволяют конкретизировать цели и результаты достижений.

Приложение И

Методический инструментарий психологов и педагогов образовательного учреждения для организации психологического сопровождения детей с когнитивным дефицитом

И. 1 Схема наблюдения за поведением ребенка

(Опросник. Ребенок глазами взрослого)

Ф.И.О. ребенка _____ Возраст _____

Дата заполнения _____ Заполнил: родитель, психолог, педагог _____

Подчеркните часто выраженные ситуационно-личностные реакции, признаки и виды расстройств поведения и эмоций у ребенка. Добавьте те, которые не указаны.

АГРЕССИВНОСТЬ.

В мимике: сжимает губы; краснеет; бледнеет; сжимает кулаки.

Физическая: ломает игрушки или постройки; рвет книжки; толкает сверстника; походя, ударяет встречных; кусается; плюется.

Скрытая: щиплет других, говорит обидные слова, когда не слышит взрослый.

Вербальная: ругается; говорит обидные, нецензурные слова.

В виде угрозы: замахивается, но не ударяет; пугает других.

Как реакция на ограничение: сопротивляется при попытке удержать от агрессивных действий; препятствие стимулирует агрессивное поведение.

Направленная на себя: кусает себя; щипает себя; просит себя стукнуть еще раз

ВСПЫЛЬЧИВОСТЬ.

В физических действиях: неожиданно для всех бросает игрушки, может разорвать пособие; плюнуть.

В речи: может неожиданно грубо ответить; сказать нецензурное слово

НЕГАТИВИЗМ.

В физических действиях: делает все наоборот; с трудом включается в коллективную игру. *Как отказы:* отказывается даже от интересной для всех деятельности.

Вербальный: говорит слова «не хочу», «не буду», «нет».

ДЕМОНСТРАТИВНОСТЬ.

В движениях: отворачивается спиной, утрирует движения на занятии; падения с криками, ударами об пол в ответ на требования взрослого.

Как ориентация на собственное со стояние и поведение: стремится обратить на себя внимание в ущерб организации занятий; делая что-то наоборот, наблюдает за реакцией окружающих.

ОБИДЧИВОСТЬ (эмоциональная неустойчивость).

В мимике: недовольное выражение лица; плачет.

Как реакция на препятствие: обижается при проигрыше в игре, другой деятельности. *Реакция на оценку другими:* болезненно реагирует на замечания, повышенный тон голоса.

КОНФЛИКТНОСТЬ.

Чувствительность к провокации: сам провоцирует конфликт; отвечает конфликтно на конфликтные действия других.

Как эгоцентризм и недостаточность ориентации на состояние: не учитывает желаний и интересов сверстников; не учитывает замыслы, намерения других детей в совместной деятельности, во взаимоотношениях со сверстниками.

Как трудность переключения: не уступает игрушек.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОТГОРОЖЕННОСТЬ.

Как центробежные тенденции: когда все дети вместе, стремится уединиться.

Как эмоциональная поглощенность деятельностью: входит в помещение и сразу идет к игрушкам; занят своим делом и не замечает окружающих.

Особенности речевого поведения: не использует речь как средство общения; когда говорит, то речь не обращена к собеседнику.

Как псевдоглухота: не выполняет просьбу, хотя слышит и понимает содержание требования; не реагирует на переход с обычной речи на шепот.

Особенности зрительного контакта: избегает смотреть в лицо собеседнику.

Особенности социальных эмоций: воспринимает людей как неодушевленные предметы; не ориентируется на эмоциональное состояние других людей.

ДУРАШЛИВОСТЬ.

В физических действиях и мимике: дурачится; передразнивает в движениях.

Как реакция на замечание: реагирует смехом на замечания взрослого; похвала и порицание не оказывают значительного изменения в поведении ребенка.

Как нарушение социальных норм и ограничений: веселым поведением, глупыми шутками выводит окружающих из себя.

НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ.

В социальных отношениях с другими: избегает ситуации устного опроса на занятии; не отвечает, хотя знает ответ; отказывается от ведущих ролей в играх; проявляет застенчивость, стесняется новых людей.

Проявления в речи: использует слова: «не знаю», «может быть», «трудно сказать»; ребенок не отвечает на вопрос, хотя знает верный ответ.

В физических действиях: боится спрыгнуть с возвышения в ситуации неопределенности.

И реакция на новизну: ребенок проявляет тормозные реакции; поведение в новой ситуации менее вариативное, чем в привычной.

В деятельности: затрудняется в принятии решения в условиях выбора, дефицита времени.

СТРАХИ.

Конкретные: страх пылесоса; страх собаки; страх темноты; страх от порывов ветра.

Социальные: страх новых людей в новой ситуации; страх публичного выступления; страх остаться одному. Реакция на новизну: боится входить в новое помещение

ТРЕВОГА.

В мимике: блуждающий, отстраненный взгляд.

В речи: ребенок не может объяснить причины избегающего поведения, тревоги.

В движениях: неожиданно вздрагивает; осторожно ходит.

Во взаимоотношениях с другими: спит вместе с родителями; стремится быть поближе к взрослому

СКОВАННОСТЬ.

В речи: запинаясь в речи.

В движениях: двигательльно скован; неловок в новой ситуации.

ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ.

В познавательной активности: ничем не интересуется; не знает чем себя занять.

В зрительном восприятии: бездейственно смотрит по сторонам.

В речи: говорит слишком тихо.

Время реакции: темп действий (движений) замедлен; при выполнении действий по сигналу запаздывает.

ЭГОЦЕНТРИЧНОСТЬ.

Как отношение к себе: считает, что все игрушки, все конфеты, все внимание окружающих для него.

Во взаимоотношениях: навязывает свою игру или желания детям.

В речи: использует местоимение «я».

ИЗБЕГАНИЕ УМСТВЕННЫХ УСИЛИЙ.

В условиях свободной деятельности: не смотрит мультики; устает от чтения книг взрослым.

На организованных занятиях: быстро устает от доступного по возрасту умственного задания (на сравнение, обобщение, действия по образцу).

ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ.

Сосредоточенность: смотрит по сторонам на занятии.

И содержание помощи ребенку: приходится словесно повторять задание несколько раз; требуется сочетание слова с показом способа действия.

В речи: переспрашивает условия выполнения задания.

РАСТОРМОЖЕННОСТЬ (двигательная).

И особенности планирования действий: спешно планирует собственные действия.

Избыточный темп и количество действий: темп действий убыстрен; количество действий избыточно (много лишних движений); действует раньше условленного сигнала.

И длительность сдерживания гиперактивности: встает на первой половине занятия, когда другие дети еще сидят.

И длительность овладения состоянием: быстро возбуждается и медленно успокаивается от шумной игры.

РАСТОРМОЖЕННОСТЬ (речевая).

Громкость речи: говорит слишком громко, не может говорить обычной силой голоса.

И темп речи: темп речи убыстрен; речь захлеб; переговаривается на занятии, несмотря на замечания взрослого.

НЕПОНИМАНИЕ СЛОВЕСНЫХ ИНСТРУКЦИЙ.

Сложных: путает или пропускает последовательность действий по словесной инструкции взрослого.

Простых: ориентируется на наглядный образец поведения или действий взрослого, а не на объяснение задания.

ЗАСТРЕВАЕМОСТЬ.

В деятельности: рисует многократно повторяющиеся элементы.

Во взаимоотношениях: навязчив при общении; привлекает к себе внимание.

В речи: повторяет многократно одну и ту же фразу (просьбу); навязчивые хмыканье, поперхивания.

В сфере чувств и эмоций: застревает на обиде; нетерпимость к замечаниям. И трудности переключения: с трудом переключается.

В мышлении: трудность осмысления материала в условиях дефицита времени.
Навязчивые, стереотипные действия и движения: биевание, грызение, глотание, выдергивание, дергание, обкусывание, кручение, сосание, сжимание-разжимание, посасывание, раскачивание, постукивание, потирание, пощипывание, подергивание, ковыряние, поглаживание, почесывание.

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ.

Умственная: быстро устает от задания, требующего умственной активности; устает, когда читают книжку; устает на первой части организованного занятия.

Физическая: быстро устает на прогулке; устает от физической нагрузки; теряет работоспособность на первой трети организованного занятия; необходимо варьирование сложности задания, требующего физических усилий; работоспособность колеблется в течение дня; чередование повышенной и пониженной работоспособности.

И.2 Клинико-психологическое заключение на младшего школьника с когнитивным дефицитом

Заключение

Ф.И.О. ребенка _____

Возр _____ Дата заполнения _____

Заполнил: родитель, психолог, педагог _____

Обследование проводилось в процессе: собеседования с родителями, близкими, специалистами; наблюдения ребенка в продуктивной, свободной, игровой деятельности (подчеркнуть и дополнить)

В ходе проведенного обследования можно сделать следующие выводы:

1. ВЕГЕТО-ИНСТИНКТИВНЫЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ, РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СОСТОЯНИЯ И РАССТРОЙСТВА. На первый план выходят невыраженные, выраженные (подчеркнуть и дополнить) расстройства ритма сна и бодрствования, избирательность пищевого поведения

2. ОСОБЕННОСТИ МИМИКИ (подчеркнуть и дополнить).

Выражение лица: живое, заинтересованное, дурашливое, высокомерное, злое, надменное, обиженное, грустное, подавленное, с избеганием зрительного контакта, ребенок часто опускает голову, холодноватое, отчужденное, невыразительное, застывающий взгляд, амимичное, маскообразное, заторможенное, с гримасами, с навязчивыми движениями.

3. ОСНОВНЫЕ СФЕРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

3.1. Сфера переживаний и мотивации. На первый план выходят невыраженные, выраженные (подчеркнуть) расстройства поведения и эмоций, такие как: негативизм, демонстративность, дурашливость, агрессивность, конфликтность, нерешительность, пониженный фон настроения, страхи, тревожность, обидчивость, плаксивость, вспыльчивость, скованность, эгоистичность, эмоциональная отгороженность, псевдоглухота, застреваемость, пресыщаемость.

3.2. Когнитивная (умственная) сфера. На первый план выходят невыраженные, выраженные (подчеркнуть) расстройства: избегание умственных усилий, дефицит внимания; сниженная умственная работоспособность; непонимание простых, сложных словесных инструкций; действия по сложному, простому наглядному образцу.

3.3. Психомоторная сфера. На первый план выходят невыраженные, выраженные (подчеркнуть) расстройства, такие как гиперактивность, нарушения тонуса мышц, многоречивость, заторможенность.

4. НАРУШЕНИЯ АКТИВНОСТИ (подчеркнуть и дополнить): для ребенка характерна нормальная, неустойчивая, сниженная, чрезмерно повышенная умственная активность; избегание (умственных) усилий; нормальная, неустойчивая, сниженная, чрезмерно повышенная (подчеркнуть) физическая работоспособность.

5. РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ образуют у ребенка синдром-структуру (подчеркнуть и дополнить):

5.1. Оппозиционно-вызывающее поведение проявляется в ситуационно-личностных реакциях негативизма и демонстративности, конфликтности, вспыльчивости, агрессивности.

5.2. Гиперактивное поведение включает в себя двигательную, речевую расторможенность, импульсивность, дефицит внимания.

5.3. Торможимый тип нарушенного поведения проявляется в ситуационно-личностных реакциях заторможенности, нерешительности.

5.4. Тревожные расстройства и страхи. У ребенка наблюдаются конкретные страхи, тревожность, скованность.

5.5. Расстройство типа «зависимая личность». Преобладает нерешительность, податливость желаниям других людей. Присоединяется: тормозимость, обидчивость.

5.6. Аутистический тип нарушенного поведения. Выраженность эмоциональной отгороженности и псевдоглухоты, негативизма выше, чем других нарушений. Характерно присоединение дополнительных симптомов: тревоги, эгоцентричности и эгоизма.

5.7. Эмоционально неустойчивое расстройство личности проявляется в обидчивости, конфликтности.

К основному расстройству присоединяются: агрессивность, дурашливость, речевая расторможенность, страхи, тревога (подчеркнуть и дополнить).

5.8. Застревающее, ригидное расстройство личности. Включает в себя застреваемость, негативизм, тревожность как склонность к сомнениям и осторожности, чрезмерную добросовестность, педантичность, навязчивость в действиях.

5.9. Депрессивное расстройство. Пониженное, подавленное настроение; утрата интересов; сниженная способность получать удовольствие; безрадостность; сниженная физическая работоспособность.

К основному расстройству присоединяются: нерешительность; обидчивость; слезливость; неуверенность в себе; заниженная самооценка; нарушения сна; сниженный аппетит.

6. КОЛИЧЕСТВЕННО-ВРЕМЕННЫЕ ПРИЗНАКИ РАССТРОЙСТВА. Длительность основного(ных) расстройств(а) (5.1–5.9)

Состояние продолжается от 30 мин до 1.5 часа, 2–3 месяца, более 6 месяцев, наблюдается иногда, часто, почти всегда, непрерывно (подчеркнуть). Чередуются с другими состояниями и расстройствами длительностью от 1–2–10–15–30 минут, иногда, часто, периодически, приступообразно, почти всегда.

7. ПОМОЩЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ СОСТОЯНИЙ (подчеркнуть и дополнить). Ребенку необходима помощь в преодолении состояний упрямства, оппозиционного, вызывающего, агрессивного поведения, эмоциональной неустойчивости, обидчивости, дурашливости, пониженного настроения, зависимого, нерешительного поведения, тревожности и страхов, застреваемости, заторможенности.

Помощь взрослого необходима иногда, часто, непрерывно (подчеркнуть и дополнить) в виде стимуляции гуманных чувств, ориентации на состояние другого, переключения на иное состояние, стимуляции положительных эмоций и чувства юмора, телесного контакта, осознания особенного или нарушенного поведения.

8. ОСОЗНАННОСТЬ И КРИТИЧНОСТЬ К ОСОБЕННОМУ ИЛИ НАРУШЕННОМУ ПОВЕДЕНИЮ У РЕБЕНКА (подчеркнуть и дополнить). Ребенок испытывает чувство неловкости, вины, соглашается, что «поступил плохо», но продолжает себя вести также, критика снижена иногда, часто, почти всегда.

9. ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. Ребенок использует, не использует (подчеркнуть) речь как средство общения, установления контакта с другими, аргументации, рассуждения.

В речи использует: нечленораздельные звуки, слова «не хочу – не буду», «отстань», «не знаю» отказывается отвечать на вопросы, повторяет слова и фразы, переспрашивает, говорит громко, быстро, тихо, медленно, невыразительно

10. ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ, РЕАКТИВНОСТЬ И ИМПУЛЬСИВНОСТЬ (подчеркнуть и дополнить).

Для ребенка характерны реакции: на ограничение, на необходимость согласования совместных действий с другими детьми; порицание, отрицательное, положительное подкрепление, новизну; на присутствие других, стимуляцию положительных эмоций, мотивацию соревнования-соперничества, телесный контакт.

Реакции адекватны, неадекватны, парадоксальны раздражителю (подчеркнуть). Раздражители провоцируют у ребенка расстройства поведения, эмоций.

11. НАПРАВЛЕННОСТЬ ПЕРЕНОСА, ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ, ОТРЕАГИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ. Ребенок переносит состояние: на (через) предметное окружение, на взрослых, сверстников, животных, на себя.

Ребенок: обвиняет в своих неудачах других; считает себя добрым, а всех плохими; в состоянии раздражения портит имущество.

12. ТРУДНОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И СОСТОЯНИЙ.

Ребенок не подчиняет поведение нормам взаимоотношений с детьми и взрослыми, не выполняет требования, не соблюдает обязанности, не «держит слово», проявляет безответственность (подчеркнуть и дополнить)

13. ПРИЗНАК СОЦИАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ, НЕЖЕЛАТЕЛЬНОСТИ СОСТОЯНИЯ, НАРУШЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Для окружающих социально опасны и нежелательны следующие состояния ребенка (подчеркнуть и дополнить): агрессивность, протест, расторможенность, заторможенность, бездеятельность, тревожность, страх, эмоциональная отгороженность, обидчивость, конфликтность, застреваемость, эгоизм.

Ребенок мешает организации занятий с другими детьми; ребенка нельзя оставлять одного; выводит из себя взрослых, других детей; оскорбляет других словами; бросается предметами; может разбить окно; портит имущество; становится объектом насмешек; теряет уважение сверстников; замыкается в себе; приучается манипулировать для получения выгоды, садится на шею взрослым.

14. ТЕНДЕНЦИЯ К МАНИПУЛИРОВАНИЮ. Ребенок использует состояние для получения: манипулятивной выгоды; того, что хочет; избегания ответственности.

Для этого ребенок (подчеркнуть): плачем добивается своего; реакциями упрямства, отказа заставляет взрослого уступать, сдаваться под давлением эгоистических требований; проявляет дурашливость для избегания ответственности; делает вид, что не понимает задание, что обижен; запугивает, обвиняет близких; ставит условия взрослым; говорит неправду.

15. ПРОЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ, НАРУШЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ НА УСПЕШНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (подчеркнуть и дополнить). Расстройства, дезорганизующие деятельность ребенка: агрессивность, протест, расторможенность, заторможенность, тревожность, страхи, эмоциональная отгороженность, обидчивость, застреваемость, пресыщаемость, истощаемость.

Расстройства дезорганизуют деятельность ребенка (подчеркнуть и дополнить): учебную, общения, свободную, предметно-практическую, самообслуживания.

Расстройства: снижают желание действовать; способность к планированию; целенаправленность, вариативность, совместность, согласованность действий; самоконтроль эффективности действий; переживание успешности действий и результатов.

У ребенка: обидчивость снижает настойчивость действий; негативизм, эмоциональная отгороженность, дурашливость нарушают согласованность действий, эмоциональное принятие цели задания и действий, ответственность за результаты действий; застреваемость, заторможенность, нерешительность снижают вариативность действий; вспыльчивость, гиперактивность снижают способность планирования и контроля учебных действий.

И.3 Схема наблюдения за поведением младшего школьника

Ф.И.О. ребенка _____ Возраст _____

Дата заполнения _____ Заполнил: родитель, психолог, педагог _____

Коммуникативные навыки	Баллы			
Активность				
Открытость				
Общительность				
Чувство юмора				
Умение слушать				
Доброжелательность				
Эрудированность				
Понимание				
Уважение				
Качества речи				
Внимательность				
Терпение				
Уверенность				
Уравновешенность				
Общность интересов				

И.4 Схема наблюдения за поведением ребенка

Ф.И.О. ребенка _____ Возраст _____

Дата заполнения _____ Заполнил: родитель, психолог, педагог _____

Характеристики социального и эмоционального интеллекта	Баллы			
Общие позитивные установки к миру				
Интерес к другим				
Справляется, как ведет себя в конфликтных ситуациях				
Сопереживание				
Способность представить себя на месте другого человека				
Умение сочувствовать, заботиться о других людях				
Умение сдерживать свои эмоции				
Не допускать оскорблений собеседника или его родственников				
Умение с пониманием относиться к окружающим				
Негативное отношение к словам, которые могут ранить чувства и эмоции другого				
Желание вступить в контакт и вести беседу как со сверстниками, так и со взрослыми				

Приложение К

**Методические рекомендации для медицинских психологов и педагогов,
работающих с младшими школьниками с нарушениями когнитивного
здоровья в условиях образовательной среды**

Организация психологической работы по коррекции саморегуляции учащихся с когнитивным дефицитом как целенаправленная последовательность действий представлена совокупностью взаимосвязанных этапов, каждый из которых имеет свое назначение и содержание (рисунок К.1).



Рисунок К.1 – Психологическая технология для психологов и педагогов, работающих с младшими школьниками с нарушениями здоровья, обусловленными когнитивным дефицитом

Выделенные этапы согласуются с общепсихологическими закономерностями реализации педагогических процессов, обнаруживающих сходные этапы, а также отражают последовательность развития психологической работы по профилактике нарушения поведения у учащихся с когнитивным дефицитом. Последовательно рассмотрим содержательную характеристику каждого этапа.

Подготовительный этап. Цель: сбор, накопление и обработка информации, получаемой в результате различных видов диагностирования, выявление факторов риска нарушения

поведения, формирование программы психологического сопровождения по профилактике нарушения поведения.

Подготовительный этап состоит из нескольких подэтапов: диагностика, формулирование проблемы, прогнозирование, определение цели и задач предстоящей деятельности, проектирование, планирование. Диагностика нарушения поведения детей с когнитивными дефицитами направлена на изучение форм проявления нарушения поведения, характера, динамики нарушения саморегуляции поведения и факторов, определяющих возникновение и развитие нарушения произвольного поведения. Кроме того, диагностика предполагает определение положительных тенденций личностного развития учащегося, которые могут служить основой психологической работы по профилактике нарушения поведения.

При проведении диагностики особое внимание следует уделять выявлению факторов индивидуально-психологического, социально-психологического и учебного характера, инициирующих запуск механизма нарушения поведения и определяющих содержание поведенческих проблем.

По нашему мнению, эффективность психологической работы по профилактике нарушения поведения детей и подростков возможно обеспечить только при нейтрализации первопричины нарушения поведения. На основе системного обобщения наиболее типичных, повторяющихся форм и способов поведения учащихся с учетом условий, стабильности, частоты их проявления формулируется проблема. Это следующий подэтап подготовительного этапа. Прогнозирование возможного развития учащегося является одним из сложных подэтапов. С учетом полученных в результате диагностики данных об индивидуальных особенностях личности и поведения учащегося осуществляется построение прогноза вероятностного развития.

Прогнозирование осуществляется при наличии достаточно полной информации об учащемся, на основе всестороннего учета и комплексного анализа совокупности данных о внутренних и внешних условиях формирования его личности и поведения. Предметом прогнозирования выступают возможности учащегося в развитии как в целом, так и по отдельным направлениям. Прогнозирование предполагает оценку ближайших, а также более отдаленных перспектив психосоциального развития и адаптации ребенка, выявление потенциала учащегося как объекта психологической работы по профилактике нарушения поведения. В случае констатации нарушений в поведении учащегося необходимо прогнозирование зоны ближайшего развития, перспектив позитивного изменения и возможностей педагогического коллектива в создании оптимальных условий, обеспечивающих реализацию психологической работы по профилактике его нарушений поведения.

В случае, если поведение учащегося соответствует нормативным требованиям, осуществляется превентивное прогнозирование, то есть выявление тенденций, которые отражают общее направление развития личности умственно отсталого ребенка, выявление факторов риска нарушения поведения; на этой основе определяются меры предупреждения негативных и усиления позитивных влияний.

Прогнозирование риска нарушения поведения предполагает установление информативной связи между формами, характером нарушения поведения и разнообразными факторами. На основе прогнозирования определяются цели и задачи предстоящей психологической работы. В этом заключается следующий подэтап. Цель – системообразующий фактор в психологической работе по профилактике поведенческих расстройств. В соответствии с целью определяются задачи, которые необходимо решить для достижения намеченной цели. Психологическая поддержка и работа по профилактике поведенческих расстройств носит этиологический и системно-ориентированный характер, то есть предполагает, что психологические воздействия направлены на предотвращение негативного влияния факторов, способствующих нарушению поведения учащегося в системе в целом. Поэтому основной целью психологической работы по профилактике поведенческих расстройств является предотвращение и нейтрализация негативного воздействия факторов, способствующих

возникновению и закреплению нарушений поведения младших школьников, с использованием психологических форм, методов и приемов.

Исследование особенностей саморегуляции учащихся с когнитивными нарушениями позволило выделить причинный комплекс нарушения поведения, который включает в себя следующие факторы: 1) индивидуально-психический (особенности психической деятельности и личностные качества учащихся, обусловленные когнитивным дефицитом); 2) социальный-школьный (недостатки учебно-воспитательной работы педагогического коллектива образовательного учреждения); 3) социальный-психологический фактор (неблагополучная ситуация в семье учащихся).

Эти факторы способствуют риску возникновения и формирования нарушения поведения детей с когнитивным дефицитом.

Постановка цели профилактической работы осуществляется с учетом перечисленных факторов. Основными *задачами психологической работы по оптимизации процесса* психологического сопровождения и психологической коррекции саморегуляции учащихся с когнитивными дефицитами в условиях инклюзивного образования являются следующие:

- 1) предупреждение возникновения и закрепления нарушения поведения;
- 2) своевременное выявление учащихся, склонных к нарушению нормативного поведения и имеющих факты нарушения поведения;
- 3) формирование положительного опыта социального поведения, навыков общения и взаимодействия с окружающими людьми;
- 4) определение путей и выработка мер по созданию обстановки, предотвращающей или исключающей возможность нарушения поведения;
- 5) воспитательное воздействие на окружение, отрицательно влияющее на учащихся, и другие.

При постановке цели психологической работы по профилактике нарушения поведения учащихся с когнитивным дефицитом необходимо учитывать следующие требования:

- 1) диагностичность – выдвижение, обоснование и корректировка цели только на основе постоянного изучения учащихся, их потребностей и возможностей, а также социальной ситуации развития;
- 2) реальность – выдвижение и обоснование цели с учетом возможностей конкретной ситуации;
- 3) преемственность – осуществление связей между частной целью и задачами социально-педагогической работы по профилактике нарушения поведения учащихся и общими целями и задачами учебно-воспитательного процесса;
- 4) направленность на результат.

Прогнозирование и определение цели и задач предстоящей психологической работы составляют базу для проектирования психологической работы по профилактике нарушения поведения учащихся. Это следующий подэтап. Проектирование заключается в определении содержания, выборе форм, методов и приемов, создании условий предстоящей социально-педагогической работы, что обеспечивает достижение прогнозируемой цели.

При выборе методов психолого-педагогического воздействия, определении методических приемов и организационных форм необходимо учитывать индивидуальные возможности учащегося, цель, условия и возможные формы реализации психологической работы, собственные возможности достижения цели и возможности по времени для реализации социально-педагогической работы. Заключительным подэтапом подготовительного этапа является планирование реализационной деятельности. Планирование предусматривает разработку графика реализации психологической работы по времени, месту и видам деятельности. Планирование способствует реализации замысла, обеспечивает комплексность и интенсивность социально-педагогической работы по профилактике нарушения поведения учащихся. На его основе, на этапе непосредственной реализации психологической работы, осуществляется мониторинг практической деятельности и ее результатов.

Психологическая работа по профилактике нарушения поведения учащихся с когнитивным дефицитом должна получить отражение в общешкольном плане воспитательной работы и в плане работы классного руководителя в виде перечня целей и задач на определенный период с указанием путей и средств их достижения и решения. Общешкольный план воспитательной работы должен включать мероприятия, рассчитанные на всех учащихся: мероприятия по формированию дисциплины и культуры поведения детей; вопросы взаимодействия школы с родителями учащихся; изучение научных рекомендаций и передового опыта по проблеме предупреждения нарушения поведения учащихся. При планировании и организации психологической работы по профилактике нарушения произвольного поведения младших школьников с когнитивными дефицитами необходим учет всей совокупности типичных для данной категории учащихся форм нарушения поведения и обстоятельств, им способствующих.

Основной этап – этап непосредственной реализации психологической работы. Его целью является организация непосредственной практической деятельности педагогического коллектива в соответствии с разработанной педагогической технологией по нейтрализации факторов, способствующих нарушению поведения детей и подростков, созданию условий, способствующих личностному развитию учащихся.

Реализацию психологической работы по оптимизации процесса психологического сопровождения и профилактики нарушения поведения учащихся в условиях инклюзивного образования осуществляет весь педагогический коллектив, взаимодействующий в рамках должностных обязанностей и профессиональной компетентности на основе общего подхода в рамках определенной содержательной модели, предполагающей осуществление системы взаимосвязанных мер, направленных на предупреждение и нейтрализацию факторов, способствующих нарушению поведения.

Реализация социально-педагогической работы носит индивидуально ориентированный характер. Этап непосредственной реализации психологической работы предполагает взаимодействие педагогов и учащихся; использование намеченных методов, средств и форм социально-педагогической работы; создание организационно-педагогических условий; мониторинг социально-педагогической работы по профилактике нарушения поведения.

Основу взаимодействия психолога и педагогического коллектива составляют:

- 1) взаимная информированность об учащихся, их взаимоотношениях, об организации и результатах учебно-воспитательного процесса в целом и психологической работы по профилактике нарушения поведения, в частности;
- 2) взаимопомощь и взаимная поддержка в реализации цели и задач психологической работы;
- 3) совместный поиск путей предупреждения нарушения поведения учащихся, совместная работа по реализации намеченных задач психологической работы;
- 4) совместный анализ проведенной работы и полученных результатов;
- 5) совместное определение перспектив психологической работы по профилактике нарушения поведения с классным коллективом и отдельными учащимися.

Формы взаимодействия классного руководителя и педагогического коллектива с целью обеспечения единства действий и выработки единых подходов к профилактике нарушения поведения разнообразны: педагогический консилиум, педагогический совет, методические объединения, посещение учебных занятий, индивидуальные беседы. Содержание социально-педагогической работы по профилактике нарушения поведения определяется ее целью и задачами. Ведущими направлениями деятельности педагогического коллектива в процессе профилактики нарушения поведения учащихся являются создание условий для предупреждения формирования вторичных личностных недостатков учащихся в учебной деятельности, во внеклассной работе, обеспечение сотрудничества с родителями учащихся как активными субъектами психологического взаимодействия, повышение научно-методического уровня педагогического коллектива.

Следующим направлением психологической работы по профилактике нарушения поведения учащихся является **повышение профессиональных компетенций специалистов, работающих с младшими школьниками с когнитивным дефицитом.**

Задачи:

- 1) повышение роли образовательного учреждения в предупреждении и преодолении нарушения поведения учащихся;
- 2) информирование педагогического коллектива об особенностях нарушения поведения учащихся;
- 3) побуждение педагогического коллектива к самосовершенствованию, повышению педагогического мастерства.

Формы работы: методический совет; предметные методические объединения; проблемные семинары и практикумы; разработка педагогическим коллективом научно-методической темы; участие в научно-практических конференциях; педагогический консилиум; педагогическое самообразование.

Реализация психологической работы по профилактике нарушения поведения младших школьников с когнитивными дефицитами требует постоянного контроля динамики изменений личности, поведения и деятельности учащихся. Для оценки динамичности психологической работы предусмотрен мониторинг, проводимый через определенный период времени или по исполнению определенного комплекса психолого-педагогических мер. Он предусматривает сбор информации о том, что проведено, к какой динамике в объекте это привело и оценку результативности. Контроль динамики требует осуществления диагностических процедур, пронизывающих весь процесс социально-педагогической работы по профилактике нарушения поведения, что предоставляет возможность получения обратной связи. Мониторинг позволяет отслеживать ход психологической работы, оценивать результативность отдельных или комплекса профилактических мероприятий, вносить необходимые коррективы в задачи программы социально-педагогической работы, своевременно изменять и дополнять методы и средства психолого-педагогического воздействия. Такой подход делает психологическую работу по профилактике нарушения поведения более динамичной и результативной и позволяет добиваться большей индивидуализации.

Результативный этап. Целью данного этапа является анализ социально-педагогической работы по достижению цели и оценка ее результативности, корректировка деятельности субъектов профилактики и определение последующих перспектив. Результативный этап включает в себя два подэтапа.

На *первом подэтапе* проводится анализ проделанной работы и оценка ее результативности: выявляются позитивные и негативные аспекты реализованной педагогической технологии по профилактике нарушения поведения, практической деятельности субъектов психологической работы.

На *втором подэтапе* делаются общие выводы. Результативность социально-педагогической работы по профилактике нарушения поведения может быть оценена на разных уровнях: на уровне долгосрочного эффекта психологической деятельности как повышение устойчивости учащегося к воздействию факторов риска нарушения поведения и на уровне постановки цели и задач социально-педагогической работы, соотношения прогнозируемого и реально достигнутого результатов. Результатами психологической работы по профилактике нарушения поведения являются те изменения, которые произошли с субъектами профилактики и в отношениях между ними, в частности, изменения в учащихся, коллективе класса, в отношениях между педагогами и учащимися, во взаимодействиях между классным руководителем и родителями, родителями и детьми, педагогам.

Приложение Л

Словарь терминов

Когнитивный дефицит – нарушение познавательной деятельности в форме патопсихологического симптомокомплекса, включая саморегуляцию, познавательную деятельность, эмоциональные и поведенческие аспекты, определяющие нарушения когнитивного здоровья у детей младшего школьного возраста.

Когнитивное здоровье – состояние благополучия в познавательной сфере, обусловленное генетическими, психологическими, социально-средовыми факторами в соответствии с возрастом, составляющая психического здоровья человека.

Саморегуляция – психологический феномен, который проявляется в произвольном выборе мотива, цели, способов действия с помощью управления личностными средствами при выполнении умственных и практических задач.

Патопсихологическая модель саморегуляции - психологический многоуровневый феномен, включающий нарушения личностно-смыслового, когнитивного и регулирующего уровней, взаимосвязанных и взаимообусловленных.

Когнитивный уровень включает характеристики ригидности, тугоподвижности, инертности, застреваемости (персеверации), а также постановку цели и выбор стратегии поведения.

Личностно-смысловой уровень проявляется в эстериоризации индивидуального опыта, внутренних побуждениях и мотивах при достижении цели деятельности, включая психологические защиты, самооценку, уровень притязаний.

Регулирующий уровень включает компоненты, отражающие целостность и динамичность процесса саморегуляции: регулирование эмоциональных состояний и контроль действий.

Стратегии саморегуляции – совокупность паттернов, характеризующих способы достижения цели.

Компоненты саморегуляции - постановка цели, регулирование эмоциональных состояний, контроль действий, достижение цели действия.

Психологическое сопровождение школьников с нарушением когнитивного здоровья - система психологических мероприятий, направленных на развитие саморегуляции как эффективного способа компенсации когнитивных дефицитов.

Технологии психологической помощи - система психологических приемов, которая направлена на коррекцию нарушений саморегуляции у школьников с нарушением когнитивного здоровья.

Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafyev

Manuscript copyright

Elena Aleksandrovna Chereneva

PATHOPSYCHOLOGICAL MODEL OF SELF-REGULATION
IN CHILDREN WITH COGNITIVE HEALTH IMPAIRMENT:
PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS
AND POSSIBILITIES OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

5.3.6. Medical Psychology

Thesis
for the degree of Doctor of
Psychology

Translation from Russian

Scientific consultant

Doctor of Psychological Sciences,

Professor Stoyanova Irina Yakovlevna

Krasnoyarsk – 2023

Table of contents

Introduction	5
1 Theoretical and methodological approaches to the study of cognitive impairments in children and adolescents in medical psychology.....	25
1.1 Phenomenology of health disorders in children with cognitive deficiency in the context of mental dysontogenesis	25
1.2 Psychophysiological features of self-regulation in children with cognitive deficiency.....	49
1.3. Chapter 1 conclusions	64
2 The problem of self-regulation in medical psychology	65
2.1 Medico-psychological approaches to the study of self-regulation	65
2.2 Clinical and psychological analysis of self-regulation impairments in children and adolescents with cognitive deficiency	91
2.3 Modern research on self-regulation in the context of medical psychology ...	102
2.4 Chapter 2 conclusions	107
3 Psychological diagnostics of self-regulation in children with cognitive health impairment and in healthy children.....	109
3.1 Methodological foundations for the study of self-regulation.....	109
3.2 Stages, methods and sampling of the study	114
3.3 Chapter 3 conclusions	126
4 Pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive health impairment	127
4.1 Analysis of intergroup differences in self-regulation in children with cognitive health impairment and healthy children	127
4.1.1 Cognitive level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation	127

4.1.2 Personality-semantic level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation	130
4.1.3 Regulatory level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation	158
4.1.4 Child-parent relationships in families of children with cognitive health impairment in the structure of the pathopsychological model of self-regulation	165
4.2 Psychological factors determining manifestations of self-regulation in healthy children and in children with cognitive health impairment.....	192
4.3 Patterns of the formation of the pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive health impairment.....	202
4.4 Chapter 4 conclusions	253
5 Opportunities for psychological assistance to children with cognitive health impairment in the educational environment	256
5.1 Psychological aspects of the development of a psychological support program for children with cognitive health impairment	256
5.2 Psychological assistance technologies and psychological correction targets for working with children with cognitive health impairment...	261
5.3 Effectiveness of the implementation of the psychological support program for children with cognitive health impairment in the educational environment....	272
5.4 Chapter 5 conclusions	279
Conclusion	281
References	284
Appendix A. Questionnaire	323
Appendix B. Defense Mechanism Assessment Chart	
Children's Apperception Test (CAT)	325
Appendix C. T.M. Achenbach questionnaires	326
Appendix D. Self-regulation components assessment chart	331

Appendix E. Standardized interviews with parents of children with cognitive deficiency	332
Appendix F. Analysis of the results of intergroup studies	333
Appendix G. "Positive Template" training program (program for children with cognitive deficiency)	344
Appendix H. Methodological tools of psychologists and teachers of educational institutions for the organization of psychological support for children with cognitive deficiency	346
Appendix I. Guidelines for medical psychologists and educators working with younger students with cognitive health impairment in the educational environment	354
Appendix J. Glossary of terms.....	359

Introduction

The relevance of research. The problems of research and psychological assistance to children with cognitive deficiency in the context of mental health in recent years have attracted increasing attention of medical and psychological specialists. According to the statistics of the World Health Organization, the proportion of children with intellectual impairment amounts to 15% of the world's child population and continues to increase [Baranov, 2005; Bezrukikh, 2003; Bocharova, 2007; Bryazgunov and Kizyaeva, 2011; Zavadenko., 2006; Pizova, 2012, et al.]. Executive dysfunction affects up to 20% of children and adolescents with partial disorders. In this regard, the problem of cognitive health impairment acquires social significance and requires the identification of psychological patterns that determine health disorders [Zvereva, 2015; Lukashevich, 2008; Nogovitsyna and Levitina, 2011; Sakaeva, 2011; Semago, Semago, 2016; Aguilar, 2008; Casanova, 2020; Kim, 2002].

The clinical differentiation of various forms of cognitive health impairment in children, as reflected in modern classifications, makes it possible to consider the psychological components of cognitive deficiency in the educational environment on a scientific basis [Zvereva et al., 2015]. The significance of the problem lies not only in the high prevalence of cognitive impairments among children and adolescents, but also in the urgent need to create conditions for their systemic correction aimed at protecting health [Lubovsky, Korobeinikov, 2016; Semenovich, 2001; Shipkova, 2020, et al.].

It should be noted that the aspects of self-regulation in case of its impairments in childhood as a possible resource for maintaining health have not been sufficiently developed [Zvereva et al., 2018, 2019]. **Self-regulation** is considered as a psychological phenomenon, which manifests itself in a voluntary choice of motive, purpose, and methods of action through the management of personal means in the performance of mental and practical tasks.

Self-regulation impairments play a particularly important role in cognitive activity. They are expressed in the impairments of thinking and control of actions [Zeigarnik, Kholmogorova, 1989]. Voluntary self-regulation is of great importance in the formation of higher mental functions, such as memory, attention, and mediated thinking [Vygotsky, 1983; Luria, 1957; 1963; Zeigarnik, 1981, 2000; Shif, 1979, et al.]. The significance of the influence of self-regulation on cognitive processes is presented in the works of researchers who studied the relationship between cognitive functions and voluntariness from various scientific positions [Vygotsky, 2000; Luria and Khomskaya, 2005; Zabravnaya, 1996; Rubinstein, 1986; Lubovsky, 1978; Babkina, 2019; Ul'enkova, 2001; Pevzner, 1963, et al.]. These works laid the foundations for the formation of psychocorrective programs for children and adolescents with cognitive impairments.

In our study, the basis for developing a program of psychological assistance to children with cognitive deficiency is the concept of self-regulation as a psychophysiological and psychological basis for the formation of the cognitive sphere. Self-regulation is seen as a way of self-control [Sergienko, 2007] or as reflection as part of metacognitive processes [Karpov, 2010].

Following other researchers [Konopkin, 2008; Morosanova, 2010], the psychological content of self-regulation is revealed in this study as a certain type of mental activity that underlies planning, setting goals, and evaluating results in specific activities.

Given the psychophysiological characteristics of children with health impairments associated with cognitive deficiency, the development of self-regulation is especially difficult [Vygotsky, 2000; Zeigarnik, 2000; Lubovsky, 1978; Sukhareva, 1965; Pevzner, 1963; Petrova, 2000; Pinsky, 1985; Rubinstein, 1986]. The relevance of this study is due to the need to study the psychological patterns of self-regulation manifestations, their role

in the pathogenesis and mechanisms of the formation of cognitive deficiency in childhood in conjunction with health manifestations. This will make it possible, on the one hand, to expand scientific knowledge about the characteristics of the development of children with cognitive health deficiency, and on the other hand, to improve the system of pathopsychological diagnostics allowing to predict personal development in ontogenesis and to develop systemic psychological technologies that can be implemented in various educational programs. We believe that the study of pathopsychological mechanisms of self-regulation in the process of cognitive activity contributes to the identification of psychological work targets with the key factor of the formation of adaptive behavioral strategies.

The degree of development of the research problem. The problem of self-regulation in children with health disorders associated with cognitive deficiency attracted the attention of scientists in different periods of the formation of psychological knowledge [Vygotsky, 1982; Z Abramnaya, Lubovsky, 1978; Pevzner, 1958; Petrova, 1995; Tsartsidze, 1985].

It was established that the development of voluntary regulation in children with cognitive deficiency is a complex and lengthy process that requires a comprehensive and systematic approach, which should be aimed at the formation of purposeful activity. This is explained by the fact that all mental functions and processes associated with voluntary regulation in children with cognitive deficiency have impairments driven by the characteristics of higher nervous activity [Pevzner, 1963; Sukhareva, 1965; Lubovsky, 1978, et al.].

The analysis of the literature devoted to the study of self-regulation in the educational and extracurricular activities of students with intellectual impairments indicates that this problem has not been sufficiently developed. S. D. Z Abramnaya (1992), I. P. Lauzhikas (1967), V. V. Lebedinsky (1975), V. I. Lubovsky (1976), M. S. Pevzner (1963), V. G. Petrova (2000), G. E. Sukhareva (1965), M. G. Tsartsidze (1985), and Sh. N. Chkhartishvili (1974) noted the specific features of self-regulation in various activities in

children with health impairments and intellectual deficiency. Deviations were considered, which are expressed in persistent inadequate manifestations of behavior, inability to critically assess the situation, increased suggestibility, inflated self-esteem, and inability to make life plans. In the spectrum of psychological characteristics, children's lack of initiative was also noted, due to cognitive deficiency, as well as their inability to make volitional efforts, lack of involuntary regulation of movements and cognitive activity, which negatively affects both learning and formation of students' personality.

These features are fully characteristic of children with mental retardation (MR) of various origins, mild mental retardation (MMR), autism spectrum disorders (ASD), as well as mild cognitive deficiency in cerebral palsy (CP) [Korobeinikov, 1997; Lebedinskaya, 1984; Levchenko, 2000, 2005; Lubovsky, 2016; Mamaichuk, 2001; Semenova, 2007; Strebeleva, 1996, 2000, 2009; Ulienкова, 1990, 2001; Babkina, 2019].

Issues of behavioral disorders in children and adolescents with cognitive impairments were considered in connection with the development of methods for psychological correction, and social and labor adaptation [Mirsky, 1983; Dulnev, 1971; Lauzhikas, 1967]. In recent decades, the interest of scientists in studying the problem of behavioral disorders in mentally retarded children and adolescents has increased in the aspect of social adaptation [Chkhartishvili, 1974; Tsartsidze, 1975]. Behavioral disorders associated with cognitive deficiency are common causes that complicate the socio-psychological adaptation of students belonging to this category in adulthood. Untimely identification of the nature of these disorders, as well as the lack of special preventive and corrective programs lead to the fact that behavioral disorders in children with cognitive deficiency in adolescence and adulthood often reach the level of criminal severity [Korobeinikov, 2016; Lebedinskaya, 2011; Lubovsky, 1978; Mamaichuk, 2001; Chkharishvili, 1974, et al.].

At the same time, the success of social adaptation and integration into society of children with cognitive deficiency is determined not only by the depth of cognitive impairments and behavioral characteristics, but also by the state of health, and opportunities for implementation in the educational environment, taking into account the significant weakening of the ability to adapt to social requirements.

Distorted parent-child relationships contribute to a decrease in the adaptive capabilities of children with cognitive deficiency. In families with a low psychological culture, there is no adequate emotional interaction with the younger members of the family, and upbringing conditions are impaired [Bozhovich, 1968; Lisina, 1997; Nikolskaya, Baenskaya, Liebling, 2012; Smirnova, 1998; Eidemiller, 2010, et al.].

Within the framework of medical psychology, the problems of cognitive deficiency in childhood have been considered by domestic researchers in the last decade. These are the works of N. V. Zvereva (2015), N. N. Zavadenko, N. Yu. Suvorinova, N. V. Grigorieva, O. Romanchuk (2006), T. Yu. Fotekova, T.V. Akhutin (2002), and others. In these studies, the problem of self-regulation as a psychological basis for the formation of cognitive functions is not given enough attention. The mechanisms of partial cognitive deficiencies and voluntariness in childhood have been described in a number of publications [Akhutina, Pylaeva, 2008; Semenovich, 2001]. However, there are no scientific studies with results that allow, on the one hand, a systematic study of cognitive deficiencies, taking into account the manifestations of self-regulation in children with health disorders, and, on the other hand, the development of complex systems of psychological assistance. Also, the pathopsychological model of self-regulation remains undeveloped, which makes it possible to identify the targets of systemic psychocorrective work and predict compensation for cognitive deficiencies not only in adolescence, but in adulthood.

The relevance of studying the problems of health protection of children and adolescents with cognitive deficiencies in the framework of medical psychology is associated, first of all, with the lack of a systematic approach to considering the phenomenon of

self-regulation. The low efficiency of existing technologies of psychological assistance in case of self-regulation impairments, the insufficiency of psychodiagnostic programs that make it possible to identify its structure in relation to the manifestations of health, and the adaptive capabilities of children in the educational environment require new approaches in research and practical work.

Thus, the relevance of the research problem is due to the **following provisions**.

1. The need for theoretical analysis of the results of domestic and foreign studies on the problem of self-regulation in children with cognitive impairments in the context of mental health.

2. The lack of domestic and foreign comparative studies in the field of diagnosis and psychological support for children with cognitive deficiency.

3. Insufficient theoretical and methodological justification for the formation of a classification of structural-level components of voluntariness in children with cognitive deficiency in the educational environment.

4. The lack of research and theoretical generalization of the relationship between the voluntariness of mental regulation and the parameters of the subjective world in healthy children and children with health impairments caused by cognitive deficiency.

5. The need for scientific support for programs aimed at the development and correction of voluntary regulation in children with health impairments caused by cognitive deficiency.

6. Identification of the role of parents in the development of self-regulation.

The applied and fundamental problems of modern medical psychology outlined above indicate the need to create a variable pathopsychological model of self-regulation impairments in children with various types of cognitive deficiency, as well as a system of psychological assistance in an educational environment.

In the course of the study, **a number of contradictions** were identified that require scientific resolution, between:

- present-day changes in the educational policy of Russia, which is reflected in the transformation of the forms, models and content of education for children with disabilities, and the insufficiency of modern technologies for psychological support of schoolchildren with health problems caused by cognitive deficiency;
- the acute need of society for early pathopsychological diagnosis of cognitive impairments and the insufficiency of psychodiagnostic programs;
- understanding the degree of influence of the social environment factor on the formation of voluntary regulation in the learning process, and the lack of information about the family characteristics of children with cognitive deficiency;
- the objective need for the formation of voluntary regulation in children with health disorders associated with cognitive deficiencies, as a necessary condition for the development of compensatory capabilities, and the lack of psychological support technologies aimed at maintaining health and increasing the productivity of educational and extracurricular activities;
- understanding of the fact of the increase in the prevalence of cognitive impairments in childhood, and the need to predict their timely compensation.

Thus, the relevance of the study of self-regulation as a factor associated with the mental health of children with cognitive deficiency is determined by modern trends in the development of psychological knowledge, and the possibility of creating new approaches to psychodiagnostics and psychocorrection.

Statement of the research problem. The fact that self-regulation is a complex phenomenon with a multi-factor structure necessitates a systematic approach to studying the degree of its completeness, characteristics of the psychological structure, mechanisms and conditions of formation in the context of cognitive health and its impairments.

The original author's intention was to develop a pathopsychological model of self-regulation within the framework of medical psychology and to create programs for the psychological support of children with cognitive health impairments in an educational environment.

The contradictions described above, together with the scientific and practical relevance, predetermined the choice of the research problem, which consists in studying self-regulation in children with health disorders caused by cognitive deficiency, developing research technology, creating a comprehensive pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive deficiency, as well as a system of psychological assistance in an educational environment.

As part of the ongoing research, it is particularly important to take into account age-related characteristics and to identify the mechanisms and functions of mental formations, which determine research tasks related to the development of technologies for psychological support of children, and allow for a more differentiated contribution to the development of their compensatory capabilities. A special task is to revise and refine the diagnostic criteria and the conceptual apparatus in determining the options for self-regulation in children with health disorders caused by cognitive deficiency.

The methodological basis for the study of self-regulation is the concept of metapsychology and meta-analysis, which allows us to consider the totality of psychological information obtained from the analysis of scientific literature on the research problem.

In this study, the psychological essence of the concept of cognitive deficiency includes the disruption of cognitive functions due to the negative influence of genetic and socio-environmental factors. Cognitive deficiency can manifest itself in the form of total underdevelopment or partial impairments. The main mechanism for the formation of cognitive deficiency is the generalization of disorders of organic and psychogenic origin. This statement is based on the analysis of cognitive manifestations in children with various types of dysontogenesis. It manifests itself in speech pathology [Pravdina, 1957; Fotekova,

2002, et al.], cerebral palsy [Mastyukova, 1997; Mamaeva, 2008, et al.], mental retardation [Lebedinsky, Lebedinskaya, 2011; Pevzner, 1963; Sukhareva, 1957, et al.], autism spectrum disorders [Sukhareva, 1965; Nikolskaya, Baenskaya, 2012; Bogdashina, 2014; Morozov, 2014; Casanova, 2020; Kanner, 1943, 1965], intellectual development impairments (oligophrenic type) [Pevzner, Sukhareva, Rubinshtein, Zabramnaya, 1996; Petrova, 2000, et al.], attention deficit/hyperactivity disorder [Zavadenko, Suvorinova, 2006; Akhutina, Pylaeva, 2008], as well as in various pathogenic conditions [Zeigarnik, 2000; Luria, 2013; Khomskaya, 2005; Leontiev, 2005; Zvereva, 2018, 2019, et al.]. The use of the term in this study allows us to explore this phenomenon in children of various nosological groups.

In the presented studies, the following pathopsychological characteristics associated with cognitive deficiency were revealed: cognitive impairments when performing mental operations, decreased self-control and mental productivity, impaired cognitive functions, including attention, memory, mental performance, behavioral and emotional disorders. Impairments of self-regulation are noted, but the analysis of this phenomenon is given insufficient attention.

The aim of the study is to develop a variable pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive deficiency based on the technology of systemic diagnostics, and to create a program of psychological assistance aimed at developing cognitive health in an educational environment.

Research objectives:

1. To develop the conceptual foundations of a pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive deficiency.
2. To create a technology for studying the levels of self-regulation in children with cognitive deficiency and healthy children.
3. To carry out an empirical study of the levels of self-regulation in groups of younger students.

4. To determine the contribution of each level of self-regulation to the impairment of self-regulation, taking into account the nosological group and age of younger students.

5. To identify the role and correlation of psychological, biological and socio-environmental factors associated with health disorders in primary school students with cognitive deficiency.

6. To establish the relationship between the levels of self-regulation and parent-child relationships.

7. To describe a variable pathopsychological model of self-regulation impairments in younger schoolchildren with cognitive deficiency, taking into account the nosological group.

8. To develop and test a program of psychological support for younger schoolchildren with cognitive health impairments, aimed at developing self-regulation as a resource for health preservation and development of cognitive health.

9. To determine the effectiveness of the program of psychological support for younger schoolchildren with cognitive health impairments.

Research hypotheses:

1. The pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive deficiency can be represented as a multidimensional phenomenon, including impairments of the personality-semantic, cognitive, and regulatory levels.

2. Impairments of self-regulation in different nosological groups manifest themselves with varying degrees of severity.

3. There is a relationship between the specifics of family interaction and impairment of self-regulation in children with impaired cognitive health.

4. It is possible to compensate for self-regulation impairments in a learning environment through the introduction of a specially organized system of psychological assistance.

5. The effectiveness of a psychological support program for younger schoolchildren with cognitive health impairments is related to their nosological group.

The object of the study is self-regulation in norm and pathology.

The subject of the study is a pathopsychological model of self-regulation in children with impaired cognitive health in an educational environment.

The problem of creating variants of a pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive deficiency has determined a set of scientific theories, principles and approaches that are the **theoretical and methodological foundations of this study**:

- meta-analysis methodology that combines scientific concepts and provisions based on previously conducted research and new psychological information based on the results of our own study of self-regulation in schoolchildren without health impairments and with cognitive deficiency:

- the methodological basis for planning and conducting scientific work is the biopsychosocial and ethical concept, which allows us to consider self-regulation in childhood as a multi-level and systemic phenomenon that determines cognitive health and its impairments caused by genetic, psychological and social factors, including the value-based attitude of parents to the child's health [Kabrin, Zalevsky, 1993, 2004, 2005];

- the concept of self-regulation and its impairments, which opens up the possibility of studying its levels and components, and creating a pathopsychological model [Zeigarnik, 2000; Zinchenko, 1995; Morosanova, 2019];

- the theory about the unity of the development laws of a normal and abnormal child, which allows us to consider the patterns of the formation of self-regulation in norm and pathology [Vygotsky, 2000; Lubovsky, 2016; Luria, 1962; Pevzner, 1963; Petrova, 2000; Strebeleva, 2005; Shifa, 1979, etc.];

- the structural-level approach of M. S. Rogovin and G. V. Zalevsky (1988, 2004), which allows us to identify the levels and components of self-regulation and study them in their interrelation and interdependence.

Additional methodological foundations are:

- provisions on the role of family and the importance of parents' relationship in the context of child health [Eidemiller, 2003; Nikolskaya, 2010; Druzhinin, 2000].
- the concept of mindset as one of the psychological conditions determining the attitude of parents to a child [Uznadze, 2001; Nadirashvili, 1987; Asmolov, 2002; Zinchenko, 1978];
- provisions on the factors determining the formation and functioning of categorical attitudes in the context of the theory of psychological systems [Klochko, 2005];
- the concept of coping behavior as a significant component of self-regulation [Lazarus, Folkman, 1978, 1987; Nartova-Bochaver, 2016, etc.];
- the findings of projective psychology as part of studying the world of subjective reality of a child as a reflection of the inner world view [Abt, Bellack, 1950; Allport, Murray, 1943; Freud, 1963; 1975; Freud, 1965; Sokolova, 1989; Burlakova, Oleshkevich, 2001, et al.];
- provisions on the role of psychological assistance as a necessary condition for compensation of developmental and health impairments in psychological and educational support [Bityanova, 2001; Klochko, 1999; Krasnoryadtseva, 1997; Mamaichuk, 2001; Semago, 2016; Zabramnaya, 1996].

Conducting this study in the framework of medical psychology requires clarification of the definition of "cognitive deficiency" and operationalization of the concept of "cognitive health".

Cognitive deficiency is an impairment of cognitive activity in the form of a pathopsychological symptom complex, including self-regulation, cognitive activity, emotional and behavioral aspects that determine cognitive health impairments in primary school children.

Cognitive health is a state of well-being in the cognitive sphere caused by genetic, psychological, socio-environmental factors in accordance with age, a component of mental health

of a human.

If we consider self-regulation as a multi-level psychological phenomenon, which manifests itself in a voluntary choice of motive, purpose, and methods of action through the management of **personal** means when performing mental and practical tasks, there is a need to distinguish these levels in the pathopsychological model.

The cognitive level includes qualitative and quantitative characteristics of the impairments of mental development and its dynamic properties (rigidity, stiffness, inertia, fixedness (perseverance), as well as goal setting, choice of behavior strategy, regulation of emotional states and control of actions.).

The personality-semantic level is manifested in the exteriorization of individual experience, as well as in internal motives and motives in achieving the goal of activity, including psychological defenses.

The regulatory level includes self-esteem, the level of claims, attitudes.

The pathopsychological model of self-regulation is considered as a psychological multi-level phenomenon, including impairments at the personality-semantic, cognitive and regulatory levels, which are interrelated and interdependent.

Taking into account the methodological foundations, the key concepts of the study are self-regulation and its impairments, cognitive deficiency, cognitive health, pathopsychological model, psychological support.

The main arguments to be defended:

1. The pathopsychological model of self-regulation in children with impaired cognitive health is a multi-level phenomenon that includes impairments at the personality-semantic, cognitive and regulatory levels.

2. There are variants of pathopsychological models in children with cognitive deficiency.

3. Child-parent relationships in families of schoolchildren with cognitive health impairments have specificity compared to relationships in families of healthy children.

4. The program of comprehensive psychological support of younger schoolchildren in the conditions of an educational process, aimed at the formation of self-regulation, contributes to the improvement of cognitive health in younger schoolchildren.

5. Differences in the efficiency indicators of psychological support are associated with the nosological group of schoolchildren with cognitive health impairments.

At different stages, in accordance with the specific objectives of the study, a set of various **methods** was used:

1. Methods for planning and organizing the study were based on an integrated approach, including comparative and correlation analysis.

2. Methods for collecting empirical data on younger schoolchildren with cognitive deficiency and without impairments included the following psychometric and qualitative procedures using standardized methods of psychological diagnostics: projective techniques, expert assessments of teachers and medical professionals, survey method, experimental method:

– Children's Apperception Test (CAT) for the study of methods of psychological defense and attitudes (as interpreted by Mary Ainsworth; the interpretation of G. Murray as modified by Burlakova and Oleshkevich (2001), determination of the features of apperceptive behavior, was also used); Star-Wave graphic test [Ave-Lallemant, 2002];

– House-Tree-Person graphic test by J. Buck and L. Kaufman as modified by R. V. Belyauskaite;

– Dembo–Rubinstein's self-assessment methodology;

– methodology for assessing the level of claims by S. Ya. Rubinstein;

- the developed diagnostic complex "Self-regulation in primary school children", which makes it possible to identify levels and their components that indicate impairments or their absence;

- psychological diagnostics of the mothers of primary school children, including a structured interview designed to study child-parent relations;

- Achenbach questionnaire for the study of adaptation problems;

- PARI technique (questionnaire of parental attitudes).

- Methods of analysis and processing of the obtained results: qualitative (content analysis) and quantitative. Statistical methods. When analyzing the data, the Statistical Package for Social Sciences (SPSS Statistical 24) software was used. Various methods of mathematical and statistical processing were applied (significance of differences according to statistical criteria φ^* – the Fisher transformation; Pearson level distribution comparison criterion χ^2); correlation analysis; correlation pleiades method, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskal-Wallis H test.

3. Methods of individual and group correctional-developmental and psychoprophylactic work, as well as group and individual counseling aimed at developing self-regulation in younger schoolchildren with cognitive deficiency, as well as improving parental and professional competence.

The scientific novelty of the study is determined by:

1. Expanding the subject field of medical psychology and pathopsychology related to the creation of a pathopsychological model of self-regulation in children with impaired cognitive health and in healthy children.

2. Creation of variants of the pathopsychological model, including impairments of self-regulation in primary school children of various nosological groups.

3. Introduction into scientific circulation of the definition of the term "cognitive health" and its impairments followed by the identification of the criteria of the norm and pathological variants of self-regulation.

4. Studying the levels of self-regulation in comparison with reference indicators.

5. Creation of a psychodiagnostic program for multi-level analysis of self-regulation impairments in children with cognitive deficiency and in healthy children, including diagnostics of personality-semantic, cognitive and regulatory levels.

6. Development of a systematic author's approach to psychological support of schoolchildren with self-regulation impairments as a basic level of cognitive health development in childhood.

7. Implementation of the program of psychological correction and prevention of cognitive health impairments; development of parental and professional competence of the participants of the educational process and the study of its effectiveness.

8. Identifying psychological factors that determine the prospects for the ontogenetic development of self-regulation, which makes it possible to determine the effectiveness of psychocorrective work, to provide rationale for psychological support in accordance with the capabilities and needs of younger schoolchildren, both healthy and with cognitive health impairments.

9. Considering the specifics of child-parent relations in families of children with cognitive deficiency in the context of self-regulation impairments.

Theoretical significance:

1. The introduction of the psychological definition of "cognitive health" has been substantiated.

2. The patterns of self-regulation impairments as part of a multi-level model in children with cognitive deficiency of various nosological groups have been established.

3. The creation of the multi-level pathopsychological model of self-regulation and its variants in children with cognitive deficiency has been theoretically justified.

4. The relationship between cognitive health impairments and levels of self-regulation, including personality-semantic, cognitive and regulatory, has been established.

5. The complex technology of psychological support of younger schoolchildren with self-regulation impairments has been theoretically substantiated, taking into account its levels, the specifics of child-parent relations, and the competence of teachers in the learning process.

6. The theoretical findings on general and specific patterns of the formation of self-regulation in children with impaired cognitive health and in healthy children have been generalized and concretized.

The practical significance of the thesis research is determined by:

1. The comprehensive psychodiagnostic program of self-regulation assessment has been developed, which makes it possible to identify the degree of severity of impairments at the personality-semantic, cognitive and regulatory levels, as well as to differentiate options in terms of the risk of cognitive health impairments in children with cognitive deficiency and in healthy children.

2. The possibilities of using projective methods in the study of the personality-semantic level of self-regulation have been expanded.

3. A set of psychodiagnostic methods has been developed to identify child-parent relationships and parental competence in the aspect of self-regulation development.

4. A differentiated program of psychological support has been developed in the aspect of the formation of self-regulation as the basis of health protection in younger schoolchildren in educational environments.

5. New technologies of systemic psychological assistance to children with cognitive deficiency have been identified and tested, including improving parental and teaching competence.

6. New psychological information can be used in preschool and school education and healthcare systems to create psychological programs aimed at improving the cognitive health of primary school children.

7. The results obtained can be used to improve the professional competence of children's, school, family and clinical psychologists.

8. New psychological information can be used to improve the professional training of students of psychological and pedagogical specialties and the professional development of teachers and medical psychologists, as well as serve as a guideline for optimizing the system of psychological support in educational institutions.

Implementation of results.

1. Based on the materials of the thesis research, training courses have been developed and implemented at the KSPU named after V. P. Astafyev in the preparation of master's students in the course of academic disciplines: field of study 44.04.02 "Psychological and Pedagogical Education", program "Psychological and Pedagogical Correction of Developmental Disorders of Children"; field of study 37.04.01 "Psychology", program "Psychological Counseling and Psychotherapy". Theoretical and practical courses have been developed for the additional professional retraining program "Psychology. Clinical Psychology". The following author's courses and practical seminars have been developed: "Features of the Mental Health of Children with Cognitive Deficiency", "Behavioral Disorders in Childhood", "Correction and Prevention of Behavioral Disorders in Childhood and Adolescence".

2. The developed and tested methodology for assessing the self-regulation of primary school children with intact and impaired intellect was introduced in the process of psychological work in a number of institutions of the education system, health and social protection of the population of Krasnoyarsk and Krasnoyarsk Territory.

3. The patent "Method of color correction of neurometabolism disorders of cerebral cortex" was obtained. Patent number RU 2710499 C1, patent office: Russia, year of publication: 2019, patent holder: Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V. P. Astafyev" (KSPU named after V. P. Astafyev).

The significance and validity of the research results is ensured by the criticality of the analysis of literary sources, the clarity of methodological positions, sufficient volume and representativeness of sample, the use of a set of valid and standardized psychodiagnostic research methods, the correct use of modern methods of statistical analysis of empirical data, the implementation of the results obtained in the work of psychological services of the education and health system.

Publications on the topic of the thesis.

47 papers have been published on the topic of the thesis research, including 17 articles in journals included in the List of peer-reviewed scientific publications in which the main scientific results of theses for the degree of candidate of sciences and for the degree of doctor of sciences (including 4 articles in Russian scientific journals from the Scopus list) should be published; 4 monographs, 2 textbooks, and 4 teaching aids have been published.

Approbation of the work. The results of the research were discussed at international and all-Russian conferences, such as the XXII International Scientific and Practical Forum of Students, Postgraduates and Young Scientists "Youth and science of the XXI century", All-Russian Scientific and Practical Conference

"Modern Technologies for Accompanying Children with Developmental Problems" (Krasnoyarsk, November 10, 2021); I International Online Conference "A Systematic Approach to Teaching a Child with Speech Development Disorders" (St. Petersburg, November 12-15, 2020); Federal Institute for the Development of Education at RANEPA All-Russian Scientific and Practical Conference "Theoretical and Practical Aspects of Comprehensive Support for Persons with Autism Spectrum Disorders" (Moscow, November 19-20, 2020); All-Russian Conference with international participation "Current Problems of Neurobiology of Mental and Addictive Disorders" (Tomsk, 06-0, October 8, 2020); VII International Scientific and Educational Forum "Man, Family and Society; History and Prospects", All-Russian Scientific and Practical Conference "Integrated Technologies for Accompanying Children with Autism" (Krasnoyarsk, November 15, 2020); VIII International Scientific and Educational Forum "Man, Family and Society; History and Prospects". All-Russian Scientific and Practical Conference "Current Problems of Education and Support of Children with Disabilities" (Krasnoyarsk, November 11, 2019); XVII Nacional de Psicología Clínica. Libro de Actas (Santander, España, 13-16 de noviembre de 2019); XV Nacional de Psicología Clínica (Santander, España, 16-19 de noviembre de 2017), X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica (Santiago de Compostela, España, 16-19 de noviembre de 2017); VII Siberian Psychological Forum "Comprehensive Human Studies. Psychology" (Tomsk, November 28-29, 2017); I All-Russian Scientific and Practical Conference "Comprehensive Support for Children with Autism Spectrum Disorders" (Moscow, December 14-16, 2016).

The structure of the thesis. The thesis consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of references, including 457 sources (347 in Russian and 90 in foreign languages), and nine appendices. The text of the thesis is illustrated with 94 tables and 42 figures. The volume of the work is 362 pages.

1 Theoretical and methodological approaches to the study of cognitive impairments in children and adolescents in medical psychology

1.1 Phenomenology of health disorders in children with cognitive deficiency in the context of mental dysontogenesis

In recent decades, ideas have significantly changed about normative (conditionally normative, standard, etc.) development and its relationship with “non-normative”, "abnormal", and, which is more difficult, "borderline" development. Currently, this is one of the main problems of psychology, primarily practical psychology of childhood.

As the theoretical analysis of the research problem shows, the problem of normativity or non-normativity of mental development is based on one of the fundamental ontological categories: the category of development. In the works of Russian psychiatrists, speech pathologists and clinical psychologists, ideas about development are transformed into ideas about dysontogenesis (or abnormal development). In the works of many scientists (G. E. Sukhareva (1965), M. S. Pevzner (1963), V. I. Lubovsky (1978), K. S. Lebedinskaya and V. V. Lebedinsky (2005), V. V. Kovaleva (1985), et al.) these ideas are concretized in descriptions of various variants of developmental deviations in relation to age normative indicators.

The 21st century has seen a complication of the very structure of deviations in development, the number of combined dysontogenies has increased, new forms and variants of mental dysontogenesis have appeared. Borderline cases are especially complicated, as it is difficult to attribute them with certainty to any one category of developmental abnormalities [Chereneva., 2011].

As a result of the emergence of new directions of domestic psychology and new approaches to the analysis of development, special forms of dysontogenesis have been identified, for the analysis of which the terminological and conceptual apparatus available at the disposal of domestic special psychology is insufficient.

It is in the domestic defectology, starting with the works of L. S. Vygotsky (2000) and G. I. Troshina (1913), that the ideas were developed about the general and specific patterns of normative and abnormal mental development. However, it cannot be said that the question of the relationship between ontogenesis and dysontogenesis is close to being resolved. To develop a modern concept of psychological models of health disorders in children with cognitive deficiency, we need to turn to the clinical and psychological analysis of the formation of the phenomenology of scientific concept genesis.

More than a quarter of a century has passed since the publication of one of the last full-scale works devoted to the systematics of deviant development in childhood. This is the monograph by V. V. Lebedinsky's "Disorders of mental development in children" (1985), which is a continuation of E. Sukhareva's (1965) system clinical analysis of childhood psychopathology already in the field of clinical psychology related to psychiatry. Since its release, many changes have accumulated in the state of the child population, including the part of it that is considered as "abnormal". New approaches, models and methods have emerged that have made it possible to deepen and concretize ideas about various variants of deviations, to differentiate new forms of "abnormal" development. In general, both mental and somatic state of children largely began to go beyond the limits of scientific ideas about the nature and variability of developmental deviations formed in the works of the early and mid-twentieth century. The concept of "border states" has also significantly blurred. Classical variants of impairments began to acquire features that cannot be analyzed from the standpoint of the binary methodology of the 20th century. This methodology was based on the concepts of "primary-secondary", "higher–elementary (lower) mental functions", "intellectual–affective", etc.

Despite the declared adherence to the principle of unity of normal and abnormal development, proclaimed by the classics of Russian psychology

P. Ya. Troshin (1915) and L. S. Vygotsky (1929), the majority of authors began to focus on a limited range of impairments or deviations in development. Psychology of emotional disorders, surdo- and typhlopsychology, psychology of mental retardation and developmental delay, psychology of post-traumatic states, deviantology and many other sections of clinical and special psychology of childhood are based on theories and methods formed within the framework of the approach to "abnormality" in a particular section.

This approach is not entirely successful, since the assessment of the development process and health disorders is not subject to strict regulation, on the one hand, due to the flexibility, dynamism of the development process (even with health disorders) and, on the other hand, due to an increase in the variability of health disorders, the expansion of the boundaries of the concept of "norm". The development of an interdisciplinary approach to the study of a child with health disorders is translated as a general methodological paradigm into the psychology of childhood (including its sections such as clinical and special child psychology). This is important for combining various narrow typological views and returning to the common methodological foundations of normative and deviant development.

In his works, L. M. Vekker (2000) noted that the insufficiency of general theoretical unity is becoming more and more obvious, and this requires the creation of a common conceptual apparatus capable of combining not only areas of scientific knowledge related to psychology (neurophysiology, general biology, sociology), but also other natural sciences and humanities.

Today we have come to a system of interdisciplinary knowledge and practices in working with children with health disorders, which reflects the principles of integrity, complexity and dynamism of the development of the psyche.

From the beginning of the 20th century to the present, Russian science has been paying special attention to the issues of impairment of the psychological, mental, neurological development of a child and has rich traditions in this field. The works of world-class scientists and their followers,

L. S. Vygotsky (2000), A. R. Luria (1963), A. N. Leontiev (1993), B. V. Zeigarnik (2000), S. D. Z Abramnaya (1986), A. V. Zaporozhets (1968), V. V. Kovaleva (1985), L. O. Badalyan (2009), I. Yu. Levchenko (2013), E. D. Khomskaya (2005), E. A. Strebeleva (2005) and others, allow us to consider domestic science as the leading one in the field of clinical psychology of child development in the modern world.

An outstanding contribution to the study of developmental disorders in childhood was made by L. S. Vygotsky (1986), who formulated a number of general theoretical findings on the model of mental retardation, which had a fundamental impact on all further study of developmental disorders. First of all, they include the position that the ontogenesis of a child with developmental problems obeys the same basic laws that characterize the ontogenesis of a healthy child. Thus, defectological science, when studying a child with developmental problems, was able to assimilate the numerous data accumulated by child psychology. L.S. Vygotsky also put forward a position on the primary defect most closely associated with damage to the nervous system, and a number of secondary defects reflecting disorders of mental development. He showed the importance and influence of secondary defects for the prognosis of development and the possibilities of psychological and pedagogical correction. This position formed the basis of the paradigm and the main vector of the development of knowledge about a child with developmental problems.

In Russian defectology, these arguments were further developed primarily in a number of theoretical and experimental studies closely related to the development of a system of education and upbringing of abnormal children [Zankov, 1935; Volkova, Shakhovskaya, 1998; Shif, 1969, et al.]. The psychological structure of a number of secondary defects in various developmental disorders of the sensory sphere and in mental retardation was studied, a system of their differentiated psychological and pedagogical diagnostics and correction was developed.

Another vector for the development of knowledge about children with health disorders and cognitive deficiency is child psychiatry. At different stages

of formation of this field of medicine, the problems of developmental anomalies occupied different places. At the stage of formation of child psychiatry as a branch of general psychiatry, there was a tendency to search for commonality and unity of mental diseases of children and adults. Therefore, the emphasis in research was placed on psychoses; health disorders were given the least attention.

With the formation of child psychiatry in Russia as an independent field of knowledge, the role of age, as well as of the mechanisms of the formation of symptom complexes due to impaired development as a result of the disease, have become increasingly important in the pathogenesis and clinical picture of the disease. [Sukhareva, 1955; Ushakov, 1973; Kovalev, 1985, etc.]. Clinical observations have shown the diversity and originality of the symptoms of developmental disorders in various mental pathologies. At the same time, while the object of defectological research was dysontogenesis, caused, as a rule, by an already completed disease process, child psychiatry accumulated a number of data on the formation of developmental anomalies during the current disease (schizophrenia, epilepsy), on the dynamics of dysontogenetic forms of mental constitution (various forms of psychopathies) and abnormal personality development as a result of the deforming influence of negative educational conditions (different variants of pathoharacterological personality formation). A number of clinicians [Kanner, 1965; Sukhareva, 1959; Lewin, 1936; Ushakov, 1973; Kovalev, 1985; Lebedinsky, 1985; Pravdina-Vinarskaya, 1987; Ivanov-Smolensky, 1952, et al.] proposed variants of clinical classifications of certain types of mental development disorders in children. A new impetus for the clinical study of the phenomena of dysontogenesis was the success in the field of pharmacology, which contributed to a significant reduction in the severity of mental disorders. The removal of the severity of psychopathological symptoms has led to an increase in the number of children capable of learning. Therefore, along with the task of expanding psychopharmacological care for sick children, the problem of psychological and pedagogical rehabilitation and correction is becoming more relevant and promising. Abroad, this trend has turned out to be so significant that

it even entered into an illegal antagonism with antipsychotic therapy: its followers characterized the latter as a factor inhibiting normal mental ontogenesis. The increasing role of psychological and pedagogical measures has led to the fact that along with the diagnosis of diseases, the diagnosis of individual disorders that hinder the acquisition of certain knowledge and skills and the mental development of the child as a whole is becoming increasingly relevant. The development of methods of differentiated psychological and pedagogical correction, in turn, stimulates further research into the mechanisms of formation of pathological neoplasms in the process of various variants of abnormal development [Chereneva E.A., 2010].

Thus, research in the field of domestic pediatric pathopsychology and defectology has shown a connection between the mechanisms of abnormal and normal development, as well as a number of patterns of systemogenesis of the so-called secondary disorders, which are fundamental for pathological development.

Domestic clinicians described the ratio of symptoms of the disease and developmental disorders in various mental illnesses. Comparison of the data accumulated in these fields of knowledge can contribute to a deeper understanding of health disorders in childhood and systematization of their psychological patterns [Isaev, 2003; Pevzner, 1963; Sukhareva, 1965, etc.].

If we turn to the history of research on disorders in child development, it is necessary to mention Schwalbe, who in 1927 first used the term "dysontogenesis", denoting by it deviations of the intrauterine formation of body structures from their normal development (see: [Ushakov, 1973]). Subsequently, the term "dysontogeny" acquired a broader meaning. It began to designate various forms of ontogenesis disorders, including the postnatal, mainly early period, limited to those periods of development when the morphological systems of the body have not yet reached maturity. As is known, almost any more or less prolonged

pathological effects on the immature brain can lead to impaired mental development. The manifestations of this disorder may vary depending on the etiology, localization, diffusivity and severity of the lesion, the time of its occurrence and duration of exposure, as well as the sick child's social conditions. These factors also determine the basic modality of mental dysontogenesis depending on whether vision, hearing, motor skills, intelligence, and the need-emotional sphere suffer primarily. In Russian defectology, the term "developmental anomaly" was adopted in relation to dysontogenies.

The study of the causes and mechanisms of the formation of dysontogenies of neuropsychiatric development has especially expanded in recent decades due to the success of genetics, biochemistry, embryology, neurophysiology. As is known, disorders of the nervous system can be caused by both biological and social factors. Among the biological factors, a significant place is occupied by the so-called brain malformations associated with the defects of genetic material (chromosomal aberrations, gene mutations, hereditary metabolic defects, etc.). A large role is assigned to intrauterine disorders (due to severe toxicosis of pregnancy, toxoplasmosis, lues, rubella and other infections, various intoxications, both of hormonal and drug-associated origin), pathology of childbirth, infections, intoxications and injuries, less often – tumor formations of the early postnatal period.

At the same time, developmental disorders can be associated with relatively stable pathological conditions of the nervous system, as is the case with brain failure due to chromosomal aberrations and many residual organic conditions; they can also occur due to current diseases (congenital metabolic defects, chronic degenerative diseases, progressive hydrocephalus, tumors, encephalitis, schizophrenia, epilepsy, etc.).

Immaturity of brain development and weakness of the blood-brain barrier cause increased susceptibility of the child's central nervous system to various hazards. As is known, a number of pathogenic factors that do not affect an adult cause neuropsychiatric disorders and developmental abnormalities in children. In childhood, there are such cerebral diseases and symptoms that adults either do not have at all, or they are observed very rarely (rheumatic chorea, febrile convulsions, etc.). There is a significant frequency of brain involvement in somatic infectious processes associated with insufficient brain protective barriers and weak immunity; the time of damage is of great importance [Lebedinsky, 1985; Pevzner, 1963; Sukhareva, 1965; Ushakov, 1973, et al.].

A large number of studies confirm the relationship of cognitive deficiency in children with perinatal disorders of various origins [Balabolkin, Kovanova, Ignatieva, 2009; Baranov, Kuchma, Tutelyan, Velichkovsky, 2006; Volgina, 2001; Mendeleevich, 2000] regardless of what types of pathology these disorders then transformed into. These include impairments in the structure of various parts of the brain; functional disorders, when obvious organic changes cannot be detected even with magnetic resonance scanning [Golosnaya, 2005; Dolgikh, 2007; Zavadenko, Suvorinova, Rummyantseva, 2006; Lokhov, Fesenko, Rubin, 2003, et al.]; microcirculation disorders in the vascular bed, when brain structures suffer from hypoxia with damage to the arterial and/or venous links of blood flow; and disturbances at the level of metabolic processes occurring in the central nervous system, resulting in damage to the interconnections between different parts of the brain [Brin, Dunaykin, Wozniakovich, 2006; Goncharova, 2009; Kozhushko, 2009; Machinskaya, 2006, et al.].

According to the survey of children with cognitive impairment (Institute of Age Physiology of the Russian Academy of Education), the absolute majority of cases of cognitive deficiency are diagnosed in children with a history of documented indications of a dysfunctional course

of maternal pregnancies, complicated or operative delivery, and developmental and health disorders in the first year of life [Morozova, Ratner, 2009; Shelkovsky, Studenikin, Balkanskaya, 2010; Chien, Schwarts, 2007]. In a broad sense, these are perinatal disorders. The prevalence of these disorders suggests the role of this pathology as the cause of the development of cognitive impairment. After birth, the consequences of traumatic brain injuries of varying severity and the consequences of viral or bacterial infections with damage to the central nervous system appear most often as causal and provoking factors [Karpov, 2010; Kudryashova, 2010; Khachatryan, 2003, et al.].

A theoretical analysis of the problems of cognitive deficiency in childhood showed that the variety of symptoms of mental retardation caused the appearance of classifications based on psychological and clinical signs. G. I. Troshin (1915) cites the types of mentally retarded individuals identified in the XIX century: apathetic, agitated, sensitive, fearful, etc. Naturally, these characterological features are not essential signs of mental retardation, according to which treatment, training and prognosis could be recommended.

To classify mental retardation, personality traits were used. B. Fish (1984) identifies four types of mental retardation based on the elements of mental defect (mental rigidity, distractibility, automatism of reactions, their repeatability, "lack of structure", etc.): aggressive, suspicious, submissive and apathetic. K. Schneider (1949), having divided mentally retarded persons into a boastful talker, an inveterate hypocrite, senselessly stubborn, and inert-passive, unwittingly showed the inconsistency of such an approach to systematization [Zamsky, 1995].

Individual symptoms or the clinical picture as a whole were also used as a criterion for distinguishing forms of mental retardation by other specialists [Freyerov, 1964; Zamsky, 1995, et al.].

In some classifications, one or another of the most striking symptoms is formally used to designate a clinical group, in others – by the name alone

one can already distinguish an attempt to penetrate into the essence of the basic impairments. But even in these latter cases, the groupings are most often random and inconsistent.

For the purposes of social and pedagogical prognosis, mentally retarded individuals were also systematized on the basis of their abilities for social adaptation or learning. Additional classifications have been created for this purpose. Th. Heller (1925) classifies them as follows.

Idiots are individuals who, from birth or from an early age, are so mentally defective that they are not able to protect themselves from ordinary dangers, just like small children, if left to themselves.

Imbeciles are those who are able to protect themselves from ordinary danger, but are unable to earn a living due to their mental defect, which is present from birth or from early childhood.

The mentally retarded are those who, under favorable conditions, are able to earn a living, but due to their congenital or acquired defect at an early age are not able to compete with normal individuals and satisfy their personal needs with sufficient understanding.

The main classifications are described in the works of D. N. Isaev (2003, 2013). The classifications of L. Rosenzweig and J. Long (1960) and others, based on the adaptability of mentally retarded persons to living conditions, are associated with IQ.

For the needs of teachers, the classifications of S. Ingram (1953) and J. Gandreau (1966) were created, that complement the assessment of intellectual inferiority and the degree of social fitness (by determining IQ) with the assessment of learning ability. In particular, they make it possible to identify children who are capable of studying in public or auxiliary schools, capable only of acquiring self-service skills or totally uneducable.

The classification developed in more detail distinguishes "subnormal", and among them "retarded subject to correction", "stupid", or "uncorrectable

retarded", "very stupid" or with pronounced learning difficulties due to mental disability. "Uneducable", in turn, are divided into "eligible for education" and "ineligible for education " [Cleugh, 1957].

L. Kanner (1965) divides the mentally retarded into three types. The first type, with "absolute dementia", includes individuals with "real" disorders of cognitive, emotional and constructive-volitional abilities. They could be recognized as mentally defective in all "cultural" conditions. These people are not capable of independent existence. Another type, with "relative dementia", refers to children with such conditions in which mental inferiority is determined by the peculiarity of "culture", i.e. the functional level of the psyche of these subjects varies depending on the requirements of life. Only the school requirements of a civilized society force them to be recognized as mentally retarded people, whereas in rural conditions they can be good workers. The third type includes individuals with "perceived dementia"; these are subjects who psychometrically can be evaluated differently than in life, depending on favorable or unfavorable circumstances. According to this systematics, only idiocy and imbecility can be diagnosed as mental retardation, and debility is already on the borders of norm and pathology.

A. Busemann (1959) separates imbecility from normal ability to learn at school and understands by imbecility intellectual development significantly below the norm, which in the main school age (1st - 4th grade) manifests itself as a lag of two to three years when performing tasks in tests.

Psychiatrists and educators are increasingly using a comprehensive approach, determining the ability to learn based on clinical data, social and emotional development, behavior in school and society. In order to create homogeneous groups for teaching, the number of degrees of learning ability of children is increased [Korobeynikov, 2002]. However, the narrow practical purpose of these classifications, and the lack of analysis of the structure of the intellectual defect make them

insufficient even for teachers. They reveal neither the most intact nor the most affected sides of the psyche and thus cannot help teachers in choosing methods of teaching for different types of children with mental retardation.

Another criterion for creating a systematics of mental retardation is the features of neurodynamic shifts as the basis of clinical symptoms. This approach assumes that the fundamental differences between some clinical forms of underdevelopment and others depend on the nature of pathophysiological mechanisms [Pevzner, 1963].

S. S. Mnukhin (1968) was the first in our country to use clinical and physiological analysis for this. He singled out a special group of uneven mental underdevelopment, which included children who were not capable of mastering school skills. He formulated the idea of asthenic, sthenic and atonic forms of oligophrenia. The criteria for this classification, in addition to clinical ones, were the constitutional features of higher nervous activity, on the basis of which one or another form of mental underdevelopment develops.

D. N. Isaev and co-authors conducted a detailed clinical, experimental and psychological, biochemical, and electroencephalographic analysis of the above-mentioned forms of mental underdevelopment, described an additional form of mental underdevelopment, identified and studied in detail the clinical variants of all four forms, formulating an idea of the systemic damage of the central nervous system. The relationship between the forms and underdevelopment of certain brain structures was established; the classification was based on the correlation of clinical and pathophysiological data [Isaev et al., 2003].

M. S. Pevzner (1959) identified five forms of oligophrenia based on the features of patients' neurodynamics. She believed that some had a widespread impairment of the mobility of the main nervous processes without disturbing their balance, while the underdevelopment of cognitive activity was not accompanied by a gross lesion of any of the analyzers or

disorder of the emotional-volitional sphere. The main pathogenetic mechanism was diffuse superficial cortical lesion. In other oligophrenic children, the inhibitory or excitatory process significantly prevailed, or they were both weakened. In these cases, the researcher associated the underdevelopment of cognitive activity with a deep impairment of cortical neurodynamics, which was manifested in patients with behavioral disorders and a sharp decrease in performance. Later, M. S. Pevzner (1963) linked the forms of oligophrenia not only with the peculiarities of neurodynamic disorders, but also with damage to some areas of the brain (frontal, parietal-occipital and auditory). In the first version of this classification, the localization of disorders of nervous processes was not sufficiently taken into account; subsequently, the affected areas and the nature of disorders in them were named generically. The clinical features attributed to them are either too diverse, or are limited to one or two manifestations.

In the second half of the 20th century, attempts were made to use electroencephalographic studies to systematize mentally retarded individuals in accordance with the features of the functional interaction of the cortex and the reticular formation. It was shown that in some cases, ascending activating influences prevail over descending ones; in others, the action of descending ones dominates over ascending ones from the reticular formation; in the third, the ratio of these influences may be in a state of unstable equilibrium [Ivannikov, 1998]. However, it is not explained why, with such a difference in cortical-subcortical relations, representatives of all three groups are mentally retarded. It is likely that the uncovered mechanism reflects the peculiarities of the affectivity of the subjects studied, while the neurodynamic shifts responsible for intellectual impairment remain undetected.

It is assumed that the clinical manifestations of health disorders and cognitive deficiency depend on the time of damage, on its localization and size, and this, in turn, leads to differences in cortical dysfunction and behavior. Hence the conclusion is made about the need

to study the types of mental underdevelopment based on studies of higher nervous activity, and not only on an etiological basis [Vaillant, 2000].

P. D. Harvey and M. Strassnig (2012), relying on a multifactorial analysis of sensory, motor, perceptual and complex mental functions, clinical and electroencephalographic studies, came to the conclusion that a certain dependence can be identified between the psychological and behavioral type of mental retardation and the structure of the disorder. The dysfunction of the reticular formation may be a factor of mental underdevelopment. The dysfunction of the reticular formation and corticofugal connections leads to types of underdevelopment characterized by a lack of attention, control of efforts and response initiative, as well as motor impairments. Hyperfunction of the thalamo-cortical projection system is responsible for the development of hyperreactivity in mentally retarded individuals. The results of this work confirm that there are no direct correlations between the etiology of mental underdevelopment and its symptoms. This also indicates that the systematics of mental retardation is possible only when studying clinical and physiological correlations, since symptoms are an external expression of certain neurodynamic shifts.

To understand the origin of mental underdevelopment and systematization of its forms, G. K. Ushakov (1973), and later V. V. Kovalev (1985) used the concept of dysontogenesis. Two types of mental dysontogenesis were identified: retardation (persistent mental underdevelopment) and asynchrony (uneven, disharmonic development, in which some mental manifestations lag behind, and others are ahead of the age level of development).

Further development of these ideas belongs to V. V. Lebedinsky (1985), who proposed the following variants of dysontogenesis: underdevelopment, delayed development, damaged development, deficit development, distorted development, disharmonic development. In this systematics, mental retardation (oligophrenia) is considered as a typical model of underdevelopment. Clinical and psychological structure of the defect in oligophrenia,

in his opinion, it is caused by the phenomena of irreversible underdevelopment of the brain as a whole and by the predominant immaturity of its cortex as the formation that is the most complex and maturing most late in ontogenesis.

Psychologists M. M. Semago and N. Ya. Semago (2005) made their contribution to the systematics of mental retardation. They attributed mental retardation to the group of underdevelopment (a variant of total underdevelopment) within the framework of their proposed typology of deviant development.

By Order of the Ministry of Health of Russia No. 311 dated 08/26/1999, "Models for the diagnosis and treatment of mental and behavioral disorders" were approved. The classification in this model was based on the International Classification of Diseases (ICD-10) published in 1992. In the section /F70–F79/ "Mental retardation" (the definition of "mental retardation" from this section is given in Chapter 1), it is recommended to use the following sections:

- mild mental retardation (F-70);
- moderate mental retardation (F-71);
- severe mental retardation (F-72);
- profound mental retardation (F-73).

The presence of mental retardation does not exclude additional diagnoses encoded in other sections of the classification.

Diagnostic guidelines are formulated there to facilitate the use of this classification: intelligence is not a single characteristic, it is evaluated on the basis of a large number of different more or less specific skills. Although each person has a general tendency to develop all these skills at a similar level, there may be significant differences, especially in mentally retarded individuals. Such persons may have severe mental retardation disorders, showing higher productivity in one particular area (for example, on simple visual-spatial tasks). This situation makes it difficult to diagnose mentally retarded persons. The definition of the intellectual level should be based on all the available information,

including clinical data, adaptive behavior (taking into account cultural characteristics) and productivity on psychometric tests.

In addition, as clinical practice shows, the cause of cognitive deficiency in childhood is a combination of several factors of psychological and biological harms.

At the same time, the identification of individual syndromes or forms of mental underdevelopment by etiology and pathogenesis in correlation with the peculiarities of the formation of functional systems already gives significant results in their prevention and treatment. Based on the syndromological principle, M. S. Pevzner identifies four clinical variants of mental retardation (MR) [Pevzner, 1963].

1. Psychophysical infantilism with underdevelopment of the emotional-volitional sphere with intact intellect. In this case, there is a slow formation of emotional-volitional regulation, rapid exhaustion, uneven effect of memory, attention. With this type of MR, the infantilism of the psyche is often combined with an infantile type of physique, with the "childishness" of facial expressions, movements, and the predominance of immature emotional reactions in behavior.

2. Psychophysical infantilism with underdevelopment of cognitive activity. During classes, children are sluggish, apathetic, unproductive. Headaches, increased fatigue may occur. Play behavior in general is not very emotional, often it is not correlated with the task as a whole. The dependence on the subject conditions of activity is pronounced. In this case, the function of mental activity control suffers more than other functions.

3. Psychophysical infantilism with underdevelopment of cognitive activity, complicated by neurodynamic impairments. Features of this type of infantilism are often combined with irritability, increased excitability, motor unrest, restlessness. There may be a manifestation of opposite tendencies: lethargy, passivity, but they are always more acute than in the norm. Somatovegetative reactions may be observed.

4. Psychophysical infantilism with underdevelopment of cognitive activity, complicated by underdevelopment of speech function. Children with this form of MR have difficulty understanding complex, multi-step instructions. The vocabulary is limited. The weakness of verbal regulation of actions is noted.

In the third and fourth variants of MR, both control and programming of activities suffer. This leads to a low level of mastery of all types of activities, including speech and educational.

In practical work with children with MR, the classification of K. S. Lebedinskaya is more widely used, which was developed on the basis of the etiopathogenetic approach [Lebedinskaya, 2005]. When organizing our research, we also used this classification.

1. Mental retardation of constitutional origin (harmonic, mental and psychophysical infantilism). Infantile mentality often corresponds to an infantile type of physique with childlike plasticity of the psyche and motor skills. Harmonic psychophysical infantilism is a certain delay in the pace of physical and mental development of an individual, expressed in the immaturity of the emotional-volitional sphere, affecting the behavior of the child and their social adaptation. V. I. Garbuzov notes that the prerequisites for mental infantilism are created by constitutional-genetic, endocrine-hormonal factors, hypoxia or infectious-toxic hazards during pregnancy, asphyxia during childbirth, severe infectious diseases in the first months of life. Egocentric or anxious-hypochondriac upbringing contributes to its development. The features of emotional and personal immaturity come to the fore in the structure of the defect. The infantilism of the psyche is often combined with an infantile type of physique, with the "childishness" of facial expressions, motor skills, the predominance of emotional reactions in behavior, gaming interests, suggestibility and lack of independence. Play activities for children are the most attractive, unlike educational ones.

They do not like and do not want to study. These features complicate social adaptation, including school.

2. Mental retardation of somatogenic origin occurs in children with chronic somatic diseases of the heart, kidneys, endocrine system, etc. Children are characterized by the phenomena of persistent physical and mental asthenia, which leads to a decrease in performance and the formation of personality traits such as timidity and fearfulness. Children grow up in conditions of restrictions and prohibitions, the circle of communication narrows, the stock of knowledge and ideas about the surrounding world is not replenished enough. Secondary infantilization often occurs, traits of emotional and personal immaturity are formed, which, along with a decrease in working capacity and increased fatigue, do not allow the child to reach the level of the age-related development.

3. Mental retardation of psychogenic origin. With the early occurrence and prolonged exposure to traumatic factors, persistent shifts in the neuropsychic sphere of the child may occur, which leads to neurotic and neurosis-like disorders, pathological personality development. K. S. Lebedinskaya (2005) notes that various variants of improper upbringing lead to various forms of psychogenic infantilism: in conditions of neglect, personality development of an unstable type can be observed, impulsive reactions prevail in the child, as well as inability to slow down their emotions. In conditions of overprotection, psychogenic MR manifests itself in the formation of egocentric attitudes, inability to make volitional efforts, to work. In the traumatic conditions of upbringing, where cruelty or rude authoritarianism prevail, neurotic personality development often occurs. At the same time, some children have negativism and aggressiveness, hysterical manifestations, while others are characterized by shyness, fearfulness, fears, mutism. In the above-mentioned variant of MR, impairments in the emotional-volitional sphere, a decrease in working capacity, and the lack of formation of voluntary regulation of behavior also come to the fore.

4. The delay in mental development of cerebral organic origin is the most difficult group in terms of diagnosis and correction of MR. This form is most common in childhood and is the most persistent. It necessarily implies an impairment of intellectual functions, the inferiority of the emotional-volitional sphere, physical immaturity. Often this condition, bordering on mental retardation, is determined by an organic lesion of the central nervous system in the early stages of ontogenesis. MR is associated with subsequent, exogenous brain injuries that affect the period when the differentiation of the main brain systems is already largely advanced and there is no danger of their gross underdevelopment. MR of cerebral-organic genesis is conditionally divided into two main groups: with the predominance of organic infantilism phenomena; and with the predominance of cognitive disorders (in children, immaturity traits are combined with signs of damage to the nervous system). Psychiatrists describe a variety of clinical variants of mental infantilism.

V. V. Kovalev (1985) considers cerebrastenic infantilism to be easier variants, in the clinical picture of which emotional immaturity is combined with increased intellectual exhaustion, fatigue, low working capacity, somatovegetative disorders. In some cases, clinicians associate the mildest forms of mental immaturity with the so-called secondary infantilization that occurs when a child is brought up incorrectly in a family. According to I. I. Mamaichuk (2001), cerebral-organic infantilism is of greatest importance for special psychology, as the clinical manifestations of this condition reflect damage to the nervous system due to the pathology of pregnancy and childbirth, neuroinfections and intoxications in the first years of a child's life. In these cases, the signs of organic damage and immaturity of the nervous system are closely intertwined and permeate the structure of both emotional disorders and impairments of intellectual functions. Different researchers evaluate in different ways

the general structure of cognitive disorders in this group of children. Some believe that cerebral-organic infantilism is more often combined with a more pronounced defect of intellectual functions, and consider it more reasonable to study it within the framework of mental retardation [Mnukhin, 1968; Isaev, 2003].

Their opponents draw on the fact that the same type of emotional disorders can be combined with structurally different intellectual impairments. Therefore, finding a qualitative difference in the structure of cognitive disorders in oligophrenia and MR of cerebral-organic origin, they insist on a more independent assessment of the nature of emotional-volitional and intellectual impairments [Lebedinskaya, 2011; Ulienkova, 2001, et al.]. There is an opinion based on the data of some catamnestic studies that as a child grows up, the features of organic infantilism observed in them tend to soften, while signs of intellectual insufficiency begin to come to the fore more clearly [Pevzner, 1963; Zabramnaya, 1996; Rubinstein, 2002; Zvereva, 2015, et al.].

In general, the classification of K. S. Lebedinskaya (2011) combines the consideration of the influence of both biological and sociopsychological factors on the development of a child with MR. The classification of V. V. Lebedinsky (1985) used so far is based on qualitative, irreducible features of mental development disorders: developmental delays; pronounced disproportion (asynchrony) of development; isolated damage; loss of individual functions.

The main typological criteria of this approach (identified by L.S. Vygotsky) are the following parameters:

– functional localization of impairments (particular defects caused by the deficiency of individual functions, and general ones associated with the impairment of subcortical regulatory systems and cortical (intellectual) systems);

- the time of the lesion, which determines insufficiency (in case of early damage to functions) or true damage (in case of the disruption of the structure of functions);
- the relationship between primary and secondary (according to L. S. Vygotsky) defects. Depending on the location of the primary defect, the direction, the vector of secondary underdevelopment, can be "bottom-up" or "top-down", which determines the qualitative originality of dysontogenesis;

Impairment of the cross-functional interactions of brain activity is one of the subjects of modern studies of cognitive deficiency in childhood. An impairment of normal ontogenesis is considered, when temporary independence, characteristic of the early stages of ontogenesis, turns into isolation, associative connections are transformed into pathological fixation (in cognitive activity, these are inert stereotypes), and complex cross-functional hierarchical connections acquire a pathological form — asynchrony of development. The latter, in turn, is divided into retardation (delay or suspension of mental development) and acceleration (pronounced advance of the pace and timing of the development of some functional systems compared to others).

Based on these criteria, V. V. Lebedinsky (1985), combining the previous classification approaches, identified three typological groups of dysontogenesis [Chereneva E.A., Litvinova A.G., Antoshechkina G.K., 2019].

The first group includes deviations in the form of developmental delays. In this group, the author identifies *underdevelopment* and *delayed* development. The second group includes deviations, the leading feature of which is disproportionality (asynchrony) of development: *distorted* and *disharmonious* types of development are distinguished. In the third group, determined on the basis of the presence of damage (breakdown or loss of functions or functional systems), the author refers to *damaged* and *deficient* development. The latter, in our opinion, mistakenly includes speech disorder, which is put by V. V. Lebedinsky on a par with hearing and visual impairments. Unfortunately,

further differentiation of the types of dysontogenesis loses its psychological aspects and actually becomes a nosological medical classification (although with an attempt at a psychological explanation). Such a departure from the psychological determination of typology is rightly criticized by a number of authors. In addition, in the typology of V. V. Lebedinsky, which was created in the early 1980s and has not actually been refined and revised since then, there was no place for a certain number of variants of deviant development that "manifested" at the end of the 20th century.

Among the most interesting modern classification approaches that can be attributed to the typologies of the causal type, the functional-level approach of S. A. Domishkvich (2005) should be noted, as well as the classification based on this approach and developed by E. L. Idenbaum (2011). The classification grounds are the degree of severity of developmental difficulties and their systemacity. The author connects the most important levels of analysis of the causes and features of mental dysontogenesis: neurophysiological organization, emerging mental processes, dynamic characteristics of activity and phenomenological features. Such difficulties are legitimately associated by E. L. Shepko with disorders of socio-psychological adaptation, the degree of which is the leading indicator in the assessment of mental health as an integral indicator of the positive process of mental development. Within the framework of this approach, three categories of developmental disorders are distinguished:

- with absolute developmental difficulties;
- with systemic difficulties (in the authors' understanding – a borderline group between norm and pathology), which consist in a combination of disorders related to various spheres and components of mental activity, difficulty in forming a variety of mental functions;
- with individual or partial developmental difficulties, i. e. "the peculiarity of formation of individual mental functions or components, while there is conformity with the age standards for most parameters

of mental development and there are no deviations in activity and behavior that significantly impair social adaptation" [Idenbaum, 2011].

Other classification criteria are as follows: the severity of manifestations of deviations; the degree of involvement of all spheres and components of mental activity; the place of specific disorders in the overall structure of personality; the effectiveness of treatment and correctional and developmental measures, as well as the degree of social maladaptation.

In turn, each group is divided into types depending on the prognosis of socialization, the nature of difficulties (for example, for children with partial developmental difficulties, difficulties of "physiological", "quasi-psychological" and "psychological" nature are distinguished), the degree of cognitive and affective well-being.

As one of the modern causal typologies, it is necessary to mention the approach of A. V. Semenovich, focused directly on the features characterizing the brain organization of the psyche ontogenesis in the maladaptive part of the child population, which is based on the division into "unformedness syndromes", "deficiency syndromes" and "atypia of development" [Semenovich, 2001].

At the same time, the following variants of impairment in functional genesis are considered:

- functional unformedness of prefrontal (frontal) brain regions;
- functional unformedness of the left temporal region;
- functional unformedness of interhemispheric interactions at the transcortical level (corpus callosum);
- functional unformedness of the right hemisphere of the brain;
- functional deficiency of subcortical formations (basal nuclei);
- functional deficiency of brain stem formations; dysgenetic syndrome;
- atypia of mental development.

Each of the syndromes determines the uniqueness of the totality of mental phenomenology, i.e., "an integral ensemble of the child's mental activity, capable of adequately responding to the demands that the surrounding world makes on them" [Semenovich, 2001, p. 108].

It is important for us that the qualification of the current mental status, the determination in retrospect (including the intrauterine period) of the time and place of the "breakdown", the correlation of the child's development situation with age standards and the ideal level of development of all mental functions are described not only in the language of mental processes, but primarily in the language of neuropsychology.

As a result, an integrative status is formed, which, according to A. V. Semenovich, makes it possible to choose adequate developmental and correctional programs that correspond to the nature of the child's ontogenesis.

V. M. Sorokin (2003) identifies criteria that can be the basis for constructing a typology of deviant development:

- time of occurrence (congenital, including hereditary and acquired impairments);
- degree of reversibility (irreversible, partially reversible and practically reversible);
- the predominance of biologically or socially determined causes.

In their fundamental monograph "Typology of deviant development" N. Ya. Semago and M. M. Semago (2005) distinguish three types of underdevelopment, differing both in nature and severity of impairments:

- total underdevelopment;
- partial underdevelopment of individual components of mental activity;
- delayed development.

Thus, the theoretical analysis of the phenomenology of health disorders in children with cognitive impairments showed new approaches, models and methods that made it possible to deepen and concretize ideas about

different variations of deviations and to differentiate new forms of "abnormal" development [Chereneva E.A., 2015]..

In general, as the analysis shows, the mental and somatic conditions of children have largely begun to go beyond the limits outlined in the mentioned works. The concept of "border states" has also significantly blurred. Classical variants of impairments began to acquire features that cannot be analyzed from the standpoint of the binary methodology of the 20th century, since this methodology was based on the concepts of "primary–secondary", "higher–elementary (lower) mental functions", "intellectual–affective" and other approaches. And this, in turn, forms new conceptual paradigms for creating models of development analysis.

1.2 Psychophysiological features of self-regulation in children with cognitive deficiency

Self-regulation (a set of voluntary movements united by a single goal) is one of the most complex mental functions of a person. Their morphophysiological basis is complex functional systems – hierarchically organized, including many levels and sublevels, characterized by a complex and multi-layered afferent and efferent composition, conditioned-reflex by origin, fully formed during lifetime, like other higher mental functions.

I. M. Sechenov (1952) was the first to characterize self-regulation (voluntariness) as a mental phenomenon. All the external activity of a person, including the highest voluntariness associated with the motives of duty, love for the Motherland, etc., was considered by him as reflexes that begin with sensual arousal, and not at the behest of an abstract will. I. M. Sechenov paid special attention to volitional (voluntary) human activity, highlighting in it not only

physiological, but also psychological mechanisms. In this regard, he wrote: "The will has the power to use in each given case not only the form of movement that most corresponds to it, but any of all that are generally known to man... The will is not some impersonal agent that disposes only of movement, it is also the active side of reason and moral feeling, controlling movement in the name of one or the other and often in spite of even the sense of self-preservation... This is the vividly realized possibility expressed in the words "I want and will do", and this is the seemingly impregnable citadel in which the ordinary doctrine of voluntariness sits" [Sechenov, 1952].

The deep meaning of the characteristic of the will given by I. M. Sechenov, is the assertion of the indissoluble dynamic unity of the really existing three peculiar sides of the integral human psyche. It is this unity that reflects the depth of the characteristic of the will according to Sechenov, and it has not only very important theoretical meaning, but also practical significance for solving the tasks of educating a person, in particular, improving their will.

If we consider the self-regulation of activity as a mental process, then the characteristic will be incomplete without referring to the physiological mechanisms of the problem under consideration. Experimental studies of P. K. Anokhin (1997), I. P. Pavlov (1951), I. M. Sechenov (1952) convincingly proved that the psyche has a conditione-reflex nature.

The physiological mechanisms of volitional regulation of behavior have not been sufficiently studied. However, based on the works of I. P. Pavlov (1951) studying the mechanisms of regulation of voluntary motor acts and emotional states, it can be said in the most general form that volitional manifestations are the product of systemic brain work, in which the leading role is played by "second–signal control impulses" of a tonic and inhibitory nature. They selectively affect the occurrence of foci of dominant arousal in various areas of the cerebral cortex, the movement of ascending and descending impulses to and from the cortex and thereby regulate the course of mental activity. The vegetative and

motor functions of the human body, and consequently, volitional actions and deeds are the external manifestations of the human's will. They represent complex afferentiated movements associated with signals coming from various analyzers, among which the kinesthetic is the basic one. Kinesthetic cells of the cortex, as suggested by I. P. Pavlov, form a conditioned connection with the motor cells of the cortex, from which the pyramidal efferent pathways begin, and thus provide systemic regulation of voluntary movements by the brain.

To date, physiology has accumulated a wide variety of data about the involvement of certain areas of the cerebral cortex in the mechanisms of voluntary control. The great complexity of afferent mechanisms of voluntary movements was described by I. M. Sechenov (1951), I. P. Pavlov (1952), N. A. Bernstein (1961), P. K. Anokhin (1997) and other Russian physiologists, who showed that voluntary movements include in their afferent mechanism a variety of types of afferentation, among which kinesthetic is the basic one. These works refuted the point of view that voluntary motion control depends only on effector motor centers.

I. P. Pavlov (1952) was the author of the statement about man as a system that is highly self-regulating, self-improving and self-developing. New discoveries of higher nervous activity bring us close to a scientific understanding of the physiological foundations of volitional activity.

S. I. Beritov (1961) wrote that voluntary human movements are characterized by the presence of conscious goals that are set to meet personal and social needs through verbal planning of activities. A characteristic feature of voluntary acts is not only their conscious nature, but also their connection with the second signaling system: involuntary, according to the author, can be made voluntary, but this is achieved with the help of the second signaling system. According to the principle of conditioned reflex, a person develops an ability to reproduce a certain motor representation based on a verbal signal,

and, a certain motor act based on it.

The functional structure of the self-regulation process is revealed in the works of A. N. Leontiev (2011), A. R. Luria (1962), L. S. Tsvetkova (1995) and others and is based on the scientific concepts of P. K. Anokhin (1997), N. A. Bernstein (1961), I. P. Pavlov (1952) about the principle of reinforcement, ring regulation, acceptor of action, evaluative information as the basis for correcting purposeful acts, self-control operations as a link of regulation that turn self-regulation into a closed process.

The formation of neuropsychological mechanisms of voluntary self-regulation is provided by the functional interaction of three brain blocks forming a common structural and functional model of brain work described in A. R. Luria (1962). The activation components of any mental activity are provided by an energy block responsible for the processes of nonspecific activation; the information block is responsible for the processes of receiving and processing information coming from outside, which provides information components of activity, orientation in external and internal space; the regulatory block is responsible for the processes of managing individual types of mental activity and programming behavior in general.

According to the definition of Yu. B. Nekrasova (1994), the control and regulation of human activity is carried out by the nervous system, including both voluntary and involuntary control and regulation. Voluntary control, according to N. I. Zhinkin (1958), is such an action that a person can carry out according to their plan, verbal instruction or desire. Involuntary control of an action is one that a person cannot perform by their own design or desire. Russian physiologists [Anokhin, 1978; Bernstein, 1966; Pavlov, 1952, et al.] showed that the basis of voluntary control is a complex system of afferent-efferent connections.

The greatest contribution to the development of the theory of the systemic dynamic localization of higher mental functions that determine self-management by human activity was made by A. R. Luria (2013). According to the scientist, the first functional block of the brain – the energy one – includes the reticular formation, subcortical formations and participates in the appearance of a motive and setting the goal of activity. The second block includes the cortex of the posterior parts of the large hemispheres and is the main apparatus of the brain responsible for performing gnostic processes. The third block includes the frontal lobes of the cerebral cortex and provides programming of activities, monitoring of its execution in connection with the tasks assigned.

Studying patients with local brain lesions, A. R. Luria (1963) clarified the specific composition of those cortical zones that participate in the brain organization of voluntary motor acts. He found that: the motivation of activity is due to the functioning of the frontal lobes of the cerebral cortex; the organization of activity in time, its programming and control over the implementation of the program are carried out with the help of premotor and prefrontal areas of the cortex; the analysis of afferentations coming from the organs of movement is provided by the postcentral parietal zone; visual control, spatial organization of movement are provided by the posterior occipital and parietal-the occipital cortex of the large hemispheres; the temporal zones (primarily of the left hemisphere) provide auditory-speech afferentation, and also participate in all acts that occur with the participation of external and internal speech. Thus, many cortical zones can participate in voluntary activity management based on interhemispheric interaction.

According to the scientist, the efferent (executive) mechanisms of voluntary activity include two interconnected and at the same time autonomous motor systems: pyramidal and extrapyramidal, the cortical sections of which form a single sensorimotor zone of the cortex. The pyramid system is phylogenetically younger, and its development in humans is primarily due to

the occurrence of voluntary movements. It is responsible for the regulation of discrete, precision (dosed in time and space) movements, completely subject to voluntary control. The extrapyramidal system is more ancient than the pyramidal system, and is mainly responsible for the regulation of tone, that is, the background on which phasic short-term motor acts are carried out. The extrapyramidal system controls mainly the involuntary components of voluntary motor acts.

E. P. Ilyin (2000) points out that voluntary control is multi-level, since it is caused both by the activity of the higher parts of the brain – integrative, second-signal, etc., and by simpler control mechanisms classified as involuntary (unconditionally and conditionally reflex). In his opinion, voluntary actions are not completely conditioned reflex primarily because they are motivated actions. Self-stimulation, that is, the initiation of voluntary actions, is carried out using second-signal commands. However, in general, voluntariness does not imply only speech control of behavior, since it also depends on representations (images) as a regulator of actions.

Thus, self-regulation is carried out with the participation of both voluntary and involuntary brain mechanisms that form a single functional system. This fact is reflected in the representations of N. A. Bernstein (1966) on the levels of the construction of movements. According to his concept, any movement is a complex multilevel system, where each level has its own afferentation and its own set of adjustable parameters. N. A. Bernstein identified five levels of movement construction that combine voluntary and involuntary control mechanisms into a single system: rubrospinal and thalamopallidar, responsible for involuntary regulation; pyramidal-striatal, parietal-premotor and cortical "symbolic", related to the regulation of voluntary motor acts.

Voluntary management is also connected with the organization of voluntary attention. This involves special "adversative" zones of the cortex of large

hemispheres: premotor and parietal-occipital. Thus, it can be concluded that voluntary control is associated with the work of almost the entire cerebral cortex.

In addition to voluntary attention, self-management is conditioned by many other aspects of mental activity. The dependence of voluntary regulation on the emotional sphere is indicated by E. P. Ilyin (2000).

The idea of I. P. Pavlov on the reflex arc as a physiological mechanism for controlling behavior was subsequently improved by the position of N. A. Bernstein (1966) on the reflex ring. But of particular importance in the awareness of the mechanisms of voluntary management of activities belongs to the works of P. K. Anokhin (1997). In particular, he developed a scheme of functional systems for controlling human actions, which includes five blocks: a) a block of afferent synthesis; b) a block of decision-making; c) a block of drawing up an activity program; d) a block of execution and obtaining a result; e) a feedback block that provides information about the results of the action performed.

The block of afferent synthesis, according to the author, is carried out with the interaction of four factors: trigger afferentation; situational afferentation; memory and motivation. Trigger afferentation is associated with the activity of analyzers and has the task of determining the significance of this signal for a person. Then there is a comparison of the trigger afferentation with the situational one, which informs about the state of the person himself, about the external situation. Motivational arousal is caused by the activity of the cerebral cortex, arises on the basis of a need and implies the appearance of information about objects that can satisfy this need. Thus, the afferent synthesis block implies setting a goal and determining the conditions for achieving it.

The implementation of the decision-making block is due to the conviction or, conversely, the doubt of a person in the correctness of the decision made. The block of drawing up the activity program is aimed at determining the means and sequence of actions necessary to achieve the goal.

Therefore, like the previous one, the programming block is associated with a person's ability to make probabilistic predictions, memory and emotions.

Programming is followed by the implementation of the block of execution and receipt of results of activity, and later – and the feedback block. The implementation of the latter implies an analysis of the quality of the program and, if necessary, its adjustment. In this regard, the ability of a person to self-control activities becomes important. Summarizing the results of many studies, E. P. Ilyin (2000) notes that self-control is carried out with the help of "feedback", which includes an external control ring associated with the activity of analyzers, performing control over the result of activity, and an internal ring located completely inside the body and aimed at controlling the nature of activity. P. K. Anokhin (1997) sees in the implementation of self-control the mechanism of reverse afferentation - the apparatus of comparison ("acceptor of action"). The functioning of this mechanism consists in the fact that first there is an establishment of the degree of achievement of the desired (programmed) result of activity in comparison with the actual result obtained. Further, on the basis of "motivational impulses" (according to N. A. Bernstein (1966)) or "sanctioned afferentation" (according to P. K. Anokhin) there are three possible scenarios for the development of the situation: a) the activity stops if there is no mismatch, i.e. the goal is achieved; b) the activity continues if the program is not fully implemented; c) the program is adjusted if there is a mismatch. Thus, self-control is performed mainly involuntarily, with the exception of only evaluating the results, comparing and adjusting the activity program.

To analyze self-regulation in children with intellectual development disorders, the clinical and psychological characteristics of oligophrenia developed by M. S. Pevzner are used, which characterizes mental retardation as a persistent underdevelopment of cognitive activity due to diffuse

damage to the cerebral cortex [Pevzner, 1963]. This approach provides an understanding of the defect structure and the mechanism of voluntariness formation.

Long-term special clinical studies by M. S. Pevzner have revealed a number of qualitatively peculiar variants of the defect that characterize self-regulation: 1) oligophrenes with a balanced ratio of the main nervous processes; 2) oligophrenes with a predominance of inhibition; 3) oligophrenes, in the general clinical picture of which there is a significant predominance of arousal. This knowledge about the features of higher nervous activity gives us methodological grounds for developing models of developmental disorders.

As M. S. Pevzner pointed out, children are oligophrenic with a balanced ratio of the main nervous processes in the presence of features that characterize all children with impaired intelligence (difficulties in assimilation of educational material, especially the one in which distraction and generalization play a significant role; the easy occurrence of inert verbal stamps; the difficulty of transition from one form of intellectual operation to another or from they are the most organized, easily amenable to pedagogical influence, their attention is relatively stable, they are active, have good working capacity, can work on one task for a long time without needing additional stimulation and at the same time show relatively high productivity. Children of this group do not show significant behavioral disorders.

Children of the "retarded" group are extremely sluggish, inhibited, apathetic, passive, do not show initiative, constantly need additional stimulation, reinforcement of activity, repetition of instructions. They are inactive in movements, they are motorically constrained. Periodically, special conditions manifest themselves, which are expressed in a sharp drop in tone. Finding out the emotional and volitional characteristics of these children is difficult due to their extreme inhibition.

The educational activity of the children of the "retarded" group also has its own specific features. For example, such children in the classroom are not immediately included in the performance of tasks, their performance is low, the level of productivity is very low, as a rule, below the level of their potential, often during the activity they completely disconnect from the task.

Unlike these two groups of children, "excitable" oligophrenes are motor restless, extremely impulsive, disinhibited. In addition, their behavior attracts attention to the extreme instability of activity: they react quickly to all stimuli, especially those that reappear, but do not linger on any of them, jump from subject to subject, are very distracted.

In a learning environment, they need a constant transformation of impulsive reactions. At the same time, it is very difficult to delay these reactions to all the agents of the situation and to focus the attention of excitable children on one thing. The working capacity of these children is low. The described features are manifested in these children constantly, in all conditions.

The clinical differentiation proposed by M. S. Pevzner has been reflected in many physiological studies. A. G. Ivanov-Smolensky (1952), accepting the division of children with oligophrenia into "excitable" and "inhibitory", indicates that the physiological basis of the clinical features of children of the torpid group ("inhibitory" oligophrenes) is a pronounced insufficiency of the irritable process, and the features of "excitable" children are explained by the fact that they suffer mainly from the process of torsion.

In physiological studies of children with oligophrenia of varying degrees – from the deepest to relatively light [Sukhareva, 1965; Pevzner, 1963] – a number of features of the higher nervous activity of the "excitable" and the "inhibitory" group.

Many clinicians have found that there are a number of additional developmental abnormalities against the background of physiological abnormalities common to all

oligophrenes. These features manifest themselves more or less vividly depending on the severity of the disease. Previously published works [Lubovsky, 1978; Lyapidevsky, 1978, Isaev, 2003, etc.] are devoted to a detailed consideration of these features. Let's briefly summarize these features.

1. All children with cognitive insufficiency differ from healthy children by some weakness of the main nervous processes, especially internal active inhibition. The latter manifests itself primarily in the instability of differentiations and the difficulties of developing the most complex of them. The weakness of the irritable process manifests itself in the difficulty of forming several conditioned reflexes at the same time. In some cases, the rapid exhaustion of the excitation process is detected, which manifests itself in a fall or in an increase in conditional reactions.

2. Characteristic of cognitive deficiency is pathologically enhanced irradiation of nervous processes, which manifests itself in a number of factors, primarily in the broad generalization of stimuli, impaired (poor) stabilization of conditioned reactions, strong sequential inhibition, etc. Increased irradiation is associated with the weakness of nervous processes.

3. There are manifestations of increased negative induction in children with cognitive impairment.

4. An essential feature of the higher nervous activity of children with cognitive deficiency is inertia, especially pronounced at the level of the second signaling system. It manifests itself in tonic motor reactions, superfluous movements of a perseverative nature, incomplete transformation of the conditional meaning of stimuli, restoration of old conditional connections without reinforcement, in the practical impossibility of converting verbalized communication systems, etc. At the level of the second signal system, gross inertia of old verbal connections (in reports), perseverations in speech reactions, ease of formation of verbal stereotypes, inertia of verbal connections after the transformation of direct conditional reactions are detected.

The peculiarity of the higher nervous activity of children with cognitive deficiency has a direct connection with the organization of activity and self-regulation of behavior. Clinicians and teachers have noted some specific features of the general behavior and activity of different groups of mentally retarded children. Such specific differences between individual groups of children persist within a more limited category of children with intellectual disabilities. At the same time, these features have no direct connection with the depth of mental retardation. The same features, only more or less pronounced, can be noted in individual children with both mild and pronounced degrees of mental retardation. Taking into account these features, revealing their physiological mechanisms are of great importance for building a scientifically based individual pedagogical approach to children with intellectual disabilities.

We will turn to the concept of domestic researchers of the emotional-volitional sphere of children with cognitive deficiency in various clinical variants.

D. N. Isaev (2003) identifies three groups of mentally retarded students with psychopathic behavior. The first group consists of children with psychopathic personality traits, the peculiarity of whose behavior is detected already in pre-school age, but in adolescence rudeness, irritability, mood swings come to the fore, there is an increase in sexual drives. The second group includes students with psychopathic syndrome of organic origin, motor disinhibition, limited ability to purposeful activity, increased fatigue, exhaustion, superficiality of emotional manifestations, violent affects, mood fluctuations. The third group of children with psychopathic syndrome, formed under the influence of unfavorable conditions of education and upbringing, is characterized by motor anxiety, irritability, resentment, distrust, negativism, a tendency to vagrancy

and lies. Behavior disorder in asthenic syndrome is characterized by affective instability, depressed mood, restlessness, fussiness, psychomotor disinhibition, protest reactions: screaming, crying, aggressive and destructive actions. Children and adolescents with mental retardation in combination with neurosis-like syndrome are characterized by capriciousness, excitability, increased fatigue, vegetative disorders. For mentally retarded students in combination with dysphoric syndrome, sudden mood swings, affective discharges accompanied by aggression, destructive actions are characteristic.

Autism syndrome with mental retardation in children is characterized by a lack of need for communication, inappropriate behavior.

Hyperkinetic syndrome in mentally retarded children is characterized by increased motor activity, the presence of impaired concentration, insufficient persistence in activities requiring intellectual tension, poorly regulated activity, impulsivity.

Various forms of behavioral disorders are often found in children with cognitive deficiency in combination with cerebrastenic and hypertensive syndromes.

Cerebrastenic syndrome is manifested by general mental unbearability, inability to prolonged tension, prolonged concentration of attention. When overstressed, children become sluggish, apathetic or, conversely, disinhibited, irritable.

Hypertension syndrome, a syndrome of increased intracranial pressure, occurs in connection with cerebrospinal fluid disorders. It is accompanied by headaches, dizziness and an impairment of general well-being, exhaustion increases and performance is sharply impaired. Children become motor disinhibited, restless and sluggish. Mental retardation is often complicated by psychopathic personality traits.

Cognitive deficiency in combination with psychopathic personality traits are usually accompanied by more severe and persistent behavioral disorders, leading to social maladaptation. O. E. Freyerov (1964) identifies four forms of personality formation disorders (psychopathies) in children with mild mental retardation: excitable, hysterical, unstable, asthenic.

The most common is mental retardation in combination with psychopathic personality traits by the type of excitability, when there is an evil-negativistic attitude towards others, conflict, cruelty, rude demagogic behavior in a team, persistent and uncorrectable indiscipline. With mental retardation with hysterical features of a pathological nature, a lowered mood background, a negative attitude towards others, hysterical discharges with a tendency to attract the attention of others, buffoonery and clowning in an inappropriate environment prevail. Unstable character in mental retardation is less common and is characterized by instability of interests and motives, rapid change of desires and aspirations, frequent mood swings with a predominance of elevated. Mental retardation with psychopathic features of the asthenic type is relatively uncommon. It is characterized by indecision, timidity, unbearability to strong stimuli, increased resentment.

D. N. Isaev (2003) notes that the following types of psychopathic disorders in adolescents with mild mental retardation may be the basis of behavioral disorders:

1) the affective-excitabile type is characterized by violent outbursts of anger, impatience, mood swings, and a tendency to protest;

2) the asthenic type is characterized by primitive depressive reactions arising from its own defect and related failures and disappointments, rejection reactions;

3) unstable type – characterized by easy subordination, imitation of negative patterns of behavior, dependence on others; often falls under the influence of groups with an antisocial orientation;

4) the dysphoric type is characterized by malicious tension, irritability, a tendency to aggression, self-aggression, destructive actions;

5) perverse type is manifested by dromomania, hypersexuality, sexual deviations [Isaev, 2003].

Data on the study of the features of their higher nervous activity play an important role in understanding the peculiarity of the manifestations of self-regulation of voluntary activity in children with cognitive deficiency. Characterizing the features of the higher nervous activity of oligophrenic children, V. I. Lubovsky showed that inertia plays a special role in the underdevelopment of all higher nervous activity parameters. In this regard, the research of A. R. Luria (1963), M. S. Pevzner (1963), V. I. Lubovsky (1978) is very important, testifying to impairments of voluntary movements of mentally retarded children. A special place was occupied by research to identify the specifics of the relationship between speech function and voluntary actions. The results of studies of the higher nervous activity of oligophrenic children have shown that temporary connections are developed in them with insufficient participation of speech, which performs the most important regulatory and generalizing behavioral functions [Kuzmina-Syromyatnikova, 1958, etc.]. The mental processes of mentally retarded schoolchildren at the initial stage of learning are characterized by obvious stiffness. This is especially evident in the process of solving tasks that require constant adjustment on the go, changing the way of action according to the change in the situation. In a special way, this is noted in the process of performing volitional acts (when setting goals, planning and analyzing activities, etc.). The presence of rigidity and inertia in the mentally retarded is noted by M. S. Pevzner (1963), S. L. Mirsky (1983), Zh. I. Schiff (1979) and others.

1.3 Chapter 1 conclusions

1. Theoretical analysis of scientific literature has shown various clinical and psychological approaches to the study of cognitive deficiency in childhood and adolescence in medical psychology and related disciplines. The basic methodology is the concept of mental dysontogenesis, developed within the framework of the biopsychosocial approach, which makes it possible to identify health disorders taking into account nosological group in childhood and adolescence.

2. The study of the biopsychosocial genesis of the occurrence of cognitive deficiency allowed us to establish the clinical typology and psychological disorders that reduce learning opportunities.

3. Pathopsychological and psychophysiological characteristics were identified that are associated with cognitive impairment, emotional-volitional, behavioral and speech disorders, taking into account the nosological group of children with cognitive impairments.

4. There are studies reflecting the importance of studying voluntary regulation and its impairments in the presence of cognitive deficiency.

2 The problem of self-regulation in medical psychology

2.1 Medico-psychological approaches to the study of self-regulation

The problem of studying the the formation patterns of self-regulation, the control of a person's own behavior, as well as the search for a connection of this phenomenon with health disorders is an important field of study in medical psychology. Various aspects of self-regulation are explored in the works of V. A. Ivannikov (1998), A. V. Zaporozhets (1986), O. A. Konopkin (1995), V. I. Morosanova (2017), A. N. Leontiev (2005), V. D. Mann, T. D. de Ridder, K. Fujita (2013), H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal (2003), and others. Currently, psychological science has a large amount of data about the essence, nature and role of conscious human activity in the field of intellectual activity [Vygotsky, 1983; Leontiev, 1993; Rubinstein, 2002; Ananyev, 1980, etc.], about the complexity of self-regulation mechanisms and its integrity [Ulienkova, 2001; Kalin, 1969; Konopkin, 1995 and others], on the specifics of the formation of its individual components in school-age children [Bozhovich, 1968; Selivanov, 1992; Wenger, Zuckerman, 2005; Veraks, Oshchepkova, Bukhalenkova, 2019, et al.].

Self-regulation is one of the highest manifestations of the human psyche. Historically conditioned, truly human, conscious activity was formed in the process of work, during which humans, driven by needs, changed nature and changed themselves. At the same time, they consciously regulated their activities, achieving their goals.

There is no unified approach to the consideration of self-regulation in Russian psychology. Often this phenomenon is identified with the volitional sphere as a whole [Bozhovich, 1968; Gurevich, Ozeretsky, 1930; Zaporozhets, 1960; Ivannikov, 2014; Ilyin, 2000; Selivanov, 1992, et al.]. This situation leads to the uncertainty of the conceptual apparatus, the undifferentiation of concepts "self-regulation", "will" and "voluntariness"; "will" and "volitional regulation";

"volitional" and "voluntary" action. Some psychologists deny the existence of will as an independent psychological phenomenon, questioning the value of this concept [James, 1991; Lange, 1990, et al.]; others, defending the independence of volitional regulation, see only one side of it – the ability to overcome difficulties and obstacles. Often voluntary regulation is analyzed outside of volitional activity [Ivannikov, 1991; Selivanov, 1992; Khodzhava, 1960, et al.]. All this causes difficulties in finding adequate diagnostic methods and identifying criteria for self-regulation impairment.

Researchers identified the conceptual apparatus of self-regulation processes: *will*, *volitional qualities*, *willpower*, *volitional activity*, *volitional regulation*, *volitional activity*, *volitional act*, etc. These concepts are characteristics of the volitional sphere and are interpreted in the text.

In Russian psychology, the processes of self-regulation are presented as a conscious regulation of a person's behavior, expressed in the ability to overcome difficulties when performing purposeful actions, deeds. Volitional regulation is based on the mechanisms of self-regulation of the body, which have a reflex nature. In the process of activity, human brain receives information not only about the results of an already completed action, but also about each stage of its implementation, which ensures constant correction of behavior in accordance with the goal [Selivanov, 1992].

The most common is the idea of self-regulation as the ability to consciously overcome obstacles on the way to a goal. This idea is associated with the field of research on the nature and mechanisms of volitional efforts [Kalin, 1989; Krutetsky, 1957; Kotyrlo, 1974; Kornilov, 1957; Puni, 1977; Rubinstein, 1996, et al.].

L. I. Bozhovich defines will as a complex act: will is the ability of a person to persistently achieve a consciously set goal, despite the presence of external and internal obstacles. Overcoming difficulties, a person overcomes temptations and achieves his goal.

We consider such a person to be strong-willed. Conversely, we consider those who hesitate, deviate from what they have planned or completely abandon what they have started, to be disorganized and weak-willed people.

The analysis of the literature data allows us to present the process of self-regulation of activity as an integral and step-by-step structure. N. N. Lange (1990) distinguished four parts in volitional (voluntary) action: 1) feeling, need, i.e. aspiration; 2) prediction about the goal; 3) the idea of movement; 4) the movement itself. S. L. Rubinstein (2002) also identified four stages in a voluntary action: 1) actualization of motivation and goal setting; 2) discussion and struggle of motives; 3) decision on action; 4) execution of action. V. I. Selivanov (1992) identified three stages in the structure of volitional action: 1) setting the goal of the action; 2) mental planning of execution; 3) the execution itself. R. Assagioli [Assagioli, 1974] defines the structure of the volitional act as follows: 1) a conscious goal, its assessment, the emergence of motivation based on the assessment; 2) reflection; 3) choosing one goal from several; 4) confirmation of the choice; 5) drawing up an action program taking into account the available means; 6) execution of the action.

In the presented studies of self-regulation, the authors emphasize that in order to perform a volitional action, it is necessary to go through a number of stages, the main of which are the target setting, planning of one's own activities and direct execution of actions. It should be emphasized that a volitional act is primarily a conscious act, having its own structure and ultimate goal.

An essential feature of volitional regulation is either overcoming obstacles (difficulties), or the struggle of motives and the choice of a goal, or the remoteness of the consequences of an action, or the absence of an actual need for such an action. A. N. Leontiev (2005), L. I. Bozhovich (1968), V. I. Selivanov (1992), V. A. Ivannikov (1985) and others note that volitional action is always purposeful, which means that it assumes unambiguity of purpose and is interpreted as intentional, voluntary. This means that there are no unconscious actions, and there is always the work of consciousness behind volitional activity.

"First of all, – A. N. Leontiev wrote, – only actions or processes that are purposefully subordinated can be called a volitional act in fairness. The goal is understood as a certain supposed, conscious result, to which the action should lead. At the same time, the processes seemed to be divided into two groups. Involuntary (the first group) includes automatic, instinctive, impulsive actions performed under the influence of affect, passion. The second group includes intentional, voluntary, i. e. purposeful processes [Leontiev, 2005]. Obviously, when we talk about volitional regulation, we intuitively attribute these processes to a group of voluntary ones.

By characterizing self-regulation, researchers determine its functions. For example, Georgian psychologists D. N. Uznadze (2001), Z. I. Khodzhava (2003), Sh. N. Chkhartishvili (1974) considers volitional regulation as an incentive (motivating) mechanism for activity. The motivating function of self-regulation in the implementation of the action occupied a leading place in the works of L. I. Bozhovich (1968), S. L. Rubinstein (2002). V. I. Selivanov (1992) identified, along with the incentive, the regulating function of the will. For him, volitional activity was a person's ability to consciously regulate his behavior: he interprets will as a regulating function of the brain, which is expressed in a person's ability to consciously control himself, guided by motives and goals.

According to L. M. Vekker (2000), will is the highest form of voluntary regulation of behavior, in which action is carried out on the basis of criteria of intellectual, emotional, moral and social values. This researcher associates the importance of volitional regulation with the need to transfer regulation to the personal level. The regulatory role of the will was also noted by A. C. Puni (1977), I. P. Pavlov (1951) and others. R. May [May, 1974] characterizes self-regulation of behavior as the ability of a person to organize his behavior in such a way that movement towards a given goal, in a given direction, is made. Unlike desire, volitional regulation implies the possibility of choice, carries the features of personal maturity and requires a developed self-awareness.

Scientists try to explain the origin of volitional efforts from the standpoint of determination. P. V. Simonov (1987) believes that a person has a special need to overcome obstacles. However, overcoming obstacles is observed only on the way to the object of need or to the goal. Without such a significant subject, no overcoming takes place.

The intensity of volitional efforts in the process of self-regulation of activity depends on the degree of difficulty of obstacles [Dobrynin, 1970], on the attitude to action [Myasishchev, 1957], on the motivating force of motives [Kalin, 1989; Selivanov, 1976, etc.], on the age of the subjects [Petrov, 1985], on the instructions of the experimenter [Rudik, 1962], as well as from the involvement of a person in collective activity [Abulkhanova-Slavskaya, 1980]. The effectiveness of volitional efforts also depends on the psychophysical state of a person: an increased level of activity increases their effectiveness, fatigue, fear and horror reduce their intensity [Katalin, 1989].

Thus, the ability to overcome obstacles and to volitional efforts is associated with a wide range of conditions and is determined by many situational factors. This phenomenon, having a variety of psychological grounds, cannot serve as an unambiguous and unique criterion of volitional behavior.

Many scientists, considering volitional behavior, attached great importance to *representation* as a component of voluntary control. I. M. Sechenov, speaking about the role of representations in the management of actions, wrote that the structure of representations, along with the image, includes, in addition to external signs, those that are revealed only with a detailed mental and physical analysis of objects (1952).

W. James (1991) noted that a voluntary movement should be preceded by a thought about it. N. N. Lange (1990) and others wrote about kinesthetic representations preceding voluntary movement in the early 20th century. In the middle of the century, a representation (image) as a regulator of action was considered in the works of S. I. Beritov (1961), N. A. Bernstein (1966), L. M. Vekker (2000).

Volitional regulation is a particular type of voluntary control and is characterized by the use of significant volitional efforts aimed at overcoming obstacles and difficulties, i.e. it is a mechanism of self-mobilization. In everyday use, the concept of "volitional regulation" (will) is identified with the idea of willpower. In this regard, it is customary to divide people into strong-willed and weak-willed.

The specific content of volitional regulation ("willpower") is understood by psychologists in different ways. Yu. Yu. Palaima (1973) defines willpower as the power of motive. The volitional activity of a person is determined by the strength of the motive, the need, as the latter affects the degree of manifestation of volitional effort. K. N. Kornilov (1957) defines "willpower" as a struggle of motives, which acts as one of the internal obstacles to activity (among such K. N. Kornilov attributed fatigue, fear, false shame, false self-esteem, desire to have fun, unwillingness to make a strong-willed effort, strain, force of habit). The researcher believes that willpower is a strong-willed quality, which consists in the ability to overcome significant difficulties on the way to achieving the goal. On this occasion, V. A. Krutetsky (1957) writes that a truly strong-willed person is a person who does not hesitate between a sense of duty and motives contrary to duty. V. A. Ivannikov (1986) believes that an incentive booster, as a rule, is a change in the meaning of an action, i.e., an increase in the significance of a particular need and goal; at the same time, the strength of the motive can also be changed. V. K. Kalin (1989) believes that the mobilization of volitional actions (additional energization) is carried out due to the emotion that arises, in the presence of an obstacle, as a reaction to the mismatch "I must – I can't", "I don't want to, but I need to".

Thus, the level of volitional activity can act as an integral characteristic of volitional regulation and depend on the strength of the need, on the intensity of the emotion experienced by a person (which can either weaken or strengthen the energy of volitional action), as well as on the actual volitional effort of a person. This is the difficulty of measuring volitional qualities –

all the three named components of volitional activity should be under the control of the researcher.

Volitional qualities are structural components of the volitional sphere, these are features of volitional regulation that manifest themselves in specific specific conditions determined by the nature of the difficulty being overcome [Simonov, 1987; Ilyin, 2000]. It is known that in ethics, volitional qualities are classified as moral. I. M. Sechenov wrote that will is the active side of reason and moral feeling. Consequently, the manifestation of volitional qualities depends on moral character traits [Sechenov, 1952]. In this regard, they talk about the moral component of volitional regulation, which is formed together with the morality of the individual and determines the commission of moral actions by a person that require the manifestation of "willpower", volitional qualities.

Based on the opinions of leading psychologists studying the problem of will, it can be concluded that there is no "complete" or "standard" list of volitional qualities. Different authors distinguish from 10 to 34 strong-willed personality traits [Ribot, 1894; Kalin, 1989; Puni, 1977; Ilyin, 2000; Assagioli, 1974, et al.]. V. A. Ivannikov speaks about the dependence of moral education on the level of will development: awareness and experience of the need to work on oneself is not a sufficient condition for this process. A necessary condition for the process of moral self-education is a certain level of will development [Ivannikov, 1986].

However, willpower alone does not make a person moral, so the statements of some psychologists sometimes sound overly optimistic. For example, B. M. Teplov (1954) noted that the will ensures the transformation of a person's thoughts and feelings into highly moral behavior. Moral assessment in volitional behavior is received by his motive, but not by the manifestation of volitional effort [Ilyin, 2000].

The manifestation of volitional qualities in the activity is purely individual and situational. For example, not always an impulsive person can show restraint, organization, self-control in everyday life.

But if conditions arise (i.e. motive) that require him to manifest such qualities, then he makes efforts to achieve a certain goal. This is confirmed by the research data of V.I. Ivannikov (2016), V. K. Kotyrlo (1974), S. L. Rubinstein (2002), V. I. Selivanov (1992), and others.

I. M. Sechenov (1952) was the first to characterize will as a mental phenomenon. The external activity of a person, including the highest voluntariness associated with the motives of duty, love for the Motherland, etc., was considered by him as reflexes that begin with sensual arousal, and not at the behest of an abstract will. I. M. Sechenov paid special attention to volitional (voluntary) human activity, highlighting in it not only physiological mechanisms, but also psychological ones.

If we study the self-regulation of activity as a mental process, then the characteristic will be incomplete without referring to the physiological mechanisms of the problem under consideration. Experimental studies of P. K. Anokhin (1974), I. P. Pavlov (1951), I. M. Sechenov (1952) convincingly proved that the psyche has a conditioned reflex nature.

The physiological mechanisms of volitional regulation of behavior have not been sufficiently studied. However, based on the works of I. P. Pavlov (1951) studying the mechanisms of regulation of voluntary motor acts, emotional states, it can be said in the most general form that volitional manifestations are the product of systemic brain work, in which the leading role is played by second–signal control impulses of a tonic and inhibitory nature. They selectively affect the occurrence of foci of dominant arousal in various areas of the cerebral cortex, the movement of ascending and descending impulses to and from the cortex and thereby regulate the course of mental activity. Vegetative and motor functions of the human body, and consequently, volitional actions and deeds are external manifestations of his will. They represent complex afferentiated movements associated with signals coming from various analyzers, among which the kinesthetic is the basic one. Kinesthetic cells of the cortex, as

assumed by I. P. Pavlov, form a conditional connection with the motor cells of the cortex, from which the pyramidal efferent pathways begin, providing systemic regulation of voluntary movements by the brain.

To date, psychophysiology has accumulated a wide variety of information about the involvement of certain areas of the cerebral cortex in the mechanisms of voluntary control. The great complexity of afferent devices of voluntary movements was written by I. M. Sechenov, I. P. Pavlov, N. A. Bernstein, P. K. Anokhin and other Russian physiologists, who showed that voluntary movements include various types of afferentation in their afferent apparatus, among which the basal is kinesthetic. The point of view that voluntary motion control depends only on effector motor centers was refuted.

I. P. Pavlov (1951) wrote a statement about a person as a highly self-regulating, self-improving, self-developing system. New discoveries in the field of higher nervous activity research bring us close to a scientific understanding of the physiological foundations of volitional activity. S. I. Beritov (1961) wrote that voluntary human movements are characterized by the presence of conscious goals that are outlined to meet personal and social needs through verbal planning of activities. A characteristic feature of voluntary acts is not only their conscious nature, but also their connection with the second signaling system: the involuntary can be made voluntary with the help of the second signaling system [Beritov, 1961]. According to the principle of conditioned reflex, a person develops the ability to reproduce a certain motor representation by a verbal signal and, relying on it, a certain motor act.

This extensive and diverse list of characteristics and definitions of volitional processes allows us to agree with S. L. Rubinstein (2002), who wrote that the concept of "volitional regulation" in modern psychology is a conglomerate of component parts, it is not known how they are connected with each other.

At the present stage of the development of scientific knowledge, the study of the phenomenon of self-regulation of voluntary human activity is one of the basic problems of modern health psychology. Studies of self-regulation in this area open up new opportunities for understanding the general patterns of the construction and implementation of various types of voluntary activity by a person, understanding the essence of subjective human development, studying individual-typical features of activity and behavior, which can become the basis for the productive solution of various tasks of psychotherapeutic practice. In line with the structural and functional approach (O. A. Konopkin) self-regulation is understood as a conscious regulation of a person's behavior as a whole. Conscious self-regulation is a systemically organized process of initiation, construction and management of voluntary activity, which allows achieving the set goals [Konopkin, 2005]. The problem of developing a conceptual model describing the structure of self-regulation of voluntary activity has been solved in foreign and domestic psychology for a long time. The works of B. G. Ananiev (1980), N. A. Argentov (1972), E. N. Bakanov (1979), A. V. Vedenov (1953), O. A. Konopkin (2005), A. N. Leontiev (2005), L. I. Bozhovich (1968), V. I. Selivanov (1992), V. A. Ivannikov (1985), A. V. Zaporozhets (1986), V. I. Morosanova (1917) and many others present a detailed analysis of approaches to building a model of self-regulation.

The development of health psychology in the last few years has been characterized by the active attention of researchers to the problems of self-regulation [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. Increasingly, the concept of self-regulation is seen as the "key" to identifying the psychological mechanisms of human activity aimed at maintaining and improving health, improving the quality of life (E. A. Chereneva), as well as in a disease situation [Leventhal, Mora, 2008]. It is established that the concept of "self-regulation" can be attributed to one of the most ambiguous concepts of personality psychology [Leontiev, 2011]. The disagreements concern both the subject and the structure, as well as the mechanisms of implementation

of self-regulation [Rasskazova, Tkhostov, 2012]. The involvement of such a heterogeneous construct to explain the behavior associated with health and illness requires indications of what is the continuity, and what is the specificity of the approach of health psychology to self-regulation. There is also a question about the place and role of the construct of self-regulation in models aimed at changing health-related behavior.

Is it possible to talk about the development of a specific group of self-regulation models along with the traditionally distinguished continuum models and stage models [Armitage, Conner 2000] (sometimes one classification is discussed under the names of behavior theory and behavior change theory [Velicer, Prochaska, 2008]). It can be noted that we are talking only about their complement, as happened with the construct of self-efficacy proposed in the framework of socio-cognitive theory [Bandura, 1986], and then successfully "accepted" as a key factor by most continuum models [Armitage, Conner, 2000].

The first option requires a discussion of those qualitatively new principles that bring a new type of model to the psychology of health; the second is to study the relationship between self-regulation and other psychological factors of behavior change. The purpose of our work is to study the role of the concept of self-regulation in psychological models in children with health disorders with cognitive deficiency. From our point of view, the development of self-regulation models characterizes a qualitatively new (in comparison with continuum models and stage models) stage of the study of health-related behavior, implemented both in the form of applying general psychological models to health problems and diseases, and in the form of developing specific concepts of psychological support for children with health disorders with cognitive deficiency.

The approach of health psychology to self-regulation is determined by the peculiarities and traditions of this field. The first empirical successes of health psychology were associated with predicting human behavior based on his intentions and

by identifying the factors that determine this intention [Armitage, Conner, 2000]: in particular, continuum models were proposed and took leading positions, considering intention as the main cause of behavior change. However, the growing volume of data, including the results of meta-analyses, has shown that the accuracy of predictions based on continuum models reaches only average with respect to current behavior and low with respect to future changes in behavior [Sheeran, 2007; Webb, Sheeran, 2010; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, Deci, 1998]. The "gap" between intention and action caused a kind of "crisis" in health psychology, and the first applications of the concept of self-regulation in health psychology were initiated as an attempt to resolve this "crisis", which explains the peculiarities of its definition. Firstly, the practical orientation of health psychology has led to the use of the widest possible definitions – more often through tasks than through criteria. For example, in a review devoted to the problem of self-regulation in health psychology, T. Mann and his colleagues point out that this concept is usually used as an "umbrella term" for "descriptions of various processes in which people set and achieve goals [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. It is assumed that the concept will be refined and narrowed depending on the specific tasks that the researcher or practitioner faces. Secondly, the tradition of predicting behavior based on a person's conscious intentions has predetermined the emphasis on awareness and voluntariness, volitional efforts and planning.

Thus, in foreign specific models and studies, self-regulation is usually understood as efforts [Sniehotta, Scholz, Schwarzer, Fuhrmann, Kiwus, Völler, 2005] or the ability [Hagger, 2003] to control behavior (including its change), conscious, purposeful and often requiring planning and reflection for their implementation. Also, in foreign studies, the separation in the structure of self-regulation of the stages of setting and achieving goals was perceived as a simple and attractive solution to the problem of the "gap" between intention and action, which apparently explains the emphasis

at these two stages, which is accepted by most concepts [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. E. I. Rasskazova in her research points out that in this understanding, the construct of self-regulation essentially performed "service" functions: it was used to indicate that, in addition to predicting intention, it is necessary to predict the transition from intention to behavior, but the principle of prediction (not so much behavior as its changes) remained unchanged [Rasskazova, 2014, 2019].

It should be noted that it is in this variant that the construct falls into one of the most influential reviews of models in the psychology of health of those years [Armitage, Conner, 2000], which distinguish models of the translation of intention into action (behavior enactment) (analyzing in this group the models of H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer (1987), J. Kuhl (1994) and others, i.e. self-regulation models), implicitly considering them as the forerunners of stage models. Thus, comparing these two groups of models, C. J. Armitage, M. Conner (2000) point out that the attention of intention-in-action transformation models is focused only on how intention becomes behavior, while stage models are also interested in subsequent stages (for example, stabilization, automation, and transition to sustainable behavior). It is possible that the concept of self-regulation, indicating the need to identify the stages of behavior realization, really played the role of a kind of catalyst that ensured the popularity of models of stages that arose in individual psychotherapy [Velicer, Prochaska, 2008]. Stage models marked an alternative approach to continuum models to the study of health-related behavior, abandoning prediction in favor of describing the dynamics of human behavior, the stages of its change [Armitage, 2009; Conner, 2000]. In our opinion, it is thanks to the structure of the stage models that a new use of the concept of self-regulation has become possible - figuratively speaking, its "revival" in health psychology. That is why in modern health psychology, self-regulation models are often considered as a subspecies of stage models, which makes it difficult to qualify them [Schwarzer, 2008 et al.].

As E. I. Rasskazova points out in her research, the criticism of the stage models was associated with the vagueness of the differentiation of the stages of behavior change, the conditionality of the boundaries between them [Abraham, 2008; Armitage, Conner, 2000], the ambiguity of the process of change itself – whether the stages change sequentially, according to what laws, on what factors this change depends [Sutton, 1987]. As a consequence, the concept of self-regulation in this case was involved in order to set a theoretical, experimentally justified basis for identifying and changing stages. It is significant that in a critical review of this period

C. J. Armitage [Armitage, 2009] writes that the results of many of the studies involving five stages, rather, indicate in favor of the sufficiency of the two stages proposed by H. Heckhausen (2003), – motivational and volitional, in fact, offering to transform and/or justify the stages identified by describing the findings of self-regulation theories and experimental data accumulated in their course.

The new definition of self-regulation in health psychology, which has continuity in many respects with respect to the first definition, has received a number of specific features.

Firstly, it reflected the growing interest of researchers in the role of emotional state [DeSteno, Gross, 2013; Kubzansky, 2013] and unconscious factors of activity regulation [Sheeran, Gollwitzer, Bargh, 2006]. Thus, the definitions of self-regulation increasingly began to emphasize the management of not only behavior, but also the state [Cameron, 2010], on unconscious, automatic mechanisms of regulation [Sheeran, Gollwitzer, Bargh, 2006].

Secondly, the concept of self-regulation began to be proposed for the role of system-forming in the structure of psychological factors of health-related behavior (for example, [Mann, de Ridder, Fujita, 2003]). In particular, traditional factors such as self-efficacy and perceived control play an important role in ensuring self-regulation of behavior, but they reflect only the subjective perception of a certain situation, and

in certain circumstances, they may not affect the formulation of the goal or its achievement (for example, a person who is confident in his ability to achieve the goal is not going to achieve it or does nothing for it [Hagge, 2003]). Currently, the developed models of self-regulation represent an independent group of concepts in health psychology. If continuum models are initially aimed at predicting behavior and its changes, and stage models are aimed at describing the dynamics of behavior, then self-regulation models are based on another principle – the principle of explaining and identifying mechanisms aimed at establishing systemic relationships between various factors within the overall process of self-regulation of activity [Leventhal, Mora, 2008]. Accordingly, the main criterion for the effectiveness of models of this group is the success and accuracy of explaining the dynamics of human condition and behavior using psychological mechanisms [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]. T. Mann and his colleagues also propose to single out the second criterion – an emphasis on the process, and not on the content of the individual's mental processes. Analyzing the existing concepts of self-regulation, in our opinion, it is necessary to point out two types of self-regulation models. In the first case, the main attention is paid to the content of self-regulation (which ideas and beliefs are formed, transformed and determine behavior in a given situation and/or with a given disease) - this is, for example, the model of everyday meaning of H. Leventhal. In the second case, the concept of study includes those methods by which representations can be more or less successfully "translated" into actions, and it is less important how sufficient and/or adequate these representations are to the situation and in general what they are in content – this includes theories focused on highlighting the stages of self-regulation.

Theoretical analysis of research in health psychology has allowed us to identify a number of existing models of self-regulation. The basis for the development of self-regulation models were such general psychological concepts as: the Rubicon model of H. Heckhausen, P. Gollwitzer and J. Kuhl [Heckhausen, Gollwitzer, 1987]

and related ideas about instrumental intentions [Gollwitzer, 1993] and control over action [Kuhl, 1994], resource model of self-control [Baumeister, Vohs, Tice, 2007], theory of self-determination [Deci, Ryan, 2000], theory of self-regulation of Ch. Carver and M. Scheier [Carver, Scheier, 1998].

As noted by E. I. Rasskazova, there are two ways of developing self-regulation models in health psychology: the first is the direct application of the above general psychological theories of self-regulation in the context of health-related behavior, and the second is associated with the development of specific models based on theoretical ideas and empirical data from general psychological concepts.

In particular, the second way includes:

- A procedural approach to actions related to R. Schwarzer's health, which "absorbed" the ideas about the separation of the processes of goal selection, formation and concretization of intention and achievement, proposed within the framework of the Rubicon model and the concept of instrumental intentions.

- The theory of temporal self-regulation by P. Hall and J. Fong [Hall, Fong, 2007], which took into account the ideas of the ability to self-control as a depletable resource of R. Baumeister, and the idea of feedback loops in accordance with the theory of Ch. Carver and M. Scheier.

- The model of everyday meaning H. Leventhal [Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003], which included representations of the theory of self-regulation by Ch. Carver and M. Scheier on the importance of taking into account the hierarchy of goals, emotional regulation of behavior and features of cognitive bodily representation of symptoms, as well as feedback loops.

The Rubicon model [Heckhausen, 2003] is based on empirical data that during the choice of a goal, a person's state (motivational state of consciousness) differs significantly from that during its achievement (volitional state of consciousness): we can talk about a kind of "Rubicon", before which a person rather chooses between alternatives, and after which he has an intention, according to which he plans and builds his actions.

In this regard, there are four stages of regulation of activity: formation of intention, concretization of intention (the stage after decision-making), action and evaluation of the result. In health psychology, this idea was embodied in the division of constructs into those that provide planning processes and those that provide coping with difficulties/maintaining activities (Figure 1).

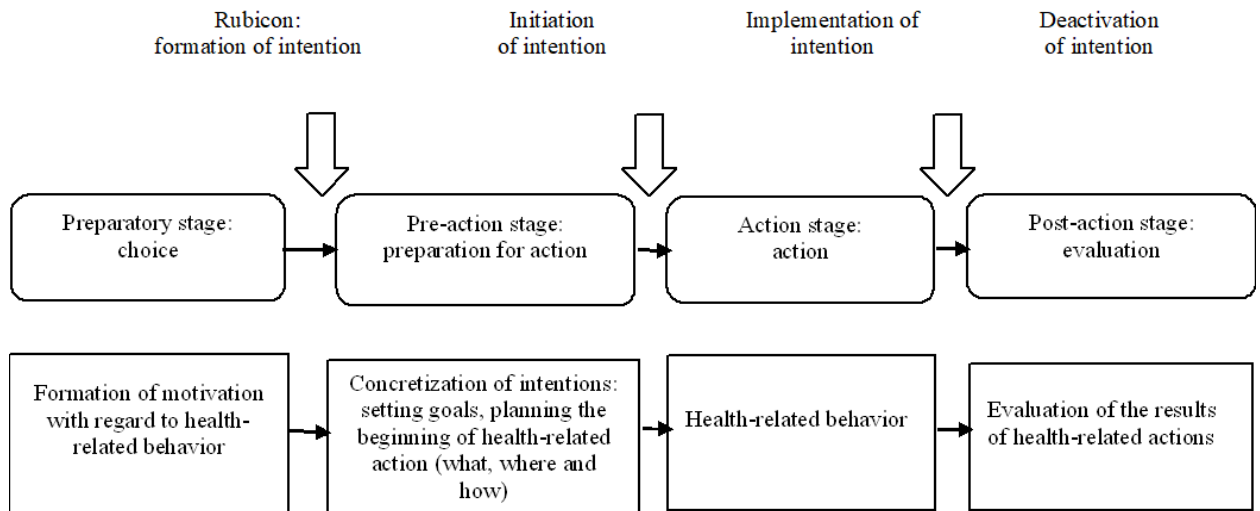


Figure 1 – Application of the Rubicon model for explaining health-related behavior

According to empirical studies [Gollwitzer, Sheeran, 2006], the transition of intention into action can be greatly facilitated by the formation of so-called instrumental intentions, specifying goals in the form of "If... then..." ("I will do X as soon as situation Y arises", as opposed to a simple "I will do X" (P. Gollwitzer)), and also depends [Armitage, Conner, 2000] on the processes of action control (maintaining a common strategy for the implementation of intent) and execution control (step-by-step implementation of intent). In general, all three models are in demand in health psychology: people often formulate goals in such a way that the chances of achieving them decrease; for example, patients with chronic fatigue syndrome prefer to set short-term goals (understanding physical symptoms) rather than long-term ones (returning to work), and patients who have been diagnosed with diabetes often do not take into account in their goals how and

with the help of what strategies they will achieve them (cit. by: [Mann, de Ridder, Fujita, 2013]). Empirical data confirm the effectiveness of interventions developed on the basis of these models, including in health psychology [Armitage, 2009; Armitage, Conner, 2000].

Within the framework of the systematizing concept of the "ideal self", a person can have the principle of "keeping healthy" (the so-called "be" type goal), which leads to a number of goals-programs ("do" type goals: for example, taking vitamins. The system of self-regulation corresponding to the goal can be aimed both at "departing" from some possible results and standards (for example, to avoid any symptoms), and at their approximation (for example, to maintain health). The feedback mechanism allows you to compare goals and results of behavior, creating emotional experiences. According to the authors, if the self-regulation system is aimed at avoiding, then negative feedback is associated with depressive experiences, and positive feedback is associated with euphoric ones.

In a system of self-regulation aimed at approaching standards, negative feedback increases anxiety, and positive feedback is associated with calmness and relief. These emotional experiences, in turn, regulate further actions. As the system of self-regulation develops, expectations and ideas are formed and changed - they determine a person's experience and choice in difficult situations: if a person feels confident, he continues to achieve his goal despite difficulties, if not, he stops trying.

Ideas about the relationship between expectations and subsequent experiences have been confirmed in empirical studies: thus, positive expectations (optimism) contribute to reducing stress before surgical operations, improving well-being after them, greater satisfaction with medical care and emotional support from friends, and also reduce the likelihood of re-hospitalization [Carver, Scheier, 1998]. The importance of the process of abandoning the goal in the structure of self-regulation was studied on the model of experiencing regret in

elderly people: regret for some actions related to symptoms of depression and somatic complaints was noted only in those subjects who could not give up hope to redeem or correct what they regret. According to the available research results on taking medications by HIV-infected patients and performing physical exercises normally [de Bruin, Sheeran, Kok, Hiemstra, Prins, Hospers, van Breukelen, 2012], it was proved that the features of self-regulation (in particular, sensitivity to the discrepancy between feedback and behavior) almost completely determines, if the intention will affect a person's behavior.

In the theory of self-determination [Deci, Ryan, 2000], the authors distinguish three groups of needs: the need for competence (understanding how to achieve goals; confidence in their ability to achieve them), the need for autonomy (the belief that a person has a choice and will in relation to goals), the need for interpersonal relationships (the experience of respect and support from significant others). Taking this idea into the context of prevention and treatment [Sheldon, Williams, Joiner, 2003], we consider a person's need to understand how to achieve health goals, self-confidence, belief that he has a choice regarding these goals, as well as respect and support for his goals and behavior health-related, by others, including by medical professionals. Within the framework of the theory of self-determination, a large array of data was collected indicating the beneficial effect of autonomous motivation (search for important decision-making criteria and orientation to these criteria) on subsequent prescribed treatment, participation in rehabilitation.

It seems that the concept of self-regulation in health psychology is a relatively new approach that expands the field of psychological assistance to people with impaired health. In particular, autonomous (but not extrinsic) motivation predicts long-term use of prescribed medications (at least 2 months) for various somatic diseases [Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, Deci, 1998] (both

according to self-report data, and on the basis of an objective calculation of the number of pills remaining in the bottle). As the authors note, autonomous regulation in relation to treatment positively correlates with participation in the alcoholism treatment program, weight loss program, contributes to better control of glucose levels in diabetes, long-term smoking cessation (cit. by: [Deci, Ryan, 2000]).

R. Baumeister's resource model of self-control [Baumeister, Vohs, Tice D, 2007] presents self-control as a component of self-regulation, characterizing the ability to overcome dominant or habitual reactions in a given situation for the sake of some (usually more distant) goal. At the same time, self-control is a limited resource that requires time to recover [Muraven, Tice, Baumeister, 1998]. A variant of the application of this model in health psychology was proposed relatively recently by M. Hagger and his colleagues [Hagger, Wood, Stiff, Chatziasarantis, 2009]: according to the developed collective concept, health-related behavioral disorders are caused by three types of self-control disorders.

The authors focus on the following positions. Firstly, it is the scarcity of the ability to self-control, in which a person cannot force himself to fulfill his goals. This part includes the inability to quit smoking or drink alcohol, lead a healthy lifestyle or follow a diet, take prescribed medications, etc. Secondly, it is excessive self-control – hypertrophied regulation of one's own behavior, for example, in the case of anorexia nervosa, when a person makes great efforts to achieve their goals, which leads to deterioration of health and quality of life. Thirdly, "erroneous" self-regulation refers to situations where self-control is focused on achieving unrealistic goals, often caused by cognitive errors. In the case of anorexia nervosa, excessive self-control is accompanied by "erroneous" self-control: unrealistic goals of weight loss are caused, in particular, by an impairment of the perception of one's own body.

The procedural approach to health-related actions was proposed by R. Schwarzer (health action process approach, [Schwarzer R., 2008]) on the basis of two main theoretical provisions: the idea of the separation of motivational and volitional phases of self-regulation and the concept of self-efficacy (Figure 2).

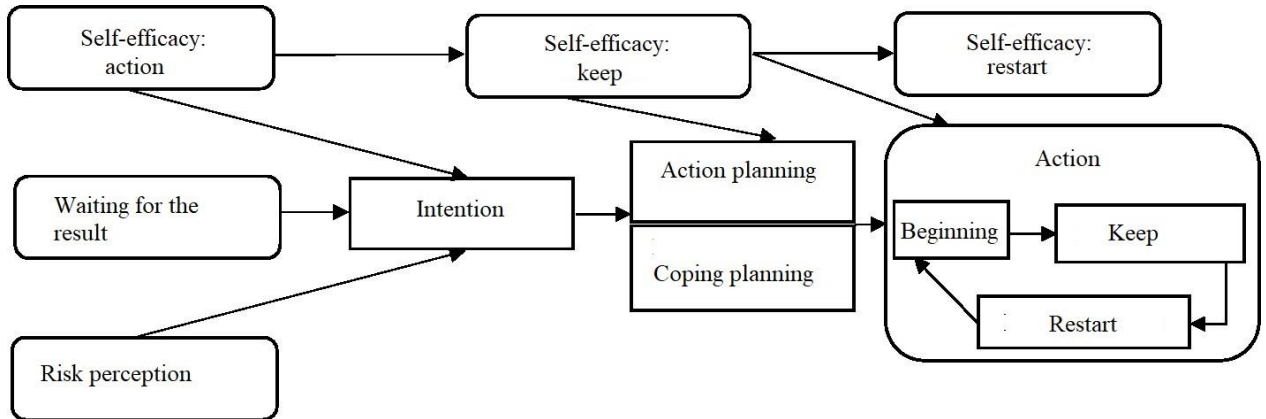


Figure 2 – Diagram of the procedural approach to health-related actions

According to this approach, the motivational phase ends with the formation of an intention, and the processes and factors described in classical continuum models operate in it. As R. Schwarzer points out, the transition to the volitional phase is set by the concretization of intention (the development of instrumental intentions), and its implementation depends not so much on intention as on the planning processes – action planning and coping planning. At the same time, according to R. Schwarzer's approach, self-efficacy operates at all stages of self-regulation, but we are talking about functionally different self-efficacy (differences in the duration of the types of self-efficacy are not so important). Self-efficacy, according to R. Schwarzer (actions "I will be able to start / implement behavior"), is important for the formation of intention. Self-efficacy of maintenance ("I will be able to maintain the behavior for a long time, coping with the difficulties that arise") it is essential for planning and forming instrumental intentions, whereas self-efficacy of renewal

("Even if something interferes with me, or I take a break for a while, I will be able to return to the behavior again") plays a key role in ensuring that the action is maintained and resumed. Although R. Schwarzer himself attributes his approach to stage models, from our point of view, it should be considered a model of self-regulation, since in the separation of stages he relies on ideas about the laws of setting and achieving goals in humans.

At the moment, a large body of empirical data has been accumulated in favor of R. Schwarzer's model. For example, evidence of the legality of different phases and stages of change was obtained by examples of physical activity (after rehabilitation from myocardial infarction; checking the condition of the respiratory tract; the use of seat belts in cars by teenagers; diet; oral hygiene). Evidence that different types of self-efficacy are important at different stages of self-regulation has been obtained in studies of physical activity, diet and regular fluorography.

The common sense model of H. Leventhal (also known in the scientific literature as the model of self-regulation of health and illness): similarly to all models of self-regulation, it aims to explain and identify the mechanisms of human behavior, which is characterized by a clinical and psychological orientation and an emphasis on the role of emotional processes in the representation of the disease. According to this model, the patient acts as a "naive scientist" who actively seeks information in order to understand and draw conclusions about his condition based on them. The search relies on three data sources:

- previous experience of social communication and culturally accepted ideas about diseases that create the basis for the prototype of the disease;
- social environment (relatives and doctors);
- personal experience [Muraven, Tice, Baumeister, 1998]; moreover, one's own experience acts as the most powerful predictor of representation [Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003].

Searches occur simultaneously on abstract and concrete levels: on the one hand, this includes how a person evaluates and interprets his somatic sensations, symptoms and functions, on the other hand, how he creates and changes his representations of health and illness [McAndrew, Musumeci-Szabo, Mora, Vilekyte, Burns, Halm, Leventhal, 2008]. These processes are understood by H. Leventhal as processes of self-regulation, the object of which are specific physical sensations or symptoms, mood, emotions or self-confidence. Any object is presented in parallel at two levels (parallel processing model) – at the level of representations and at the level of emotional experiences (Figure 3).

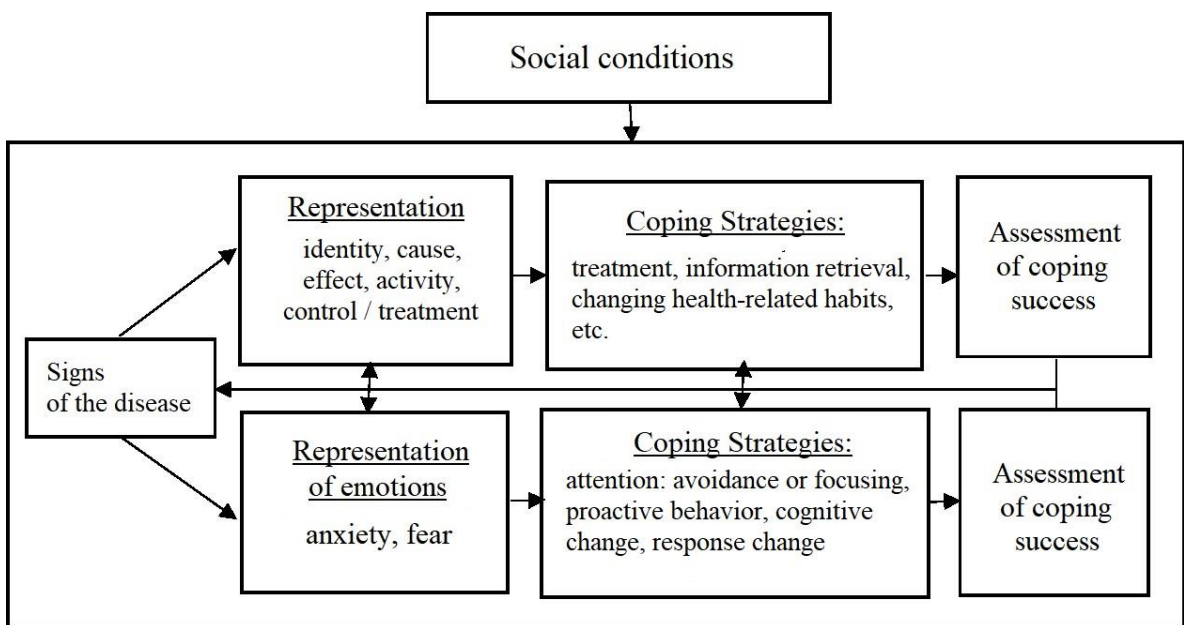


Figure 3 – A common sense model of self-regulation of behavior in disease as modified by L. Cameron, taking into account the contribution of emotional regulation strategies

In the concept of H. Leventhal, five domains of disease representation are identified, which are processed simultaneously at two levels – cognitive and emotional:

- identity of the disease (symptoms of the disease);
- the cause of the disease (for example, external/internal);

- duration of the disease (long-term/short-term, temporary/chronic);
- consequences of the disease;
- treatment [Hagger, Orbell, 2003].

The features of each of the beliefs in the system of representation of the disease affect both the choice of coping strategies and their subsequent assessment, and psychological well-being (vitality, stress, subjective well-being, role and social functioning), functional disorders (severity of the condition, features of functioning), emotional experiences (emotional stress). To date, the relationship between characteristics of disease representation with patient activity, their quality of life, disease course characteristics, and adherence to prescribed treatment has been confirmed in many cross-sectional studies of the model of respiratory diseases (bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease), neurological diseases, cancer, cardiovascular diseases and others. According to the results of a meta-analysis of 45 studies [Hagger, Orbell, 2003] carried out within the framework of the model of everyday meaning, the features of the representation of the disease are associated with both coping strategies with the disease and with health and quality of life. The greatest predictive ability in research was possessed by such domains of disease representation as identity, consequences, duration. The focus of the temporal theory of self-regulation [Hall, Fong, 2007] is focused on the analysis of adaptability / maladaptivity of behavior depending on the time perspective. Many studies have shown that physical activity is extremely beneficial for health, appearance and psychological well-being, but none of these "benefits" appear during or immediately after physical activity, whereas time and volitional efforts are needed immediately. The main provisions of temporal regulation theory may be divided into three components (Figure 4).

The first component includes motivational aspects of behavior and differs from classical motivational models only in that it takes into account

the temporal component, since both opinions about the consequences of their actions and the significance of different results are considered in the context of time (some results arise immediately, and others after a long time).

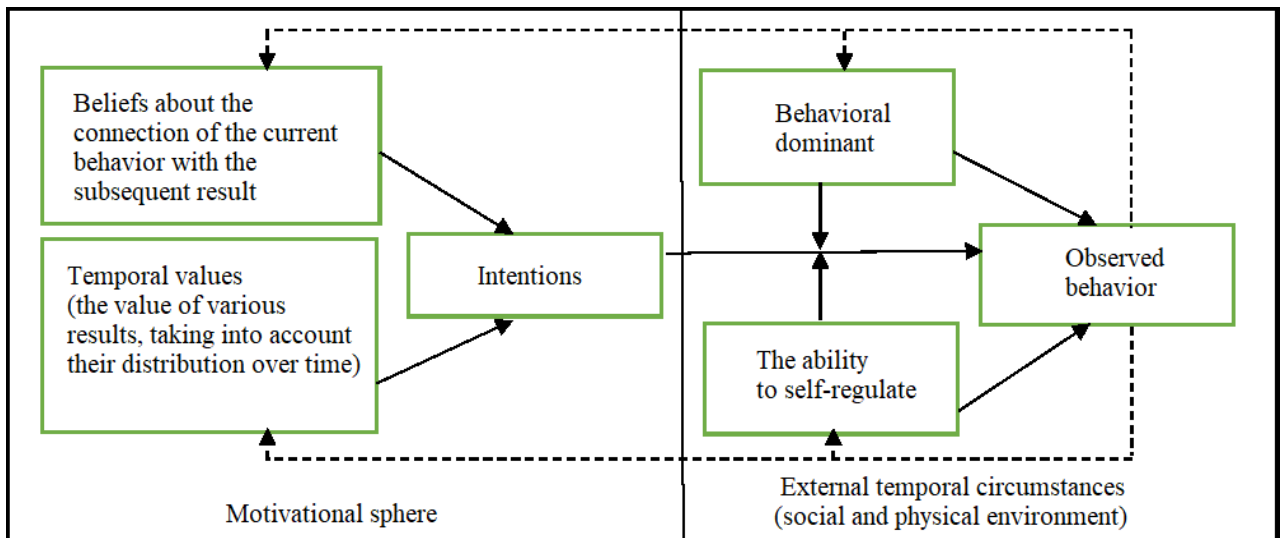


Figure 4 – Theory of temporal self-regulation

The second component describes the "translation" of intentions into behavior under certain circumstances: this translation is mediated by a person's behavioral readiness and ability to self-regulate. At the same time, the ability to self-regulate is largely a biologically predetermined ability to postpone immediate pleasure and volitional efforts to achieve goals with a time delay, and behavioral readiness is a measurable variable reflecting the frequency of past behavior and/or the presence in the environment of stimuli that activate human actions. Mediation refers to the effect of moderation: with a high level of behavioral dominance and the ability to self-regulate, the intention has a "greater chance" to take effect, and with a low level, the probability drops to zero.

The third component of the temporal model is associated with feedback loops: human behavior has the opposite effect on the behavioral dominant, the ability of self-regulation (which, according to empirical

data can be trained) [Baumeister, Vohs, Tice, 2007] and a belief system about behavioral outcomes and their values.

In our opinion, the most important advantage of this model is its interdisciplinary nature. The model integrates data on the biological and neurocognitive foundations of self-regulation, environmental and social variables (the role of the context of behavior), ideas about the temporality of the process of self-regulation [Cameron, 2010; Sallis, 2010; Webb, Sheeran, 2006]. The key limitations include insufficient consideration of the content of behavior, its momentariness / endurance [Borland, 2010], as well as an overly narrow understanding of the contribution of hedonistic experiences, emotionality and uncertainty to health-related behavior [Cameron, 2010].

Theoretical analysis of the research problem allows us to draw conclusions: on the one hand, volitional processes are involved in some form in providing the motivational phase of self-regulation, on the other hand, expectations of the result are important in the process of activity (for example, expectations based on experience already gained, feedback, etc.) [Carver, Scheier, 2010]. In most models, self-regulation is considered as a single process, without taking into account the hierarchical relationship of its levels (exceptions are the model of Ch. Carver and M. Scheier, the model H. Leventhal); for example, simultaneous regulation of physical activity by low-level experiences of pain, laziness, discomfort and high-level experiences of satisfaction with the result, pride, a surge of energy, improvement of physical fitness. To date, significant efforts of researchers in the field of self-regulation of health-related behavior [Mann, de Ridder, Fujita, 2013] are aimed at overcoming these limitations. In general, despite the small number of studies on this topic and the variety of self-regulation models in health psychology, they can be considered a "third force" (along with continuum models and stage models), which opens up both theoretical possibilities for clarifying the concept of self-regulation in psychology, and practical targets and methods of interventions to improve health-related behavior.

Thus, the theoretical analysis of the problem of self-regulation in the aspect of health psychology shows its versatility and diversity of scientific opinions. The variety of approaches to the research problem allows us to identify key aspects of self-regulation of health psychology in the development of psychological models in children with cognitive deficiency and to identify ways to develop the concept of psychological support for the category under study, which we will present below.

2.2. Clinical and psychological analysis of self-regulation impairments in children and adolescents with cognitive deficiency

E. Seguin (1903) was the first to begin the study of volitional regulation in children with cognitive deficiency. Considering typical mental features in idiocy, he wrote: "A disorder of the will without complications is much more important than other physiological and mental disorders taken together" [Seguin, 1903, p. 275]. Having correctly noticed the weakness of volitional regulation in mentally retarded children, E. Seguin sought to reduce to it the essence of intellectual insufficiency.

Developing methods of educating deeply retarded children, E. Seguin proceeded from the understanding of idiocy as a disorder of the nervous system, in which the complete inactivity of all organs and abilities and, above all, the lack of will is revealed. The author noted that these shortcomings put the deeply backward in complete dependence on instincts (1903).

B. Minnel pointed out the weakness of the will of mentally retarded children [Zamsky, 1995]. In particular, he noted that the auxiliary school should teach academic disciplines that strengthen the child's will and desire for activity.

G. I. Troshin (1913) built the study of volitional regulation of mentally retarded children on the basis of actions. He noted that studying the will is the same as

studying the movements. Later psychologists U. James and N. N. Lange (the James-Lange theory) independently substantiated their motor theory explaining the essence of volitional regulation processes [Lange, 1990]. G. I. Troshin noted that conscious elements lose their movements and turn into reflexes, and all self-regulation is movement. He also pointed out that there is no volitional regulation in the child, it develops on the basis of innate inclinations gradually and slowly, in stages [Troshin, 1913]. "Idiots have a reflex-instinctive will, imbecile – reflex-instinctive and imitative and inspired. The will of the retarded is reflex–instinctive and occupies a subordinate position, usual for a normal person; reflexes and instincts do not lose their significance. The imitative and inspired will loses its predominant significance; it cannot be said of the backward that they exclusively live by imitation and suggestion; they use these means in volitional synthesis, and use them much more than normal people. They can consciously imitate a lot of things" [Troshin, 1913, pp. 624-626]. This is the first detailed description of the processes of self-regulation of activity in children with impaired intelligence.

The author also noted: "... a retarded will acts along the line of least resistance, and this does not depend on the fact that there is no case to develop the will and reach the line of greatest resistance, but on the fact that this limit is organically inaccessible" [Troshin, 1913, p. 626].

A. N. Graborov (1961) notes that "the will of moronic children is not only a reduced and weakened will. Reduced in its components... here it gives a qualitative originality of the whole – unproductive work. A retarded child lives by imitation" [Graborov, 1961, p. 86].

E. Seguin (1903), Sante de Sanctis and M. Montessori (1920) and others tried to create a system of exercises to promote the development of mental functions of children with impaired intelligence. Attempts were also made to create special exercises for the development of self-regulation processes, which were reflected in the educational and correctional process. A. N. Graborov

(1929) attached great importance to such psychoorthopedic exercises that were able to develop self-regulation in students with impaired intelligence, and created his own system of exercises. However, in the future, he included exercises for the development of individual mental properties or processes in the natural actions of students. Many exercises aimed at developing activity, initiative, determination, endurance, restraint, self-control, were successfully carried out during household activities, when performing self-service tasks, cleaning in the dining room, in the kitchen, etc. He attached great importance to the lessons of rhythmic, physical education and labor, as he was convinced of their possibilities for exercising the volitional regulation of students. He devoted a significant part of his time to individual exercises during games: he gave activating tasks to passive children, and soothing tasks to excitable ones, requiring endurance and self-control.

L. V. Zankov (1935), observing and analyzing the processes of volitional regulation in mentally retarded students, showed quite clearly that these actions are motivated by internal impulses arising in the student. However, the author noted that external stimuli should affect needs, interests in order to give rise to certain actions and deeds. A striking feature of the qualitative originality of the manifestations of volitional regulation in a student with impaired intelligence, noted by L. V. Zankov, is the insufficiency of passing the process through the multifaceted prism of intellectual assessments and judgments, insufficient awareness of actions, impulsivity, the complexity of switching activities [Zankov, 1935, p. 60]. The author also considers an important point in the process of self-regulation of behavior in children with impaired intelligence - the goal setting stage. He notes that a mentally retarded child can set a goal for himself and then strive to achieve it. But the peculiarity lies in the fact that he does not critically analyze and correlate the reality of goals and the means to achieve it. There is no differentiation of goals into final and near, and a student with impaired intelligence tries to solve the whole problem entirely, without dividing it into sub-stages.

D. I. Azbukin (1936), revealing the mechanisms of impairment of the processes of volitional regulation in children with cognitive deficiency, points, first of all, to the stiffness of thinking, and this, in turn, contributes to getting stuck on the same goal.

Studying the emotional-volitional sphere, D. I. Azbukin suggests that emotional-volitional stiffness has such roots of subordination and suggestibility, which are often observed in children with impaired intelligence. "Oligophrenics are sometimes explosive and violent, but more often good-natured. The peculiarities of emotional and volitional activity reflect the peculiarities of motor skills, which, like speech, are also diverse and imperfect in oligophrenes" [Azbukin, 1936, pp. 28-29].

K. Levin, when examining mentally retarded children in comparison with children without intellectual disabilities, found functional rigidity, lack of mental flexibility and fixation on an already chosen goal, as a result of which they succeed in substitutive actions with great difficulty [Vygotsky, 2000].

In the 1930s, at the Defectological Institute, under the leadership of I. M. Solovyov (1938), for the first time in Russian psychology, a comparative study of the idiosyncrasy of behavior and emotional-volitional sphere of healthy and mentally retarded schoolchildren was conducted where they performed certain intellectual and practical tasks. The research results showed a significant difference in the occurrence of motivated actions, in the peculiarities of setting goals for activities, the duration of independent work, in self-esteem, the level of claims, the peculiarities of volitional activity and other aspects of the personality of these categories of children.

The research of G. I. Troshin (1913), L. S. Vygotsky (1983), I. M. Solovyov-Elpidinsky (1935), L. V. Zankov (1935), S. Ya. Rubinstein (1986), M. Dulnev (1971), E. Sukhareva (1965), M. S. Pevzner (1963), V. I. Lubovsky (1963), S. L. Mirsky (1983), A. A. Dmitriev (2002), I. Yu. Zhukovin (2000) revealed the features of the processes of self-regulation of educational

and extracurricular activities in children with intellectual disabilities. In particular, it has been found that the aspirations of the mentally retarded are usually very difficult to contain, since switching from one type of activity to another is difficult, difficulties are observed in realizing their own intentions if the situation in which they should have been implemented changes. Differentiation of the nearest and final goal when performing a task sharply disrupts the activity of children with impaired intelligence, which has a peculiar effect when performing tasks. They are not motivated by "distant motivation", "close motives" are significant for them. Psychological studies in which the structure of oligophrenic activity was studied revealed a number of its specific features [Vygotsky, 1983; Zankov, 1935; Pinsky, 1962; Pevzner, Lubovsky, 1965, et al.].

It was found that children do not always understand the instructions correctly, do not remember what operations they should perform, their sequence, are easily distracted, lose the purpose of the activity and begin to play with educational subjects. Planning their own activities also makes it very difficult for students. A number of works were specifically aimed at studying the motivational side of oligophrenic activity [Vygotsky, 1983; Zankov, 1935; Pinsky, 1962, et al.]. They showed that the mental activity of students with intellectual disabilities, especially in the initial period of study, is characterized by reduced motivation, so students need constant guidance and external additional incentives [Chereneva E.A., Glyada I.G., Ptakhina Yu.A., et al., 2015]..

The peculiarity of self-regulation processes in mentally retarded children cannot be explained without taking into account the rigid nature of their behavior. It should be noted that K. Levin emphasized the nature of the behavior of oligophrenes, the non-dynamism and lack of mobility of their mental sphere, which makes it difficult for them to move from one structure of thinking to another. This not only entails the formation of stereotypical behavior, but also makes it difficult to replace the goals of action [Vygotsky, 2000].

In the research of B. I. Pinsky (1962) the ways of forming effective distant motives of activity in mentally retarded schoolchildren are discussed. He writes that concrete work and socially significant tasks are an indispensable means of developing the motives of activity of children with impaired intelligence. A change in the motives of a mentally retarded student has a positive impact on the development of his intelligence, behavior and development in general. The same author, analyzing the behavior of students in an assessment situation, notes the organizing role of teacher evaluation in the effectiveness of correctional and educational work with students with cognitive deficiency. As the experimental data of the author show, during the school period, mentally retarded students cannot subordinate their actions to the requirements of the instruction, because in the process of performing a relatively complex task, the level of their analytical and synthetic activity is insufficient to coordinate individual actions and operations with each other and subordinate them to a common goal. "Experiments have shown, – writes B. I. Pinsky, – that when performing a task that does not require complex analysis and synthesis, children act according to the instructions" [Pinsky, 1962, p. 46]. According to the author, a mentally retarded student incorrectly performs the task proposed to him, not only because he is unable to properly comprehend it, but also because his purposefulness of activity is impaired.

The research of B.I. Pinsky (1962) contributes to the understanding of some features of volitional regulation of behavior in mentally retarded children. These studies indirectly reveal the weakness of the processes of self-regulation of behavior in children with mental retardation, which negatively affects their ability to perform purposeful activities.

The research of Sh. N. Chkhartishvili (1974) and M. G. Tsartsidze (1985) notes the difficulties of switching from one goal to another, the weakness of the regulatory function of the will in schoolchildren with impaired intelligence,

the predominance of impulsive actions, uncertainty, behavioral excitability with the complication of tasks.

To understand the structure of the defect of self-regulation processes in cognitive deficiency, it is advisable to take into account the patterns of higher mental activity of a child with impaired intelligence. This problem is reflected in the work of A. R. Luria (2013) "Fundamentals of neuropsychology". The author, relying on the theories of L. S. Vygotsky (1983) and his own neuropsychological research, leads to an understanding of complex types of mental activity of a child with impaired intelligence.

When analyzing the emotional-volitional sphere of such children in various clinical variants, it is necessary to note the diversity, which significantly affects the formation of voluntary regulation [Kuzmina-Syromyatnikova, 1958].

E. N. Pravdina-Vinarskaya (1957), describing the neurological characteristics of oligophrenia, identifies the following features of the manifestation of self-regulation:

1. Neurological examination of school-age children who suffered brain lesions of various etiologies in the early stages of development reveals residual, widespread symptoms indicating the interaction of brain matter and its membranes.

2. The prevalence of lesions of the cerebral cortex is revealed in qualitative impairments of voluntary movements, as well as the perception and analysis of various afferent stimuli, which especially concerns those functions that are most associated with the generalizing and abstracting functions of the word.

3. The basis of these qualitative features of cortical functions are common disorders of inhibitory and excitatory processes. These disorders significantly predominate in verbal communication systems. Therefore, one and the same function can be impaired to varying degrees, depending on which functional system of connections it is carried out at the moment.

Thus, the analysis of scientific sources devoted to the study of voluntary regulation in childhood and adolescence indicates that

it is important to study self-regulation in the context of health care in case of cognitive impairment.

In our earlier studies, we identified typological features of the manifestation of self-regulation, pointed to gender differences in manifestations, and also developed a classification of self-regulation of behavior in children with cognitive deficiency. Our classification is based on three basic components of voluntary activity: neurophysiological (type of higher nervous activity), psychomotor (features of the motor sphere) and intellectual features (ability to plan, analyze and motivate activities). During the research, we identified four typological groups of students according to the level of self-regulation in educational and extracurricular activities.

Group I – *weak (inert) type with a reduced level of self-regulation of activity.*

Inhibitory reactions predominate against the general background of behavior. The physique is asthenic, the skin is pale. They suffer from concomitant somatic diseases that aggravate full-fledged motor activity. Physically weak and severely lacking stamina, they do not tolerate pain. Motor activity is slow. Fatigue and exhaustion of mental processes are increased: they easily become sluggish and completely turn off from work. They are not capable of prolonged intellectual and physical exertion. The fine motor skills of the hands and articulation apparatus are significantly impaired. Speech is slow, sluggish, slurred. Emotional instability, hypersensitivity (tearful) are noted, euphoric states prevail. The criticality of thinking is grossly impaired, there is pathological suggestibility and subordination: they meekly carry out all instructions, requests of adults and children. Self-esteem is low, there is a pessimistic mood and self-doubt, hidden negativity. They are not capable of open confrontation. They are not able to independently plan activities, finish what they started, they lack initiative. Volitional powers can be manifested under the influence of an adult or a peer, who are stronger

physically. In everyday life, they are not able to take care about themselves independently, they can quit the business they started without bringing it to the end.

II group – *weak (inert) type with a moderately developed level of self-regulation of activity.*

The students of this group are characterized by the sluggishness of nervous processes. They are slow, difficult to switch from one type of activity to another. Asthenic physique, physically weak and lacking stamina. They often have concomitant somatic diseases. The general motor sphere and fine motor skills of the hands and articulatory apparatus are impaired. The speech is slow, calm, the voice is quiet, they speak little, they are modest. An essential feature of children in this group is the relative safety of their behavioral activity: they are executive, diligent, hardworking, neat, kind. The emotional sphere is relatively adequate. They are capable of emotions, emotionally attached, emotionally stable, positive emotions prevail, but the sensitivity threshold is increased, they are easily offended. Motor giftedness is noted: they are capable of high-quality production of complex tasks in terms of technique and time. They are self-critical, can plan their own activities in an elementary way, and usually finish the job they started. Perseverance, stubbornness, fixedness are observed. Capable of self-organization and self-regulation of behavior. There is external programming of actions: they pronounce future actions or comment on them. The criticality of thinking is not grossly impaired, but they are susceptible to subordination due to credulity. There is an elementary initiative in the activity. They are not capable of open confrontation, but they take offense for a long time. They are able to show willpower when performing difficult tasks, they worry if it doesn't work out.

III group – *strong (mobile) type with a reduced level of self-regulation of activity.*

Children of this group have a mobile style of behavior with a predominance of excitation processes. They are very mobile, the purposefulness of motor acts is impaired, there is no organization of actions, fine motor skills

are not well-developed. They are impulsive, sometimes disinhibited, are not capable of prolonged physical exertion, there is increased mental and physical fatigue. The physique is strong, but they do not tolerate pain. Concomitant somatic diseases are rare. Emotionally inadequate: aggressive, angry mood prevails, they try to be the leader in the group, they are not emotionally attached. Children of this group have a low level of motivation, do not finish the job, do not plan their activities, in most cases they act spontaneously. Extremely disorganized and undisciplined, prone to open active negativism (verbal and physical). Strong-willed qualities are able to manifest when there is a personal interest, and there is a moral or financial support. Egoistic and dependent qualities of character are more often manifested. They do not feel the age distance and easily go into conflict with adults and children. They are not capable of self-regulation, self-organization of behavior. Younger and physically weaker children are often offended.

IV group – *strong (mobile) type with a moderately developed level of self-regulation of activity.*

Physically hardy, strong physique. They are capable of prolonged physical exertion. Emotions are manifest quite adequately. Behavioral activity is relatively safe, positive emotions prevail. They have elementary skills to plan activities, to finish the job. Initiative, stubborn, persistent. They are capable of self-regulation and self-organization, have some elements of organizational activity. They can show strong-willed qualities, are able to approach their activities critically. Usually they finish the job they started, they are diligent. They are able to motivate activities in an elementary way. They adequately assess their capabilities, although they have somewhat low self-esteem. They make efforts when performing intellectual tasks, but the degree of manifestation will depend on the level of preservation of intelligence: the higher the cognitive activity is developed, the more often they will show volitional efforts, the lower the level of cognitive activity, the higher the level of

avoiding activities. At the same time, they try to either switch to another type of activity, or simply invent ways to overcome existing difficulties.

Thus, an analysis of the scientific literature on the manifestations of self-regulation in children with cognitive deficiency suggests that when choosing methods and techniques for correcting the emotional-volitional sphere and voluntary behavior, a differentiated approach is necessary, taking into account the psychological characteristics of children with impaired intelligence.

Clinical and psychological data on the processes of self-regulation of students with cognitive deficiency indicate the relationship and conditionality of all mental functions. Studies have noted the inconsistency of the manifestations of voluntary regulation. It clearly appears in cases when students do not feel the need for its manifestations. For example, with the usual lethargy, lack of initiative behavior, one can observe in the same children the opposite persistence, precipitousness and irresistibility of individual desires. Their actions and deeds are characterized by easy suggestibility, uncritical perception of advice from the outside. At the same time, with regard to individual instructions, they may show stubbornness, resist reasonable arguments for a long time, and also act contrary to what they are asked for. Researchers associate such contrasts in the manifestations of self-regulation with psychological immaturity caused by diffuse damage to the nerve cells of the cerebral cortex.

A theoretical analysis of the problem under consideration has shown the importance of studying self-regulation in relation to other disorders in children with intellectual disabilities.

2.3. Modern research on self-regulation in the context of medical psychology

The problem of mental self-regulation currently remains relevant and attracts the attention of an increasing number of researchers and practitioners. One of the main prospects of modern research on this phenomenon is the creation of an integrative approach to the study of a person based on ideas about his psyche as a self-organizing system in the interaction of a person with the world. The problem of conscious self-regulation occupies one of the central places in the context of the analysis of human development and health. According to the researchers, the mechanism for the realization of a subject's productive relationship with objective reality is the purposeful regulation of their own activities, which is directly related to the state of health. The range of aspects of conscious self-regulation is expanding, both in norm and in cases of mental health disorders [Morosanova, 2019; Konopkin, 2002; Babkina, 2016].

The tradition of searching for pathopsychological markers, set up by B. V. Zeigarnik and S. Ya. Rubinstein, within the framework of clinical and special psychology, is carried out when creating new methods of psychological diagnosis and correction [Sultanova, Ivanova, 2018, Zashirinskaya, 2017, Krasnovsky, 2020, Chevychelova N.V., Chereneva E.A., Cherenev D.V., Masloboev S.G., 2019].

The analysis of literature suggests that the problem of self-regulation in case of cognitive deficiency in primary school children has not been sufficiently developed. The research of B.V. Zeigarnik, carried out in the 1960s, related to self-regulation as a component of thinking in schizophrenia, as well as the research of A. R. Luria – self-regulation in local brain lesions in aphasia – have not received further development on the material of other nosological groups.

At the end of the last century, studies were published by V.I. Lubovsky (1978) (verbal self-regulation in mental retardation), U. V. Ulienkova (1990) (self-regulation in preschoolers with mental retardation), T. V. Akhutina (2002, 2008) (self-regulation in neurocognitive deficiency), T.V. Fotekova (2002) (self-regulation in speech pathology).

I. V. Polyakova (2019) analyzes the interconnectedness of the accuracy of perception and self-regulation in the aspect of mental health of children and adults with alcohol dependence and normal. At the same time, the accuracy of perception and the level of self-regulation are considered as factors of maintaining mental health [Chereneva E.A., Chernev D.V., 2015].

Research by N. V. Zvereva et al. (2019) in assessing the cognitive development of children and adolescents conceived with IVF, make it possible to identify risk factors affecting cognitive health. According to the author, the current research results of domestic and foreign authors reflect a contradictory picture that requires further study.

Recently, the number of studies of the peculiarities of thinking of people whose mental development was carried out in the conditions of virtualization of various spheres of life (in a network society) has increased [Alekhin, Grekova, 2019]. The results of pathopsychological experimental studies indicate that the thinking of mentally healthy young people is becoming more ambiguous, there is a weakening of the connection of judgments with the practical side of reality. There is an increase in the number of pseudopathopsychological phenomena, which manifest themselves randomly in healthy respondents and are similar in form to pathological thinking disorders, in which the marked break in the connection of sign and meaning is also significant, but is due to a pathological process in the mental activity itself.

The research of D.A. Eremina (2019) reveals the features of cognitive functioning in a cardiac surgery clinic. The author studies the problems of changes in brain activity in patients with somatic diseases in connection with the underlying pathology and as a result of surgical treatment by the example of studying the cognitive functioning of patients with cardiovascular diseases.

Analyzing the cognitive model in children with autism spectrum disorders and schizophrenia, M. A. Iosifyan, E. A. Merzhina, D. A. Bazhenova and others

(2020) describe the features of the brain mechanisms of the impairment in mental model. The cognitive mental model is the ability to understand the thoughts, beliefs and beliefs of others, including false beliefs. The authors use the fMRI method to evaluate cognitive mental models. Through the prism of fMRI, the brain mechanisms of incorrectly attributing mental phenomena to other people manifest themselves as hyperactivation or, conversely, hypo-activation of the brain structures behind the mental model. The continuum model of impairments of the mental model assumes that while the normal ability to attribute mental phenomena to others is located in the center of the continuum, anomalies associated with insufficient or excessive attribution of intentions are at the extremes of this continuum. To develop this model, neuroimaging studies are needed, in which data from patients with pronounced positive and negative symptoms, as well as patients with autism spectrum disorders, are compared. Such studies should contribute to the study of the components of the mental model. For example, the affective mental model, which is necessary for understanding the emotional state of another, has not been studied enough compared to the cognitive, perceptual and implicit mental models. One way or another, these areas of research are related to the phenomenon of self-regulation [Chereneva E.A., Filippova S.A., 2011]..

Currently, rehabilitation approaches are being rethought and new ways are being sought to increase the effectiveness of restoring impaired cognitive functions. These approaches are based on new neuroscience data on brain plasticity and its changes in different age periods, mobility of functional asymmetry, morphological structure and hemispheric geography of neuronal cognitive maps [Lisova N.A. Muller T.S., Spiridonova M.S., Chereneva E.A. Shilov S.N., 2019].. Understanding the patterns of work of a healthy and diseased brain allows you to outline the right focuses of rehabilitation effects. In the framework of modern cognitive neurorehabilitation, K. M. Shipkova (2020) conducted a number of studies

of cognitive functions in children with speech disorders, as well as of the influence of a music-enriched environment in adults with cognitive disorders.

Research by P. M. Larionov and I. A. Grechukha (2020) reveals the role of cognitive regulation of emotions and individual alexithymic traits in the emergence of aggressive behavior in adolescents. It is assumed that alexithymic traits, through the formation of maladaptive regulation of emotions, cause aggression. These studies demonstrate the relationship between affect and intelligence and the mechanisms of formation of mental health dysfunctions in adolescent children.

K. D. Krivonogova and O. M. Razumnikova (2019) investigate the features of the cognitive status of students (intelligence, memory and attention) with hearing impairment. The detected decrease in verbal intelligence and the speed of selection of visually presented information and higher indicators of the figurative-spatial than verbal component of intelligence in the group with hearing impairments indicate the development of compensatory visual function. A smaller effect of proactive interference with a longer time of executive control in students with hearing impairment compared to the control group indicates insufficient development of inhibitory functions of the prefrontal cortex. The detected changes in the cognitive status of students with hearing impairment should be taken into account in the organization of inclusive education when developing software and methodological support and psychological and pedagogical methods of vocational training.

A. I. Melekhin and E. A. Sergienko (2019) conducted research on cognitive biases in facial recognition of emotions in old age. The authors prove that compared to 55-60 year old people, in groups of people aged 61-74 and 75-90, there are symptoms of age-specific sociocognitive deficit in recognition of emotions: changes in response time to an emotional stimulus in the direction of slowing down; difficulties in fine differentiation of emotions of joy and sadness; the influence of high emotional

intensity for a more accurate recognition of emotions; cognitive bias in attention and interpretation of emotional information. At a later age, there is a combined cognitive bias in recognizing emotions by face. The positive shift prevails more. Unlike 75–90 year old people, 55-60 and 61-74 year old people better recognize emotions of fear and sadness. Anger is more difficult to recognize at a later age. A deficiency in the recognition of neutral emotional expressions is described, which is accompanied by the phenomenon of depressive bias. General and age-specific predictors of facial recognition and differentiation of emotions at a late age are identified.

A. N. Veraksa (2019) and others investigate the relationship between regulatory functions and speech production in older preschoolers: working memory and narrative composition. The following results were obtained: such indicators of speech development as the semantic completeness of the narrative, its adequacy, programming of the speech message, the number of words and sentences in the text, the development of the macrostructure and the type of narrative correlate best with the level of development of working memory in preschool children. Based on the results obtained, it is concluded that the most general and global indicators of the macrostructure of the narrative are significantly associated with the development of working memory. At the same time, the development of auditory working memory is more associated with the development of speech in preschoolers compared with visual working memory. The authors conclude that with a well-developed auditory working memory, the child's speech will be more correct in lexical and grammatical terms.

Research by O. V. Volkova (2010, 2013) in the field of the study of voluntary behavior in somatically weakened children in the framework of medical psychology made it possible to highlight the mechanisms of self-regulation to a greater extent. The author, studying the mechanisms of learned helplessness in somatically weakened children, developed a technology for correcting the low level of development of the main components of volitional action, analyzed

the problem of the relationship of the level of will development with the specifics of the formation of the phenomenon of "learned helplessness", and also substantiated the prospects of indirect influence on learned helplessness through the purposeful development of the child's will.

In the works of Zaschirinskaya O.V. (2016, 2017) and Krasnovsky V.N. (2020), new technologies of psychological correction of disorders aimed at improving social adaptation and learning effectiveness in adolescents with intellectual disabilities are proposed. It is noted that practices based on training methods of teaching are more effective in terms of the balance of the educational process. They prevent emotional overload of pupils, increase the accessibility of understanding the larger context of reality, contribute to success in pedagogical work with mentally retarded children.

Thus, the analysis of modern self-regulation studies reflects their relevance and the insufficiency of a systematic study of this phenomenon in the field of medical psychology. Pathopsychological characteristics of self-regulation in children with cognitive deficiency in comparison with the norm were not revealed. There are no studies of self-regulation in cognitive disorders in children, taking into account subjective well-being. The dynamics of changes in self-regulation in the process of correctional work, as well as the effectiveness of psychological support for children with self-regulation disorders as a health-saving resource, have not been studied.

2.4. Chapter 2 conclusions

1. The generalization of the results of self-regulation studies in the domestic and foreign literature allowed us to establish the importance of studying this phenomenon in the context of determining its psychological components in case of mental health disorders and in the norm.

2. Various methodological approaches to the creation of psychological models of self-regulation are considered.
3. The psychological characteristics of self-regulation in healthy children and in children with health disorders of various nosological groups are revealed.
3. The significance of the study of self-regulation in the context of health disorders in children and adolescents with cognitive deficiency has been established.
4. There is a lack of research on self-regulation in children with cognitive deficiency in the context of health care.

3 Psychological diagnostics of self-regulation in children with cognitive health impairment and in healthy children

3.1 Methodological foundations of the study of self-regulation

The problem of creating variants of the pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive deficiency has determined the totality of the methodological foundations of the study.

The methodology of the analysis made it possible to combine scientific concepts as conceptual and explanatory models based on a systematic approach within the framework of a structural-level analysis of the manifestations of self-regulation as a psychological characteristic in children with impaired cognitive health and in healthy children. The methodological basis of the study was the biopsychosocionoetic concept [Kabrin, Zalevsky, 2000], which allows us to consider self-regulation as a multi-level and systemic formation that defines cognitive health and its disorders as caused by genetic, psychological and social factors. These factors take into account the value attitude of parents to the child. Relying on this methodology allowed us to formulate the concept of "cognitive health". Cognitive health is a state of well-being in the cognitive sphere caused by genetic, psychological, socio-environmental factors, a component of human mental health. Cognitive health disorders in childhood are manifested by variants of cognitive deficiency.

Relying on the concept of self-regulation allows us to consider this phenomenon as a systemic component of mental processes and having certain psychological characteristics associated with human mental health [Zeigarnik, 2000; Zinchenko, 1978; Morosanova, 2019, Rasskazova, 2014; Heckhausen, 2003, et al.].

The theory of the unity of the laws of the development of a normal and abnormal child contributes to the identification of patterns of the formation of self-regulation in norm and pathology [Vygotsky, 1983; Lubovsky, 1978; Luria, 2013; Pevzner, 1963; Petrova, 2000; Strebeleva, 2005; Shif, 1979].

The creation of a pathopsychological model of self-regulation became possible thanks to the research of B.V. Zeigarnik and her followers, who created the scientific direction of pathopsychology, within the framework of which psychological symptom complexes were studied, allowing us to consider impairments of thinking, emotions and behavior as specific psychological characteristics inherent in certain nosological groups in comparison with the norm. To diagnose pathopsychological manifestations, so-called "functional tests" were used [Rubinstein, 1986], some of which were used in this study. The methodology of the pathopsychological approach helped to identify the specifics of the levels of self-regulation in children with cognitive impairments in comparison with the manifestations of this phenomenon in children without cognitive impairments.

The structural-level approach of M. S. Rogovin and G. V. Zalevsky (1998, 2004) allowed us to consider the levels and components of self-regulation and study them in their interrelation and interdependence. Creating a psychological model of self-regulation, we focus on the concept of L. M. Vekker (2000) on the unity of mental processes. Our model studies the basic levels of self-regulation: cognitive, personality-semantic and regulatory-volitional, which partially agrees with the psychological triad of Vekker, but also has some differences.

The volitional component refers to the regulatory sphere as its highest, most conscious level. At the same time, we consider the definition of "emotional-volitional" as methodologically erroneous, since it mixes components from various psychological spheres.

In the developed pathopsychological multi-level dynamic model of self-regulation, personality-semantic, cognitive and

regulatory levels, which are dynamic psychological formations, interact with each other and are the basic components of cognitive functions. Each of the levels contains components whose parameters indicate the degree of severity of impairments of self-regulation or the absence of impairments.

The personality-semantic level is the most complex and deep level that reflects its components (derivatives): attitudes, defense mechanisms, self-esteem (self-concept), the level of claims. The term "personality-semantic level" reflects the psychological content of the concept formulated by A. N. Leontiev – "personal meaning". The concept "personality-semantic" to a greater extent reflects the deep processes and characteristics of the subjective world of a child, as well as the relationship and conditionality of interaction with the environment.

Personal meaning is not identified with emotional experience and is not exhausted by it. According to A. N. Leontiev (1993), an indirect expression of personal meaning is the verbal form of its existence. But it is not exhausted by it. The very task of "meaning", that is, awareness and verbalization of meaning, is set when the signs of the subject's real attitude to the phenomena of reality are already manifested in behavior.

The study of the cognitive level of self-regulation and its psychological diagnosis are methodologically related to the pathopsychological characteristics of thinking and cognitive functions presented in the research of B.V. Zeigarnik and her followers [Zeigarnik, 2000; Rubinstein, 1986; Kholodnaya, 2005; Ulyenkova, 2001, etc.]. To assess this level, the dynamic properties of thinking were determined in this study, including rigidity, stiffness, inertia, fixedness (perseverance). In clinical psychology, the presented characteristics play a decisive role in the assessment of mental development, as well as in the differential diagnosis of intellectual disabilities from similar conditions. In the process of voluntary regulation, intelligence plays a decisive role

in the purposefulness and sequence of actions. This level is very closely related to the next level – regulation of activity, which ultimately characterizes the integrity and quality of self-regulation.

Considering the regulatory level of self-regulation, we were based on behavioral and speech characteristics. The methodology of studying the functions of speech and highlighting its aspects – regulatory, planning, managerial, external and internal – is closely related to the names of J. Piaget, L. S. Vygotsky, P. Ya. Galperin, A. R. Luria and others. At present, the position on the leading role of speech in the regulation of human behavior, on the verbalization of all mental processes is generally recognized. The strength, significance and flexibility, mobility of verbal regulation have certain material and functional prerequisites: in addition to the fact that the word is a generalized signal, that it can signal and replace any immediate stimulus, the speech function has a higher lability compared, for example, with the general motor system [Berstein, 1966; Luria, 2013]. Due to these specific features of the higher nervous activity of a person, almost all of his activity that occurs in response to the influences of the surrounding world is mediated verbally. The leading role of the second signaling system persists in various developmental disorders, such as deafness or mental retardation, where there are pronounced impairments in the formation of speech. It should be emphasized that speech production cannot be understood simplistically, associating it only with verbalization. Verbal production contributes to the formation of a regulatory level of self-regulation.

To assess the regulatory level of self-regulation components, a map based on the principles of the pathopsychological approach has been developed. It includes the following components: goal setting, choice of behavior strategy, regulation of emotional states and control of actions. These characteristics are evaluated on scales, including dynamism, stability, activity, initiative, independence. More details

on the psychodiagnostic program for studying self-regulation are provided in the next section.

The study of the regulatory level, in addition to the pathopsychological approach, was based on the concept of coping behavior as a significant component of self-regulation [Lazarus, Folkman, 1987; Nartova-Bochaver, 2016]. Taking into account this concept, the study considered self-regulation strategies reflecting the behavioral aspect of the regulatory level and related to the productivity and success of activities, the so-called adaptive and non-adaptive strategies.

Thus, the identified levels and components of the phenomenon of self-regulation based on a systematic methodology allowed us to investigate and holistically present, taking into account the nosological group of children with cognitive health disorders in comparison with children with normative cognitive health data [Chereneva E.A., Belyaeva O. L., Stoyanova I. Ya., 2022].

Additional methodological foundations of this study are the ideas and concepts of the role of the family and the importance of the relationship of parents in the context of child health [Gutkevich, 2015; Eidemiller, Nikolskaya, 2003; Kuftyak, 2020; Druzhinin, 2000], the concept of installation as one of the psychological conditions determining the attitude of parents to the child [Uznadze, 2001; Asmolov, 1990; Zinchenko, 1978, et al.], as well as statements about factors determining the formation and functioning of categorical attitudes in the context of the theory of psychological systems [Klochko, 2002].

Programs of psychological support aimed at the formation of cognitive health of younger schoolchildren are based on the findings about the role of psychological assistance as a necessary condition for compensation of developmental and health disorders in psychological and educational support [Bityanova, 2001; Klochko, 2005; Krasnoryadtseva, 1997; Mamaichuk, 2001; Semago, 2016; Zabramnaya, 1996, et al.].

An important part of the psychological support program is the development of noetic principles of attitude towards children, personal readiness for the development of parental and personal competencies aimed at the formation of cognitive health [Chereneva E.A., Chernev D.V., 2011].

Taking into account the methodological foundations, the key concepts of the study are self-regulation and its impairments, cognitive deficit, cognitive health, pathopsychological model, psychological support.

3.2 Stages, methods and sampling of the study

At the first stage, the main and control groups of elementary school students were formed. The main groups included subjects of different ages with a decrease in intellectual activity of various origins: students with minor cognitive impairments – mental retardation (MR) and mild intellectual development impairment. The qualitative characteristic of the intellectual defect corresponds to the clinical diagnoses of ICD-10: F 80.82, F 81, F 70. The control group consisted of schoolchildren who do not experience significant difficulties in studying and do not have cognitive health impairments. The total number of subjects was 456 students aged 8 to 11 years. Two age categories of schoolchildren were formed: the first – children aged 8-9 years and the second – 10-11 years (each with 76 people in control groups and comparison groups). Comparative psychological studies indicated the need for destigmatization of cognitive disorders and included three groups of subjects: NID (normal intellectual development), IDD (intellectual development delay) and MIDI (mild intellectual development impairments). This renaming corresponds to the psychological structure of cognitive disorders within the framework of cognitive health. In addition, 456 mothers of schoolchildren took part in the study.

The ascertaining and forming stages of the study were carried out on the bases of educational, healthcare, and social protection institutions of Krasnoyarsk in the period 2014-2019.

At different stages, in accordance with the specific objectives of the study, a set of different methods was used:

1. The methods of planning and organizing the study were based on an integrated approach, including a comparative correlation approach.

2. Methods of collecting empirical data on younger schoolchildren with cognitive deficiency and without disorders included the following psychometric and qualitative procedures using standardized methods of psychological diagnostics: projective techniques, expert assessments of teachers and medical professionals, survey method, experimental method:

- Children's Apperception Test (CAT) for the study of defense mechanisms and attitudes (in the interpretation of Mary Ainsworth; the interpretation of G. Murray was also used as modified by Burlakova and Oleshkevich – determination of the features of apperceptive behavior); graphic test "Stars and Waves" (U. Ave-Lallemant);

- House-Tree-Person graphic test by J. Buck and L. Kaufman as modified by R.V. Belyauskaite;

- Dembo–Rubinstein self-assessment methodology;

- methodology for assessing the level of claims of S. Ya. Rubinstein;

- the developed diagnostic complex "Self-regulation in primary school children", which makes it possible to identify levels and their components that indicate impairments or their absence.

- psychological diagnostics of mothers of primary school children included: a structured interview designed to study child-parent relations.

- Achenbach questionnaire for the study of adaptation problems

- PARI technique (questionnaire of parental attitudes).

3. Methods of analysis and processing of the obtained results: qualitative (content analysis) and quantitative. Statistical methods. When analyzing the data, the computer software "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS Statistical 24) was used. Various methods of mathematical and statistical processing were used: the significance of differences according to statistical criteria: φ – Fisher's angular transformation, Pearson level distribution comparison criterion χ^2 , correlation analysis, correlation pleiades method.

4. Methods of individual and group correctional-developmental and psychoprophylactic work, as well as group and individual counseling aimed at developing self-regulation in younger schoolchildren with cognitive deficiency, as well as improving parental and professional competence.

The experimental study of self-regulation in children of primary school age was carried out in the following stages:

- 1) preparatory;
- 2) psychodiagnostic;
- 3) analytical.

At the *preparatory stage*, the personal files (medical, psychological and pedagogical documentation, minutes of meetings of psychological, medical and pedagogical commissions) of each subject who took part in the study were studied. The analysis of the documentation allowed to obtain preliminary information about the subjects, to reveal some features of behavior; to identify signs of a socialized disorder; to establish the connection between the child-parent relations and voluntary behavior.

In order to establish contact with the subjects at this stage, the method of conversation was used. Introductory conversations were held with psychologists, teachers of educational institutions, specialists of the centers.

The psychodiagnostic stage included:

1) identification of general and specific patterns of self-regulation in children of primary school age in normal and cognitive health disorders of various nosologies;

2) determination of the role of parental attitudes and interaction with children as factors in the formation of self-regulation.

The assessment of the levels of voluntary regulation in children of primary school age in norm and pathology included the study of the following *parameters*:

- self-esteem, the level of claims, attitudes, defense mechanisms of behavior, - the personality-semantic level;

- the level of intelligence development, dynamic properties of thinking (rigidity, stiffness, inertia, fixedness (perseverance)) – cognitive level;

- the relationship of behavior with speech (speech functions: regulating, planning, managing (external and internal) behavior – the regulatory level).

In the course of the study, the developed self-regulation strategies assessment map was used (Appendix D).

It reflects the following parameters of self-regulation: goal setting, regulation of emotional states, control of actions, achievement of the goal of action, initiative and independence of activity. Each indicator was evaluated according to the following parameters: dynamism, stability, activity, initiative, independence. Each parameter was evaluated on a 3-point scale: 1 point – no, 2 points – partially, 3 points – yes. Observation of the manifestation of cognitive strategies used by the subjects was carried out at the time of diagnosis (a situation of frustration), as well as in free activity.

Thus, the psychodiagnostic stage was based on the study of the structural components of the levels of self-regulation. Individual psychological diagnostics included a diagnostic conversation. This method

promotes the establishment of a trusting contact, allows one to compare the data of different respondents; minimizes the mistakes of the researcher.

The developed questionnaire is aimed at: familiarization with the individual characteristics of the subjects related to self-regulation (Appendix A).

In order to diagnose child-parent relationships, in addition to standardized methods, a structured interview with mothers was used (Appendix E).

The analytical stage of the study is devoted to the generalization of the results obtained.

The following requirements were met during the study:

- Before the diagnosis, contact was made with the subject to relieve tension and set them up to perform tasks.
- The study was conducted in the first half of the day and lasted no more than 60 minutes.
- In case of difficulties, the subject was provided with organizing assistance, motivating them to complete tasks.

In order to study the personal and semantic level of self-regulation in children of primary school age, methods based on the concept of projective psychology were used.

The Children's Apperception Test (CAT) belongs to the class of interpretive techniques, where the meaningful content of needs, conflicts, and attitudes of the individual is projected. With the help of this technique, the following can be identified:

- leading needs and motives;
- features of the child's perception and attitude to parents (including parents as a married couple);
- features of the child's relationship with siblings;
- the content of intrapersonal conflicts as a consequence of frustration of the leading needs of the child;

- features of defense mechanisms as ways to resolve internal conflicts;
- aggressive fantasies, fears, phobias, anxieties associated with situations of frustration;
- dynamic and structural features of a child's behavior among peers.

As a result of the study, a series of stories of each child were analyzed. Examples of stories of subjects with cognitive deficiency and normally are presented in the text of the work.

The results obtained during the study were processed according to the scheme proposed by Mary Ainsworth [Burlakova, Oleshkevich, 2015]. Based on the typical responses of children, the following psychological defenses can be distinguished: reaction formation isolation, suppression, denial, symbolization, projection and introjection, regression. In addition, the characteristics of adequacy, stability, emotional coloring and the ability to change are diagnosed within the framework of the interpretation of G. Murray. The results obtained were recorded in the protocols (Appendix B).

To assess the psychological characteristics of a child, Achenbach questionnaire for parents was used.

This technique allows us to assess to what extent a child is characterized by symptoms or problematic behavior consistent with a certain diagnosis, and to measure the degree of deviation of various types of child behavior from population adaptive norms.

The parental form of the methodology (Appendix B) consists of 99 standardized statements regarding the severity of certain behavioral and emotional problems in the child during the last six months. The answers to these questions are evaluated on a three-point scale (wrong – 0; partially true - 1; true – 3). The questions are structured in 13 specific scales: emotional reactivity, anxiety, somatic complaints, alienation, sleep problems, attention problems,

aggressive behavior, affective problems, anxiety, perverse development problems, hyperactivity, disobedience, other problems.

The next technique is the study of parental attitudes (Parental Attitude Research Instrument – PARI, authors E. S. Schaefer and R. K. Bell, modification of T. V. Neshcheret). It is intended to study the attitude of parents to different aspects of family life.

The PARI questionnaire includes 115 statements distributed across 23 scales. Of these, 8 scales describe the attitude to the family role and 15 relate to parent-child relations, characterizing: 1 – optimal emotional contact, 2 – excessive emotional distance with the child, 3 – excessive concentration on the child.

Judgments are arranged in a certain sequence, and the respondent must express an attitude towards them in the form of active or partial agreement or disagreement. The contents of the questionnaire are presented in Appendix F.

The child-parent relationship is the main subject of analysis in the methodology and assesses the contact between the child and the mother from the point of view of its optimality. To do this, the average scores for the first three groups of scales are compared: optimal contact, emotional distance, concentration. Of particular interest is the analysis of individual scales, which is often the key to understanding the features of failed parent-child relationships, the stress zones in these relationships.

The "Star and Waves" test (hereinafter referred to as "SW") is an expressive graphic and projective method and is a tool for diagnosing intellectual achievements. The possibilities of its use in a child sample, including in children with health disorders, are shown in studies [Drobysheva, 2012, Shorokhova, Agavelyan, 2018].

In this study, the use of the graphical method is associated with the determination of the psychological characteristics of the subjects based on the analysis of graphic expression. U. Ave-Lallemant (2002) connects the peculiarities of the style and technique of drawing with the manifestation of characterological

features, i.e. with the peculiarities of expressive human behavior, and the specific features of the content side of the drawing (spatial and symbolic) refers to the projection of personal problems, deep experiences.

The "SW" test addresses such archetypes as water and stars. The sky and stars as a symbol of eternity, constancy have a symbolic expression of conscious intentions and aspirations, values and volitional efforts. In contrast to this, water and the sea act as a symbol of life, birth, constantly changing and renewed matter. Symbolically, water and waves are expressions of unconscious desires and impulses. The content of the meaning of the sky and stars, light refers to the spiritual principle, the perception of water and waves – to the state of mind.

The projective orientation of the test is related to the attitude to the surrounding reality. The assessment of stylistic, stroke, spatial features of the drawing allows one to determine personal characteristics.

In this study, the "SW" test makes it possible to identify individual experiences in children with impaired cognitive health and normal. The analysis of the features of graphic expression and the content (spatial and symbolic) side of the drawing was carried out according to the criteria developed by U. Ave-Lallemant (2002).

The projective "House-Tree-Person" test created by J. Buck (1948) and adapted for the Russian population by Belyauskaite, is designed to identify personal manifestations in both adults and children.

The author justifies the choice of objects for drawing by the fact that they are familiar to everyone and stimulate more free verbal utterances, According to J. Buck, each drawing is a kind of self-portrait, the details of which have personal significance. According to the drawing, it is possible to judge the affective sphere of the personality, its needs. The following scales are highlighted in the methodology: insecurity, aggressiveness, anxiety, hostility, conflict (frustration), difficulties in communication. The interpretation of the test is carried out by

criteria described in the projective methodology of personality research "House-Tree-Person" [Buck, 1948].

The study of self-esteem and the level of claims was carried out according to the Dembo-Rubinstein method [Rubinstein, 1986]. This technique is based on the direct assessment (scaling) by schoolchildren of a number of personal qualities, such as health, abilities, character, etc. The subjects are invited to mark on vertical lines with certain signs the level of development of these qualities (an indicator of self-esteem) and the level of claims, i.e. the level of development of the same qualities that would satisfy them. Each subject is offered a methodology form containing instructions and a task.

Conducting research.

Instruction manual. Any person evaluates their abilities, capabilities, character, etc. The level of development of each quality, side of the human personality can be conventionally represented by a vertical line, the lower point of which will symbolize the lowest development, and the upper one – the highest. You are offered seven such lines. They mean: health; mind, abilities; character; authority among peers; the ability to do a lot with your own hands, skillful hands; appearance; self-confidence.

In the statistical processing of the results in accordance with the research objectives, the following methods of statistical analysis were used:

Correlation analysis is a statistical method of studying the relationship between two or more random variables. Random variables in empirical studies are the values of variables, the measured properties of the studied objects of observation. The essence of correlation analysis is the calculation of correlation coefficients. Correlation coefficients can take, as a rule, positive and negative values. The sign of the correlation coefficient allows you to interpret the direction of the connection, and the absolute value – the strength of the connection.

The method of calculating the correlation coefficients depends on the measurement scales of the variables between which the relationship is being investigated. For variables measured on a quantitative scale (interval scale or ratio scale), the covariance or correlation moment is calculated, and based on it, a linear correlation coefficient (Pearson correlation coefficient) is calculated.

Analysis of contingency tables according to the Pearson criterion χ^2 . A statistical hypothesis in the analysis of contingency tables is the assumption that the joint occurrence of two or more gradation values in different features is not accidental, but the absence of this joint occurrence is accidental. In our study, these signs were the values of gender, age range, level of education and temperament. According to the calculated expected frequency of joint occurrence, we could judge the mutual conjugacy of these signs: if the calculated expected frequency of their joint occurrence is greater than the actually observed frequency, then the gradations of the signs are repelled, that is, these gradations occur together with a very low probability; if the actual frequency of joint occurrence of gradations exceeds the expected, then in the sample under study these gradations occur together very often; with a high probability, this trend will continue with an increase in the sample

The correlation pleiades method is designed to find such groups of parameters or objects, "pleiades", when the correlation relationship, i.e. the sum of the modules of the correlation coefficients between the parameters of one group (intra-pleiades relationship), is large enough, and the relationship between parameters from different groups (inter-pleiades) is small. According to a certain rule, a graph drawing is formed according to the correlation matrix of objects, which is then divided into subgraphs using various techniques. The elements corresponding to each of the subgraphs form a pleiad. Thus, a correlation pleiad is a figure consisting of vertices and lines connecting them. The vertices correspond to the parameters and are usually indicated by numbers – parameter numbers. The lines correspond to statistically reliable connections and graphically express the sign, and

sometimes the level of significance of the connection. The correlation pleiad can reflect all statistically significant relationships of the correlation matrix (sometimes called the correlation graph) or only their meaningfully highlighted part (for example, corresponding to one factor according to the results of factor analysis).

The Fisher criterion is designed to compare two samples by the frequency of occurrence of the effect of interest to the researcher.

The criterion evaluates the significance of the differences between the percentages of the two samples in which the effect of interest is registered. The essence of the Fisher angular transformation is to translate the percentages into the values of the central angle, which is measured in radians.

The Fisher angular transformation criterion φ^* is designed to test the hypothesis that the proportion of some feature differs in two aggregates. The Fisher criterion φ^* is a multifunctional statistical criterion that can be used in relation to different data (metric and non-metric), different samples (independent and dependent) and different research tasks. In this thesis research, this criterion was chosen to test hypotheses, primarily for the reason that the collection of empirical data was carried out both with the help of questionnaires and with the help of projective techniques, respectively, it was necessary to carry out a statistical generalization of not only quantitative, but also categorical variables. In addition, the study used data divided into two categories in two separate ways, it was necessary to compare the assessments of the studied signs in the normative (NID) and nosological (IDD and MIDI) groups in different age ranges (8-9 and 10-11 years). It is the criterion φ^* that is designed to solve this kind of problems.

One-way analysis of variance (ANOVA)

Variance analysis is a statistical method for assessing the variability of a trait under the influence of any controlled variable factors. At the same time, the investigated feature should be quantitative, i.e. it should be

measured in metric scale. In this variant of the method, different samples of subjects are affected by each of the gradations of the factor. One-factor analysis of variance is mainly used to compare three or more samples. This method allows not only to assess the significance of differences between all compared samples, but also allows for multiple pairwise comparisons. When conducting a one-way analysis of variance, the average values of each sample are compared with each other, and the overall level of significance of differences between groups is calculated without specifying which groups differ and which do not. To identify pairs of samples that differ from each other by average values at the level of statistical significance, the SPSS statistical program uses post hoc criteria for paired comparisons. In the thesis research, one-way analysis of variance was used to study the influence of cognitive health on the variability of the pathopsychological model of self-regulation. As a posteriori criterion for the pairwise intergroup comparison, the criterion of the least significant difference (LSD) was used.

Kruskal-Wallis one-way analysis

The Kruskal-Wallis H-test is a nonparametric statistical criterion that is used to solve the problem of comparing three or more independent samples by the level of severity of a variable. This method is a nonparametric analogue of one-way analysis of variance. It differs from the analysis of variance in that it is based not on a comparison of averages and variances of variables, but on a comparison of average ranks. In the thesis study, the Kruskal-Wallis H-criterion was used to assess the significance of differences in the studied features in the normative and nosological groups of respondents.

3.3 Chapter 3 conclusions

1. The methodological foundations of this study contributed to the creation of a pathopsychological model of self-regulation in young schoolchildren with impaired cognitive health and to study the effectiveness of psychological support.
2. The developed psychodiagnostic program for studying the psychological structure of self-regulation allows us to consider the psychological characteristics of the personality-semantic, cognitive and regulatory levels in children with impaired cognitive health and normal.
3. The inclusion of functional tests, questionnaire and projective methods in the diagnostic program allows us to consider cognitive manifestations in the context of the child's personality, and the use of mathematical statistics methods and at a reliable level allows us to identify areas of psychological correction associated with the health of younger schoolchildren.
4. Methods of psychodiagnostics of child-parent relationships, parental attitudes allow us to identify the specifics of family interaction with children with cognitive health disorders associated with the formation of self-regulation.

4 Pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive health impairment

4.1 Analysis of intergroup differences in self-regulation in children with cognitive health impairment and healthy children

In order to reach the goal of our study on the analysis of self-regulation in primary school children with normal and impaired cognitive health, a diagnostic complex has been developed that reveals the levels and components of the pathopsychological model of self-regulation. The identified psychological components of self-regulation, including cognitive, personality-semantic and regulatory levels, have conditional boundaries and do not have a clear separation, are complementary and inseparable in the analysis.

With the help of the developed diagnostic complex, normative and deficient characteristics of self-regulation were identified. The interrelations between cognitive, regulatory and personality-semantic levels were established. The normative model and variants of the pathopsychological model of self-regulation are presented.

4.1.1 Cognitive level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation

The cognitive level contains components reflecting qualitative and quantitative characteristics of cognitive health, including (rigidity, stiffness, inertia, fixedness (perseverance), as well as goal setting and choice of behavior strategy.

Indicators of the cognitive level indicate significant differences in the normative and nosological groups. Thus, children with cognitive deficiency have difficulties at all stages of planning, monitoring and

retention of the activity goal. A distinctive characteristic of this level in cases of cognitive health disorders is the manifestation of rigidity in the process of forming new behavioral strategies. In healthy children, the cognitive level is characterized by flexibility and greater mobility in the formation of new behaviors, as well as the ability to be critical of possible behavioral changes.

Impairments of the cognitive level of self-regulation of younger schoolchildren with cognitive deficiency are noted in all its components (goal setting, regulation of emotional state, control of actions and achievement of the goal of action), as well as in the formation of adaptive behavior strategies. Typical for both nosological groups are difficulties in the formation of self-regulation in educational activities. Maladaptive strategies are more evident in the subjects of both age categories of the MIDI groups than in the subjects of the IDD groups. In the MIDI group of subjects, all components of behavior strategies are more impaired.

Table 1 – Indicators of intergroup differences in the formation of behavior strategies (age group 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Adaptive strategies	35	46.05	16	21.05	4	5.26	3.316***	6.337***	3.021***
High level	10	13.16	6	7.89	0	0.00	1.073	The criterion is not applicable, since it's 0 in one group	
Average level	25	32.89	10	13.16	4	5.26	2.947***	4.666***	1.720*
Non-adaptive strategies	41	53.95	60	78.95	72	94,74	3.316***	6.337***	3.021***
Level below average	25	32.89	40	52.63	45	59.21	2.472**	3.292***	0.820
Low level	16	21.05	20	26.32	27	35.53	0.752	1.985*	1.233
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Adaptive strategies prevail in subjects with normotypic development (Table 1): significant differences were found at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$) between all groups of respondents.

Respondents aged 10-11 years have the same tendency as subjects aged 8-9 years (Table 2).

Table 2 – Indicators of intergroup differences in the formation of behavior strategies (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Adaptive strategies	45	59.21	44	57.89	15	19.74	0.166	5.153***	4.987***
High level	18	23.68	9	11.84	1	1.32	1.948*	4.858***	2.910**
Average level	27	32.89	35	46.05	14	18.42	1.671*	2.065*	3.736***
Non-adaptive strategies	31	40.79	32	42.11	61	80.26	0.160	5.153***	4.993***
Level below average	24	31.58	20	26.32	38	50.00	0.721	2.324**	3.045***
Low level	7	9.21	12	15.79	23	30.26	1.245	3.390***	2.145*
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

These indicators show a decrease in the number of subjects with cognitive deficiency who have adaptive behavior strategies (19.74%, of which 1.32% have adaptive strategies at a high level). These indicators confirm the position that children with cognitive pathologies need psychological support aimed at the formation of self-regulation. The differences between the indicators of the tested NID groups and schoolchildren with cognitive pathology are significant at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).

The results obtained confirm the hypothesis about the influence of cognitive development on behavior strategies: the number of subjects with maladaptive strategies is significantly higher in groups of children with cognitive deficiency [Chereneva E.A., Chernev D.V., 2017].

Thus, the predominance of maladaptive strategies in groups with cognitive deficiency was revealed. The indicators of the behavior strategies of schoolchildren aged 10-11 years reflect the same trends characteristic of the age group 8-9 years. The cognitive level is significant in the formation of self-regulation and influences the formation of adaptive behavior strategies.

4.1.2 Personality-semantic level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation

The personality-semantic level of self-regulation characterizes the world of subjective reality of the subjects and reveals the deep mechanisms of self-regulation, manifests itself in internal motives and motives when achieving the goal of activity, including psychological defenses.

This level was studied using projective techniques: CAT, "Stars and Waves", "House – Tree – Person", "Self-esteem" and "The Level of claims". A comparative analysis of the results revealed differences in the manifestations of the personality-semantic level and its influence on self-regulation in normal and in impairment of cognitive health.

The study of intergroup differences using the **CAT technique** indicates that these results correlate with the indicators obtained by the PARI method, the graphical test "Stars and Waves". Let's characterize the results obtained by scales. According to the first "position" scale, 8-9-year-old subjects (Table 3) have almost equal results in measured parameters (action, passivity, activity). On the "Conflicts" scale there are significant differences in manifestations ($p \leq 0.05$) in the test groups of IDD (50% of subjects) and MIDI (32% of manifestations). The next parameter that draws attention to the significance of group differences is "competition with siblings".

Table 3 – Indicators of intergroup differences in personality structure (CAT technique, age category 8-9 years)

Indicators		Groups						Significance of differences		
		NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
		No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Position	Action	29	38.2	31	40.8	28	36.8	0.327	0.179	0.505
	Passive	20	26.3	15	19.7	19	25.0	0.968	0.185	0.783
	Aggressive	27	35.5	30	39.5	29	38.2	0.505	0.345	0.160
Conflicts	Punishment, disapproval	34	44.7	29	38.2	26	34.2	0.814	1.332	0.518
	Limitation, parental pressure	23	30.3	20	26.3	25	32.9	0.549	0.345	0.894
	Lack of love, fear of loneliness	32	42.1	38	50.0	25	32.9	0.980	1.171	2.151*
	Pain, phys. damage, illness	33	43.4	43	56.6	40	52.6	1.634	1.140	0.493
	Problems with food, hunger	20	26.3	25	32.9	23	30.3	0.894	0.549	0.345
	Death of the main character	28	36.8	26	34.2	22	28.9	0.339	1.042	0.703
	Competition with siblings	39	51.3	42	55.3	23	30.3	0.493	2.657**	3.150***
	Competition with peers	30	39.5	23	30.3	14	18.4	1.190	2.910**	1.720*
	Fear of darkness, cold, death	43	56.6	39	51.3	23	30.3	0.653	3.310***	2.657**
	Quarrels with siblings	47	61.8	31	40.8	19	25.0	2.484**	4.697***	2.213*
	Quarrels with peers	59	77.6	36	47.4	27	35.5	3.927***	5.419***	1.492
	Absence/lack of friends	28	36.8	27	35.5	16	21.1	0.166	2.151*	1.985*
	Parents' quarrels	48	63.2	27	35.5	28	36.8	3.458***	3.292***	0.166
Needs	To avoid punishments, disapproval	69	90.8	50	65.8	55	72.4	3.902***	3.021***	0.882
	In autonomy	70	92.1	47	61.8	32	42.1	4.703***	7.151***	2.447**
	In friendship, communication	54	71.1	45	59.2	38	50.0	1.541	2.682**	1.140
	Be stronger, older	76	100	76	100	76	100	The criterion is not applicable		

End of Table 3

	To avoid loneliness without parents	76	100	61	80.3	54	71.1	The criterion is not applicable		1.332
	To avoid problems with food and hunger	23	30.3	20	26.3	36	47.4	0.549	2.176*	2.725**
	To avoid fear of darkness and cold	36	47.4	34	44.7	20	26.3	0.333	2.725**	2.392**
	In achievements among peers	62	81.6	54	71.1	42	55.3	1.535	3.563***	2.028*
	In peace and calm in the family	56	73.7	43	56.6	40	52.6	2.232*	2.725**	0.493
Defense	Intellectualization	34	44.7	8	10.5	0	0.0	4.962***	The criterion is not applicable	
	Repression	43	56.6	39	51.3	23	30.3	0.653	3.310***	2.657**
	Regression	29	38.2	42	55.3	48	63.2	2.121*	3.113***	0.992
	Substitution	37	48.7	30	39.5	28	36.8	1.147	1.486	0.339
	Denial	37	48.7	42	55.3	54	71.1	0.814	2.842**	2.028*
	Projection	47	61.8	56	73.7	60	78.9	1.590	2.330**	0.740
	Compensation	48	63.2	32	42.1	21	27.6	2.626**	4.512***	1.886*
	Reaction formation	24	31.6	10	13.2	2	2.6	2.774**	5.363***	2.589**
<p>* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).</p> <p>** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).</p> <p>*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).</p>										

The experiment involved subjects who had brothers and sisters. Significant differences at the level of $p \leq 0.01$ are observed between the subjects of the NID (51.3% of cases) and MIDI (30.3% of cases of manifestation) groups.

Healthy subjects have a higher level of frustration with siblings than subjects with impaired intelligence.

More pronounced competition between siblings is manifested in the subjects of the IDD group (55.3% of cases) in comparison with the subjects of the MIDI group (30.3% of cases) ($p \leq 0.001$). These data confirm the results of the parameter "quarrels with siblings". The group of healthy peers is the most confrontational (61.8%). Students with cognitive health impairment are less confrontational:

the validity of differences in intergroup indicators is at the level of $p \leq 0,001$.

Students with intellectual retardation also enter into conflicts/quarrels with siblings (40.8% of the subjects), the significance of differences with healthy peers is significant at the level of $p \leq 0.01$. The tendency of conflict is also observed with peers (the parameter "quarrels with peers"). Healthy schoolchildren are the most confrontational at this age (77.6%), children with intellectual disabilities are the least confrontational (35.5%), the significance of differences is at the level of $p \leq 0.001$. The students of the IDD group also have a high level of confrontation (47.4%), the significance of differences with the indicators of healthy peers is at the level of $p \leq 0.001$. The confrontation trend is also reflected in the parameter "Quarrels with parents". Confrontation is most pronounced in healthy subjects (63.2%), less in children of the IDD group (35.5%), slightly more in children of the MIDI group (36.8%). The significance of differences ($p \leq 0.001$) between the NID –IDD and NID – MIDI groups is most pronounced.

The next scale under study is "needs". According to the results of the study, the following needs are most relevant for healthy schoolchildren: "to avoid punishment, disapproval" (90.8%), "autonomy" (92.1%), "friendship, communication" (71.1%), "being stronger, older" (100%), "avoiding loneliness without parents" (100%), "having achievements among peers" (81.6%), "peace and calm in the family" (73.3 %). It should be noted that other peer groups are characterized by the same trends in social needs, but there are some differences due to the social nature. According to the parameter "to avoid punishment, disapproval" for children of the MIDI group is relevant in 72.4% of cases, and for students of the IDD group – in 65.8%. Intergroup differences are significant at the level of $p \leq 0.001$. It was found that for children with cognitive health disorders, the need for autonomy is expressed to a lesser extent (61.8%) compared to the norm (42.1%). The significance of the differences in indicators between healthy subjects and subjects with mental disorders are significant at the level of $p \leq 0.001$.

The need for communication is also less pronounced in subjects with cognitive impairments (IDD group – 59.2%; MIDI – 50%). The significance of differences in indicators between the subjects of the NID – MIDI groups is high at the level of $p \leq 0.01$.

When studying the parameters of the scale "To be stronger, older", all the subjects (100%) demonstrated this desire.

It is characteristic that the parameter "to avoid loneliness without parents" turned out to be very significant for all categories of subjects. There were no significant differences in this indicator. For students with mental retardation from all the studied categories, problems with food and hunger are less significant (26.3%), but for mentally retarded students this indicator is pronounced (47.4%). The significance of the differences between the IDD-MIDI groups is high at the level of $p \leq 0.01$, and between the NID-MIDI groups – at the level of $p \leq 0.05$.

According to the parameter "achievements among peers", students with cognitive impairments show differences significant at the level of $p \leq 0.01$; 55.3% of the subjects need this need less. The significance of differences at the level of $p \leq 0.001$ is obvious between healthy subjects and subjects with intellectual disabilities. The analysis of the last investigated parameter "the need for peace and calm in the family" suggests that this basic need is important for the subjects of all groups. There is a significant difference between the NID – IDD groups at the level of $p \leq 0.05$, and between the NID – MIDI groups – at the level of $p \leq 0.01$.

In the study of psychological defense, we identified a trend reflecting the individual emotional and personal experience of the subjects, as well as the degree of influence of intelligence on the formation of the subjective world.

The first studied defense mechanism – "intellectualization" – shows that children of the IDD group have its manifestation (10.5% of the subjects). The significance of the difference between the results obtained in the study of healthy students is high at the level of $p \leq 0.001$. It is characteristic that

for children with intellectual disabilities to a mild degree, the formation of this type of defense is not characteristic.

In the study of suppression, it is obvious that students with intact intellect do it more successfully, mentally retarded students do it less successfully ($p \leq 0.001$). There are also significant differences between the subjects of the IDD-MIDI groups – at the level of $p \leq 0.01$.

The type of regression is more pronounced in children with impaired intelligence (63.2% of subjects), the significance of differences with healthy subjects (38.2%) is at the level of $p \leq 0.001$.

Denial is more pronounced in children with impaired intellectual development (the MIDI group – 71.1%), the significance of differences in indicators between the MIDI and NID groups is significant at the level of $p \leq 0.01$. The "projection" defense type is most pronounced in subjects with impaired intelligence, the significance of differences with healthy peers is at the level of $p \leq 0.01$.

Compensatory mental mechanisms are effectively manifested in healthy subjects (63.2% of cases), this indicator is less pronounced in subjects with impaired intelligence (27.6%). This fact characterizes an important mechanism of voluntariness – the rigidity of mental processes (the significance of differences is at the level of $p \leq 0.001$). Reaction formation is more effectively developed in healthy peers (31.6%), in students with impaired intelligence – in only 2.6% of cases. The significance of the differences between these groups was fixed at the level of $p \leq 0.001$. The obtained results of the study of psychological protection confirm the data on the mental rigidity of children with impaired intelligence, on the difficulty of creating new temporary connections that can form new behavioral strategies and reduce intrapersonal conflict.

Studies of 10-11-year-old subjects (Table 4) showed age differences that demonstrate the development of the emotional and personal sphere, the formation of Self-concept, independence, purposefulness, expressed behavioral strategies. Let's characterize the results obtained.

Table 4 – Indicators of intergroup differences in personality structure (CAT technique, age category 10-11 years)

Indicators		Groups						Significance of differences		
		NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
		No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Position	Action.	36	47.4	23	30.3	25	32.9	2.176**	1.831*	0.345
	Passive.	10	13.2	10	13.2	15	19.7	0	1.085	1.085
	Aggression.	30	39.5	33	43.4	36	47.4	0.487	0.986	0.499
Conflicts	Punishment, disapproval	54	71.1	49	64.5	43	56.6	0.882	1.868*	0.986
	Restriction, parental pressure	53	69.7	44	57.9	35	46.1	1.523	2.977***	1.455
	Lack of love, fear of loneliness	32	42.1	38	50.0	35	46.1	0.980	0.499	0.481
	Pain, phys. damage, illness	33	43.4	43	56.6	40	52.6	1.646*	1.153	0.493
	Problems with food, hunger	18	23.7	36	47.4	39	51.3	3.095***	3.,575** *	0.481
	Death of the main character	28	36.8	26	34.2	22	28.9	0.339	1.042	0.703
	Competition with siblings	48	63.2	49	64.5	18	23.7	0.166	5.061***	5.227***
	Competition with peers	56	73.7	43	56.6	30	39.5	2.232*	4.352***	2.121*
	Fear of darkness, cold, death	39	51.3	26	34.2	20	26.3	2.145*	3.205***	1.060
	Quarrels with siblings	56	73.7	39	51.3	17	22.4	2.885**	6.651***	3.766***
	Quarrels with peers	60	78.9	40	52.6	35	46.1	3.477***	4.278***	0.801
	Absence/lack of friends	28	36.8	27	35.5	16	21.1	0.154	2.139*	1.985*
	Parents' quarrels	57	75.0	36	47.4	42	55.3	3.545***	2.571**	0.974
Needs	Avoid punishment, disapproval	58	76.3	56	73.7	42	55.3	0.370	2.762**	2.392**
	In autonomy	76	100	45	59.2	42	55.3	The criterion is not applicable		0.487
	In friendship, communication	72	94.7	73	96.1	68	89.5	0.413	1.615	1.615
	Be stronger, older	76	100	73	96.1	70	92.1	The criterion is not applicable		1.060
	Avoid loneliness without parents	70	92.1	52	68.4	43	56.6	3.847***	5.357***	1.510
	Avoid food problems and hunger	43	56.6	30	39.5	46	60.5	2.121*	0.487	2.608**
	Avoid the fear of darkness and cold	30	39.5	28	36.8	15	19.7	0.339	2.706**	2.367**
	In achievements among peers	72	94.7	64	84.2	48	63.2	2.065*	5.172***	3.107***

End of table 4

	In peace and calm in the family	53	69.7	49	64.5	46	60.5	1,165	0.653	0,512
Defense	Intellectualization	45	59.2	10	13.2	0	0	6.238***	The criterion is not applicable	
	Repression	51	67.1	42	55.3	40	52.6	7.249***	1.831*	5.419***
	Regression	20	26.3	36	47.4	41	53.9	2.725**	3.526***	0.801
	Substitution	44	57.9	32	42.1	31	40.8	1.954*	2.114*	0.160
	Denial	28	36.8	40	52.6	44	57.9	1.966*	2.620**	0.653
	Projection	42	55.3	50	65.8	58	76.3	1.313	2.762**	1.449
	Compensation	38	50.0	28	36.8	20	26.3	1.646*	3.045***	1.399
	Reaction formation	29	38.2	12	15.8	5	6.6	3.175***	5.012***	1.837*
<p>* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).</p> <p>** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).</p> <p>*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).</p>										

According to the "conflicts" scale, the most urgent need that causes frustration for healthy subjects (71.1%) is punishment, disapproval, for students with impaired intelligence – this indicator is less, but also relevant for the majority of students (56.6%); the significance of differences is at the level of $p \leq 0.05$. Also at this age, all the studied groups are characterized by an increase in independence and autonomy (the indicator "limiting parental pressure"). Students in the NID group need more autonomy (69.7%), students with impaired intelligence need less (46.1%).

It seems that this indicator characterizes not only the development of the personal sphere, but also the willingness (according to children) to be independent, to make decisions, to choose a strategy of behavior. The subjects with intellectual disabilities do not have much activity in this direction. This is evidenced by data indicating the significance of differences between the NID- MIDI groups at the level of $p \leq 0.001$.

For the majority of subjects, the indicator "problems with food" is relevant: it is more pronounced in subjects with cognitive deficiency (the IDD group – 47.4%, the MIDI group – 51.3%), the significance of differences between the indicators of the NID-IDD and NID-MIDI groups is at the level of $p \leq 0.001$.

In this age category, there is competition with siblings, and it is more pronounced in the subjects of the IDD group (64.5%), to a lesser extent in the subjects of the MIDI group (23.7%). The significance of the differences is at the level of $p \leq 0.001$. The same trend is observed in the following parameters studied: "quarrels with siblings", "quarrels with peers", "quarrels with parents". These indicators indicate not only the development of the emotional sphere, the formation of the Self-concept, social interaction skills, but also the formation of a new experience in the formation of behavioral strategies. At the same time, new competencies are formed to a greater extent in healthy schoolchildren.

The analysis of the study of the needs of all groups of subjects showed dependence on social norms, the desire to be accepted in society, to receive approval from peers and parents.

The indicator of "avoiding punishment, disapproval" is pronounced in healthy subjects (76.3%), and in the subjects of the MIDI group it was observed in 55.3% of cases. The significance of the differences between the subjects of the NID-MIDI and IDD-MIDI groups is at the level of $p \leq 0.01$.

For all subjects, the need to "avoid loneliness without parents" is relevant. The significance of differences between the indicators of the NID-IDD and NID-MIDI groups is at the level of $p \leq 0.001$. Also relevant at this age is the need "achievements among peers": the significance of differences between the groups of NID-MIDI, IDD-MIDI is at the level of $p \leq 0.001$.

When studying the defense mechanisms of the studied category of subjects, a general trend was revealed: there are no significant differences between the groups of IDD-MIDI (with the exception of the formation of the defense mechanism "reactive formation"). At this age, as in the previous age category, children with impaired intelligence of a mild degree do not form a defense mechanism "intellectualization". However, in the IDD group, there is an increase in this indicator in comparison with the previous age period. The significance of the differences between the NID-IDD groups is at the level of $p \leq 0.001$. Mechanisms

of repression work better in healthy children (67.1%), to a lesser extent – in children with impaired intelligence (52.6%). The significance of differences at the p level ≤ 0.001 exists between the NID-IDD and IDD-MIDI groups.

Regression mechanisms are expressed to a greater extent in children with cognitive deficiency (53.9%), this is evidenced by the presence of foolishness, childishness in their behavior. The significance of the differences between the NID-MIDI groups is high at the level of $p \leq 0.001$.

It should be noted that the majority of subjects with cognitive health disorders have such a defense mechanism as "denial" (the IDD group – 52.6%; the MIDI group – 57.9%). This indicates the presence of ineffective coping strategies with a frustrating situation and the impossibility of creating a new behavior strategy. The reason for this is an intellectual defect. This fact is confirmed by the results of the psychological defense compensation study. More effective methods of psychological defense are observed in healthy children (50.0%); fewer compensatory opportunities are observed in children with cognitive deficiency (26.3%). The significance of differences is at the level of $p \leq 0.001$.

The psychological defense "reaction formation" is aimed at converting a negative effect into a positive one or minimizing the threat. To a greater extent, healthy children have such opportunities for restructuring (38.2%), this was recorded in 15.8% of cases among students of the IDD group, and 6.6% of cases in the MIDI group.

Analyzing the age changes in each category of subjects (Table 5), the following conclusions can be drawn. In each group, the need for autonomy and independence increases. In all three groups, there are trends towards an increase in indicators (the significance of differences is at the level of $p \leq 0.001$), with age the need to avoid punishment and disapproval increases.

In addition, an increase in the value of the indicator "avoiding hunger" was found in children with cognitive deficiency (in the IDD groups – at the level of $p \leq 0.05$, and

in the MIDI group – at the level of $p \leq 0.01$). In all three groups, an active competitive position is manifested, which is characterized by an increase in leadership qualities ($p \leq 0.001$). With age, the need to avoid punishment and disapproval decreases (in healthy children, the differences are significant – at the level of $p < 0.01$, and in cases of cognitive health disorders – at the level of $p < 0.05$).

There was a tendency to increase the need for friendship and communication with age (differences at the level of $p \leq 0.001$) for all subjects.

Also, for all subjects, there are trends in decreasing indicators of avoiding loneliness without parents, which indicates an increase in independence, and in children with impaired intelligence, this indicator has a greater severity.

As for the topic of hunger, healthy children experience a greater need for it with age than others (the differences are significant at the level of $p \leq 0.001$). However, for children of the IDD group, the topic of hunger becomes more relevant with age, and for children of the MIDI group, this topic is relevant at all age stages.

In healthy subjects, the need for achievements among peers increases ($p \leq 0.01$); this is also relevant for the group of subjects of the IDD group ($p \leq 0.05$).

The study of defense mechanisms indicates that "intellectualization" is enhanced in children with intact intellect (differences are at the level of $p \leq 0.05$), which is not observed in children with cognitive health disorders. They have a more developed compensation mechanism, but with age the values of this indicator decrease.

For children with impaired intelligence, the development of the mechanism "suppression" is characteristic ($p \leq 0.01$), and the subjects of the IDD group showed an increase in the values of this indicator (differences – at the level of $p \leq 0.001$).

Table 5 – Indicators of age differences in personality structure (CAT technique, age categories 8-9 years and 10-11 years)

Indicators		Groups						Significance of differences		
		NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
		No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Position	Action.	38,2	47,4	40,8	30,3	36,8	32,9	1,147	1,356	0,505
	Passive.	26,3	13,2	19,7	13,2	25,0	19,7	2,053*	1,085	0,783
	Aggression.	35,5	39,5	39,5	43,4	38,2	47,4	0,505	0,487	1,147
Conflicts	Punishment, disapproval	44,7	71,1	38,2	64,5	34,2	56,6	3,335****	3,267****	2,799**
	Limitation, parental pressure	30,3	69,7	26,3	57,9	32,9	46,1	4,993****	4,019****	1,671*
	Disadvantage love, fear of loneliness	42,1	42,1	50,0	50,0	32,9	46,1	0,000	0,000	1,671*
	Pain, phys. damage, illness	43,4	43,4	56,6	56,6	52,6	52,6	0,012	0,000	0,000
	Problems with food, hunger	26,3	23,7	32,9	47,4	30,3	51,3	0,370	1,831*	2,657**
	Death of the main character	36,8	36,8	34,2	34,2	28,9	28,9	0	0	0
	Competition with siblings	51,3	63,2	55,3	64,5	30,3	23,7	1,486	1,159	0,918
	Competition with peers	39,5	73,7	30,3	56,6	18,4	39,5	4,352****	3,310****	2,910****
	Fear darkness, cold, death	56,6	51,3	51,3	34,2	30,3	26,3	0,653	2,145*	0,549
	Quarrels with siblings	61,8	73,7	40,8	51,3	25,0	22,4	1,578	1,177	0,376
	Quarrels with peers	77,6	78,9	47,4	52,6	35,5	46,1	0,191	0,641	1,332
	Absence / lack of friends	36,8	36,8	35,5	35,5	21,1	21,1	0,012	0	0
	Parents' quarrels	63,2	75,0	35,5	47,4	36,8	55,3	1,578	1,492	2,299*
Needs	To avoid punishments, disapproval	90,8	76,3	65,8	73,7	72,4	55,3	2,466**	1,066	2,207*
	In autonomy	92,1	100	61,8	59,2	42,1	55,3	–	0,327	1,634
	In friendship, commu- nication	71,1	94,7	59,2	96,1	50,0	89,5	4,136****	6,090****	5,616****
	Be stronger, older	100	100	100	96,1	100	92,1	–	–	–

End of table 5

	To avoid loneliness without parents	100	92,1	80,3	68,4	71,1	56,6	3,514***	1,689*	1,868*
	To avoid problems with food and hunger	30,3	56,6	26,3	39,5	47,4	60,5	3,310***	1,738*	1,621
	Avoid fear darkness and cold	47,4	39,5	44,7	36,8	26,3	19,7	0,986	0,992	0,968
	In achievements among peers	81,6	94,7	71,1	84,2	55,3	63,2	2,601**	2,071*	0,992
	In peace and calm in the family	73,7	69,7	56,6	64,5	52,6	60,5	2,398**	0,999	0,980
Defense	Intellectualization	44,7	59,2	10,5	13,2	0,0	0	1,794*	0,518	-
	Repression	56,6	67,1	51,3	55,3	30,3	52,6	1,338	5,258***	2,817**
	Regression	38,2	26,3	55,3	47,4	63,2	53,9	1,578	0,974	1,165
	Substitution	48,7	57,9	39,5	42,1	36,8	40,8	1,134	0,327	0,505
	Denial	48,7	36,8	55,3	52,6	71,1	57,9	1,486	0,333	1,708*
	Projection	61,8	55,3	73,7	65,8	78,9	76,3	0,814	1,091	0,382
	Compensation	63,2	50,0	42,1	36,8	27,6	26,3	1,646*	0,666	0,179
	Reaction formation	31,6	38,2	13,2	15,8	2,6	6,6	0,857	0,456	1,208
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).										

Using the **"Stars and Waves" projective technique**, we obtained the following results (Table 6).

When interpreting the results of the graphical projective test "Stars and Waves" (SW), we used a correlation analysis of indicators with the CAT technique. It was found that subjects with impaired intelligence lag significantly behind in terms of indicators reflecting their cognitive abilities. For example, the semantic way of solving a drawing in the MIDI group is zero, but the subjects of the IDD group still use their cognitive potential as a means of solving a given topic. This ability may be a potential opportunity for the formation of cognitive strategies of voluntary behavior.

Table 6 – Indicators of intergroup differences in ways of interpreting the theme of the drawing using the "Stars and Waves" method (age category 8-9 years) (ϕ – Fisher angular transformation)

Interpretation	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Subject-based	28	36,8	20	26,3	2	2,6	1,399	6,041***	4,642***
Figurative	70	92,1	15	19,7	2	2,6	10,184***	13,858***	3,674***
Semantic	5	6,6	3	3,9	0	0,0	0,752	The criterion is not applicable	
Formalistic	12	15,8	8	10,5	0	0,0	0,992	The criterion is not applicable	
Emotional	50	65,8	34	44,7	8	10,5	2,632**	7,595***	4,962***
** $p \leq 0.01$ ($\phi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\phi = 2.81$).									

The results of the study demonstrate that healthy subjects (36.8%) use a sufficient number of details that reveal the meaning and content of the topic in the process of interpretation. A decrease in indicators was noted in children with impaired intelligence (26.3% of the subjects of the IDD group and 2.6% of the subjects of the MIDI group). Differences between the NID-MIDI and IDD-MIDI groups are significant at the level of $p \leq 0.001$. This indicates the poverty of the imagination of the subjects of this category and confirms the results of the study of the formalist way of interpreting the topic – 0.0% of the subjects. The test results showed that at this age almost all children have a high level of emotional manifestations. For example, when imaginatively interpreting the theme of the drawing, high rates were recorded in healthy subjects (92.1%), and significantly lower – in subjects with intellectual disabilities (the IDD group – 19.7% and only 2.6% – in subjects of the MIDI group). It seems that the low indicators in the MIDI group reflect not so much the low level of formation of images of the future (modeling of the future), but rather the low graphic abilities of the subjects.

When analyzing the indicators taking into account the cognitive health of schoolchildren, it was found that children with intellectual disabilities (MIDI) are often prone to fantasizing. This is confirmed by the results of the interpretation of the indicators according to the CAT method: the significance of the differences between the NID-IDD, NID-MIDI and IDD- MIDI groups is at the level of $p \leq 0.001$. An interesting fact was revealed when analyzing the semantic way of interpreting the topic: healthy subjects and subjects of the IDD group demonstrated rather low indicators (6.6% and 3.9%, respectively). The scale of the emotional interpretation method shows that healthy subjects show graphic expression to a greater extent (65.8%) than children with intellectual disabilities (10.5%); the significance of differences between the NID-MIDI and IDD-MIDI groups is at the level of $p \leq 0.001$.

The analysis of the results of 10-11-year-old subjects of the IDD group (Table 7) showed an increase in indicators (relative to the younger age category). This applies to the semantic interpretation of the task – 5.3%, formalistic – 28.9%. This indicates that with age, cognitive strategies are formed in children with impaired intelligence, the formation of habits that contribute to the effective performance of the task occurs. In addition, they recorded a significant increase in indicators for the subject interpretation – the results are almost close to the norm.

Table 7 – Indicators of intergroup differences in ways of interpreting the theme of the drawing using the "Stars and Waves" method (age category 10-11 years)

Interpretation	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Subject-based	24	31,6	28	36,8	20	26,3	0,68	0,72	1,40
Figurative	75	98,7	22	28,9	20	26,3	10,96***	11,32***	0,36
Semantic	28	36,8	18	23,7	4	5,3	1,77*	5,17***	3,40***
Formalistic	29	38,2	25	32,9	22	28,9	0,68	1,30	0,62
Emotional	60	78,9	39	51,3	28	36,8	3,64***	5,44***	1,81*
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

This indicates the potential for the formation of cognitive models of voluntariness in this category of subjects.

In the MIDI group, there is a significant increase in indicators on the scale of the figurative interpretation of the theme of the drawing (26.3% of the subjects). The significance of the differences between the NID-MIDI groups is high at the level of $p \leq 0.001$. According to the indicator of the semantic interpretation of the theme of the drawing, an increase in values was recorded in all categories of subjects: significant – in the subjects of the NID group (36.8%) and IDD (23.7%), insignificant – in the subjects of the NID group (5.3%). The significance of the indicators of the NID-MIDI and IDD-MIDI groups differs significantly at the level of $p \leq 0.001$.

The increase in indicators for the emotional way of interpretation is observed in all categories. The significance of the differences between the NID-IDD and NID-MIDI groups is at the level of $p \leq 0.001$. This scale shows not only the manifestation of the emotionality of the personal sphere, but also the degree of learning graphic execution. These trends were taken into account when developing a psychocorrective program for the formation of voluntary behavior in children with intellectual disabilities.

A comparative analysis of the ways of interpreting the topic in the figure between the studied categories of students (Table 8) allows us to draw the following conclusions. According to the subject indicator, healthy subjects do not show growth (there is a decrease), unlike subjects with impaired intelligence; in children of the MIDI group, the increase in the values of the indicator with age is 23.7%. The significance of the differences is high at the level of $p \leq 0.001$. The same trend is observed in this category when evaluating the figurative method of interpretation (the increase is 23.7%). This fact provides the key to understanding the process of image formation as the basis for modeling the future and the ability to manage them. The semantic method of interpretation also allows us to note the dynamics in all categories: the greatest dynamics is in the NID and IDD groups. The significance of the differences is high at the level of $p \leq 0.001$. The same tendency is observed with the formalist interpretation of the topic. The emotional way of interpreting the topic

is most reflected in the increase in indicators in the subjects of the MIDI group (the increase is 26.3%), the significance of the differences is at the level of $p \leq 0.001$. In addition, based on the results of the analysis of the structure of the drawing space, it is possible to predict how much the subject is able to assimilate social rules (Table 9). For example, it was found that at the age of 8-9 years, students of the MIDI group harmoniously and proportionally place the drawing itself and its details in the space of the sheet (50% of the subjects). In healthy subjects, the values of this indicator are lower – 31.6% ($p \leq 0.01$).

Table 8 – Indicators of age differences in the ways of interpreting the theme of the drawing using the "Stars and Waves" method (age categories 8-9 and 11-10 years)

Interpretation	Groups, %						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	ZIR1 – MIDI
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Subject-based	36,8	31,6	26,3	36,8	2,6	26,3	0,678	1,399	4,642***
Figurative	92,1	98,7	19,7	28,9	2,6	26,3	2,102*	1,325	4,642***
Semantic	6,6	36,8	3,9	23,7	0,0	5,3	4,833***	3,816***	The criterion is not applicable
Formalistic	15,8	38,2	10,5	32,9	0,0	28,9	3,175***	3,483***	
Emotional	65,8	78,9	44,7	51,3	10,5	36,8	1,818*	0,814	3,970***
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).									
*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

The values of the parameter indicators are approximately at the same level "correctness" (compliance with certain rules of space organization) in all groups of subjects. This indicates the potential abilities of children with intellectual disabilities to comply with social norms and programs.

Disharmonious perception of space was shown by the results of testing of children with normal development. This may be due to the excessive emotionality inherent in this age category, and the inability to cope with frustrating situations (15.8%). In subjects with cognitive impairments, there is a decrease in this indicator (10.5 and 7.9%). This indicates the poverty of emotional representations and the inability to graphically display them.

Table 9 – Indicators of intergroup differences in the structure of the drawing space according to the "Stars and Waves" method (age category 8-9 years)

Structure of space	Groups						Significance of differences		
	NID		NID1		NID2		NID – IDD	NID – MIDI	ZIR1 – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Harmony or proportionality	24	31,6	35	46,1	38	50	1,843*	2,324**	0,481
Uniformity distribution of drawing details	40	52,6	36	47,4	30	39,5	0,641	1,627	0,986
Correctness (compliance with any rules of space organization)	65	85,5	60	78,9	61	80,3	1,066	0,851	0,216
Disharmony	12	15,8	8	10,5	6	7,9	0,974	1,529	0,555
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).									
** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).									

Comparison of the intergroup indicators of 10-11-year-old subjects according to the criterion of "harmony or proportionality" showed an increase in indicators (36.9%) in the NID group; significant differences are significant at the level of $p \leq 0.01$ (Table 10).

Table 10 – Indicators of intergroup differences in the structure of the drawing space according to the "Stars and Waves" method (age category 10-11 years)

Structure of space	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Harmony or proportionality	28	36,9	38	50	38	50	1,646*	1,646*	0
Uniformity distribution of drawing details	34	44,8	46	60,53	39	51,32	1,954*	0,814	1,140
Correctness (compliance with any rules of space organization)	70	92,1	73	96,05	73	96,05	1,085	1,085	0
Disharmony	27	35,5	25	32,89	22	28,95	0,339	0,875	0,536
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).									

Children with cognitive deficiency are characterized by the ability to evenly distribute the details of the drawing (51.32% of the subjects); in both age categories there is a tendency to improve this ability (compliance with certain rules of space organization). These indicators indicate the orientation of all children to social norms.

The most disharmonious in space are healthy subjects (35.5%), to a lesser extent – the subjects of the IDD group (32.89%), and the minimum values of the indicator were demonstrated by students of the MIDI group (28.95%).

Comparing the age-to-age differences reflected in the structure of the figure space (Table 11), we identified a number of trends characteristic of all groups of subjects.

Table 11 – Indicators of age differences in the structure of the drawing space according to the "Stars and Waves" method (age categories 8-9 years and 10-11 years)

Structure of space	Groups, %						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – NID	IDD – IDD	MIDI – MIDI
	Age category								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Harmony or proportionality	31,6	36,9	46,1	50	50	50	0,678	0,481	0
Uniformity distribution of drawing details	52,6	44,8	47,4	60,53	39,5	51,32	0,974	1,621	1,467
Correctness (compliance with any rules organization of space)	85,5	92,1	78,9	96,05	80,3	96,05	1,282	3,434***	3,218***
Disharmony	15,8	35,5	10,5	32,89	7,9	28,95	2,829**	3,464***	3,483***
** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

The "correctness" indicator is most pronounced in children with cognitive health disorders (compliance with any rules of space organization); the significance of differences is at the level of $p \leq 0.001$.

As they grow older, the increase in indicators according to the criterion of "disharmony" is observed in all age categories: in the subjects of the NID group, the significance of differences was at the level of $p \leq 0.01$, and in children with cognitive impairments – at the level of $p \leq 0.001$. Additional data on the methodology "Stars and waves" are presented in Appendix E.

When studying the emotional and personal sphere of the subjects as a means of regulating behavior, we used the graphical test "**House - Tree – Person**". The obtained results allowed us to identify a number of features that affect the self-regulation of the studied groups of students (Table 12). In the age category of 8-9 years, healthy subjects have a greater degree of emotionality, which affects the dynamics of a voluntary act. Here are the indicators on the scales: "insecurity" – 50% of the subjects; "anxiety" – 52.6%; "conflict (frustration)" – 64.5% of the subjects. High indicators indicate a high level of criticality (conscious and unconscious), as a result of which the rigidity of cognitive strategies of voluntary behavior can develop.

Table 12 – Indicators of intergroup differences in the manifestation of symptom complexes according to the method "House – Tree – Person" (age category 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Insecurity	38	50	32	42,1	29	38,2	0,980	1,467	0,487
Anxiety	40	52,6	35	46,1	26	34,2	0,801	2,305*	1,504
Aggressiveness	25	32,9	35	46,1	32	42,1	1,671*	1,171	0,499
Isolation	19	25,0	15	19,7	13	17,1	0,783	1,196	0,413
Hostility	22	28,9	30	39,5	32	42,1	1,381	1,708*	0,327
Conflict (frustration)	49	64,5	40	52,6	30	39,5	1,492	3,119***	1,627
Difficulty in communication	27	35,5	38	50,0	18	23,7	1,812*	1,603	3,415***
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).									
*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

No high values were recorded in subjects with cognitive deficiency. This indicates a low level of emotional response to social situations. When analyzing on the scale of "hostility", an interesting relationship was found:

the higher the level of intellectual insufficiency, the lower the level of hostility (the significance of differences between the subjects of the NID-MIDI groups is at the level of $p \leq 0.05$; $\varphi = 1.64$). In our view, this dependence is formed by intra-family relationships and the inability to regulate intrapersonal needs. As a result, the high level of hostility (as well as aggression) in children of the MIDI group is of a socio-psychological nature, contributing to the formation of a symptom complex by the type of defense mechanism. This is confirmed by the data of the CAT methodology, as well as indicators on the "conflict (frustration)" scale: the significance of differences between the NID and NID groups is at the level of $p \leq 0.001$; $\varphi = 2.81$. According to the "difficulty in communication" scale, the indicators show differences between the subjects of the IDD group (50.0%) and MIDI (23.7%). This fact suggests that with mild cognitive deficiencies, the subjects remain self-critical. At the same time, speech defects, impairment of the basic functions of speech (communicative, planning, regulating, generalizing) are observed in the IDD group. The significance of the differences between the IDD and MIDI groups is at the level of $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).

At the age of 10-11 years, the activity of healthy subjects is dominated by emotional tendencies that characterize the emotional and personal sphere and affect its characteristics such as voluntariness (Table 13). For example, high indicators on the scales of "anxiety" (51.3%), "conflict (frustration)" have a social character and reflect the developing Self-concept of the student, his entry into adolescence. This fact is manifested in indicators on the scale of "hostility" (46.1% of subjects), as well as on the scale of "closeness" (32.9% of subjects).

The results of the study, reflected in Table 11, show that at the age of 10-11 years, the most significant differences (at the level of $p \leq 0.001$) on the scale "anxiety" was recorded between the subjects of the NID-MIDI groups, as well as between the subjects of the NID-IDD groups.

Table 13 – Indicators of intergroup differences in the manifestation of symptom complexes according to the method "House – Tree – Person" (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Insecurity	25	32,9	29	38,2	16	21,1	0,684	1,646*	2,330**
Anxiety	39	51,3	25	32,9	19	25,0	2,312**	3,390***	1,079
Aggressiveness	11	14,5	11	14,5	14	18,4	0	0,653	0,653
Isolation	25	32,9	16	21,1	10	13,2	1,590	2,891**	1,301
Hostility	35	46,1	29	38,2	30	39,5	0,986	0,826	0,160
Conflict (frustration)	40	52,6	30	39,5	23	30,3	1,627	2,792**	1,165
Difficulty in communication	25	32,9	30	39,5	15	19,7	0,845	1,862*	2,706**
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Healthy subjects feel more insecure (32.9% of cases) than their peers from the IDD group (21.1% of subjects; $p < 0.01$). A higher level of significance of differences was noted between the subjects of the IDD and MIDI group – $p \leq 0.01$. Analyzing age differences in the manifestation of symptom complexes in the studied groups, we determined that the most reliable indicators of age-related changes were observed in each group on the "aggressiveness" scale (Table 14).

Our research results are reflected in our works [Chereneva E.A., Li S., I. Ya. Stoyanova, 2021]. A common trend for milestones groups is a decrease in aggressiveness with age. The most pronounced indicators of decline were in the respondents of the IDD group (4,389***), the differences in indicators in healthy subjects were less significant (the significance of the differences was at the level of $p \leq 0.01$).

Significant differences at the level of $p < 0.01$ are also noted in the subjects of the MIDI group in the study of the "insecurity" scale: the most pronounced indicators of a decrease in the value of the "insecurity" symptom complex, which indicates the development of the Self-concept and strategies of voluntary regulation.

At the same time, healthy subjects have an increase in indicators on the scale "hostility" (confidence – at the level of $p \leq 0.05$).

Table 14 – Indicators of age differences in the manifestation of symptom complexes according to the method "House – Tree – Person" (age categories 8-9 years and 10-11 years)

Scales	Groups, %						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID 8 – NID10	IDD 8 – IDD 10	MIDI 8 – MIDI 10
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Insecurity	50	32,9	42,1	38,2	38,2	21,1	2,151*	0,487	2,330**
Anxiety	52,6	51,3	46,1	32,9	34,2	25,0	0,160	1,671*	1,245
Aggressiveness	32,9	14,5	46,1	14,5	42,1	18,4	2,719**	4,389***	3,236***
Isolation	25,0	32,9	19,7	21,1	17,1	13,2	1,023	0,216	0,672
Hostility	28,9	46,1	39,5	38,2	42,1	39,5	2,207*	0,160	0,327
Conflict (frustration)	64,5	52,6	52,6	39,5	39,5	30,3	1,492	1,627	1,165
Difficulty in communication	35,5	32,9	50,0	39,5	23,7	19,7	0,339	1,307	0,598
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Perhaps this fact is due to the presence of an adequate assessment of interpersonal communication, as well as a critical attitude to the situation.

In the study of **self-esteem**, it was found that in both age categories, the level of inflated self-esteem reaches its maximum values in children with intellectual disabilities: the lower the intellectual potential, the more pronounced the level of inflated self-esteem. This fact is due to the lack of criticality of activity, assessment of the situation. For example, when assessing their intellectual capabilities (cognitive strategies), as a rule, students with impaired cognitive health note their successes / failures in the short term: I am smart because I count without mistakes; I can write beautifully. In contrast to the subjects of the NID group, the children of the NID group clearly have critical remarks in assessing reality (see indicators of the studied scales). The formed criticality has not only an ontogenetic nature, but also a noticeable influence of interactions with other people (parental attitudes). The general trend for all the studied groups and ages is the following established positions.

Significant differences in the manifestation of inflated self-esteem are observed between the NID-MIDI groups (age category 8-9 years; $p \leq 0.05$). These and other indicators (see table 12) imply that there is a defect that

significantly affects the formation of adequate self-esteem. It was found that low self-esteem at this age has a social nature: the values of the indicators of the MIDI group are higher than in the NID group. Apparently, this fact indicates the influence of child-parent relationships (PARI and Achenbach tests).

In the age category of 10-11-year-old subjects, the same trends are observed as in the 8-9-year-old category: inflated self-esteem in the MIDI group, adequate self-esteem was formed only in 11.8% of the subjects. The manifestation of low self-esteem also tends to decrease indicators. The above indicates a significant role of cognitive abilities in the critical assessment of the social situation, which is confirmed by the comparative analysis of the NID-IDD and IDD-MIDI groups: as the deficit of intellectual abilities increases, the indicators of the studied parameters decrease (see Tables 15, 16).

Table 15 – Indicators of intergroup differences in self-esteem (age group 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Inflated	39	51,3	45	59,2	52	68,4	0,980	2,164*	1,184
Adequate	26	34,2	20	26,3	10	13,2	1,060	3,113***	2,053*
Deflated	11	14,5	11	14,5	14	18,4	0,018	0,635	0,653
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).									
*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Table 16 – Indicators of intergroup differences in self-esteem (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	n=76	%			
Inflated	26	34,2	35	46,1	51	67,1	1,504	4,136***	2,632**
Adequate	30	39,5	20	26,3	9	11,8	1,738*	4,056***	2,318**
Deflated	20	26,3	21	27,6	16	21,1	0,179	0,752	0,931
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).									
** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).									
*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

When analyzing age differences in the manifestation of self-esteem in the studied groups (Table 17), we can draw the following conclusions. In the NID group, the criticality of self-esteem increases (the significance of differences is 2,145 *); in addition, the number of children with low self-esteem increases (the significance of differences is 1,806 *). A similar age trend is observed when analyzing the indicators of the IDD group: the number of subjects with high self-esteem decreases and the number of subjects with low self-esteem increases ($p < 0.05$).

Table 17 – Indicators of age differences in self-esteem (age categories 8-9 and 10-11 years)

Scales	Groups, %						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID 8– NID 10	IDD 8 – IDD 10	MIDI 8 – MIDI 10
	Age category								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Inflated	51,3	34,2	59,2	46,1	68,4	67,1	2,145*	1,621	0,173
Adequate	34,2	39,5	26,3	26,3	13,2	11,8	0,678	0	0,265
Deflated	14,5	26,3	14,5	27,6	18,4	21,1	1,806*	2,003*	0,419

* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).

The subjects of the MIDI group do not have obvious qualitative changes in self-esteem. In our opinion, this fact indicates not only cognitive deficiency, but also directly depends on the social patterns formed in the family. This is confirmed by the results obtained by the PARI and Achenbach methods.

When analyzing the level of claims (Tables 18, 19), the same trends are observed as in the study of self-esteem. It was found that the growth of the level of claims correlates with a decrease in intelligence: the lower the cognitive abilities, the higher the level of claims. This trend is reflected in both age categories, but most clearly in the older one. In other words, the level of cognitive development affects the formation of the level of claims. In this case, we pay attention to the results of a deflated level of claims. It appears that the students of the IDD group

have a higher level of criticality than their peers from the MIDI group (26.3% and 11.8%, respectively).

Table 18 – Indicators of intergroup differences in the level of claims (age category 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
High	30	39,5	40	52,6	47	61,8	1,615	2,762**	1,147
Average	26	34,2	20	26,3	17	22,4	1,060	1,621	0,561
Low	20	26,3	16	21,1	12	15,8	0,752	1,597	0,845

** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).

The analysis of intergroup age differences in the study of the level of claims showed results that may be of interest for analyzing the choice of a model/style of a cognitive strategy of voluntary regulation. We found that as the subjects mature, there are no obvious changes in the level of claims. Approximately equally, without obvious dynamics, this indicator manifests itself in three groups.

Table 19 – Indicators of intergroup differences in the level of claims (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
High	30	39,5	31	40,8	52	68,4	0,166	3,631***	3,464***
Average	30	39,5	25	32,9	15	19,7	0,845	2,706**	1,862*
Low	16	21,1	20	26,3	9	11,8	0,752	1,566	2,318**

* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).
 ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).
 *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).

This fact indicates the social conditionality of this parameter and, in our opinion, affects the choice of a cognitive strategy for voluntary regulation of behavior (Table 20).

For a comparative analysis of the relationship between the levels of self-esteem and claims, we used the Pearson level distribution comparison criterion χ^2 .

Table 20 – Indicators of age differences in the level of claims (age categories 8-9 and 10-11 years)

Scales	Groups, %						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID 8 – NID 10	IDD 8 – IDD 10	MIDI 8 – MIDI 10
	Age category								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
High	39,5	39,5	52,6	40,8	61,8	68,4	0,012	1,461	0,857
Average	34,2	39,5	26,3	32,9	22,4	19,7	0,678	0,894	0,407
Low	26,3	21,1	21,1	26,3	15,8	11,8	0,752	0,752	0,721

Considering the similarity of the distribution of self-esteem and the level of claims by levels, we noted that significant differences in the manifestation of self-esteem are observed in 8-9-year-old subjects in the NID0-MIDI groups (9.33; $p < 0.009$); a similar result was recorded in these groups by the level of claims (Table 21).

The same tendency is observed in the subjects with the manifestation of self-esteem (19.87; $p < 0.00005$), as well as the level of claims (12.86; $p < 0.0016$).

Table 21 – The ratio of self-esteem and the level of claims in the subjects (age group 8-9 years)

Scale	NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
Self-esteem	1,21; $p < 0,55$ No differences were found	9,33; $p < 0,009$ Highly significant differences	4,198; $p < 0,12$ No differences were found
The level of claims	2,66; $p < 0,27$ No differences were found	7,64; $p < 0,02$ Significant differences	1,378; $p < 0,50$ No differences were found

Significant differences in the indicators of self-esteem (7.82; $p < 0.02$) and the level of claims (11.99; $p < 0.002$) are observed in the NID-MIDI groups (Table 22).

Table 22 – The ratio of self-esteem and the level of claims in the subjects (age category 10-11 years)

Scale	NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
Self-esteem	3,35; $p < 0,19$ No differences were found	19,87; $p < 0,00005$ Highly significant differences	7,82; $p < 0,02$ Significant differences
The level of claims	0,92; $p < 0,63$ No differences were found	12,86; $p < 0,0016$ Highly significant differences	11,99; $p < 0,002$ Highly significant differences

An analysis of the results of comparative studies of self-esteem and the level of claims in subjects of two age categories shows that only in the NID group, when self-esteem is manifested, there are trends towards significant differences - 5,499; $p < 0.06$ (Table 23).

Table 23 – The ratio of self-esteem and the level of claims, taking into account age categories

Scale	NID 8 years – NID 10 years	IDD 8 years – IDD 10 years	MIDI 8 years – MIDI 10 years
Self-esteem	5,499; $p < 0,06$ Tendency to significant differences	4,375; $p < 0,11$ No differences were found	0,196; $p < 0,62$ No differences were found
The level of claims	0,73; $p < 0,69$ No differences were found	2,14; $p < 0,34$ No differences were found	0,806; $p < 0,67$ No differences were found

The study of self-esteem and the level of claims showed that there were no significant differences in indicators between the groups. This is due to the fact that this level in these age groups is formed under the influence of the immediate social environment (family), to a greater extent – child-parent relations. We have established that a significant influence factor in all groups is the mother's personality, which contributes to the formation of self-regulation with an overprotective mother's attitude style, which reduces the opportunities for children with cognitive health disorders to express themselves. As a result, they have a decrease in adaptive behavior strategies (due to uncertainty or unwillingness to use volitional efforts), lack of "models of the future", low self-esteem and the level of claims (or excessively inflated). Healthy children have a greater potential for the development of components of this level in the presence of psychological support. In general, the results of this level demonstrate the derivation and dependence on the parent-child relationship.

4.1.3 Regulatory level

in the structure of the pathopsychological model of self-regulation

The regulatory level contains components reflecting the integrity and dynamism of the self-regulation process. The study of its components revealed significant differences between the indicators of the normative group and groups of children with cognitive deficiency. Significant impairments of all components of this level have been established in cases of cognitive health disorders. Characteristic features for the subjects are difficulties in controlling actions and achieving the goal of actions, especially when the goals and results of activities are remote [Chereneva E.A., Filippova S.A., 2010].. These data were obtained using the diagnostic complex "**Self-regulation in primary school children**".

Important for the analysis of self-regulation are indicators reflecting the stages of performing a voluntary action (Table 24). The data presented in the table demonstrate the specifics of the internal processes of the subjects during the implementation of an action.

Table 24 – Indicators of intergroup differences in indicators of formation of self-regulation components (age category 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Setting a goal	50	65,79	10	13,16	2	2,63	7,077***	9,666***	2,589**
Regulation of emotional states	48	63,16	37	48,68	20	26,32	1,806*	4,691***	2,885***
Control of actions	38	50,00	13	17,11	13	17,11	4,426***	4,426***	0,000
Achieving the goal of an action	39	51,32	10	13,16	5	6,58	5,258***	6,639***	1,381
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

In the algorithm of action of subjects with cognitive deficiency, the weakest links are goal setting and goal achievement (2.63% and 6.58 % in

the IDD and MIDI groups, respectively). In our opinion, these links should be the targets of psychological work. Significant differences at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$) are revealed between the indicators of the NID – IDD and NID – MIDI groups. Healthy subjects have sufficiently formed components of self-regulation to achieve their goals.

Analyzing the results of the older age category, it can be argued that there are similar trends (Table 25): the presence of deficiency in planning (goal setting) and achieving the goal of action in subjects with cognitive pathology (25% and 13.2% in the IDD and MIDI groups, respectively). Significant differences between the indicators of the NID groups and schoolchildren with cognitive pathology on the scales "goal setting", "control of actions and "goal achievement" – at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$). In subjects with cognitive pathology, the indicator on the "control of actions" scale is 38.2% (IDD and MIDI groups).

Table 25 – Indicators of intergroup differences in indicators of formation of self-regulation components (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Setting a goal	65	85,5	20	26,3	19	25,0	7,909***	8,094***	0,185
Regulation of emotional states	50	65,8	40	52,6	32	42,1	1,658*	2,959***	1,301
Control of actions	58	76,3	29	38,2	29	38,2	4,882***	4,882***	0,000
Achieving the goal of an action	60	78,9	33	43,4	10	13,2	4,617***	8,895***	4,278***
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Analyzing the behavior strategies of the subjects, we came to the conclusion that the factors influencing their choice are the features of the spectrum of psychological defense (PD), their internal relationships.

It is established that there is a direct relationship between the defense mechanisms "projection" and "substitution" ($p < 0.05$), as well as "regression" and "negation" ($p < 0.01$). The inverse relationship at the level of $p < 0.05$ is noted between the following PD: "repression" and "regression"; "regression" and "projection"; "projection" and "compensation"; "compensation" and "reaction formation"; "substitution" and "compensation". Feedback at the level of $p \leq 0.01$ was also found between such mechanisms as "regression" and "substitution", "substitution" and "negation" (Figure 5).

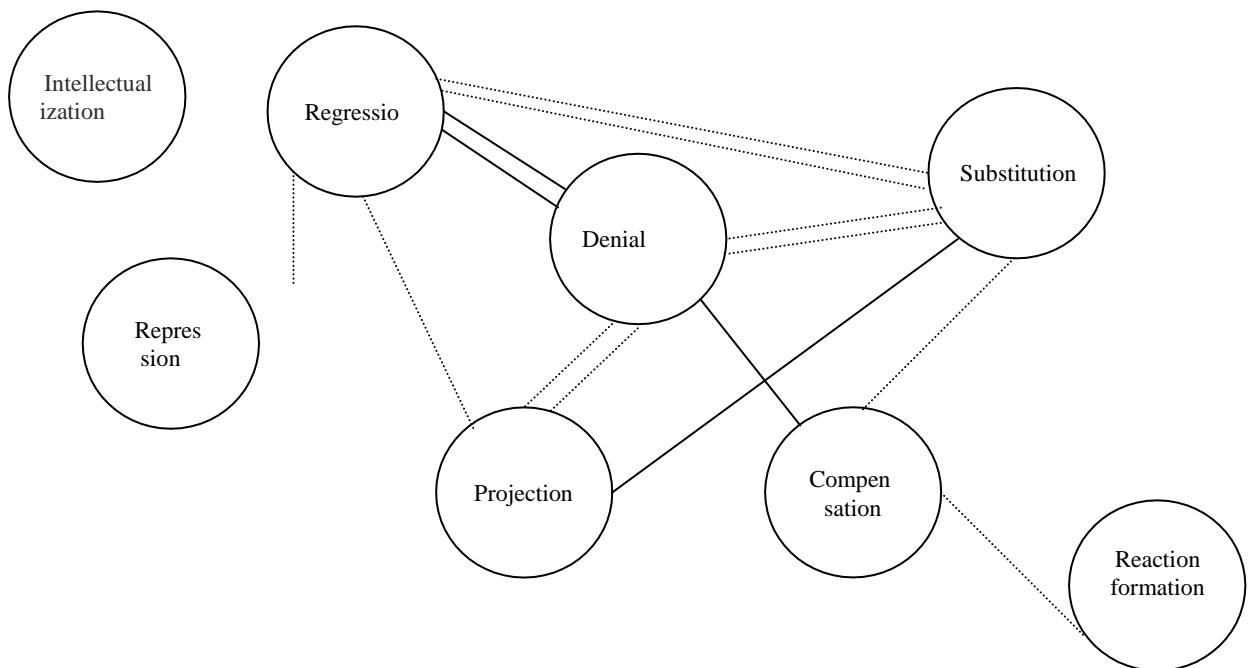


Figure 5 – Connections of defense mechanisms of the subjects of the NID group (age category 8-9 years)

The data obtained allow us to assert that healthy children of the age category of 8-9 years have a high mobility of psychological defense methods that allow them to be adaptable in different life situations.

Comparing the above indicators with those of the IDD and MIDI groups, we can conclude that the more pronounced cognitive health disorders are, the more rigidity and stiffness of psychological mechanisms manifest themselves.

Analyzing the indicators of the subjects of the NID group (age category 10–11 years old, see Figure 6), it should be emphasized that flexibility is an important parameter for the formation of a PD. In addition, there is a direct relationship (at the level of $p < 0.05$) between the following defense mechanisms: "repression" and "substitution", "regression" and "negation". Feedback at the level of $p < 0.05$ prevails to a greater extent between the defense mechanisms "intellectualization" and "repression", "repression" and "regression", "denial" and "substitution", "denial" and "projection", "projection" and "compensation". At the level of $p < 0.01$, the feedback between the defense mechanisms "regression" and "substitution", "reaction formation" and "compensation" is registered.

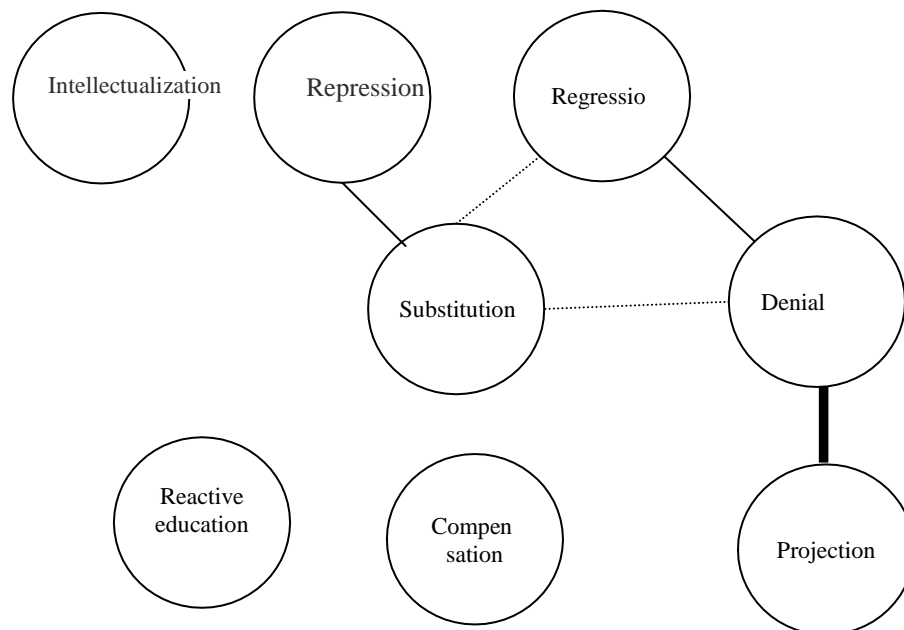


Figure 6 – Connections of defense mechanisms in the subjects of the NID group (age category 10-11 years)

The values of the indicators of the subjects in the IDD and MIDI groups differ significantly from those of the respondents of the NID group (Figure 7).

In cases of cognitive health disorders, a direct relationship was established at the level of $p < 0.05$ between the defense mechanisms of "repression" and "substitution", "substitution" and "projection". Feedback at the level of $p < 0.05$ is recorded between the mechanisms of "repression" and "regression", "projection" and "negation",

"compensation" and "reaction formation"; and at the p level < 0.01 – between the defense mechanisms: "regression" and "substitution"; "projection" and "compensation"; "substitution" and "denial".

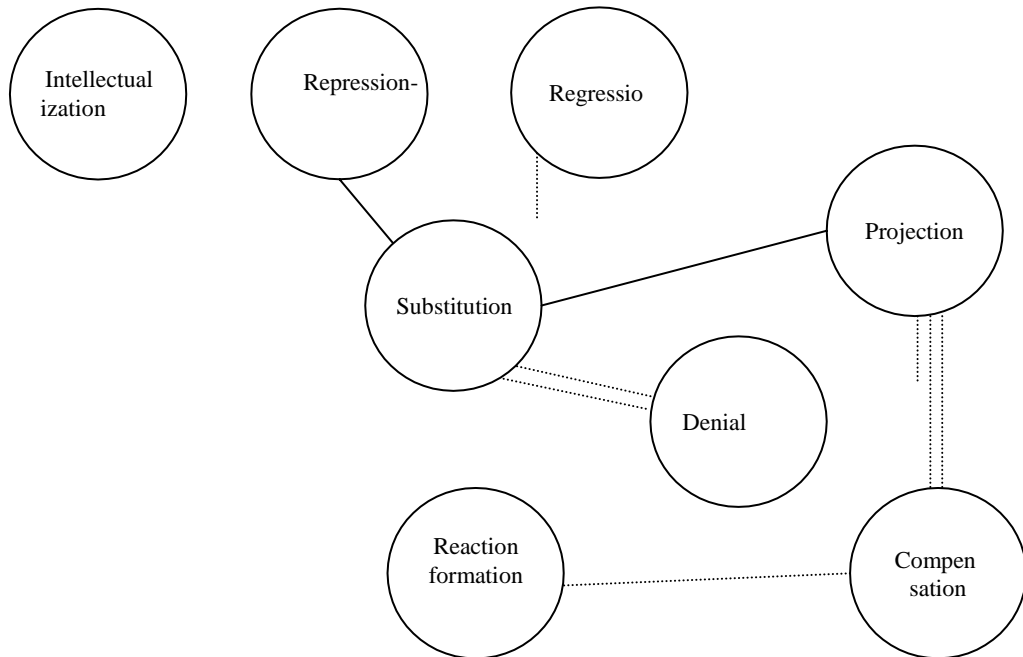


Figure 7 – Connections of defense mechanisms in the subjects of the IDD group (age category 8-9 years)

In the analysis of the indicators of PD in the subjects of the IDD group aged 10-11 years (Figure 8), the interrelations between the defense mechanisms were revealed significantly less.

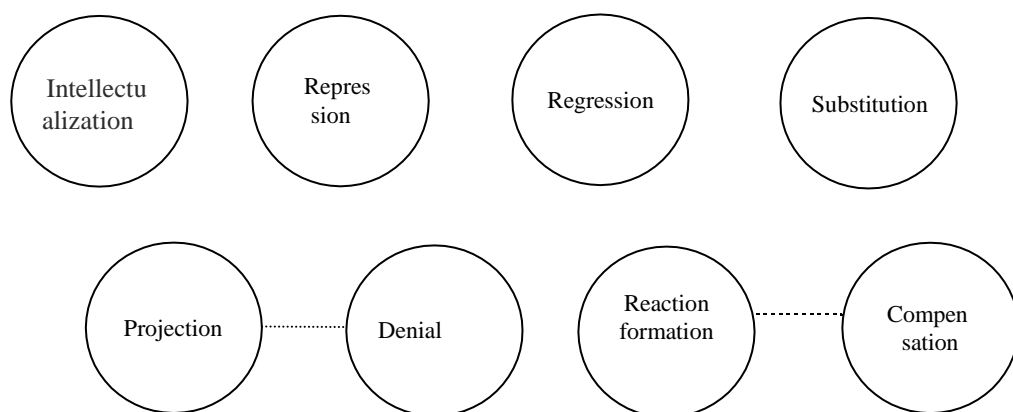


Figure 8 – Connections of defense mechanisms in the subjects of the IDD group (age category 10-11 years)

Feedback between the mechanisms of "repression" and "regression"; "regression" and "substitution"; "projection" and "negation"; "reaction formation" and "compensation" are defined by us at the level of $p < 0.05$.

When studying the connections of defense mechanisms in the subjects of the MIDI group in the age category of 8-9 years, we recorded their absence (Figure 9), since at this stage of development the mechanisms for the formation of adaptive behavior strategies are insufficiently developed. This fact indicates the predominance of the emotional and personal sphere rather than the regulation and strategic nature of actions.

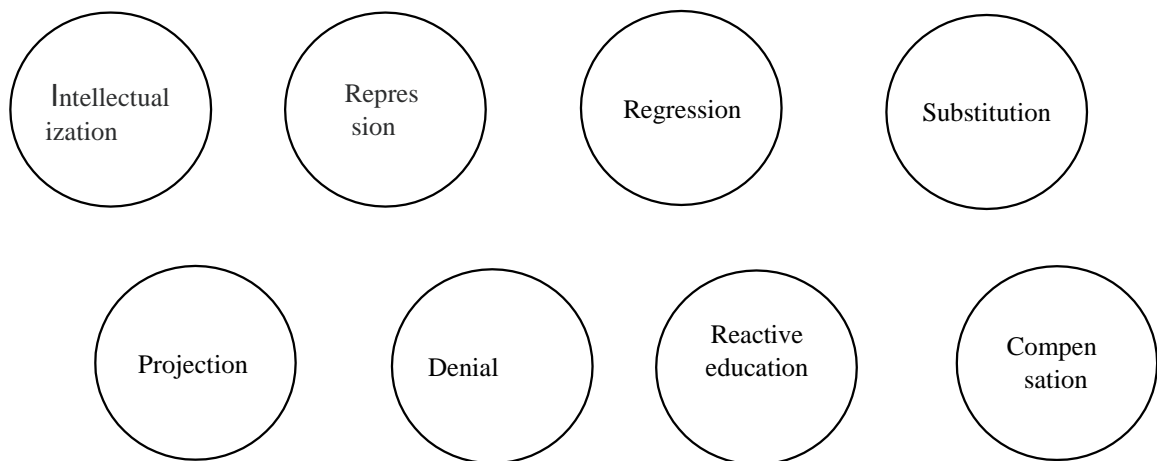


Figure 9 – Connections of defense mechanisms in the subjects of the MIDI group (age category 8-9 years)

In subjects with intellectual disabilities aged 10-11 years, an inverse relationship was revealed between the defense mechanisms of "repression" and "regression", "denial" and "compensation". In contrast to 8-9-year-old respondents of the same nosological group, mutually dependent mechanisms regulating adaptive behavior strategies are formed with age. These data confirm the fact of ontogenetic development of self-regulation in cognitive deficiency (Figure 10).

Based on the results obtained, we can draw conclusions that allow us to characterize the patterns of self-regulation formation.

Cognitive deficiency in childhood affects the flexibility and stability of self-regulation, which is supported by the emotional and personal sphere (experiences, fears, anxiety, etc.).

The defense mechanisms of subjects with cognitive deficiency do not affect the productivity of self-regulation, while compensatory capabilities are not sufficiently developed. Cognitive deficiency makes it difficult to form stable behaviors and adaptive strategies.

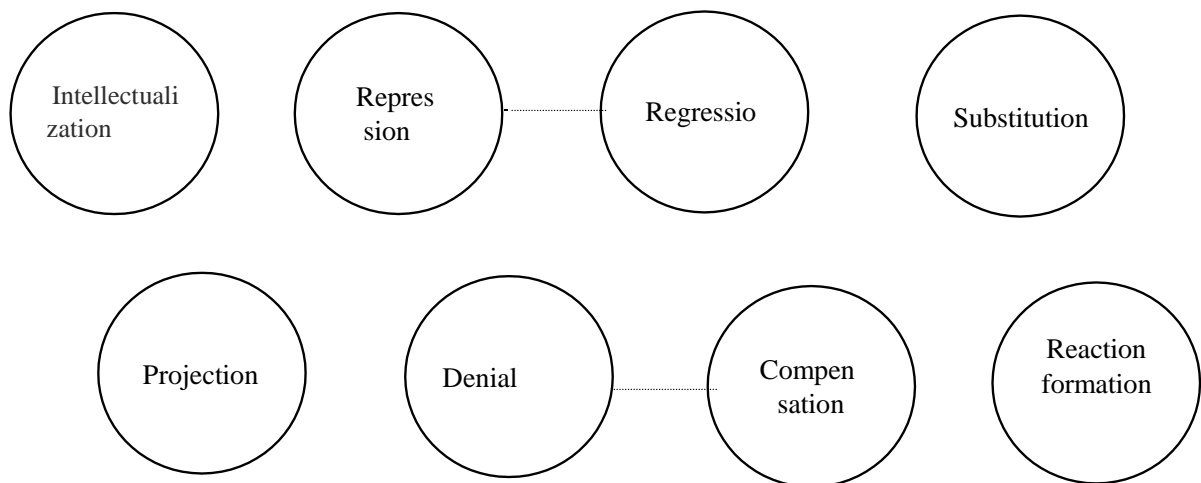


Figure 10 – Connections of defense mechanisms in the subjects of the MIDI group (age category 10-11 years)

It has been established that there is an age-related pattern of the development of defense mechanisms that affects the productivity of self-regulation in children with cognitive deficiency, which confirms the importance of regulatory processes and intellectual development.

The results of the study of the regulatory level of the pathopsychological model of self-regulation demonstrate the central role of intelligence in the formation of self-regulation. It is established that speech and its functions affect behavior in general and are the basis for the formation of external and internal programming of behavior [Chereneva E.A., 2009]. In children, speech processes and functions are normally more preserved, which significantly affects the productivity of the self-regulation process. In children with impaired cognitive health, there is a deficiency of speech functions (the presence of speech disorders), which greatly aggravates the processes of self-regulation.

4.1.4 Child-parent relationships in families of children with cognitive health impairment in the structure of the pathopsychological model self-regulation

Research using the **Achenbach questionnaire** belongs to the category of research on the socio-psychological axis. These studies are aimed at identifying the features of the formation of the social behavior of the subjects from the position of parents (mothers). The results are informative and are of particular interest for studying not only the parameters (scales) presented in this work, but also for identifying family attitudes, transmitting the emotional and personal experience of parents [Chereneva E.A., Stoyanova I.Ya., Gutkovich E.V., 2020]..

The study revealed data that complement the clinical and psychological picture of self-regulation of younger schoolchildren in normal and with cognitive deficiency, and also reveal the mechanisms of its formation in the context of the development of the emotional and personal sphere of the studied groups (Table 26).

On the scale of "emotional reactivity", the parents of the studied groups demonstrated the following results ($p \leq 0.05$; $\varphi = 1.64$): in the NID-MIDI and IDD-MIDI groups, the values of the Fisher criterion are 2,151 and 1,671, respectively. According to the scale of "worries and differences", high values of indicators were noted in the NID-MIDI (4,346) and IDD- MIDI (3,045) groups; differences were significant at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$). The most expressive indicator is the "somatic complaints" scale (NID- IDD groups – 4,913; NID-MIDI – 6,294), and mothers of healthy children actively show somatic complaints – 77.6%, which indicates an increased level of anxiety in the emotional and personal sphere (see indicators of the "anxiety" scale).

Significant differences in the indicators on the "aggressive behavior" scale ($p \leq 0.001$) were revealed in the NID-MIDI groups (4.334) and the IDD-MIDI groups (2.934).

Table 26 – Indicators of intergroup differences in adaptation according to the Achenbach questionnaire (age category 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Emotional reactivity	38	50	35	46,1	25	32,9	0,481	2,151*	1,671*
Anxiety	46	60,5	38	50,0	20	26,3	1,301	4,346***	3,045***
Somatic complaints	59	77,6	30	39,5	22	28,9	4,913***	6,294***	1,381
Alienation	19	25,0	18	23,7	15	19,7	0,185	0,783	0,598
Sleep problems	40	52,6	31	40,8	19	25,0	1,461	3,551***	2,090*
Attention problems	36	47,4	40	52,6	44	57,9	0,641	1,295	0,653
Aggressive behavior	21	27,6	29	38,2	47	61,8	1,399	4,334***	2,934***
Affective problems	34	44,7	21	27,6	16	21,1	2,213*	3,144***	0,931
Anxiety	51	67,1	32	42,1	24	31,6	3,132***	4,475***	1,344
Perverse problems	21	27,6	29	38,2	30	39,5	1,399	1,560	0,160
Hyperactivity	33	43,4	47	61,8	21	27,6	2,275*	2,047*	4,321***
Disobedience	28	36,8	41	53,9	36	47,4	2,127*	1,325	0,801
Other problems	17	22,4	27	35,5	39	51,3	1,794*	3,766***	1,973*
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

The symptom complex "hyperactivity", although manifested in students of all groups, but, in our opinion, has a different clinical and psychological nature, due to clinical and socio-psychological factors. The factors of the first group (clinical) are predetermined by the presence of organic defects in the subjects; the factors of the second group (socio-psychological genesis) manifest themselves at the level of formation of the characteristics of the emotional and personal experience of the individual (the presence of a high level of frustration, anxiety, aggressiveness as a protective coping mechanism of behavior). The differences in the indicators of the NID-IDD and NID-MIDI groups are significant at the level of $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$), and the NID-MIDI groups – at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).

Thus, the emotional and personal sphere has a serious impact on the regulation of mental activity, and the severity of

indicators on most scales are more pronounced in children with normal mental development. These results correlate with the results obtained in the study of self-esteem and the level of claims. According to the "emotional reactivity" scale, the indicators of subjects with normal intellectual development are more pronounced (50%). The level of emotional reactivity is the ability of a person to experience feelings and emotions. The indicators of this scale are partly due to the constitutional properties of the individual, and partly to the conditions of upbringing. It should be emphasized that a low level of emotional reactivity is a psychologically unfavorable factor. As a rule, children with low emotional reaction are restless, irritable, emotionally unstable, less determined and sociable than their highly reactive peers; they are more difficult to adapt to the environment and more likely to detect neurotic symptoms. Indicators on the scale of "emotional reactivity" correlate with indicators on the scale of "anxiety" (67.1%), "anxiety" (60.5%) and "somatic problems, complaints" (77.6%). In our opinion, this relationship demonstrates a high level of involvement of the individual in society and the degree of development of cognitive strategies.

Analyzing the indicators of the "aggressive behavior" scale, we note that students with impaired intelligence have a high level of aggression (61.8%). The indicators of this scale correlate with the results on the scales "disobedience" (47.7%) and "other problems" (51.3%). In our opinion, these indicators are interrelated as important components of the emotional and personal sphere of the studied groups. The manifestation of aggressiveness in younger schoolchildren with impaired intelligence is, first of all, a derivative of their main clinical defect. In addition, in this case, aggression should be considered as a manifestation of defensive and coping behavior or behavior according to a model formed in the system of social relations.

The subjects of the age category of 10-11 years showed significant differences between the indicators of the NID and NID groups on almost all scales (with the exception of the scales "alienation" and "disobedience") (Table 27). In our

opinion, this trend is due to the active formation of the emotional and personal sphere and the entry of the subjects into adolescence. For example, according to the "anxiety" scale, the value of the indicator in the NID group is 52.6%, and in the NID group – 26.3% ($p \leq 0.001$; $\varphi = 2.81$). On the scale of "attention problems", the indicator of the MIDI group is 61.8% ($p \leq 0.01$; $\varphi = 2.31$). Affective problems are observed in 32.9% of healthy subjects and 15.8% of subjects of the MIDI group ($p < 0.01$). According to the "aggressive behavior" scale, significant differences are also observed at the level of $p < 0.01$: in healthy subjects, this condition manifests itself in 32.9% of cases, and in subjects of the MIDI group – in 51.3%.

Table 27 – Indicators of intergroup differences according to the Achenbach questionnaire (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Emotional reactivity	30	39,5	28	36,8	20	26,3	0,339	1,738*	1,399
Anxiety	35	46,1	29	38,2	12	15,8	0,986	4,161***	3,175***
Somatic complaints	39	51,3	21	27,6	14	18,4	3,027***	4,395***	1,368
Alienation	28	36,8	27	35,5	29	38,2	0,166	0,179	0,345
Sleep problems	24	31,6	27	35,5	10	13,2	0,512	2,774**	3,286***
Attention problems	30	39,5	38	50,0	47	61,8	1,307	2,774**	1,467
Aggressive behavior	25	32,9	30	39,5	39	51,3	0,845	2,312**	1,467
Affective problems	25	32,9	18	23,7	12	15,8	1,264	2,490**	1,227
Anxiety	40	52,6	26	34,2	20	26,3	2,305*	3,366***	1,060
Perverse problems	20	26,3	30	39,5	32	42,1	1,738*	2,065*	0,327
Hyperactivity	30	39,5	28	36,8	19	25,0	0,339	1,923*	1,584
Disobedience	32	42,1	39	51,3	37	48,7	1,140	0,820	0,321
Other problems	28	36,8	33	43,4	38	50,0	0,826	1,646*	0,820
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Significant differences ($p \leq 0.001$) were revealed in the NID- MIDI test groups on the "somatic complaints" scale. In healthy subjects, this indicator is manifested in 51.3% of cases, in subjects with mental retardation – in

27.6%, and in subjects with intellectual disability – only in 18.4% of cases ($p \leq 0.001$; $\varphi = 2.81$). This fact indicates the influence of the emotional and personal sphere on the overall mental and physical regulation.

Analyzing the adaptation indicators according to the Achenbach questionnaire (Table 28), we can conclude that there are no obvious age differences in the manifestation of the selected parameters in the subjects of the presented categories.

Interesting trends can be traced on separate scales. For example, healthy subjects have significant differences in the manifestation of the emotional and personal sphere according to the "anxiety" scales, "anxiety" ($p \leq 0.05$). Indicators on the "sleep problems" scale decrease with age: 52.6% – in 8-9-year-old subjects and 31.6% - in 10-11-year-olds. The differences are significant at the level of $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).

Table 28 – Indicators of age differences in adaptation according to the Achenbach questionnaire (age categories 8-9 and 10-11 years), %

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID 8 – NID 10	IDD 8 – IDD 10	MIDI 8 – MIDI 10
	Age categories								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Emotional reactivity	50	39,5	46,1	36,8	32,9	26,3	1,307	1,165	0,894
Anxiety	60,5	46,1	50,0	38,2	26,3	15,8	1,782*	1,467	1,597
Somatic complaints	77,6	51,3	39,5	27,6	28,9	18,4	3,446***	1,560	1,547
Alienation	25,0	36,8	23,7	35,5	19,7	38,2	1,584	1,603	2,546**
Sleep problems	52,6	31,6	40,8	35,5	25,0	13,2	2,645**	0,672	1,868*
Attention problems	47,4	39,5	52,6	50,0	57,9	61,8	0,986	0,321	0,493
Aggressive behavior	27,6	32,9	38,2	39,5	61,8	51,3	0,715	0,160	1,307
Affective problems	44,7	32,9	27,6	23,7	21,1	15,8	1,498	0,549	0,845
Anxiety	67,1	52,6	42,1	34,2	31,6	26,3	1,831*	1,005	0,721
Perverse problems	27,6	26,3	38,2	39,5	39,5	42,1	0,179	0,160	0,327
Hyperactivity	43,4	39,5	61,8	36,8	27,6	25,0	0,487	3,101***	0,364
Disobedience	36,8	42,1	53,9	51,3	47,4	48,7	0,666	0,321	0,160
Other problems	22,4	36,8	35,5	43,4	51,3	50,0	1,960*	0,992	0,160

* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$).
** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).
*** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).

The most pronounced decrease in indicators with age on the scale "somatic complaints" ($p \leq 0.001$; $\varphi = 2.81$). This suggests that healthy subjects successfully develop adaptive capabilities and emotional regulation.

It is characteristic that the subjects with cognitive impairments do not have significant differences in indicators according to these scales, which indicates a reduced dynamic of emotional and personal development, the manifestation of rigidity and stereotypical patterns of behavior, as well as a reduced ability to emotionally respond to frustrating situations [Chereneva E.A., Volodenkova E.A., Belyaeva O.L., 2018]..

Significant differences in the manifestation of hyperactivity are observed in the IDD test groups: 61.8% – in the category of 8-9 years and 36.8% – in the category of 10-11 years old ($p \leq 0.00$; $\varphi = 2.81$). An interesting fact was discovered in the process of analyzing the differences on the "alienation" scale: in children of the MIDI group, the values of indicators increase with age (in 8-9 years – 19.7%, and in 10-11 years – 38.2% of the subjects).

Summarizing the data obtained by the Achenbach method, the following conclusions can be drawn. Evaluation of the responses of parents (mothers) allowed us to determine the parameters of child-parent relationships that affect the process of formation of voluntary regulation.

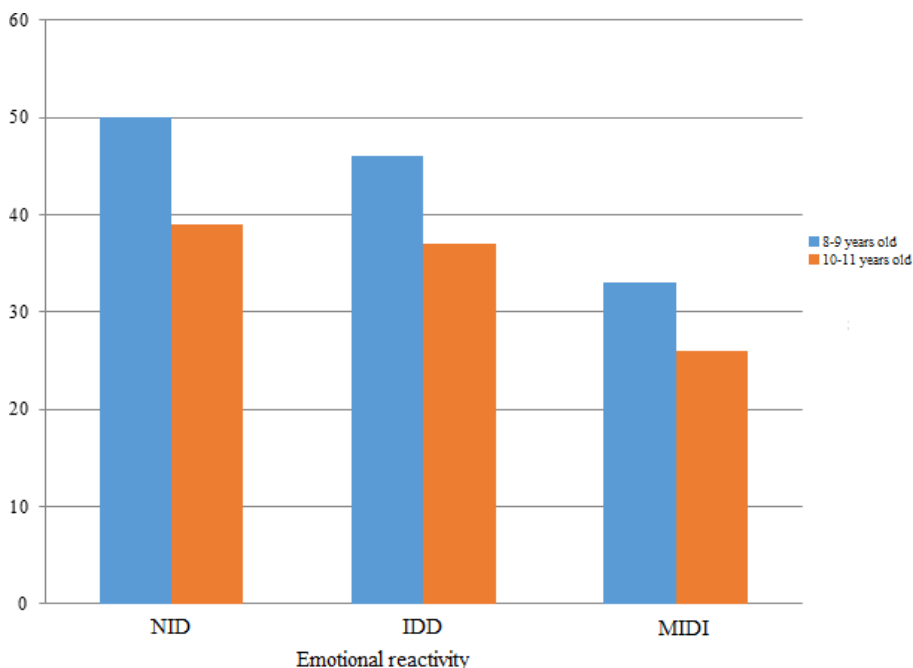


Figure 11 – Pattern of emotional reactivity manifestation

There are clear differences in indicators due to cognitive deficiency, as well as age-related changes. The results of the study of emotional reactivity allow us to talk about the flexibility and plasticity of mental activity in healthy subjects. Emotional reactivity indicates the speed of emotional response (the speed of "response"). This reaction is a complex physiological process in which the cortical-subcortical structures of the brain are involved. Patterns of emotional reactivity are manifested to a greater extent in healthy 8-9-year-old subjects (50% of respondents); with a decrease in intelligence, the number of reactions in this age category also decreases (47% and 33% of subjects, respectively). A similar trend is observed in the age category of 10-11-year-old subjects: the higher the level of intellectual development, the higher the quantitative indicator of emotional reactivity.

Recall that emotional reactivity is a significant element of the self-regulation process. The values of the indicators of this parameter confirm the fact of the influence of the level of intelligence on the formation of adequate perception.

Identical indicators were identified during the study of the parameter "anxiety" (Figure 12).

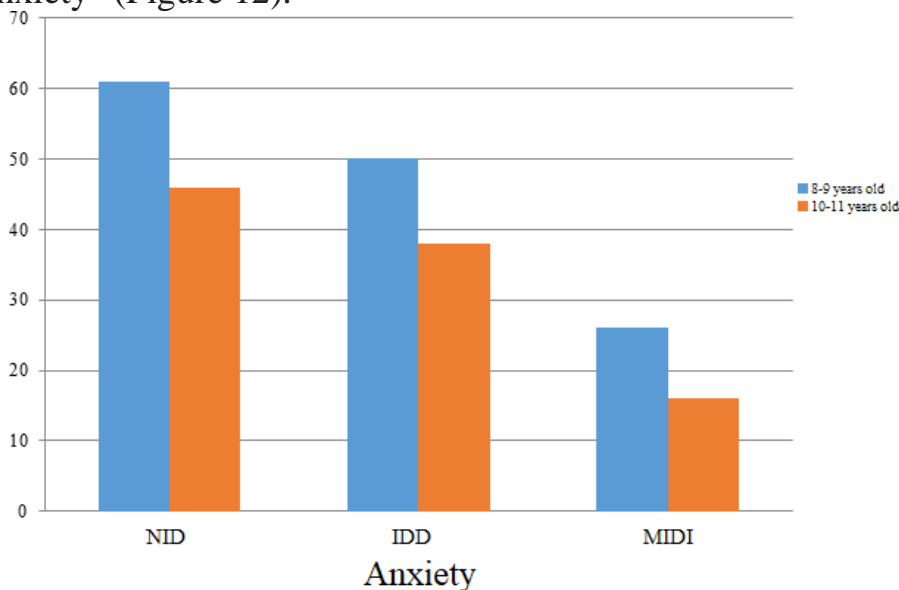


Figure 12 – Pattern of the manifestation of anxiety as an element of the emotional and personal sphere

This characteristic is most pronounced in 8-9-year-old subjects (61%), and to a lesser extent in 10-11-year-olds (17%). In this case, we are also dealing with a cognitive deficit that blocks the activity of experiences and anxiety.

Emotional rigidity of children with cognitive deficiency works as a defense mechanism in the process of their development. We took this circumstance into account when developing a psychological program for the development of self-regulation in the subjects of the studied category.

In the study of somatic complaints (Figure 13), high values of indicators were recorded in the subjects of the NID group – 29% and 18% in the younger and older age categories, respectively. In healthy subjects aged 8–9 years, this indicator is 78%. The analysis of medical documentation confirms the results of the technique. The subjects of the NID group experience health problems to a greater extent than the subjects of the IDD and MIDI groups.

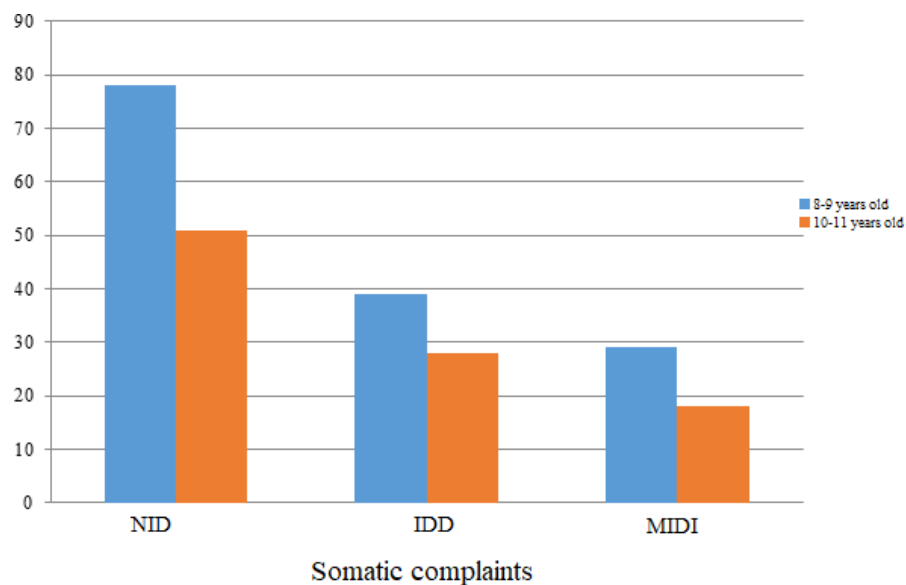


Figure 13 – Results of the analysis of somatic complaints as an element of the emotional and personal sphere

According to the responses of mothers, the subjects of all groups aged 10-11 years have alienation (Figure 14), characteristic of the period of formation of independence and the position of active egocentrism. This indicator is most pronounced in children of the MIDI group (35%). This circumstance was also

taken into account by us when developing a psychological program for accompanying children and parents.

During the study of such health characteristics as "sleep problems" (Figure 15), it was found that in healthy subjects aged 8-9 years, this problem manifests itself to a greater extent (52%) than in the rest. The minimum values of this indicator were recorded in the IDD and MIDI groups of the age category of 10-11 years (14%). According to our observations, this fact is explained by the fact that the younger the child and the higher the level of his intelligence, the more pronounced are the manifestations of the emotional and personal sphere (fears, anxieties, experiences). In healthy children, almost all types of psychological protection are pronounced, mental activity is observed, which can be constructively compensated or displaced into dreams (the results of correlation pleiades).

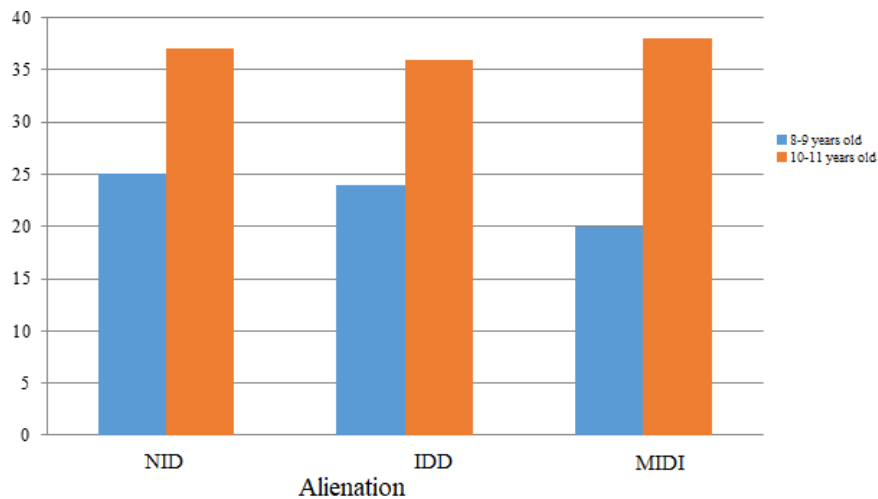


Figure 14 – Test results of the parents (mothers) of the subjects (age categories 8-9 and 10-11 years)

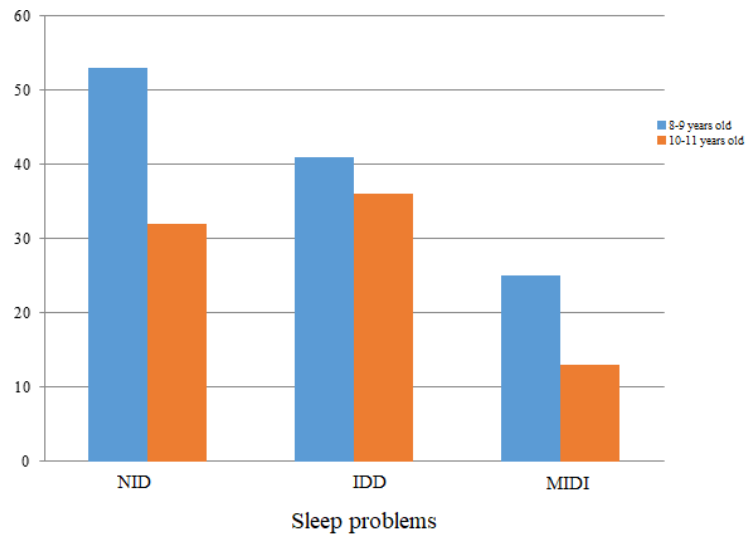


Figure 15 – Results of the analysis of sleep problems as an element of the emotional and personal sphere

The analysis of attention problems as one of the indicators of adaptation allowed us to establish that the more pronounced the cognitive deficit, the lower the values of indicators on this scale (Figure 16). The results demonstrated by the subjects of the MIDI group aged 10-11 years, in our opinion, are due to age-related features associated with changes in hormonal status. It should also be noted that in the NID and IDD groups, there is a tendency to improve the skill of attention management.

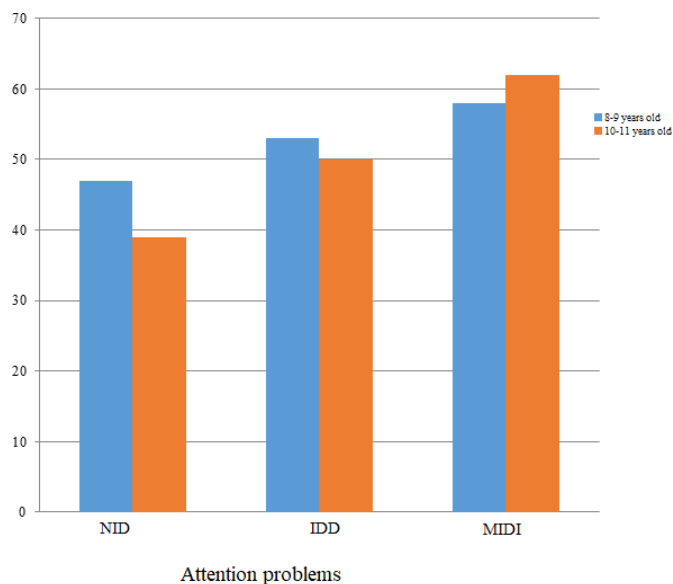


Figure 16 – Results of the analysis of the problem of "attention" as an element of the emotional and personal sphere

The analysis of aggressiveness showed that the highest values on this scale are observed in schoolchildren of the MIDI group aged 8-9 years (according to parents' testimony). A pattern has been established: the higher the degree of cognitive deficit, the higher the values of aggressiveness indicators (61%). A comprehensive analysis of this indicator (according to the methods of PARI, "House – Tree – Person") revealed the nature of aggression, which is due not to the presence of a cognitive defect, but to a greater extent to the peculiarities of child-parent relations (impairment of child-maternal attachment), impairment of social relations with healthy peers. Aggression in this case manifests itself as a protective or provoking (attention-grabbing) function. At the same time, it should be remembered that in children with cognitive deficiency, the regulatory component of mental activity suffers (Figure 17).

The data obtained in the process of studying affective problems confirm the results of the study of aggressive behavior. A direct relationship has also been established here: the higher the intelligence, the more pronounced the affective problems

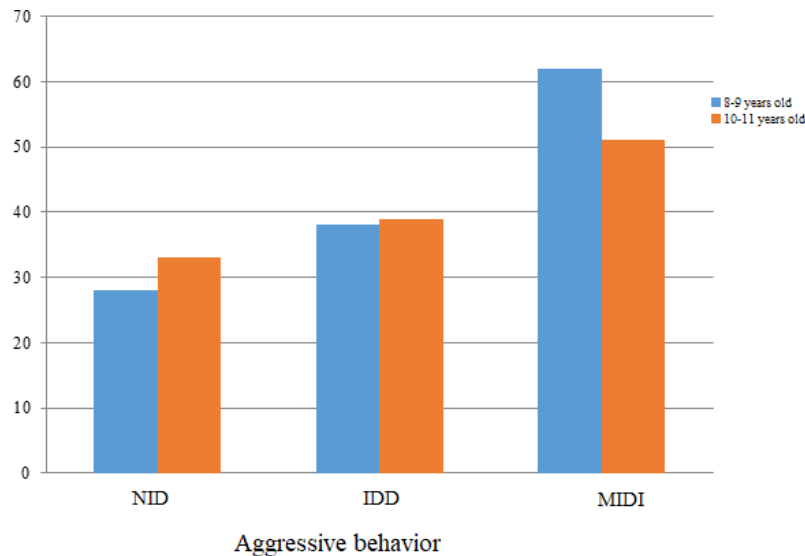


Figure 17 – Dynamics of changes in the indicator "aggressive behavior"

In the NID group of the age category of 8-9 year olds, the values of this indicator reach 45%, in the NID group (10-11 years) – 21%. Figure 18 graphically shows the dynamics of changes in this indicator. Thus, the higher the intelligence, the more emotions are suppressed, which are transformed into intrapersonal conflicts and affective problems (Figure 18).

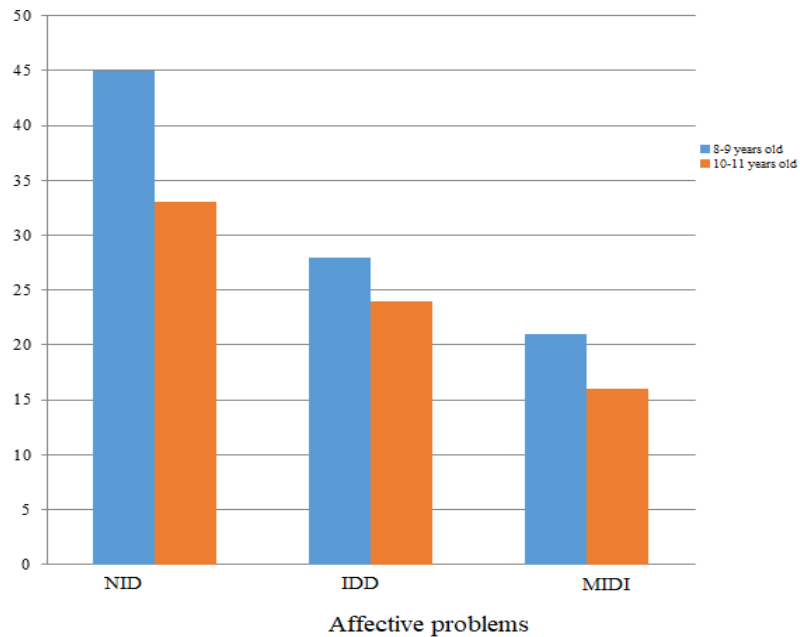


Figure 18 – Dynamics of changes in the indicator "affective problems"

Similar trends were revealed during the study of such an adaptation indicator as "anxiety": anxiety is most pronounced in healthy 8-9-year-old subjects (68%) and in 28% of 10-11-year-old subjects of the MIDI group. The results of testing the respondents' mothers allow us to talk about the relationship between intelligence and affect (Figure 19).

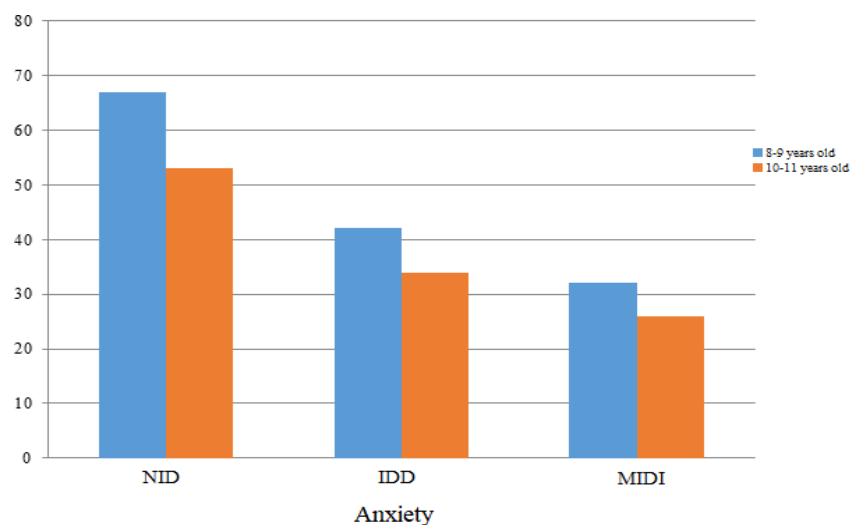


Figure 19 – The regularity of the manifestation of the relationship between intelligence and affect as an element of the emotional and personal sphere

Analyzing the responses of the mothers of the subjects according to the indicator "hyperactivity", we found that its maximum values are characteristic of children of the younger age group of the IDD group who have a partial cognitive deficit caused by cerebro-organic lesions (Figure 20).

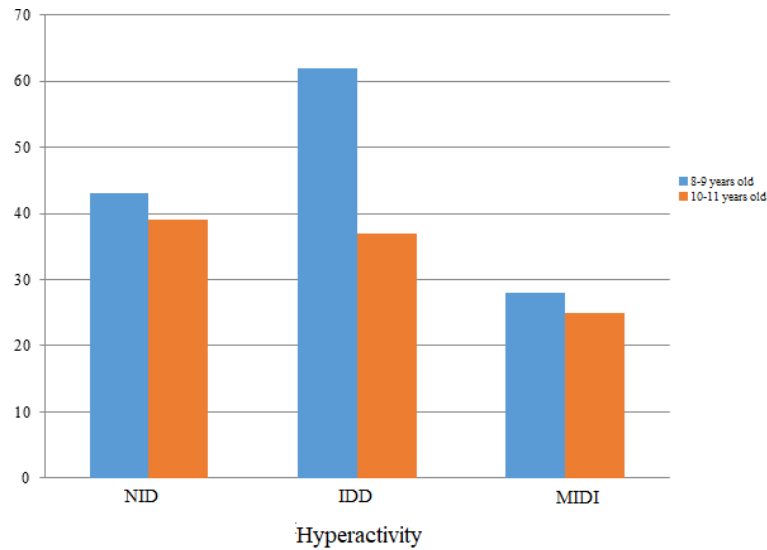


Figure 20 – The pattern of hyperactivity as an element of the emotional and personal sphere

This causes significant difficulties in organizing their own behavior and forming adaptive strategies (61% of the subjects). The minimum indicators are presented in the subjects of the MIDI group – 29% and 25%, respectively, in the younger and older age categories.

According to the results of the study of mothers according to the Achenbach questionnaire, the most pronounced behavior problems in the subjects of the IDD group of both age categories (53% and 50%, respectively). The minimum values of this indicator are in healthy subjects aged 8-9 years (38% of subjects). In our opinion, this is due, on the one hand, to preserved cognitive abilities and, on the other, to the formation of the regulatory component of activity. However, it should be noted that the regulatory component of behavior decreases in all groups of subjects aged 10-11 years. In our opinion, this fact is due to a general age pattern (approaching

puberty, the formation of protest behaviors characteristic of adolescence) (Figure 21).

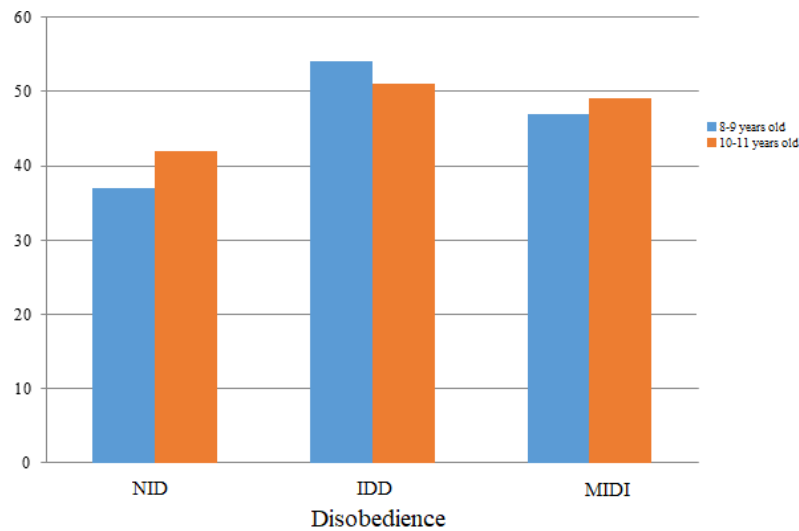


Figure 21 – Mothers' perceptions of children's disobedience

Results of a study of **parental attitudes (PARI methodology)** allowed us to determine how much parenting models influence the formation of self-regulation of behavior. We have established that the key role in the formation of behavior strategies is played by the social environment (child-parent relations). The formation of the child's inner world depends on the child-parent relationship and parental attitudes.

The results of the survey of subjects aged 8-9 years (Table 29) on the scale of "optimal emotional contact" showed that in all groups parents have approximately the same level of emotional relations with their children. But the significance of the differences of this indicator in the parent groups of IDD (42.1%) and MIDI (27.6%) is significant at the level of $p \leq 0.05$.

A similar pattern is observed in the study of the scale "excessive emotional distance with the child" (NID – 38.2%, IDD – 47.4%, MIDI – 32.9%). Let's focus on the analysis of the indicators of the "excessive concentration on the child" scale.

Table 29 – Indicators of intergroup differences in the structure of parental attitudes (age group 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Optimal emotional contact	28	36,8	32	42,1	21	27,6	0,666	1,221	1,886*
Excessive emotional distance with a child	29	38,2	36	47,4	30	39,5	1,147	0,160	0,986
Excessive concentration on the child	19	25,0	8	10,5	25	32,9	2,386**	1,079	3,464***
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Mothers of children from the MIDI group (32.9% of respondents) are most concentrated on the process of upbringing, showing hyperprotection, this indicator is less pronounced in the IDD group (10.5% of subjects). In the NID group, the value of this indicator is 25.0%. The significance of the differences between the IDD-MIDI groups is significant at the level of $p \leq 0.001$, between the NID-MIDI groups – at the level of $p \leq 0.01$.

Analyzing the characteristics of the age group of 10-11 years (Table 30), we noted an increase in the indicator "emotional contact" in all groups of subjects: NID – 46.1%, IDD – 44.7%, MIDI – 51.3%; no significant differences were noted. These data indicate the absence of obvious impairments of emotional interaction between parents and children in the IDD and MIDI groups.

We obtained identical results in the study of the scale "excessive emotional distance" with the child. The values of the indicators demonstrate emotional acceptance by the respondents of the subjects (in the NID group – 26.3%, in the NID group – 25.0%, in the NID group – 21.1%). This means that a mental defect is not a clear factor in emotional rejection.

The "excessive concentration on the child" scale also does not reflect significant differences in indicators.

Table 30 – Indicators of intergroup differences in the structure of parental attitudes (age group 10-11 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Optimal emotional contact	35	46,1	34	44,7	39	51,3	0,173	0,641	0,814
Excessive emotional distance with a child	20	26,3	19	25,0	16	21,1	0,185	0,752	0,567
Excessive concentration on the child	21	27,6	23	30,3	21	27,6	0,382	0,012	0,370

To determine the significance of age-to-age differences in the structure of parental attitudes, we used the Pearson criterion (χ^2) (Table 31). In the first age category (8-9 years), the following trends were established: in the NID-IDD groups, the differences were significant, in the NID-MIDI groups, no differences were revealed, in the IDD-MIDI groups, the differences were highly significant.

In the second age category, no differences were found in the NID-IDD groups, no differences were found in the IDD-MIDI groups, but an interesting fact is that no differences were found in the NID-MIDI groups either. These results confirm that cognitive impairments are not the main factor determining the strategy of forming a parent-child relationship.

Table 31 – Indicators of age differences in the structure of parental attitudes according to the Pearson criterion (age groups 8-9 and 10-11 years)

Age category	NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
8-9 years old	$\chi^2 = 5,502$; $p < 0,08$ Tendency to significant differences	$\chi^2 = 1,835$; $p < 0,4$ No differences were found	$\chi^2 = 11,59$; $p < 0,003$ Highly significant differences
10-11 years old	$\chi^2 = 0,13$; $p < 0,94$ No differences were found	$\chi^2 = 0,66$; $p < 0,72$ No differences were found	$\chi^2 = 0,69$; $p < 0,71$ No differences were found

We compared the results presented in Table 31 with the results obtained during the application of the CAT methodology.

According to this method, two large groups of complexes of parental installations are identified (Table 32). Let's characterize the complex of parental attitudes "**Attitude to the family role**". The indicators of the scale "the limitation of a woman's interests within the family, caring exclusively for the family" demonstrate approximately the same level of values, which do not indicate significant differences in age; there are differences in the MIDI groups (at the level of $p \leq 0.01$); mothers of 8-9-year-olds show higher values of the indicator (51.3%) than mothers of 10-11-year-old schoolchildren.

According to the "feeling of self-sacrifice in the role of mother" scale, the indicators are expressed approximately the same in all groups; no differences at a significant level were revealed. Indicators on the "family conflicts" scale are higher in families raising children with impaired intelligence (92.1%).

According to the parents' super-authority scale, the maximum indicators are in families raising healthy children (56.6% and 55.3% in the younger and older age groups, respectively); the general trend is that the indicators do not have significant intra-group differences.

The scale of "dissatisfaction with the role of the housekeeper" is represented by various values reflecting the emotional tension within the family (in the NID group – 42.1% and 48.7%, in the IDD group – 30.3% and 26.3%, respectively, of the first and second age categories).

According to the scale "husband's indifference, his non-involvement in family affairs", high rates are noted in the NID and IDD groups in all age categories. The minimum values are in the IDD groups (27.6% and 35.5% of cases).

The indicator "mother dominance" has high values in the MIDI groups – 60.3% and 51.3%; no significant differences were found.

According to the scale of "dependence and lack of independence of the mother", high results were recorded in all groups.

Table 32 – Indicators of inter-age differences in the structure of parental attitudes (age groups 8-9 and 10-11 years), %

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID 8 – NID 10	IDD 8 – IDD 10	MIDI 8 – MIDI 10
	Age category								
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
<i>Attitude to the family role</i>									
Limitation of a woman's interests within the family, caring exclusively for the family	34,2	26,3	42,1	43,4	51,3	32,9	1,060	0,160	2,299**
The feeling of self-sacrifice in roles of mother	35,5	30,3	39,5	31,6	25,0	26,3	0,684	1,017	0,185
Family conflicts	64,5	68,4	65,8	72,4	90,8	92,1	0,499	0,882	0,290
Parents' excessive authority	56,6	55,3	31,6	38,2	23,7	30,3	0,160	0,857	0,918
Dissatisfaction with the role of housekeeper	42,1	48,7	26,3	43,4	30,3	26,3	0,820	2,225*	0,549
The "indifference" of the husband, his non-involvement in family affairs	51,3	48,7	27,6	35,5	56,6	52,6	0,321	1,054	0,493
Mother's dominance	56,6	42,1	38,2	36,8	60,5	51,3	1,794*	0,179*	1,140
Mother's dependence and lack of independence	48,7	39,5	55,3	40,8	36,8	38,2	1,147	1,794*	0,179
<i>The attitude of parents to the child</i>									
1. Optimal emotional contact									
Motivation of verbal manifestations, verbalizations	38,2	26,3	42,1	39,5	23,7	19,7	1,578	0,327	0,598
Partnership	64,5	64,5	40,8	50,0	28,9	40,8	0	1,140	1,547
Development of the child's activity	68,4	78,9	51,3	55,3	34,2	51,3	1,473	0,493	2,145*
Equalizing relationship between parents and child	21,1	26,3	38,2	32,9	3,9	5,3	0,752	0,684	0,413
2. Excessive emotional distance with the child									
Irritability, short temper	48,7	39,5	55,3	63,2	53,9	50,0	1,147	0,992	0,481

End of table 32

Severity, excessive strictness	35,5	32,9	53,9	51,3	31,6	39,5	0,339	0,321	1,017
Avoiding contact with a child	36,8	32,9	34,2	36,8	55,3	50,0	0,505	0,339	0,653
3. Excessive concentration on the child									
Excessive caring, establishing dependent relationships	44,7	47,4	34,2	39,5	26,3	28,9	0,333	0,678	0,358
Overcoming resistance, suppression of will	36,8	39,5	61,8	52,6	52,6	51,3	0,339	1,147	0,160
Creation of security, fear of offending	30,3	26,3	23,7	31,6	19,7	21,1	0,549	1,091	0,216
Exception of extra-family influences	23,7	31,6	13,2	23,7	13,2	19,7	1,091	1,683*	1,085
Suppression of aggressiveness	48,7	55,3	56,6	60,5	57,9	53,9	0,814	0,487	0,493
Suppression of sexuality	50,0	42,1	48,7	44,7	52,6	50,0	0,980	0,370	0,321
Excessive interference in the child's world	39,5	35,5	42,1	26,3	32,9	19,7	0,505	2,065*	1,862*
The desire to accelerate the development of the child	64,5	52,6	56,6	34,2	23,7	13,2	1,621	2,799**	1,683*
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

"The attitude of parents to the child" is divided into three groups of scales.

Group 1. Optimal emotional contact. According to the scale "motivation of verbal manifestations, verbalizations", the maximum values of indicators are for parents of the IDD groups (42.1% and 39.5%), to a lesser extent, verbal motivation is used by parents in the MIDI group. It should be noted that since the current trend of child-parent relations is characterized by an impairment of communicative interaction, low results were also registered in the group of healthy children (38.2% and 26.3%).

Partnerships predominate (without age differences) in healthy subjects (64.5%); also high rates – in subjects of the IDD group (40.8% and 50.0%); a significant increase with age was recorded in

the MIDI group (28.9% and 40.8%). The significance of age differences by group was not revealed.

The study of the "child activity development" scale shows an equalizing relationship between parents and a child in all groups of subjects; no significant differences regarding age-related changes were revealed. In healthy subjects, this parameter has higher values than in the MIDI groups.

Group 2. Excessive emotional distance between parents and the child. According to the scale of "irritability, short temper", there were no significant differences that manifest with age. Approximately the same indicators are defined in all age categories. For example, mothers of children of the IDD group are more emotional and emotionally unrestrained, mothers of children of the MIDI group are in second place; mothers of healthy children are more restrained.

Mothers of children of the IDD group are more severe and strict (53.9% and 51.3%). The indicators of the NID and NID groups are approximately the same, no significant differences were found.

According to the "avoidance of contact with a child" scale, the most pronounced indicators are in the MIDI group (55.3% and 50.0%). The indicators in the NID and NID groups in both age categories have approximately the same values and have no significant differences.

The analysis of age differences in the group of parental attitudes "*excessive concentration on the child*" allowed us to draw the following conclusions. On the scale "excessive caring, establishment of dependent relationships" there are no significant differences in the manifestations of this parameter, while there is a general trend: this indicator is most pronounced in healthy children (44.7 and 47.4%). It can be argued that mothers of healthy children take care to a greater extent, forming psychological dependence, than parents of children with mental disorders in all age categories (in the least degree

this indicator is expressed in the MIDI group). In all groups, the fact of an increase in indicators with age was found.

According to the scale "overcoming resistance, suppression of will", there were no significant differences between the groups of subjects, but there was a tendency for values to increase in the IDD and MIDI groups.

According to the scale "creating security, fear of offending", there were also no significant differences in indicators (the values are approximately the same for all groups).

Indicators on the scale of "exclusion of non-family influences" demonstrate significant differences at the level of $p \leq 0.05$ in the IDD group. This indicates that the mothers of 10-11-year-old subjects of the IDD group show a high level of overprotection.

The most pronounced indicator in this group is "suppression of aggressiveness" (60.5%). Similar indicators are recorded on the scale "suppression of sexuality."

Indicators on the scale of "excessive interference in the child's world" convincingly indicate that with age, parents of children from the IDD and MIDI groups have a smaller intervention factor than mothers of healthy children ($p < 0.05$). The "the desire to accelerate the development of the child" indicator with age demonstrates a negative trend in the IDD and MIDI groups. In the IDD group, $p \leq 0.01$; in the MIDI group, $p \leq 0.05$ (Table 32).

Analyzing the age-to-age differences in the structure of parental attitudes based on the material of both age categories, we came to the conclusion that the presence of cognitive health disorders of the subjects affects the formation of the social role of the parent (Table 33).

To identify the mechanisms of formation of a pathopsychological model of self-regulation and adaptive behavioral strategies in the studied groups, it is necessary to understand the features of child-parent relations and emotional acceptance of a child with cognitive deficiency.

Table 33 – Indicators of age differences in the structure of parental attitudes
(age groups 8-9 and 10-11 years)

NID 8-9 years – NID 10-11 years	IDD 8-9 years – IDD 10-11 years	MIDI 8-9 years – MIDI 10-11 years
2,53; $p < 0,28$ No differences were found	12,57; $p < 0,0017$ Highly significant differences	10,01; $p < 0,007$ Highly significant differences

To achieve this goal, we have developed a structured clinical interview for parents of children with cognitive deficiency (Appendix D). During the analysis of responses and nonverbal behavior of parents, we received the following results.

As a rule, mothers behave aggressively not only towards the child, but also towards their husband and others. These mothers have a predominant sense of guilt and shame for their child. This group of parents sees no prospects in the development of the child, predicts a low social status for him (for example: "he will be a loader of onions").

Moreover, it should be noted that the level of cognitive deficit is not related to expectations and attitude towards the child. Parents' level of requirements may be equally overestimated in relation to children with both mild and severe cognitive deficiency.

When answering the question "**When did disturbing moments arise for the first time?**" the majority of parents of children with cognitive deficiency (76%) answered that they began to notice it when their children aged 2.5–3 years played with their peers (in kindergarten, on the playground). As a rule, these were families with the first child. In the presence of older children, parents noticed the fact of lag in development earlier, by the time they were 1-1.5 years.

Answering the question "**When did it become noticeable?**" parents could be confused. Fathers were indifferent (78%), mothers were more attentive to children's development. Many mothers noted that the peculiarities of the child's development began to interfere with them when the child behaved unconventionally in a circle of acquaintances / strangers

(shouted, cried, could not speak well and clearly, answer questions, etc.). For women, the fact of the appearance (attractiveness) of the child turned out to be significant.

When describing their emotions and states (the question "**When you (mom) see it, when you face it, what happens to you? What are you experiencing? What is physically happening to you?**") most mothers, talking about their feelings and experiences, were very worried, they had rapid heartbeat, tears, accelerated breathing. This indicates that the problem of cognitive deficiency and the discrepancy between reality and expectations are deeply reflected in the emotional and personal sphere.

Parents use different models of interaction with children. Many use aggressive and directive forms of interaction with the child. Such parents in their answers say: "He doesn't understand anything, you need to kick him everywhere" or "This is my cross and my problem". This group of parents may use physical aggression towards their child (kicks, slaps). Verbal aggression is manifested in the form of ridicule, reproaches, sarcasm, etc. Some parents use hyperprotection or permissiveness. As a rule, such parents say: "He's troubled" or "I had a difficult delivery" or "This is our child who united us," etc.

During the analysis of answers to the question "**What do you manage to do?**" we found out that many parents use inefficient technologies of interaction with children, without achieving the desired result. As a rule, such parents lack special knowledge about the development of the child (peers are the reference point for comparison), as well as personal competencies (acceptance of the child, patience, regulation of their own emotions and states).

Answering the question "**Who or what helps you to support yourself at these moments?**", most parents note that grandmothers help: parents give their children to their grandmother, and they can switch and take a break. But recently, parents have started inviting nannies or caregivers with special knowledge.

During the interview, we found out that many parents (86%) of preschool children attended various correctional and developmental classes to correct the defects of the child. A category of parents was identified who did not seek to actively participate in correctional and developmental activities, but shifted responsibility to specialists ("Do something to him so that he is normal!"). During periods of prolonged therapeutic intervention, many parents emotionally burned out and took out aggression and discontent on their children.

To the question "**When do you "breathe out"?**" they answered: "As soon as the child wakes up, I have already burned out" or "When the child returns from classes (from kindergarten)." However, many parents (37%) are able to accept the characteristics of the child, participate in his development. As a rule, this type of behavior of a parent indicates the acceptance of a child.

Analyzing the answers to the question "**Does it get better or worse over time?**", we realized that, unfortunately, parents often do not notice changes in the child and / or react poorly to comments from specialists who try to draw their attention to the child's progress. As a rule, the majority of parents (85%) believe that changes occur very slowly, there are no visible results. Expectations of positive results from paid correctional and developmental classes are especially high. This to a certain extent forms additional aggression towards the child, if there are no changes in his mental health.

To the question "**Do you feel annoyed with your child?**" most parents answered with confessions: "I thought it wouldn't happen to me"; "It's a punishment for me"; "I'm upset (upset, annoyed) that I have such a child. He interfered with my career (or successful marriage)".

And the majority of parents (89%) do not see prospects for children with cognitive deficiency. They focus on the unsuccessful process of correcting the child's health, unsuccessful social (labor) path, or

they consider it as a burden (34%). However, there are parents (47%) who believe in positive changes in the health of their children and their successful integration into society.

The second block of interviews was aimed at clarifying parents' knowledge about the nature of cognitive impairment problems in childhood. These questions helped us to present parents' information awareness.

Answering the question "**What do you think about the causes of those features of the child that bother you?**" parents showed good knowledge about cognitive impairments in the development of their children. As a rule, the source of information was Internet resources (66% of respondents referred to a number of professional websites, as well as to the websites for parents). 34% of respondents turned to specialists for help.

Most parents complained that information from the Internet is more "credible and reliable in diagnosing a child." Often parents are in a panic when the procedure of diagnosing and establishment of diagnosis is underway. It happens that they do not immediately accept the diagnosis of the child, turn to other specialists for refutation. Many mothers say that they have repeatedly changed specialists and institutions when choosing a system for correcting impairments in the health of their children.

Many parents noted that most often the understanding of the peculiarities of disorders in the health of a child with a cognitive deficit calmed them somewhat, forced them to turn to the issues of education and correction of impairments in the health of children. But not all respondents acquired mental balance and understanding of the trajectory of the child's development, many for a long time do not trust the opinion of experts on the choice of adequate methods for correcting disorders in the health of the studied groups.

When analyzing the responses of the third block of the interview (focus of actions) we were able to establish the types of parental attitude to the child, as well as to determine the respondents' needs for the necessary assistance.

To the question **"What actions, in your opinion, should be taken to improve the situation?"** 67% of respondents answered that their families need comprehensive assistance aimed at correcting disorders in the health of children with cognitive deficiency; for this, it is necessary to improve the state system of assistance. 25% of respondents answered that parents need support; 45% of mothers believe that the system of support for children with cognitive deficiency should be improved, for example, to introduce rates of educators, tutors, etc. in children's institutions. The presence of such staff will allow mothers to have free time for themselves, to solve household issues around the house and professional tasks.

To the question **"In your opinion, what is the ideal help to accompany the development of your child?"** most parents replied that it is necessary to create a state system that will fully accompany a child with a cognitive deficiency. 39% of respondents expressed their willingness to transfer responsibility to institutions for deciding on the route of correction of their children's health disorders.

Almost all parents (93%), answering the question **"Do you need support and help? What would you like to change in this situation?"**, expressed readiness to receive additional support and assistance. 45% need free time, 34% expressed the opinion about the need for additional information about the development and upbringing of children, 14% of respondents wished to receive appropriate education that would help them better understand their child.

Answering the question **"Do you allow your child to make mistakes? How do you punish mistakes?"**, many parents answered negatively (72%), explaining that their child is not able to make a decision, he will make mistakes, "he will waste my time, and I am always in a hurry," etc. This suggests that many parents are overprotective of their children, do not give them a chance for their own mistakes and choices. And this, in turn, forms spinelessness, lack of initiative, and in some cases – protest and demonstrative

forms of behavior. We took this fact into account when developing programs for correcting children's behavior and interaction models in the structure of child-parent relations.

To the question **"Do you praise your child? What can please you?"** many parents replied that they praise their children (68%), that children can please them with success at school, creative work. But there is a group of parents who do not praise their children and do not rejoice at their success. As a rule, the attitude of parents towards their children with cognitive deficiency has a personal deep motivation, which indicates the rejection of their child and his characteristics.

Answers to the question **"If there was an opportunity, would you change your child? What exactly do you want to change in them?"** showed the attitude of parents to their children. Most parents (74%) would like to change their child. Some parents admitted that they want to change the level of cognitive development of the child, they want better prospects and social relations for them.

The questions proposed for a conversation with parents are of an approximate nature and can be modified depending on the context of the conversation, the characteristics of the child or parents, the stage of family residence of the situation and many other factors. This questionnaire will help a specialist to structure a conversation with parents, diagnose their emotional state and, possibly, identify some vectors of correctional assistance to a particular family.

The study of the influence of child-parent relations in the structure of the pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive health disorders has shown that this factor plays a fundamental role for all groups of subjects. It is established that the cognitive defect of the child affects the psychoemotional status of the mother and the psychological climate in the family. Parents of children with cognitive deficiency are more likely than parents of healthy children to perceive their role as a position requiring sacrifice and deprivation. A trend has been revealed reflecting that parents of children with cognitive deficiency are more likely than parents of healthy children to demand from a child

unconditional obedience and discipline. They try to impose their will on the child in everything; they are unable to stand up to his point of view, they are prone to severe punishments. These and other data allow us to talk about destructive interpersonal relationships in families raising children with health disorders caused by cognitive deficiency; this type of relationship affects self-regulation and health in childhood.

4.2 Psychological factors determining manifestations of self-regulation in healthy children and in children with cognitive health impairment

A comprehensive theoretical and experimental analysis of the personal characteristics of children with impaired cognitive health allowed us to develop a structural and functional pathopsychological model of self-regulation. The pathopsychological model of self-regulation is based on the basic principles of analysis adopted in medical psychology, behavioral psychology, gestalt psychology: the principle of defect structure analysis, the principle of determinism of mental phenomena, the principle of activity of mental phenomena, the principle of reflection, the principle of subject-object relations [Chereneva E.A., Eltysheva N.V., Belyaeva O.L. Bryukhovskikh L.A., 2018].

Self-regulation is a basic process in the formation of the psyche. The fundamental mechanisms of self-regulation are cognitive, personal and environmental factors. The specificity of the relationship of these factors determines the level of cognitive health of an individual. Our study has shown that self-regulation, due to its dynamic properties, is one of the diagnostic criteria for assessing the cognitive health of an individual.

Let us characterize the mechanisms of manifestation of the levels we have identified in the structure of the pathopsychological model of self-regulation.

The cognitive level is one of the important components of self-regulation, the level of intelligence development determines the strategy of behavior and self-regulation in general. This is confirmed by our data obtained in the process of studying behavior strategies and components of self-regulation. It is illustrated by the fact

that the same trends are observed in two age categories: non-adaptive strategies prevail in subjects with a clinical diagnosis of F 70, and secondly, there are impairments in planning and achieving the goal of action (also in this group of subjects). At the same time, within the clinical group of subjects with cognitive deficiency, differences were noted that characterize not only self-regulation, but also dynamic properties of thinking (rigidity, stiffness, inertia, fixedness (perseverance)). These psychological features are absent in subjects with normotypic development.

It is established that the peculiarities of thinking play an essential role in the formation of new behaviors. This was reflected in the results of diagnostics using the CAT method in the analysis of defense mechanisms (Table 34).

Table 34 – Indicators of the ratio of adaptive strategies with defense mechanisms

Defense mechanism	Adaptive strategies						For all groups
	NID	IDD	MIDI	NID	IDD	MIDI	
	8-9 years	8-9 years	8-9 years	10–11 years	10–11 years	10-11 years	
Intellectualization	–0,183	–0,065	It is impossible to evaluate, since there is no such defensive strategy in the group	–0,006	–0,094	It is impossible to evaluate, since there is no such defensive strategy in the group	0,024
Repression	0,14	–0,099	–0,049	0,142	0,119	–0,014	0,061
Regression	–0,207	0,184	–0,111	–0,121	0,111	0,334*	0,003
Substitution	0,164	–0,019	–0,117	0,062	–0,007	–0,143	0,006
Denial	–0,06	–0,049	–0,049	0,055	–0,043	0,012	–0,057
Projection	0,101	0,014	–0,181	–0,371*	0,087	–0,105	–0,050
Compensation	0,039	0,132	0,046	0,078	–0,13	0,129	0,086
Reactivity	–0,044	–0,009	–0,05	–0,015	0,02	0,093	0,049
* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.							

Subjects with cognitive deficiency aged 8-9 years choose simpler defense mechanisms: regression is more pronounced in children with impaired intelligence (the significance of differences with healthy subjects is $p \leq 0.001$).

Denial-type defense is also more pronounced in children with impaired intellectual development (MIDI group - 71.1%), the significance of differences in indicators with the NID group is significant at the level of $p \leq 0.01$. The "projection" mechanism is most pronounced in subjects with impaired intelligence, the significance of differences with healthy peers is at the level of $p \leq 0.01$. Compensatory mental mechanisms are effectively manifested in healthy subjects (63.2%), less pronounced in subjects with impaired intelligence (27.6%).

We found that the formation of defense mechanisms affects behavior strategies and depends on the level of cognitive development (Table 34).

The most pronounced defense mechanism affecting adaptive behavior strategies in children from the MIDI group aged 10-11 years is "regression". This means that this defense mechanism is significant in the formation of adaptive strategies. We also found that the defense mechanism "projection", which correlates with maladaptive strategies, was detected in healthy subjects aged 10-11 years.

The personality-semantic level reflects the content of the inner world of the subjects, which is manifested in two forms. The first (subjective) form of existence of personal meaning is emotional experience. The second form is the verbalization of personal meaning, its embodiment in a certain system of socially developed and fixed meanings. Although the personal meaning is presented as a constituent of consciousness, however, it is rooted in the activity or system of activities that generates it. The reconstruction of meaning is possible on the part of the subject only in a "roundabout way", through the analysis of specific activities, including both a logical analysis of emotional manifestations and an analysis of the results of activities. The data of personal meanings are presented in the results of the study using the projective CAT technique and the graphical tests "House – Tree – Person" and "Stars and Waves". These methods

allowed us to determine the features of the figurative world and the inner experiences of the subjects.

Personal meaning is formed in the objective system of the movement of real life and cannot be fully identified either with the experience or with the verbal development of semantic content. Hence, being the "constituent" of consciousness, personal meaning has an objective form of existence — an objective attitude to the goals, means, objects included in the activity from the point of view of its sense-forming motive.

An important component of the personality-semantic level is the attitude, which is formed on the basis of individual-personal experience in the system of child-parent relations. Attitudes express and implement certain personal meanings in activities that can influence the choice of motives in certain circumstances. Using the methods of the "Achenbach Questionnaire" and the PARI test, we determined the influence of child-parent (maternal) attitudes on the formation of attitudes in subjects of all categories. With the help of a structured interview with mothers of children with cognitive deficiency, the significance and priority of parental attitudes and features of the adoption of their child were revealed. We also determined that fathers of children with cognitive deficiency interact with children to a lesser extent than fathers of children without health disorders, they remain passive and indifferent.

Using the CAT technique, it was found that the level of intelligence has a negligible effect on the formation of attitudes in the studied groups. According to the parameters of self-esteem and the level of claims, significant differences were determined in the aspect of reducing these indicators in children with cognitive deficiency. The level of differences between the values of indicators in the NID and MIDI test groups at 8-9 years is 7.64 ($p < 0.02$); at 9-10 years, highly significant differences are noted – 12.86 ($p < 0.0016$).

The CAT projective method reveals the content of the inner world of younger schoolchildren, with its help the components of self-regulation are determined: activity/passivity, conflict, needs and psychological protection.

The results of its use on children allowed us to determine the mechanisms of self-regulation in norm and cognitive deficiency. In the course of the study, it was found that the personality-semantic level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation of the studied groups (Table 35) is influenced by child-parent relationships and attitudes.

Table 35 – Ratio of indicators of optimal emotional contact and behavior strategies

Type of emotional contact	Adaptive strategies						Average value for all groups
	NID	IDD	MIDI	NID	IDD	MIDI	
	8-9 years	8-9 years	8-9 years	10–11 years	10–11 years	10–11 years	
Motivation of verbal manifestation, verbalizations	0,10	-0,14	0,15	-0,03	-0,10	-0,03	0,01
Partnership	-0,07	0,02	-0,07	0,28*	-0,07	0,13	0,07
Development of the child's activity	0,04	-0,20	0,03	-0,01	-0,09	-0,14	-0,02
Equalizing relationship between parents and child	-0,08	0,01	-0,13	-0,30*	-0,10	-0,06	-0,05
* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.							

The results obtained demonstrate that the choice of adaptive behavior strategies depends on the partnership between parents and the child (significance at the level of $p < 0.05$). The equalizing relationship between parents and the child contributes to the formation of maladaptive behavioral strategies (NID group, 10-11 years old, -0.30).

The regulatory level in the structure of the pathopsychological model of self-regulation is represented by the meaningful characteristics of external and internal speech. When analyzing self-regulation, the second signaling system is constantly involved in various forms of its manifestation - internal and external. Speech and its functions in children with cognitive deficiency have significant impairments. The study of the functions of speech, including regulating, planning, controlling, allows one to understand the mechanisms of planning future actions. It has been established that younger schoolchildren with cognitive deficiency have

a delay in the formation of all types and functions of speech. The regulatory (planning) and cognitive functions of speech are the most deficient. To a lesser extent, the communicative function suffers. This is often compensatory in nature and does not affect interactions with other people. Sometimes compensatory functions of communicative activity allow a person to achieve goals. Of particular interest is the study of internal speech in children with cognitive deficiency. We found that almost all subjects have speech disorders of various origins (Table 36).

Table 36 – Indicators of the analysis of the speech development of the subjects, %

Type of speech disorder	Groups of subjects					
	NID	IDD	MIDI	NID	IDD	MIDI
	8-9 years	8-9 years	8-9 years	10-11 years	10-11 years	10-11 years
Dysarthria	51,3	65,8	50	50	86,8	63,2
Alalia	13,2	63,1	34,2	19,7	50	47,4
Dysgraphia	39,5	78,9	92,1	23,7	78,9	92,1
Dyslexia	13,2	55,3	59,2	22,4	59,2	72,4
General underdevelopment of speech (level III)	13,2	100	Not applicable	15,8	90,8	Not applicable
Systemic mild speech underdevelopment	Not applicable	Not applicable	100	Not applicable	Not applicable	100
Phonetic and phonemic speech underdevelopment	26,3	88,2	77,6	13,2	73,7	76,3

The available data suggest that speech pathology affects the formation of a pathopsychological model of self-regulation as a psycholinguistic component. The results of clinical-psychological and neuropsychological analysis of speech disorders (dysarthria and alalia) confirm the presence of deficiency in programming and control of speech utterance, affecting the external and internal plan of utterance and behavior in general. This circumstance makes it possible to determine another target of psychological work with the studied groups.

It has been established that cognitive deficiency affect the formation of speech and its functions, as well as determine the relationship of interactions with other people and behavioral strategies. In support of this thesis, we provide

stories of subjects with a clinical diagnosis of F 70 (testing was carried out according to the CAT method; the text is written verbatim).

Example 1.

Alyona, 11 years old

Picture 1 ("Chickens at the table").

The chicks are eating porridge and Mom is behind. Sat down and chicken mom – refill. The chicken gave the refill. Mom washed everything. Went for a walk. They came, washed hands, went to bed. Got up again in the morning. (Names (thinks for a long time) Tsipa, Tim, Milok, does not see herself).

Picture 2 ("Bears pulling the rope")

Dad and mom decided which of them is stronger. The son helps his mother. They went home, began to eat, went to bed, got up. They began to pull the thread again. Who is stronger. Mom and son (Mishka).

Picture 3 ("Lion with a pipe")

An old lion is on a chair, [unintelligible]... a stick. Looks into the distance, can't understand. He wanted to order, ate everyone who came (additional comment of the subject: it's not scary). The lion is the king of beasts.

Picture 4 ("Kangaroo with baby kangaroos").

Kangaroo mother and her children. Bag, hat and fruit, going home. Sat down and cooked dinner. The kangaroo mother put to bed, cleaned the kitchen, went to bed. When they woke up, cooked breakfast (the theme of food, going to the park, having fun, a ball, an animal and a scooter were standing on the street, a new bag).

Picture 5 ("Two teddy bears in a crib").

Mom had a small child. Standing in the room. One child was born. At the age of five, they bought beds. Mom came home tired. Mom died, they began to live alone, slept in mom's room, it was fun, mom died – it was sad. They were taken away by their stepfathers, they were brought up.

Picture 6 ("Bears in a darkened cave").

Mom, Dad and sons were sleeping. The snow fell, the snow covered. Mishutka looked out of the window, if spring had come, they began to walk in the snow, fell asleep until spring. Woke up in the summer.

Picture 7 ("An angry tiger and a monkey").

The tiger attacked the monkey, took it in his paws and took it to his lair, finished with it and ate it. Went to look again... Stayed on the island. To another island – didn't find anyone. He was afraid.

Example 2

Alina, 11 years old.

(The subject is sitting in a closed posture, thinking for a long time, nervous shoulder tic)

Picture 1 ("Chickens at the table").

The hen feeds the chicks. She... made them semolina porridge. Put them food to eat. One chick says, "Mommy, can I have some more porridge?"

Chicken: "Then milk."

Chick: "There is also milk in the porridge (stimulating question of the experimenter: which chick is talking about milk? The answer is: the far right). The chick thinks.

Yellow one: "Mom, can I have some seeds?"

Chicken: "Why do you need seeds? You're going to eat porridge, aren't you?" The little one: "Mom, give me porridge."

They began to eat. They ate. Chick: "They're walking."

Picture 2 ("Bears pulling the rope").

(Thinks for a long time). The bear and the rope (the title of the story).

Names: Junior – Little One, next to him is Mickey, the Villain

They were fighting over the rope, who would get the rope to make a sail for the ship. Little Mickey says, "Little One, come on, pull harder so we get the rope."

The villain: "The rope will be mine, you will not get the rope."

The little one: "It won't be your rope, we found it first, go look for another one for yourself."

The villain: "Little one, go away from here, this is our rope, we found it, you take it away."

Who won: pulled, pulled Mickey and Little One. Built a sailboat for the ship and sailed to a magical island (Subject's comment: I am Mickey, Little One is a friend of mine, the Villain – enemy – betrayed you, deceived you, boy).

Picture 3 ("Lion with a pipe").

The lion is the king.

There was once a Lion King, he had a son Simba. The Lion King had a brother, they were enemies. While the Lion King and his son were walking in the clearing. The brother was not allowed to sit on the chair and the pipe could not be picked up.

The Lion King's brother disobeyed, sat in his chair and picked up the pipe. They were similar. Everyone started coming up and worshipping.

Ara: Your Highness, the Lion King, allow me to enter the central entrance to the kingdom.

Example 3.

Andrey, 10 years old

Picture 1 ("Chickens at the table").

Thinks.

One day, a mother chicken cooked a large bowl of porridge for the children, distributed it, ate it, asked for it, and ate it again. The end.

Picture 2 ("Bears pulling the rope")

Once the bear had a dispute – who would outpull whom. One bear was joined by a bear. (The experimenter's clarifying question: Are you alone? – Yes).

Picture 3 ("Lion with a pipe").

On this day, the king should be brought a pipe, a fox – a cane, he was waiting for a crown, but no one brought it. The lion was angry that the crown was not brought.

Picture 4 ("Kangaroo with baby kangaroos").

What kind of animal? (wolf cub).

The kangaroo and the wolf cub argued who would run the fastest lap (the theme of competition). The kangaroo jumps, the wolf cub fell off the bike. The little kangaroo was falling (the wolf cub). Kangaroos (sisters).

Picture 6 ("Bears in a darkened cave").

Once, when it was summer, they slept, the mother bear told a fairy tale, fell asleep, went to bed themselves. In the spring, when everyone alive, woke up. With the father they went to get food, got a squirrel, two foxes, shared in the evening with the bear cub, the mother is cleaning the den.

Picture 7 ("An angry tiger and a monkey").

In the distant jungle, where there was nothing to do, one monkey decided to pick on. Don't eat me, I won't bother you. The tiger left the monkey. I am the tiger. A kind one.

The given examples of stories demonstrate the inner world of the subjects, its emotional saturation, features of social interaction and communication. A vivid indicator of the peculiarities of the inner world of all the subjects was nonverbal behavior: fussiness, nervous tics, long pauses, laughter, sighs, tears, etc. These data were also recorded in protocols and served as material for the development of a psychological program for the development of self-regulation in children with cognitive deficiency.

In general, it should be noted that self-regulation in younger schoolchildren with cognitive health disorders is a multi-level psychological phenomenon that manifests itself in the insufficiency of personal means management when performing mental and practical tasks in close relationship with the peculiarities of child-parent relations. These facts determine the patterns of formation of the cognitive, personality-semantic and regulatory level of the pathopsychological model of self-regulation.

4.3 Patterns of the formation of the pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive health impairment

The pathopsychological model of self-regulation in a younger student with cognitive deficiency developed in the course of the study is graphically presented in Figure 22. The interaction of the levels of self-regulation determines the entire spectrum of cognitive (including speech) and behavioral acts, reflexive and personal manifestations of the subjects. The regulatory level can manifest itself, for example, in the regulation of motor activity or programming and control of one's own activities; the personality-semantic level – in the experience of emotional states; the cognitive level – in the verbal design of coping strategies.

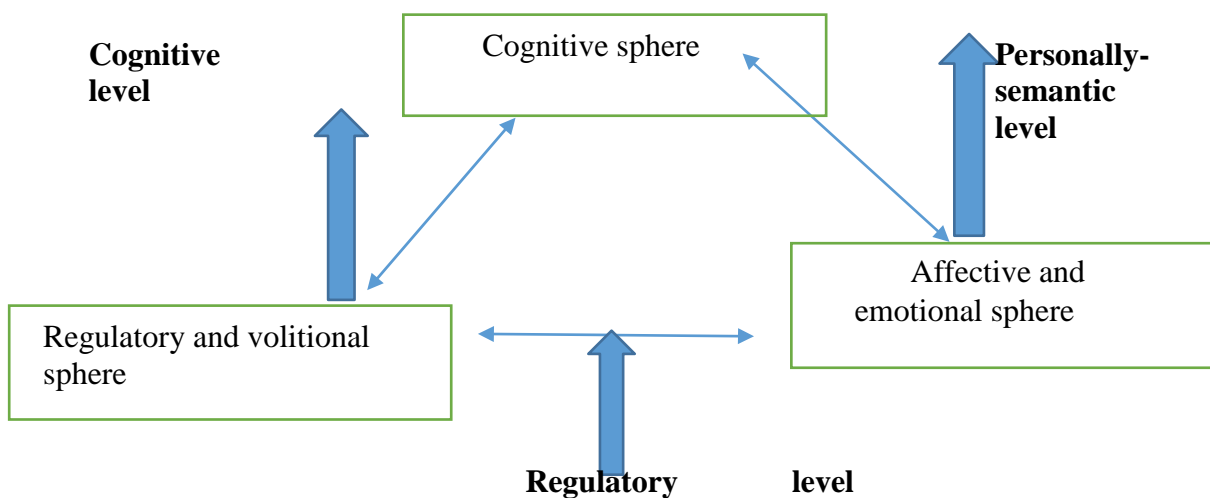


Figure 22 – Interaction of self-regulation levels in younger schoolchildren

The idea of a particular sphere is to a certain extent an abstract construction, since in reality we see integral phenomena in which numerous components are inextricably merged. All the observed components of a person's mental activity can be analyzed as containing regulatory, cognitive and personality-semantic levels, speculatively isolated, reconstructed within the framework of a pathopsychological model of self-regulation [Chereneva E.A., Belyaeva O. L., Stoyanova I. Ya., 2019].

The scheme of interaction between the levels of self-regulation reflects the relationship between the regulatory support of mental activity and affective organization.

The analysis of a child's mental development from the point of view of the formation of regulatory support for mental activity (voluntary regulation, understood as the implementation of algorithmization, programming and control of one's own activity) and mental structures (spatio-temporal representations) makes it possible to assess the level of formation of cognitive activity and activity in general. Affective organization is also included in cognitive activity, primarily as a motivational component.

The developed pathopsychological model of self-regulation consists of three interrelated and interdependent psychological structural levels. In turn, each level can be represented as a multi-level system that is formed (transformed) in the process of child development.

Based on the psychological diagnostics of cognitive health and taking into account the nosological group of the subjects, we identified the following variants of the psychological and pathopsychological model of self-regulation (Figure 23).

Cognitive Health	Diagnosis F 80; F 82; F 81	Diagnosis F 70
Setting goals Regulation of emotional states Control of actions Achieving the result	Setting goals Partial regulation of emotional states Partial control of actions Partial achievement of the result	Elementary goal setting Elementary emotional regulation Elementary control of actions Partial achievement of the result

Figure 23 – Variability of self-regulation components in younger schoolchildren

Figure 24 shows the variants of normative and impaired self-regulation in primary school children. The identification of variable pathopsychological models makes it possible to differentiate psychological assistance to children with cognitive deficiency [Chereneva E.A., Gutkevich E.V., 2017].

Cognitive health	<ul style="list-style-type: none"> • High degree of self-regulation • Average degree of self-regulation
Diagnosis F 80; F 82; F 81	<ul style="list-style-type: none"> • Average degree of self-regulation • The degree of self-regulation is below average
Diagnosis F 70	<ul style="list-style-type: none"> • The degree of self-regulation is below average • Low degree of self-regulation

Figure 24 – Variants of self-regulation in younger schoolchildren

The qualitative characteristics of normative and impaired self-regulation determined in the course of the study are presented below.

Psychological characteristics of normative self-regulation

High degree of self-regulation. Schoolchildren use a wide range of effective self-regulation models that lead to productive activities and achievement of goals. They have the skills of preliminary planning, subsequent regulation and control of actions, as well as self-organization and self-discipline; they are able to consciously regulate their emotional states, overcome frustration. Action control is determined by the formation of the skill of all stages of activity (proactive, current and final). The subjects of this group are able to show willpower when performing difficult tasks, worry if it does not work out, can be independent, proactive, able to defend their point of view; there is external programming of actions: pronounce future actions or comment on them.

The average degree of self-regulation. Students of this group are characterized by a harmonious combination of many factors that allow them to achieve their goals. For example, with a certain lack of skills and abilities at the stages of setting goals and controlling actions, children may show a high level of self-organization, discipline, blocking of emotionally unfavorable factors (regulation of emotional states). The subjects of this group may make additional erroneous or

unnecessary actions, but in general they are capable of correcting errors, they are critical of their own shortcomings.

Psychological characteristics of impaired self-regulation

The average degree of self-regulation (diagnosis F 80, F 82, F 81). Schoolchildren are characterized by the variability of ineffective behaviors. There is a lack of preliminary planning, subsequent regulation and control of actions; often actions may have initially high motivation and energy, but in the process of activity (especially long-term) purposefulness is lost, the actions taken do not achieve results. The dynamics of voluntary activity is often associated with a high level of anxiety, increased frustration, destructive attitudes, which does not allow overcoming the obstacle at the stage of regulating emotional states. The stage of action control is characterized by an impairment or loss of the skill of the current and final control (if there is a preliminary control). At the stage of achieving the goal, children often have an impairment of criticality in evaluating the result or refusal to accept it. Children of this group are able to show willpower when performing difficult tasks, worry if they fail; have a reduced level of initiative, independence, and decision-making skills.

The degree of self-regulation is below average (diagnosis F 80, F 82, F 81). Children initially have potential prerequisites in setting goals, as well as understanding in building strategies for achieving results. Errors are noted in the planning and control of actions. Children of this group are characterized by a significant influence of the emotional and personal sphere on the process of self-regulation, even with a high level of cognitive development. Children have good performance results with constant monitoring and assistance from an adult, they can be proactive. To a greater extent, adult help is needed in the context of emotional regulation.

Low degree of self-regulation (diagnosis F 70). Children at this level initially have deficiency of independence in forming and setting

goals, as well as of the ability to build a strategy for achieving results. This trend is also characteristic of children with high cognitive development. Independent motivating factors of voluntary activity are not constructive in nature and obey the position of an adult. The subjects of this group do not have the formed skills and abilities in setting goals and planning, in building a strategy for a voluntary process. As a rule, they have a high rigidity and stiffness of mental processes, caused to a greater extent by individual emotional and personal experience. This feature reflects the nature of the child-parent relationship, which forms the lack of independence and limitations in the repertoire of behavioral models. There is a deficit in the motivational, operational, volitional and regulatory aspects of a voluntary process that has a social nature (features of child-parent relations, the presence of previous negative experience of independent choice, etc.). All components of a cognitive strategy are impaired – from goal setting to getting results. Respondents of this group are self-critical, at the same time unstable in the implementation of plans, touchy.

Using classical research and modern achievements in medical psychology of domestic and foreign researchers, we will apply conceptual approaches to the psychodynamic study of personality from the standpoint of psychoanalysis (psychology of the unconscious, psychology of installation), gestalt psychology and projective psychology.

For theoretical and methodological substantiation of the regularities in the functioning of the pathopsychological model of self-regulation of children with cognitive deficiency we will briefly focus on the provisions that are the basis for studying the personality of a student with cognitive deficiency.

The study of self-regulation of children with cognitive deficiency should not be reduced to the limits of the individual's consciousness. A more fruitful research field is the field of research of unconscious mental activity (unconscious) of children with intellectual disabilities,

of the mechanism of understanding of the inner world and experiences that guide the process of socio-psychological adaptation.

The experience of studying self-regulation in schoolchildren with cognitive deficiency using projective methods allowed, on the one hand, to study the structural and dynamic components of personality from the standpoint of psychoanalysis, and on the other hand, to determine the main patterns of personality development of children with cognitive deficiency in comparison with normally developing schoolchildren.

We have already noted that the attitude is the fundamental, central formation of the personality in the formation of adaptation strategies in schoolchildren with health disorders caused by cognitive deficiency. The psychology of attitude in children with cognitive deficiency develops and is formed according to the same laws as in normally developing peers and has the same components of the hierarchical structure. The installation of activity has characteristic features due not only to psychophysical individual characteristics, but also social factors.

In schoolchildren of all the studied groups, the social attitude depends on the social factor (a behavior model set from the outside). The social attitude, as well as the attitude to activity, depend to a greater extent on the emotional and personal characteristics of the individual set by the environment, rather than on intellectual capabilities. The difference lies in the fact that in schoolchildren with cognitive deficiency, the difficulty of forming new behavioral strategies is manifested in the rigidity of the attitude, inertia and the predominance of stereotypes of new adaptive behaviors caused by a pathogenic factor – an impairment of intelligence. This fact influences the formation of adaptive behaviors. Analyzing the mechanisms of formation of adaptive behavior strategies in the studied groups, we established the influence of parental attitudes (the Achenbach method) on adaptive/non-adaptive behavior strategies (Table 37).

Analyzing the table data, we can say that the most significant indicator at the level of $p \leq 0.05$ is the indicator on the scale of "somatic complaints" in

healthy subjects aged 10-11 years, and for all subjects – the indicator that most affects the formation of adaptive behavior strategies on the scale of "alienation".

Table 37 – The ratio of indicators of adaptive strategies with indicators according to the Achenbach method in two age categories of subjects

Indicator	Values of adaptive behavior strategies						Average value
	Group						
	NID	IDD	MIDI	NID	IDD	MIDI	
	Age category						
8-9 years	8-9 years	8-9 years ol	10–11 years	10–11 years	10–11 years		
Emotional reactivity	0,00	0,03	–0,01	0,08	0,08	–0,16	0,01
Anxiety	0,07	–0,02	0,07	0,13	–0,05	–0,12	0,05
Somatic complaints	–0,11	–0,16	–0,07	0,24*	–0,01	0,01	0,01
Alienation	0,07	0,14	0,09	–0,03	0,14	0,09	0,10*
Sleep problems	–0,21	–0,08	0,05	0,18	0,00	–0,03	0,00
Attention problems	0,15	0,07	0,09	0,23	–0,20	0,02	0,03
Aggressive behavior	–0,17	0,07	0,04	0,11	0,04	–0,14	–0,05
Affective problems	0,12	–0,03	–0,16	–0,06	–0,05	–0,04	–0,01
Anxiety	0,15	–0,06	0,03	0,10	–0,02	0,08	0,07
Perverse problems	–0,03	–0,01	–0,08	–0,12	0,04	–0,01	–0,05
Hyperactivity	–0,02	–0,11	0,03	0,08	–0,06	0,00	0,00
Disobedience	0,02	0,21	–0,07	0,10	–0,06	0,03	0,03
Other problems	0,03	–0,03	0,10	–0,03	–0,06	–0,05	–0,02
* $p \leq 0.05$.							
** $p \leq 0.01$.							

According to the results of the "Parental attitudes" methodology, the influence of child-parent relations on behavior strategies was determined (Table 38).

Analyzing the influence of the intellectual development of the subjects on the style of child-parent relations, we obtained the following results. In almost all groups of respondents, the indicator "the desire to accelerate the development of the child" is significant at the level of $p \leq 0.001$. This means that parents are concerned about the development of the child, they understand that parental attention to the development of the child in all age groups is very important for successful adaptation.

Table 38 – The influence of child-parent relationships on adaptive behavior strategies

The style of child-parent relations	Intelligence level	Intelligence level as compared to 8-9-year olds	Intelligence level 10-11 years
Irritability, short temper	-0,08	-0,04	-0,05
Severity, excessive strictness	-0,04	0,07	-0,03
Avoiding contact with a child	-0,13**	-0,17**	-0,15*
Excessive caring, establishing dependent relationships	0,16**	0,15*	0,15*
Overcoming resistance, suppression of will	-0,13**	-0,10	-0,08
Creating security, fear of offending	0,07	0,10	0,06
Exclusion of non-family influences	0,13**	0,12	0,11
Suppression of aggressiveness	-0,04	-0,07	0,02
Suppression of sexuality	-0,04	-0,02	-0,07
Excessive interference in the child's world	0,09	0,07	0,14*
The desire to accelerate the development of the child	0,31***	0,34***	0,34***
* p ≤ 0.05. ** p ≤ 0.01. *** p ≤ 0.001.			

It was also found that for successful adaptation, the indicator "exclusion of non-family influences" is important in both age categories (significance at the level of $p \leq 0.01$). This indicator indicates a high control over the behavior of the child. For all parents of the studied groups, such a style of child-parent relations as "excessive care, establishment of dependency relationships" (regardless of the level of intelligence) is important. The results are significant at the level of $p \leq 0.01$, and for subjects aged 8-9 years – at the level of $p \leq 0.05$. It was found that a significant factor influencing adaptive behavior strategies in subjects aged 10-11 years is "excessive interference in the child's world". In all cases, it is obvious that parental participation is significant for the formation of self-regulation.

In the course of the study, it was found that the formation of behavior strategies is influenced by the peculiarities of emotional contact between parents and their children (Table 39).

Table 39 – Ratio of indicators of optimal emotional contact between parents and children and indicators of adaptive behavioral strategies

Indicator	Values of adaptive behavior strategies						Average value
	Group						
	NID	IDD	MIDI	NID	IDD	MIDI	
	Age category						
8-9 years old	8-9 years old	8-9 years old	10-11 years	10-11 years	10-11 years		
Motivation of verbal manifestation, verbalizations	0,10	-0,14	0,15	-0,03	-0,10	-0,03	0,01
Partnership	-0,07	0,02	-0,07	0,28*	-0,07	0,13	0,07
Development of the child's activity	0,04	-0,20	0,03	-0,01	-0,09	-0,14	-0,02
Equalizing relationship between parents and child	-0,08	0,01	-0,13	-0,30*	-0,10	-0,06	-0,05
* $p \leq 0.05$.							
** $p \leq 0.01$.							

For the formation of adaptive behavior strategies, the indicator "partnership" is significant. In healthy subjects aged 10-11 years, the significance was determined at the level of $p \leq 0.05$. To a lesser extent, the formation of adaptive behavior strategies is influenced in the same group by the indicator on the scale of "equalizing relations between parents and a child".

When analyzing the correlation of adaptive behavior strategies with the style of child-parent relations, we found that one of the mechanisms contributing to the formation of adaptive strategies is the indicator "suppression of sexuality" (MIDI group, 8-9 years old). Indicators on the scale "creating security, fear of offending" to a lesser extent affect the formation of maladaptive behavior strategies of healthy 8-9-year-old subjects (Table 40).

Table 40 – Correlation of indicators of adaptive behavior strategies with types of child-parent relationships

The style of child-parent relations	Adaptive strategies						Average value
	Group						
	NID	IDD	MIDI	NID	IDD	MIDI	
	Age category						
8-9 years old	8-9 years	8-9 years	10-11 years	10-11 years	10-11 years		
Irritability, short temper	0,104	0,126	-0,024	-0,084	-0,081	0,218	0,046
Severity, excessive severity	-0,06	-0,124	-0,028	0,107	-0,055	-0,053	-0,037
Avoiding contact with a child	0,147	-0,029	0,162	-0,059	-0,059	-0,054	-0,004
Excessive care, establishing dependent relationships	-0,063	0,155	0,069	0,057	-0,046	0,006	0,055
Overcoming resistance, suppression of the will	0,209	0,156	-0,098	-0,004	0,093	-0,089	0,024
Creating security, fear of offending	-0,257*	0,219	-0,046	0,056	-0,115	-0,074	-0,025
Exclusion of non-family influences	-0,019	0,077	0,017	0,013	-0,055	-0,033	0,024
Suppression of aggressiveness	-0,135	0,009	-0,076	-0,115	0,089	0,006	-0,034
Suppression of sexuality	0	0,249*	0,012	0,095	0,086	0,164	0,086
Excessive interference in the world a child	-0,006	-0,043	-0,065	-0,036	-0,101	0,105	-0,015
The desire to accelerate the development of the child	-0,069	-0,091	0,111	0,176	-0,015	0,055	0,057
* $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.							

In the course of the study, minor differences were found in the manifestations of defense mechanisms in subjects with intact and impaired intellect. The presence of a relationship between the level of somatic complaints, anxiety, alienation is revealed; in addition, the formation of a reaction is accompanied by a low level of hyperreactivity; developed repression is accompanied by a low level of anxiety, aggressive behavior, affective problems, anxiety. Developed denial is accompanied by a high level of somatic complaints, alienation, attention problems,

anxiety, perverse development problems, disobedience, and other problems. Developed regression is accompanied by a low level of emotional reactivity, somatic complaints, sleep problems, attention problems, aggressive behavior, affective problems, anxiety, perverse development problems, hyperactivity, etc.

The characteristic features peculiar to children with cognitive deficiency are revealed:

- subjects who are prone to fixing on self-defense are not prone to compensation;
- subjects who are prone to fixation on an obstacle are not prone to repression;
- subjects who are prone to fixation on the satisfaction of needs are prone to repression and compensation;
- subjects who are prone to self-directed reactions tend to compensate in a situation of frustration;
- subjects prone to reactions directed at others are not prone to compensation.

Thus, it can be argued that the IDD and MIDI respondents experience certain difficulties of social adaptation associated with the peculiarities of the system of defense mechanisms. These respondents are characterized by hyperactivity, attention problems, aggressive behavior, disobedience, anxiety, anxiety, affective problems, sleep problems.

It was also found that subjects with clinical diagnoses of F 80, F 82, F 81 use the full range of types of psychological protection, unlike subjects with a diagnosis of F 70. The most developed defense mechanisms were "denial", "projection and repression". Children who are prone to denial often do not pay attention to criticism. The mechanism of repression is accompanied by such features as avoidance of problematic situations, selectivity of memory. Projection is more often manifested in destructive actions directed at foreign objects, in aggressiveness. In a situation of frustration, reactions are more frequently

directed at others. That is, in unpleasant situations, children tend to behave in a hostile manner towards others.

Figure 25 shows the frequency of occurrence of defense mechanisms in children aged 8-9 years. In the subjects of the IDD group, this is "regression", "projection", "denial" and "compensation". The results obtained allow us to talk about the mechanisms of formation of adaptive strategies. The respondents of the MIDI group have the most pronounced defense mechanisms that affect adaptive behavior strategies ("denial", "projection", "regression and repression").

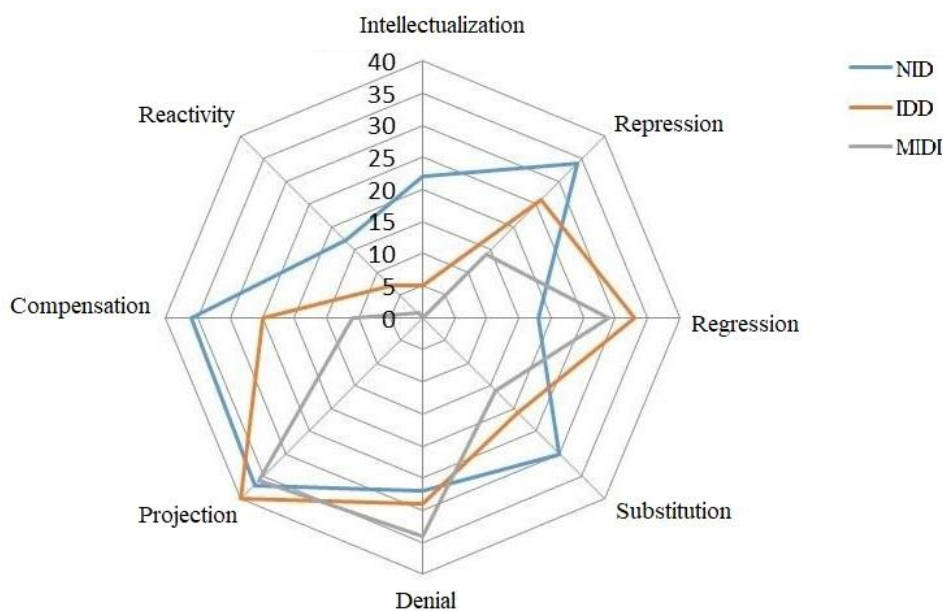


Figure 25 – Frequency of occurrence of adaptive behavior strategies in children aged 8-9 years with pronounced defense mechanisms

In the subjects of the IDD group, such defense mechanisms as "projection", "repression", "regression" and "compensation" are most pronounced. Students with severe cognitive deficiency have pronounced defense mechanisms – these are "regression", "projection" and "repression".

Protective mechanisms have a definite connection with reactions in a situation of frustration. For this reason, it should be noted that both overly developed and poorly developed mechanisms narrow the spectrum of variability of the child's reactions in a situation of frustration, which also affects the degree of adaptation and formation of

adaptive behavior strategies. The analysis of adaptive of strategies in primary school students allowed to identify the following features:

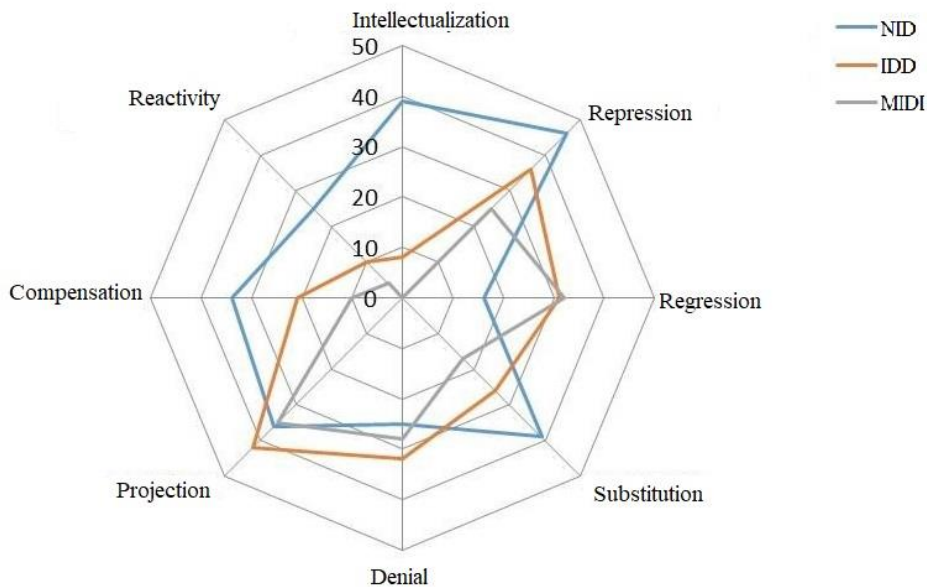


Figure 26 – Frequency of occurrence of defense mechanisms in children aged 10-11 years

1. The more pronounced the cognitive deficit is, the more vividly simpler defense mechanisms that influence the formation of adaptive behavior strategies manifest themselves.

2. Subjects with cognitive deficiency use all defense mechanisms, but the mechanisms characteristic of the early age stage (for example, "denial", "repression", "isolation") turned out to be more developed.

3. Subjects with severe cognitive deficiency (the MIDI group) do not use the defense mechanism "intellectualization". This circumstance should be taken into account when choosing methodological tools in the process of organizing psychological assistance.

4. In a situation of frustration, subjects with cognitive deficiency are more likely to blame others, use self-defense, and tend to behave in a hostile manner.

In the formation of the psychological model of self-regulation, an important role is played by the hierarchy of factors determining the prospects for the ontogenetic development of self-regulation of younger schoolchildren of all the studied groups (clinical and biological basis of ontogenetic development; child-parent

relationships that are revealed in relation to the mother to the child, and through parental attitudes, translated through models of social interaction and features of interaction with other people – peers and adults). These factors are the basis for the formation of key determinants of behavior (attitudes, defense mechanisms of behavior and behavior strategies), which are generalized into behavior strategies – adaptive and non-adaptive (Tables 41-43).

Table 41 – Indicators of the analysis of intergroup differences in the expressiveness of adaptive behavioral strategies (age group 8-9 years)

Scales	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Adaptive behavioral strategies	56	73,68	54	71,05	49	64,47	0,3637	1,233	0,869
Maladaptive behavioral strategies	20	26,32	22	28,95	27	35,53			
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

Analyzing the indicators of intergroup differences in the severity of adaptive strategies in subjects aged 10-11 years, we found significant differences between healthy subjects and subjects with severe cognitive deficiency (NID – MIDI groups).

Table 42 – Indicators of the analysis of intergroup differences in the expressiveness of adaptive behavioral strategies (age category 10-11 years)

Scales	Groups						Validity of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Adaptive behavioral strategies	66	86,84	62	81,58	48	63,16	0,881	3,452***	2,571**
Maladaptive behavioral strategies	10	13,16	14	18,42	28	36,84			
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

The differences are significant at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$). Also, significant differences were revealed between the indicators of the test groups of IDD and MIDI: the differences are significant at the level of $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).

The results of tables 42-43 present comparative data of group differences in children of primary school age in the manifestation of behavioral strategies.

Table 43 – Indicators of the analysis of the expressiveness of adaptive behavior strategies between two age categories (8-9 years and 10-11 years)

Age category	Groups						Significance of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID	IDD	MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	8-9 years – NID 10-11 years	8-9 years – IDD 10-11 years	8-9 years – MIDI 10-11 years
8-9 years	56	73,68	54	71,05	49	64,47	2,053*	1,535	0,166
10-11 years	66	86,84	62	81,58	48	63,16			
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).									

It was found that significant differences in the formation of behavior strategies are reflected in the results of healthy subjects (significance at the level of $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$)).

Description of the results of statistical analysis

The results of a study of primary school children with different variants of cognitive health

To assess the impact of cognitive health on the self-regulation index of children aged 8 to 11 years, a one-way analysis of variance was used. Initially, the analysis was carried out on a general sample of respondents, then separately in the age groups of 8-9 years and 10-11 years.

The results of a comparative analysis of the self-regulation indicator in the normative (NID) and nosological (IDD and MIDI) groups from the total sample of respondents are presented in Tables 44, 45, 46 and in Figure 26.

Table 44 – Average group indicators of self-regulation in respondents with different variants of cognitive health

Diagnosis	N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for the average		Minimum	Maximum
					Lower bound	Upper bound		
NID	152	40,15	10,271	0,833	38,51	41,80	20	60
IDD	152	37,31	9,310	0,755	35,82	38,80	0	60
MIDI	152	32,93	7,149	0,580	31,78	34,07	1	57
Total	456	36,80	9,465	0,443	35,92	37,67	0	60

Comparative results of the influence of intelligence on the formation of self-regulation in primary school age in children are presented in Table 45.

Table 45 – Results of the analysis of variance on the indicator of self-regulation in the general sample of respondents

	Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Between groups	4025,842	2	2012,921	24,822	0,000
Within groups	36736,191	453	81,095		
Total	40762,033	455			

The results of the analysis of variance on the general sample of respondents indicate the significance of differences ($F=24,822$; $p<0.001$) in the level of self-regulation in three groups of respondents, in the normative and two nosological groups.

Table 46 – Results of a pairwise intergroup comparison of the self-regulation indicator in the general sample of respondents

(I) Diagnosis	(J) Diagnosis	(I-J)'s mean difference	Standard error	Value	95% confidence interval	
					Lower bound	Upper bound
NID	IDD	2,842*	1,033	0,006	0,81	4,87
	MIDI	7,224*	1,033	0,000	5,19	9,25
IDD	NID	-2,842*	1,033	0,006	-4,87	-0,81
	MIDI	4,382*	1,033	0,000	2,35	6,41
MIDI	NID	-7,224*	1,033	0,000	-9,25	-5,19
	IDD	-4,382*	1,033	0,000	-6,41	-2,35

*. The difference in averages is significant at the level of 0.05.

For a more detailed study, a pairwise intergroup comparison was carried out using the criterion of the least significant difference.

Analysis of the results of pairwise intergroup comparison also showed the significance of differences in the level of self-regulation ($p \leq 0.006$) in all compared pairs of groups.

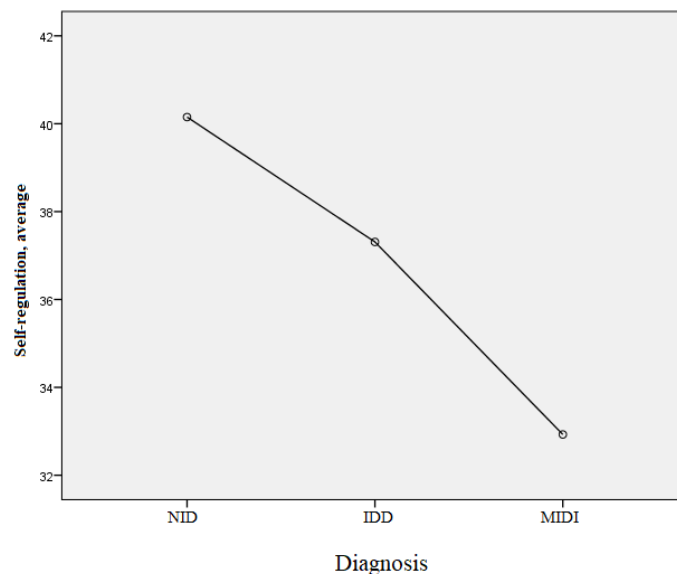


Figure 27 – Average self-regulation scores in children aged 8-11 years with different variants of cognitive health

The analysis of the data presented in Figure 27 and in Table 44 shows that the highest self-regulation indicators are demonstrated by children with normal intellectual development (NID), the lowest are children with mild intellectual development disorder (MIDI) and, accordingly, children with mental retardation (IDD) occupy an intermediate position in terms of self-regulation between two designated groups.

The results of a comparative analysis of the self-regulation indicator in the normative (NID) and nosological (IDD and MIDI) groups of children aged 8-9 years are presented in Tables 47, 48, 49 and in Figure 27, and in groups of the age range of 10-11 years - in tables 50, 51, 52 and in Figure 28.

A general group comparison of the self-regulation index in children aged 8-9 and 10-11 revealed differences at a high level of statistical significance

($p \leq 0.001$). At the same time, the conducted pairwise intergroup comparison in these groups of respondents revealed a number of features.

Table 47 – Average group indicators of self-regulation in children aged 8-9 years with different variants of cognitive health

Diagnosis	N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for the average		Minimum	Maximum
					Lower border	Upper border		
NID	76	38,29	10,308	1,182	35,93	40,65	20	58
IDD	76	34,71	8,992	1,031	32,66	36,77	0	59
MIDI	76	33,03	6,839	0,784	31,46	34,59	25	57
Total	228	35,34	9,062	0,600	34,16	36,52	0	59

Table 48 – Results of variance analysis on self-regulation in 8-9-year-old children with different variants of cognitive health

	Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Between groups	1098,105	2	549,053	7,043	0,001
Within groups	17541,211	225	77,961		
Total	18639,316	227			

The results of the analysis of variance show the significance of differences in the level of self-regulation in children aged 8-9 years with different variants of cognitive health ($F=7,043$; $p=0.001$). At the same time, the conducted pairwise intergroup comparison showed that the level of self-regulation in children from the normative group statistically significantly exceeds the level of self-regulation of children from nosological groups ($p \leq 0.01$). While nosological groups (IDD and MIDI) do not differ statistically significantly from each other in terms of self-regulation ($p=0.241$).

Table 49 – Results of a pairwise intergroup comparison of self-regulation in 8-9-year-old children with different variants of cognitive health

(I) Diagnosis	(J) Diagnosis	(I-J)'s mean difference	Standard error	Value	95% confidence interval	
					Lower bound	Upper bound
NID	IDD	3,579*	1,432	0,013	0,76	6,40
	MIDI	5,263*	1,432	0,000	2,44	8,09
IDD	NID	-3,579*	1,432	0,013	-6,40	-0,76
	MIDI	1,684	1,432	0,241	-1,14	4,51
MIDI	NID	-5,263*	1,432	0,000	-8,09	-2,44
	IDD	-1,684	1,432	0,241	-4,51	1,14

*The mean difference is significant at the level of 0.05.

The comparative data, the results of the formation of self-regulation in the studied category of children, are reflected in Figure 28.

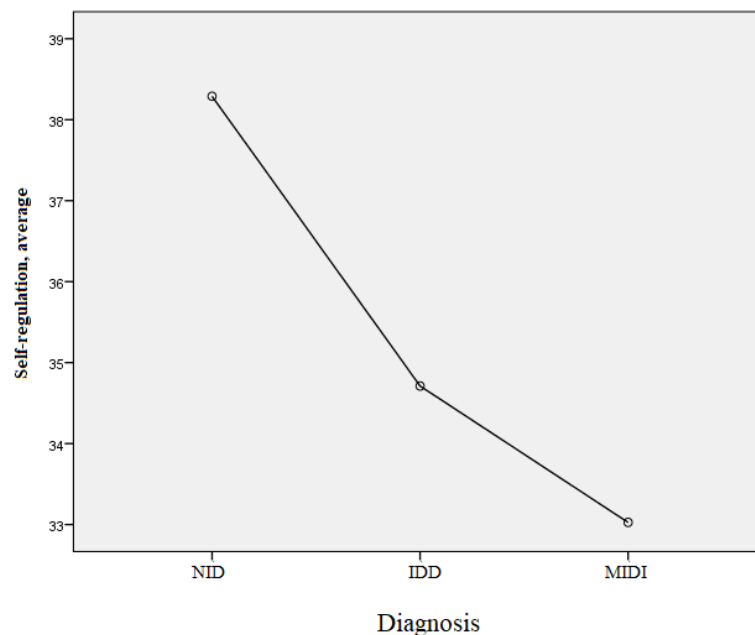


Figure 28 – Average self-regulation scores in children aged 8-9 years with different variants of cognitive health

In the comparative study of self-regulation in younger schoolchildren with a high level of cognitive health of 10-11 years, significant differences were found (Tables 50 and 51).

Table 50 – Average group indicators of self-regulation in children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

Diagnosis	N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for the average		Minimum	Maximum
					Lower bound	Upper bound		
NID	76	42,01	9,955	1,142	39,74	44,29	25	60
IDD	76	39,91	8,943	1,026	37,86	41,95	25	60
MIDI	76	32,83	7,491	0,859	31,12	34,54	1	49
Total	228	38,25	9,655	0,639	36,99	39,51	1	60

Table 51 – Results of the analysis of variance on the indicator of self-regulation in children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

	Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Between groups	3518,632	2	1759,316	22,440	0,000
Within groups	17640,118	225	78,401		
Total	21158,750	227			

A somewhat different picture appeared in the pairwise intergroup comparison of children aged 10-11 years. Thus, it was found that the level of self-regulation in children with mild intellectual impairment (MIDI) is statistically significantly lower ($p < 0.001$) than in children of the normative group (NID) and children with mental retardation (IDD). Moreover, the NID and NID groups do not differ statistically significantly in the level of self-regulation ($p = 0.144$). This is due to the differences between the levels of self-regulation in the subjects: the cognitive level is decisive in the process of self-regulation.

Table 52 – Results of a pairwise intergroup comparison of the self-regulation index in children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

(I) Diagnosis	(J) Diagnosis	(I-J)'s mean difference	Standard error	Value	95% confidence interval	
					Lower bound	Upper bound
NID	IDD	2,105	1,436	0,144	-0,73	4,94
	MIDI	9,184*	1,436	0,000	6,35	12,01
IDD	NID	-2,105	1,436	0,144	-4,94	0,73
	MIDI	7,079*	1,436	0,000	4,25	9,91
MIDI	NID	-9,184*	1,436	0,000	-12,01	-6,35
	IDD	-7,079*	1,436	0,000	-9,91	-4,25

* The mean difference is significant at the level of 0.05.

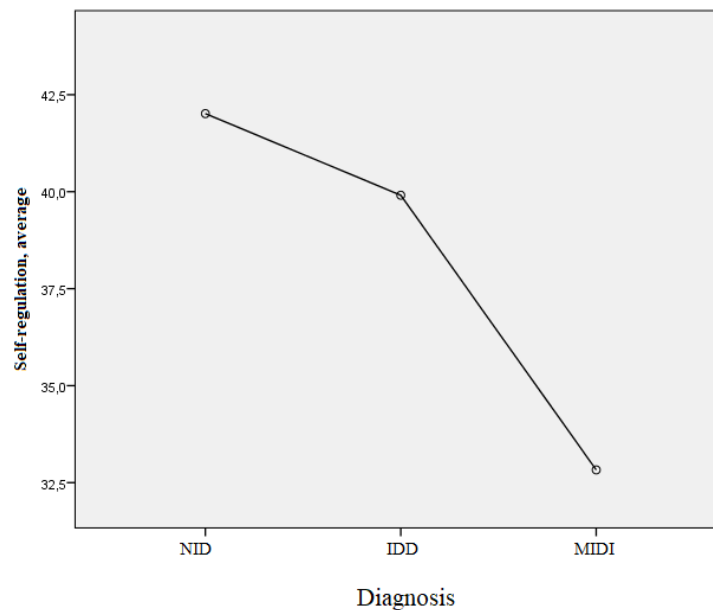


Figure 29 – Average self-regulation scores in children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

A comparative analysis of self-esteem indicators and the level of claims in the selected groups of respondents was carried out using the nonparametric Kruskal-Wallis criterion. The results obtained are shown in tables 53 – 57.

Table 53 – Results of a comparative analysis of self-assessment and claims indicators in the normative (NID) and nosological (IDD and MIDI) groups of the general sample of respondents

	Diagnosis	N	Average rank	H-criterion	Asymptotic value
Self-assessment	NID	152	207,52	11,412	0,003
	IDD	152	224,79		
	MIDI	152	253,19		
	Total	456			
Claims	NID	152	208,93	16,813	0,000
	IDD	152	215,61		
	MIDI	152	260,96		
	Total	456			

The levels of self-esteem and claims in children with different variants of cognitive health are presented in tables 53 and 54.

Table 54 – The level of self-esteem in children aged 8-11 years with different variants of cognitive health

Diagnosis		Self-assessment			Total
		deflated	adequate	inflated	
NID	Frequency	31	56	65	152
	% in Diagnosis	20,4%	36,8%	42,8%	100,0%
IDD	Frequency	32	40	80	152
	% in Diagnosis	21,1%	26,3%	52,6%	100,0%
MIDI	Frequency	29	21	102	152
	% in Diagnosis	19,1%	13,8%	67,1%	100,0%
Total	Frequency	92	117	247	456
	% in Diagnosis	20,2%	25,7%	54,2%	100,0%

Comparative data on the influence of the level of claims on the formation of a pathopsychological model of self-regulation in the studied category of students is presented in Table 55.

The analysis of empirical data showed that for the majority of children (more than 40 %) at the age of 8-11 years, regardless of the characteristics of cognitive health, inflated self-esteem and an unreasonably high, unrealistic, uncritical level of claims are characteristic (see tables 54, 55).

Table 55 – The level of claims in children aged 8-11 years with different variants of cognitive health

Diagnosis		The level of claims			Total
		deflated	realistic	inflated	
NID	Frequency	33	56	63	152
	% in Diagnosis	21,7%	36,8%	41,4%	100,0%
IDD	Frequency	37	44	71	152
	% in Diagnosis	24,3%	28,9%	46,7%	100,0%
MIDI	Frequency	21	32	99	152
	% in Diagnosis	13,8%	21,1%	65,1%	100,0%
Total	Frequency	91	132	233	456
	% in Diagnosis	20,0%	28,9%	51,1%	100,0%

At the same time, the majority of children from nosological groups (MIDI and IDD) demonstrate a particularly high level of these indicators.

Table 56 – Results of a comparative analysis of self-esteem and claims indicators in the normative (NID) and nosological (IDD and MIDI) groups of children aged 8-9 years

	Diagnosis	N	Average rank	H-criterion	Asymptotic value
Self-assessment	NID	76	107,29	2,226	0,329
	IDD	76	114,91		
	MIDI	76	121,30		
	Total	228			
Claims	NID	76	104,65	4,423	0,110
	IDD	76	113,79		
	MIDI	76	125,06		
	Total	228			

The influence of self-esteem and the level of claims of the subjects on the formation of a pathopsychological model of self-regulation in the studied category of subjects is presented in Table 57.

A comparative analysis of self-esteem and claims indicators in the selected groups of respondents with different cognitive health showed that there are statistically significant differences in the severity of these signs in the respondents of the general sample (see Table 53) and in children aged

10-11 years old (see table 57). While there were no statistically significant differences in the expressiveness of self-esteem and claims in children aged 8-9 years (see table 56).

Table 57 – Results of a comparative analysis of self-esteem and claims indicators in the normative (NID) and nosological (IDD and MIDI) groups of children aged 10-11 years

	Diagnosis	N	Average rank	H-criterion	Asymptotic value
Self-assessment	NID	76	100,99	10,537	0,005
	IDD	76	110,35		
	MIDI	76	132,16		
	Total	228			
Claims	NID	76	104,82	15,061	0,001
	IDD	76	102,23		
	MIDI	76	136,45		
	Total	228			

To study possible problems in mothers of primary school children with different cognitive health (from three selected groups: NID, IDD and MIDI), psychological diagnostics was carried out using the Achenbach questionnaire. The examined mothers were also divided into 3 groups, according to the cognitive health of their children.

The dependence of mothers' attitudes on the cognitive health of their children was initially tested on a general sample of respondents. For this purpose, a single-factor analysis of variance with a fixed factor was used - the cognitive health of children. The results obtained are presented in tables 58 and 59.

As a result of the study, no statistically significant differences were found in the indicators of mothers of primary school children with different cognitive health ($F=1.483$; $p>0.05$). Pairwise intergroup comparison using post-prior criteria also showed no significant differences ($p>0.05$).

Table 58 – Average indicator estimates by mothers of children with different variants of cognitive health (general sample of respondents)

Group	N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for the average		Minimum	Maximum
					Lower border	Upper border		
Mothers of children with NID	60	73,20	16,870	2,178	68,84	77,56	43	98
Mothers of children with IDD	60	73,85	22,117	2,855	68,14	79,56	39	112
Mothers of children with MIDI	60	78,90	20,196	2,607	73,68	84,12	44	115
Total	180	75,32	19,900	1,483	72,39	78,24	39	115

Table 59 – Results of variance analysis in three groups of mothers according to the Achenbach method (general sample of respondents)

	Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Between groups	1168,300	2	584,150	1,483	0,230
Within groups	69718,650	177	393,891		
Total	70886,950	179			

A similar analysis was carried out on two sub-samples of respondents divided by the age of children (mothers of children 8-9 years old and mothers of children 10-11 years old). The results obtained are presented in tables 60-64 and in Figure 29.

Table 60 – Average indicator estimates according to the Achenbach questionnaire for mothers of children aged 8-9 years with different variants of cognitive health

Group	N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for the average		Minimum	Maximum
					Lower border	Upper border		
Mothers of children with NID	30	67,90	15,266	2,787	62,20	73,60	43	90
Mothers of children with IDD	30	77,60	21,567	3,938	69,55	85,65	42	110
Mothers of children with MIDI	30	71,40	20,806	3,799	63,63	79,17	44	108
Total	90	72,30	19,617	2,068	68,19	76,41	42	110

Table 61 – Results of variance analysis in three groups of mothers of children aged 8-9 years according to the Achenbach method

	Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Between groups	1447,800	2	723,900	1,920	0,153
Within groups	32801,100	87	377,024		
Total	34248,900	89			

In the group of mothers with children aged 8-9 years, as well as in the general sample, there were no statistically significant differences ($F=1.92$; $p=0.153$).

In the group of mothers with children aged 10-11 years, significant differences were found at a high level of statistical significance ($F=5,592$; $p=0.005$). The analysis of the average ratings of mothers from this age group showed the dependence of the psychological characteristics of children on their cognitive health. In the future, the indicators of scales were analyzed, including significant differences between groups and relevant for the creation of psychological assistance programs aimed at improving

maternal competence.

Table 62 – Average indicator estimates according to the Achenbach questionnaire for mothers of children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

Group	N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for the average		Min.	Max.
					Lower border	Upper border		
Mothers of children with NID	30	78,50	16,966	3,098	72,16	84,84	54	98
Mothers of children with IDD	30	70,10	22,383	4,087	61,74	78,46	39	112
Mothers of children with MIDI	30	86,40	16,751	3,058	80,15	92,65	55	115
Total	90	78,33	19,831	2,090	74,18	82,49	39	115

Table 63 – Results of variance analysis in three groups of mothers of children aged 10-11 years according to the Achenbach method

	Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Between groups	3986,600	2	1993,300	5,592	0,005
Within groups	31013,400	87	356,476		
Total	35000,000	89			

In our opinion, it deserves special attention that the highest values of the adaptation index were demonstrated by mothers of children with MIDI, mothers of children with NID are in second place, and the lowest indicators are observed in mothers of children with IDD (see Figure 30). In the course of the study, we found that mothers of children of the MIDI group more calmly accept the peculiarities of development and do not have a high level of expectation from their children than mothers of children of the IDD group. During the interview, it was also found that the mothers of the children of the MIDI group mostly accept their characteristics and more realistically assess the "model of the future" of their child than the mothers of the IDD group.

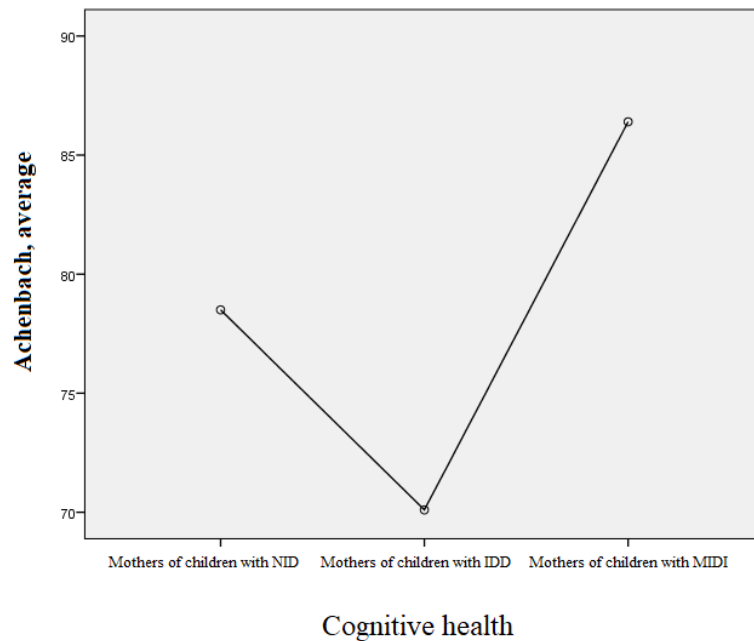


Figure 30 – Average estimates by mothers of the adaptation index of children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

The level of adaptation of mothers is significant in the formation of the world of subjective reality of the child and self-regulation in childhood. The results are shown in table 64.

Table 64 – Results of multiple comparison of the level of adaptation in mothers of children aged 10-11 years with different variants of cognitive health (the criterion of LSD)

(I) Cognitive Health	J) Cognitive health	(I-J)'s mean difference	Standard error	Value	95% confidence interval	
					Lower border	Upper border
Mothers of children with NID	Mothers of children with IDD	8,400	4,875	0,088	-1,29	18,09
	Mothers of children with MIDI	-7,900	4,875	0,109	-17,59	1,79
Mothers of children with IDD	Mothers of children with NID	-8,400	4,875	0,088	-18,09	1,29
	Mothers of children with MIDI	-16,300*	4,875	0,001	-25,99	-6,61
Mothers of children with MIDI	Mothers of children with NID	7,900	4,875	0,109	-1,79	17,59
	Mothers of children with IDD	16,300*	4,875	0,001	6,61	25,99

The conducted pairwise multiple comparisons showed that the assessment of adaptation by mothers of children with MIDI statistically significantly exceeds this indicator is in the mothers of the IDD group ($p=0.001$) and does not differ from the mothers of children with NID ($p=0.109$). At the same time, the assessment of adaptation by mothers of children without cognitive health disorders exceeds this indicator in mothers of the IDD group, but only at the level of a statistical trend ($p=0.088$).

Psychological diagnostics of mothers of primary school children with different cognitive health using the PARI technique allowed to identify the results presented in the tables below.

Tables 65, 66 and 67 present the results of the comparative analysis of the attitude of mothers to the family role and its constituent characteristics in three groups of respondents with different cognitive health of children.

Table 65 – Average indicator estimates of attitude to the family role in mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

		N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for average		Min.	Max.
						Lower bound	Upper bound		
Dependence on family	Mothers of children with NID	60	13,50	4,616	0,596	12,31	14,69	5	20
	Mothers children with IDD	60	13,30	2,493	0,322	12,66	13,94	9	17
	Mothers of children with MIDI	60	11,40	2,219	0,286	10,83	11,97	6	16
	Total	180	12,73	3,405	0,254	12,23	13,23	5	20
A sense of self-sacrifice	Mothers of children with NID	60	12,30	2,651	0,342	11,62	12,98	8	18
	Mothers of children with IDD	60	12,35	2,193	0,283	11,78	12,92	9	15
	Mothers of children with MIDI	60	12,35	2,216	0,286	11,78	12,92	9	17
	Total	180	12,33	2,349	0,175	11,99	12,68	8	18

Family conflicts	Mothers of children with NID	60	11,60	3,628	0,468	10,66	12,54	5	20
	Mothers of children with IDD	60	11,80	3,874	0,500	10,80	12,80	6	20
	Mothers of children with MIDI	60	11,25	2,275	0,294	10,66	11,84	9	17
	Total	180	11,55	3,323	0,248	11,06	12,04	5	20
Excessive authority of	Mothers of children with NID	60	14,40	3,911	0,505	13,39	15,41	9	20
	Mothers of children with IDD	60	13,35	4,075	0,526	12,30	14,40	9	20
	Mothers of children with MIDI	60	12,10	2,815	0,363	11,37	12,83	9	19
	Total	180	13,28	3,744	0,279	12,73	13,83	9	20
Dissatisfaction with the role	Mothers of children with NID	60	11,00	2,992	0,386	10,23	11,77	6	16
	Mothers of children with IDD	60	12,85	3,640	0,470	11,91	13,79	8	20
	Mothers of children with MIDI	60	12,30	3,269	0,422	11,46	13,14	8	19
	Total	180	12,05	3,383	0,252	11,55	12,55	6	20
Husband 's indifference	Mothers of children with NID	60	12,55	4,102	0,530	11,49	13,61	5	19
	Mothers of children with IDD	60	13,70	4,048	0,523	12,65	14,75	7	19
	Mothers of children with MIDI	60	12,90	3,024	0,390	12,12	13,68	7	18
	Total	180	13,05	3,767	0,281	12,50	13,60	5	19
Mother's	Mothers of children with NID	60	14,15	3,681	0,475	13,20	15,10	8	20
	Mothers of children with IDD	60	14,65	3,909	0,505	13,64	15,66	7	20

	Mothers of children with MIDI	60	13,75	4,032	0,521	12,71	14,79	7	20
	Total	180	14,18	3,873	0,289	13,61	14,75	7	20
Lack of independence	Mothers of children with NID	60	12,90	2,796	,361	12,18	13,62	7	19
	Mothers of children with IDD	60	11,90	2,253	0,291	11,32	12,48	9	17
	Mothers of children with MIDI	60	11,70	2,745	0,354	10,99	12,41	7	18
	Total	180	12,17	2,648	0,197	11,78	12,56	7	19
	Mothers of children with NID	60	22,65	5,155	0,665	21,32	23,98	14	31
Attitude to the	Mothers of children with IDD	60	22,60	4,809	0,621	21,36	23,84	10	31
	Mothers of children with MIDI	60	22,40	5,302	0,684	21,03	23,77	9	32
	Total	180	22,55	5,065	0,378	21,80	23,30	9	32

The analysis of the results obtained in the study of the mother's attitude to the family role is presented in Table 66. This criterion is an important factor affecting self-regulation in childhood.

Table 66 – Results of the analysis of variance in three groups of mothers by indicators of attitude to the family role (general sample of respondents)

Signs		Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Dependence on family	Between groups	161,200	2	80,600	7,454	0,001
	Within groups	1914,000	177	10,814		
	Total	2075,200	179			
A sense of self-sacrifice	Between groups	,100	2	0,050	0,009	0,991
	Within groups	987,900	177	5,581		
	Total	988,000	179			
Family conflicts	Between groups	9,300	2	4,650	0,418	0,659
	Within groups	1967,250	177	11,114		
	Total	1976,550	179			
Excessive	Between groups	159,100	2	79,550	5,993	0,003

authority of parents	Within groups	2349,450	177	13,274		
	Total	2508,550	179			
Dissatisfaction with the role of housekeeper	Between groups	108,300	2	54,150	4,940	0,008
	Within groups	1940,250	177	10,962		
	Total	2048,550	179			
Husband 's indifference	Between groups	41,700	2	20,850	1,477	0,231
	Within groups	2498,850	177	14,118		
	Total	2540,550	179			
Mother's dominance	Between groups	24,400	2	12,200	0,812	0,446
	Within groups	2660,550	177	15,031		
	Total	2684,950	179			
Mother's lack of independence	Between groups	49,600	2	24,800	3,642	0,028
	Within groups	1205,400	177	6,810		
	Total	1255,000	179			
Attitude to the family role	Between groups	2,100	2	1,050	0,040	0,960
	Within groups	4590,450	177	25,935		
	Total	4592,550	179			

The results of the analysis of variance allow us to talk about the influence of children's cognitive health on such signs of mothers' attitude to the family role as dependence on the family ($F= 7,454$; $p= 0.001$), excessive authority of parents ($F= 5,993$; $p= 0.003$), dissatisfaction with the role of housekeeper ($F= 4,940$; $p= 0.008$), and mother's lack of independence ($F= 3.642$; $p= 0.028$). No significant differences were found in other components of the relationship to the family role and in the generalized final indicator of the relationship of mothers of primary school children with different variants of cognitive health ($p>0.05$).

The conducted pairwise multiple comparisons using post hoc criteria allowed us to establish a number of features that are graphically presented in Figures 31-34.

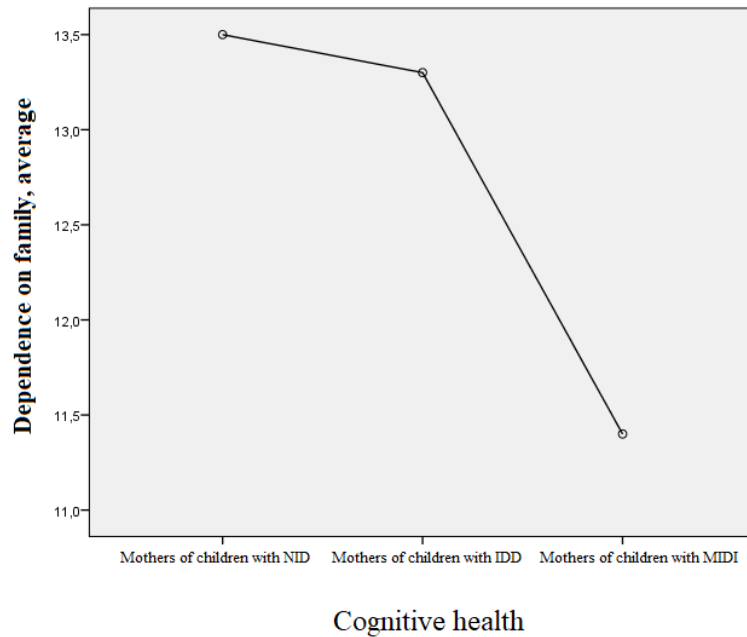


Figure 31 – Average estimates of the "Dependence on family" indicator in mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

Thus, the indicators of "Dependence on family" in mothers of children with NID and IDD are statistically significantly higher than the indicators for this trait demonstrated by mothers of children with MIDI ($p=0.001$ and $p=0.002$, respectively). While in the first two groups of mothers (children with NID and IDD), the indicators for this trait do not differ statistically significantly ($p=0.739$).

A similar pattern is observed in the average estimates of the indicator "Excessive authority of parents" (see Figure 32). The indicators of this trait of mothers of children with NID are statistically significantly higher than those of mothers with MIDI ($p=0.001$). The indicators of mothers of children with IDD exceed the indicators of mothers of children with MIDI at the level of statistical trend ($p=0.062$). There were no differences in the indicators of "Excessive authority of parents" in mothers of children with NID and IDD ($p=0.116$).

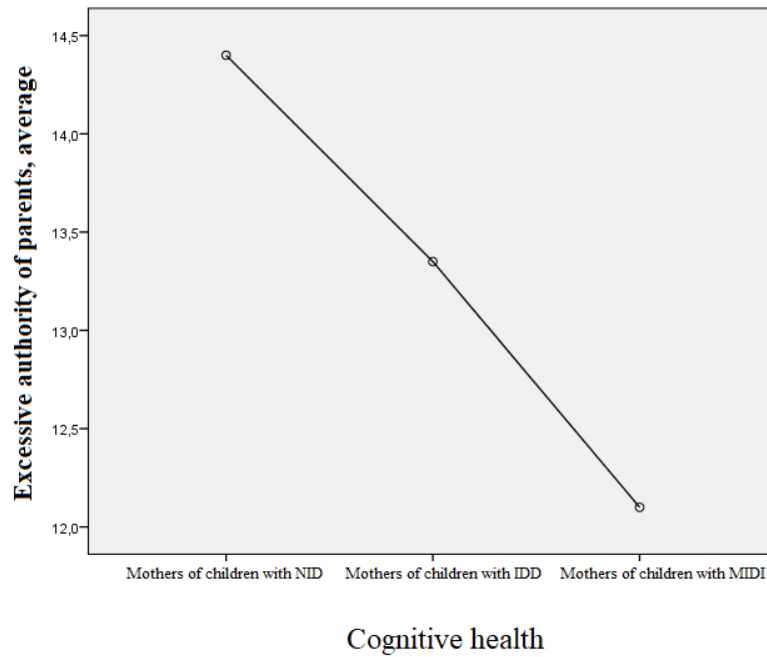


Figure 32 – Average estimates of the indicator "Excessive authority of parents" in mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

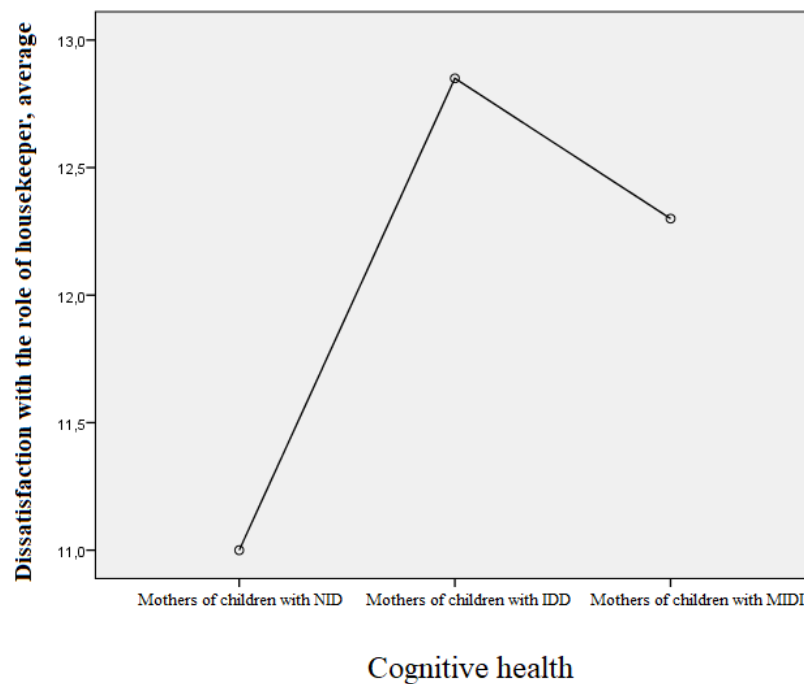


Figure 33 – Average estimates of the indicator "Dissatisfaction with the role of housekeeper" in mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

According to the data obtained (see Figure 33), mothers of children with NID

demonstrate the lowest values of the indicator "Dissatisfaction with the role of housekeeper" compared with mothers of children with IDD ($p= 0.003$) and mothers of children with MIDI ($p= 0.033$). At the same time, the average estimates for this indicator demonstrated by groups of mothers of children with IDD and MIDI do not differ statistically significantly ($p=0.364$).

The results of the analysis show that the indicators of the trait "mother's lack of independence" demonstrated by mothers of children with NID, on the contrary, are statistically significantly higher than those of mothers of children with NID ($p=0.037$) and mothers of children with NID ($p=0.013$), and in the groups of mothers of children with NID and NID do not differ ($p=0.675$).

The conducted analysis of variance of the constituent signs of the attitude of mothers to the family role in groups of mothers of children aged 8-9 years with different variants of cognitive health revealed significant differences only with regard to the "dissatisfaction with the role of housekeeper" ($F=6.043$; $p=0.003$).

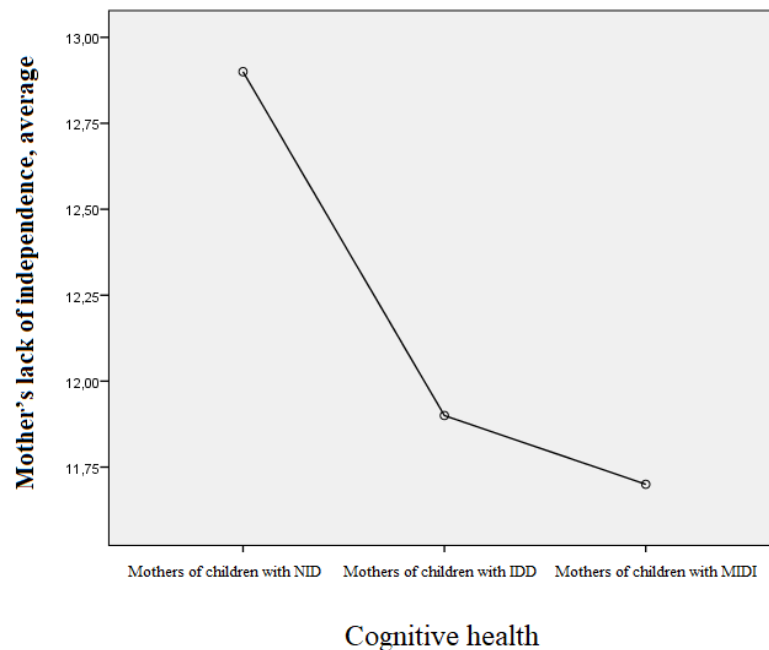


Figure 34 – Average estimates of the indicator "Mother's lack of independence" in mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

With pairwise multiple comparison using a posteriori criteria,

the ratio of the average ratings of the studied indicators in three groups of mothers provided a picture almost similar to the general sample of respondents (which was described in detail above). However, it should be noted that it was additionally revealed that mothers of 8-9-year-old children with NID showed higher indicators of the "a sense of self-sacrifice" indicator compared to mothers of children with NID ($p=0.036$) and mothers of children with NID ($p=0.023$). This is due to the fact of a high degree of anxiety and uncertainty (variability) of the "model of the future" of their children due to the presence of greater opportunities than their peers with cognitive health disorders.

In groups of mothers of children aged 10-11 years with different variants of cognitive health, significant differences were found in the following indicators: dependence on family ($F=8,050$; $p=0.001$), a sense of self-sacrifice ($F=3,140$; $p=0.048$), excessive authority of parents ($F=4,939$; $p=0.009$) and husband's indifference ($F=8,054,2040$; $p=0.018$).

Table 67 – Results of the analysis of variance in three groups of mothers of children aged 10-11 years in terms of attitude to the family role

		Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Dependence on family	Between groups	120,800	2	60,400	8,050	0,001
	Within groups	652,800	87	7,503		
	Total	773,600	89			
A sense of self-sacrifice	Between groups	36,600	2	18,300	3,140	0,048
	Within groups	507,000	87	5,828		
	Total	543,600	89			
Family conflicts	Between groups	3,200	2	1,600	0,151	0,860
	Within groups	920,400	87	10,579		
	Total	923,600	89			
Excessive authority of parents	Between groups	155,400	2	77,700	4,939	0,009
	Within groups	1368,600	87	15,731		
	Total	1524,000	89			

End of table 67

Dissatisfaction with the role of housekeeper	Between groups	12,200	2	6,100	0,540	0,585
	Within groups	983,400	87	11,303		
	Total	995,600	89			
Husband's indifference	Between groups	117,600	2	58,800	4,204	0,018
	Within groups	1216,800	87	13,986		
	Total	1334,400	89			
Mother's dominance	Between groups	21,600	2	10,800	0,913	0,405
	Within groups	1029,300	87	11,831		
	Total	1050,900	89			
Mother 's lack of independence	Between groups	12,600	2	6,300	0,807	0,450
	Within groups	679,500	87	7,810		
	Total	692,100	89			
Attitude to the family role	Between groups	34,400	2	17,200	0,528	0,592
	Within groups	2836,500	87	32,603		
	Total	2870,900	89			

With regard to the indicators "dependence on family" and "excessive authority of parents", the ratio of average estimates is similar to that described for the general sample, i.e. the trend persists regardless of the age of the children. But with regard to the "sense of self-sacrifice" (see Table 67), there are results opposite to those obtained for a group of mothers of children aged 8-9 years. Mothers of children aged 10-11 with NID demonstrate the lowest values of the indicator "sense of self-sacrifice" compared with mothers of children with NID ($p=0.040$) and mothers of children with NID ($p=0.027$). This fact is due to an increase in the variability of the social roles of subjects with cognitive health disorders and the presence of behavioral risks in the process of social adaptation and integration.

With regard to the "husband's indifference" (see Figure 35), mothers of children aged 10-11 with NID also show lower rates than mothers of children with NID ($p=0.005$) and, at the same time, do not differ significantly from those of mothers of children with NID ($p=0.151$).

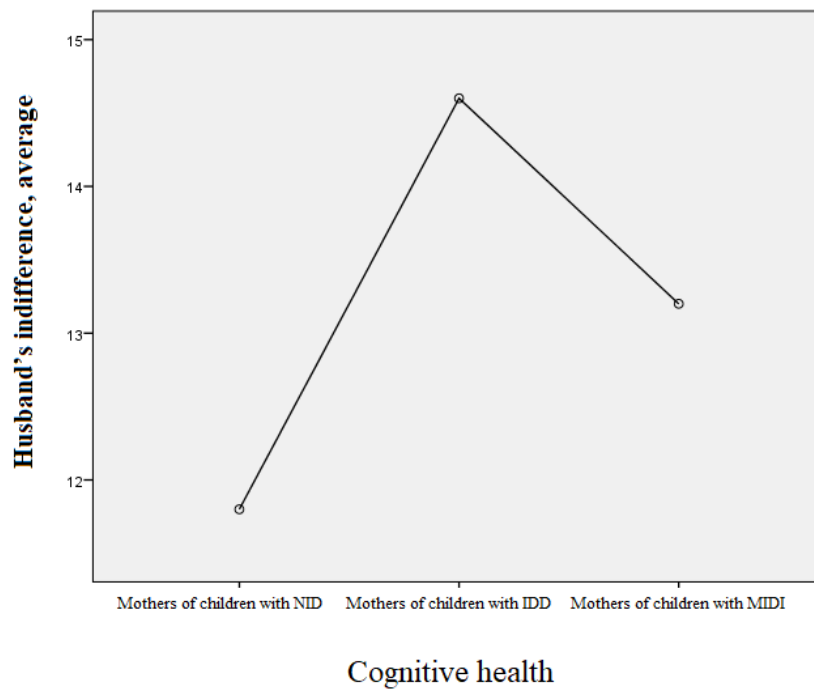


Figure 35 – Average estimates of the indicator "husband's indifference" in mothers of children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

When comparing the average estimates of the indicators of the attitude of parents to the child in mothers of children with different variants of cognitive health, differences were found that prove the correctness of the assumptions made about the leading mechanisms that contribute to the formation of self-regulation in childhood (see Table 68).

Table 68 – Average estimates of parent-to-child attitudes among mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

		N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidential interval for the average		Min.	Max.
						Lower border	Upper border		
Verbalization	Mothers of children with NID	60	13,50	3,116	0,402	12,69	14,31	5	17
	Mothers of children with IDD	60	13,20	3,246	0,419	12,36	14,04	7	18

	Mothers of children with MIDI	60	12,00	2,163	0,279	11,44	12,56	7	17
	Total	180	12,90	2,939	0,219	12,47	13,33	5	18
Partnership	Mothers of children with NID	60	12,95	3,275	0,423	12,10	13,80	7	19
	Mothers of children with IDD	60	12,95	3,337	0,431	12,09	13,81	7	19
	Mothers of children with MIDI	60	11,95	3,382	0,437	11,08	12,82	7	18
	Total	180	12,62	3,346	0,249	12,12	13,11	7	19
Development of activity	Mothers of children with NID	60	13,35	2,169	0,280	12,79	13,91	10	17
	Mothers of children with IDD	60	13,65	2,996	0,387	12,88	14,42	6	18
	Mothers of children with MIDI	60	13,50	3,530	0,456	12,59	14,41	9	18
	Total	180	13,50	2,938	0,219	13,07	13,93	6	18
Equalized relations	Mothers of children with NID	60	12,00	2,209	0,285	11,43	12,57	6	16
	Mothers of children with IDD	60	11,45	2,580	0,333	10,78	12,12	6	15
	Mothers of children with MIDI	60	11,20	2,313	0,299	10,60	11,80	6	17
	Total	180	11,55	2,383	0,178	11,20	11,90	6	17
Irritability	Mothers of children with NID	60	12,60	3,485	0,450	11,70	13,50	7	20
	Mothers of children with IDD	60	12,10	3,635	0,469	11,16	13,04	5	19

	Mothers of children with MIDI	60	11,85	2,193	0,283	11,28	12,42	7	17
	Total	180	12,18	3,168	0,236	11,72	12,65	5	20
Excessive strictness	Mothers of children with NID	60	13,20	3,531	0,456	12,29	14,11	5	20
	Mothers of children with IDD	60	12,65	3,569	0,461	11,73	13,57	8	20
	Mothers of children with MIDI	60	11,80	2,268	0,293	11,21	12,39	8	15
	Total	180	12,55	3,215	0,240	12,08	13,02	5	20
Avoiding contact	Mothers of children with NID	60	12,15	2,169	0,280	11,59	12,71	8	16
	Mothers of children with MIDI	60	14,20	3,531	0,456	13,29	15,11	8	18
	Total	180	13,23	3,005	0,224	12,79	13,68	8	18

Table 69 shows the results of the influence of the attitude to the family role of the mother on the formation of a pathopsychological model of self-regulation.

Table 69 – Results of the analysis of variance in three groups of mothers by indicators of attitude to the family role (general sample of respondents)

		Sun of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Verbalization	Between groups	75,600	2	37,800	4,550	0,012
	Within groups	1470,600	177	8,308		
	Total	1546,200	179			
Partnership	Between groups	40,000	2	20,000	1,802	0,168
	Within groups	1964,550	177	11,099		
	Total	2004,550	179			
Development of child's activity	Between groups	2,700	2	1,350	0,155	0,857

End of table 69

	Inside groups	1542,300	177	8,714		
	Total	1545,000	179			
Equalized relations	Between groups	20,100	2	10,050	1,785	0,171
	Inside groups	996,450	177	5,630		
	Total	1016,550	179			
Irritability	Between groups	17,500	2	8,750	0,870	0,421
	Inside groups	1779,450	177	10,053		
	Total	1796,950	179			
Excessive strictness	Between groups	59,700	2	29,850	2,950	0,055
	Inside groups	1790,850	177	10,118		
	Total	1850,550	179			
Avoiding contact	Between groups	127,300	2	63,650	7,567	0,001
	Inside groups	1488,900	177	8,412		

Significant differences in 3 groups of 8-9-year-old respondents with different variants of cognitive health were found only in the expressiveness of the indicator "avoiding contact" ($F=5,899$; $p=0.004$).

In a pairwise multiple comparison, significant differences were found between NID and MIDI with regard to the indicators "excessive strictness" ($p=0.023$) and "avoiding contact" ($p=0.001$). And also at the level of the statistical trend between NID and IDD with regard to "avoiding contact" ($p=0.078$).

Tables 70 and 71 show the results of a comparative analysis of excessive concentration on a child and its constituent features in three groups of respondents with different variants of cognitive health of children.

Also, the results obtained with regard to the mothers of the subjects demonstrate psychological targets for the organization of systemic assistance to children with impaired cognitive health.

Table 70 – Average estimates of indicators of excessive concentration on the child in mothers of children with different variants of cognitive health (general sample)

		N	Average	Standard deviation	Standard error	95% confidence interval for average		Min.	Max.
						Lower bound	Upper bound		
Excessive care	Mothers of children with NID	60	13,40	2,859	0,369	12,66	14,14	9	20
	Mothers of children with IDD	60	12,50	2,771	0,358	11,78	13,22	8	18
	Mothers of children with MIDI	60	12,15	2,392	0,309	11,53	12,77	8	17
	Total	180	12,68	2,719	0,203	12,28	13,08	8	20
Suppression	Mothers of children with NID	60	13,45	2,770	0,358	12,73	14,17	6	18
	Mothers of children with IDD	60	12,45	2,480	0,320	11,81	13,09	8	17
	Mothers of children with MIDI	60	11,95	2,127	0,275	11,40	12,50	8	17
	Total	180	12,62	2,537	0,189	12,24	12,99	6	18
Fear of offending	Mothers of children with NID	60	13,30	3,300	0,426	12,45	14,15	7	19
	Mothers of children with IDD	60	11,95	3,412	0,440	11,07	12,83	7	19
	Mothers of children with MIDI	60	12,15	3,225	0,416	11,32	12,98	8	19
	Total	180	12,47	3,348	0,250	11,97	12,96	7	19

Exclusion of intra-family	Mothers of children with NID	60	11,00	3,594	0,464	10,07	11,93	5	19
	Mothers of children with IDD	60	11,15	4,161	0,537	10,08	12,22	6	20
	Mothers children with MIDI	60	10,75	3,690	0,476	9,80	11,70	6	19
	Total	180	10,97	3,805	0,284	10,41	11,53	5	20
Suppression of aggressiveness	Mothers of children with NID	60	12,55	3,132	0,404	11,74	13,36	6	19
	Mothers of children with IDD	60	13,85	3,409	0,440	12,97	14,73	7	19
	Mothers of children with MIDI	60	12,10	3,155	0,407	11,28	12,92	9	19
	Total	180	12,83	3,301	0,246	12,35	13,32	6	19
Suppression	Mothers of children with NID	60	12,35	2,261	0,292	11,77	12,93	9	18
	Mothers of children with IDD	60	13,55	3,016	0,389	12,77	14,33	5	18
	Mothers of children with MIDI	60	13,85	2,073	0,268	13,31	14,39	10	17
	Total	180	13,25	2,554	0,190	12,87	13,63	5	18
Excessive intervention in the	Mothers of children with NID	60	11,50	3,352	0,433	10,63	12,37	5	18
	Mothers of children with IDD	60	12,75	2,778	0,359	12,03	13,47	6	18
	Mothers of children with MIDI	60	12,90	1,623	0,210	12,48	13,32	9	16
	Total	180	12,38	2,741	0,204	11,98	12,79	5	18
De	Mothers of children with NID	60	11,40	2,101	0,271	10,86	11,94	7	15

Mothers of children with IDD	60	11,75	2,362	0,305	11,14	12,36	8	18
Mothers of children with MIDI	60	11,90	1,857	0,240	11,42	12,38	8	16
Total	180	11,68	2,115	0,158	11,37	11,99	7	18
Mothers of children with MIDI	60	11,90	1,857	0,240	11,42	12,38	8	16
Total	180	11,68	2,115	0,158	11,37	11,99	7	18

The dispersion analysis of excessive concentration on the child in mothers of all the studied groups is shown in Table 71.

Table 71 – Results of variance analysis in three groups of mothers on indicators of excessive concentration on the child (general sample of respondents)

		Sum of squares	Degrees of freedom	Mean square	F	Value
Excessive care	Between groups	49,900	2	24,950	3,469	0,033
	Within groups	1273,050	177	7,192		
	Total	1322,950	179			
Suppression of the will	Between groups	70,000	2	35,000	5,723	0,004
	Within groups	1082,550	177	6,116		
	Total	1152,550	179			
Fear of offending	Between groups	63,700	2	31,850	2,901	0,058
	Within groups	1943,100	177	10,978		
	Total	2006,800	179			
Exclusion of intra-family influences	Between groups	4,900	2	2,450	,168	0,846
	Within groups	2586,900	177	14,615		
	Total	2591,800	179			
Suppression of aggressiveness	Between groups	99,100	2	49,550	4,736	0,010
	Within groups	1851,900	177	10,463		
	Total	1951,000	179			
Suppression of sexuality	Between groups	75,600	2	37,800	6,126	0,003
	Within groups	1092,150	177	6,170		
	Total	1167,750	179			
Excessive	Between groups	70,900	2	35,450	4,927	0,008

intervention in the child's world	Within groups	1273,650	177	7,196		
	Total	1344,550	179			
Desire to accelerate the development of the child	Between groups	7,900	2	3,950	,882	0,416
	Within groups	793,050	177	4,481		
	Total	800,950	179			

Comparative data between groups in the manifestation of excessive care are reflected in Figure 36.

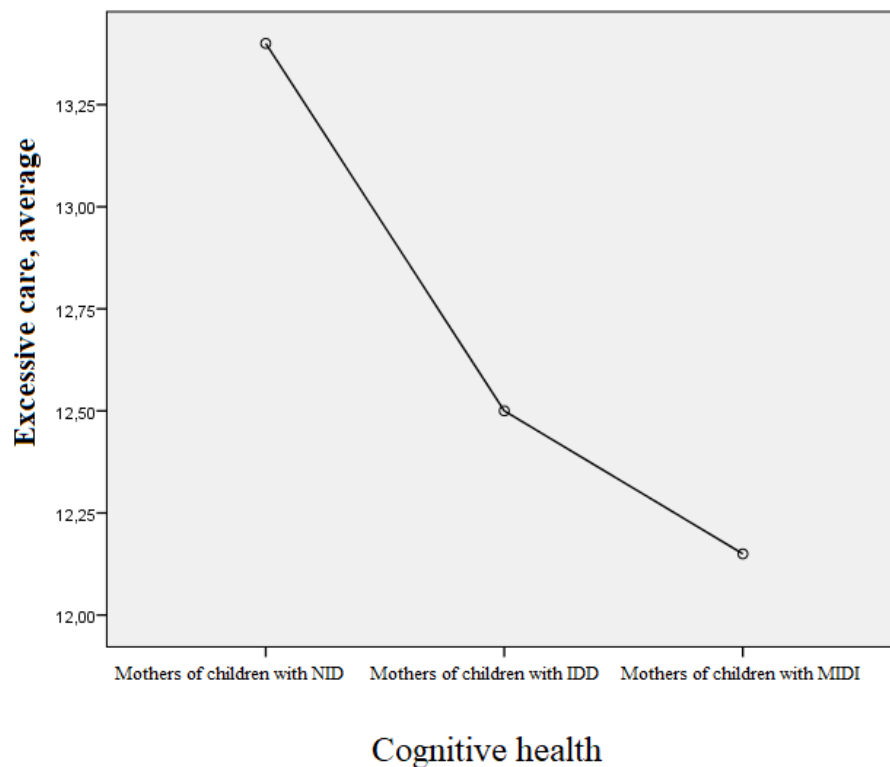


Figure 36 – Average estimates of the indicator "Excessive care" in mothers of children with different variants of cognitive health.

The analysis carried out using post hoc criteria of paired comparisons of average estimates of the indicator "Excessive care" in respondents (mothers) with children with different variants of cognitive health showed (see Figure 36) that the indicators of excessive care of mothers of children with NID are significantly higher than those of mothers of children with NID ($p=0.012$) and, at the level of statistical trends, exceed the indicators of mothers of children with IDD ($p=0.068$). At the same time, the average values of this indicator demonstrated by mothers with children with IDD and MIDI do not statistically significantly differ from each other ($p=0.476$).

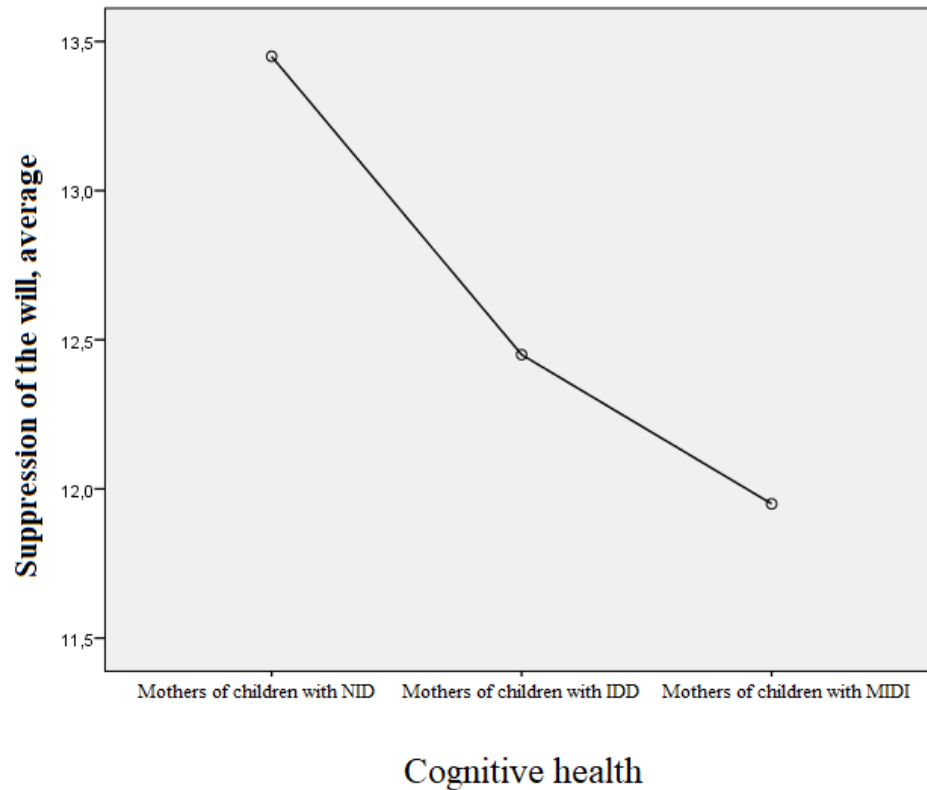


Figure 37 – Average estimates of the indicator "Suppression of the will" in mothers of children with different variants of cognitive health.

As a result of a pairwise intergroup comparison (Post Hoc), it was found (see Figure 37) that the average estimates of the "Suppression of the will" indicator demonstrated by mothers of children with NID are significantly higher than those of mothers of children with IDD ($p=0.028$) and mothers of children with MIDI ($p=0.02801$). At the same time, the indicators of the "suppression of the will" in mothers of children with IDD and MIDI do not differ significantly ($p=0.270$).

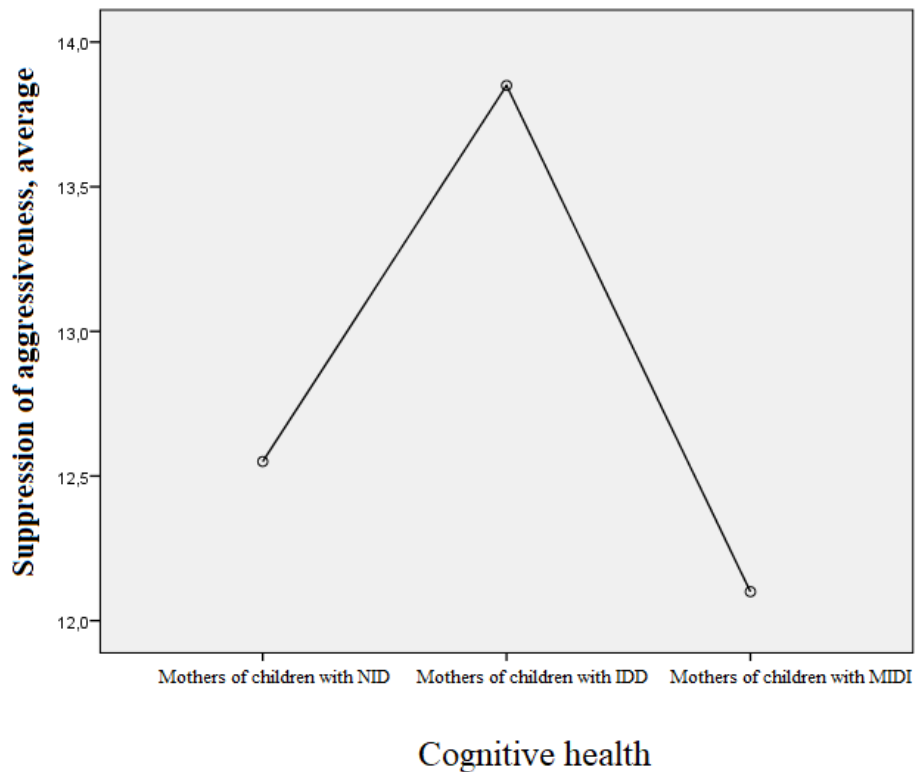


Figure 38 – Average estimates of the indicator "Suppression of aggressiveness" in mothers of children with different variants of cognitive health.

Analysis of the results of the application of post hoc criteria of paired comparisons of average estimates of the indicator "Suppression of aggressiveness" in mothers of children with different variants of cognitive health allows us to assert (see Figure 38) that the average values of this indicator, characteristic of mothers of children with IDD, are significantly higher than the average values demonstrated by mothers of children with MIDI ($p=0.003$) and mothers of children with NID ($p=0.029$). At the same time, the data show that mothers of children with NID and mothers of children with MIDI do not show statistically significant differences in the degree of expressiveness of the indicator "Suppression of aggressiveness" ($p=0.447$).

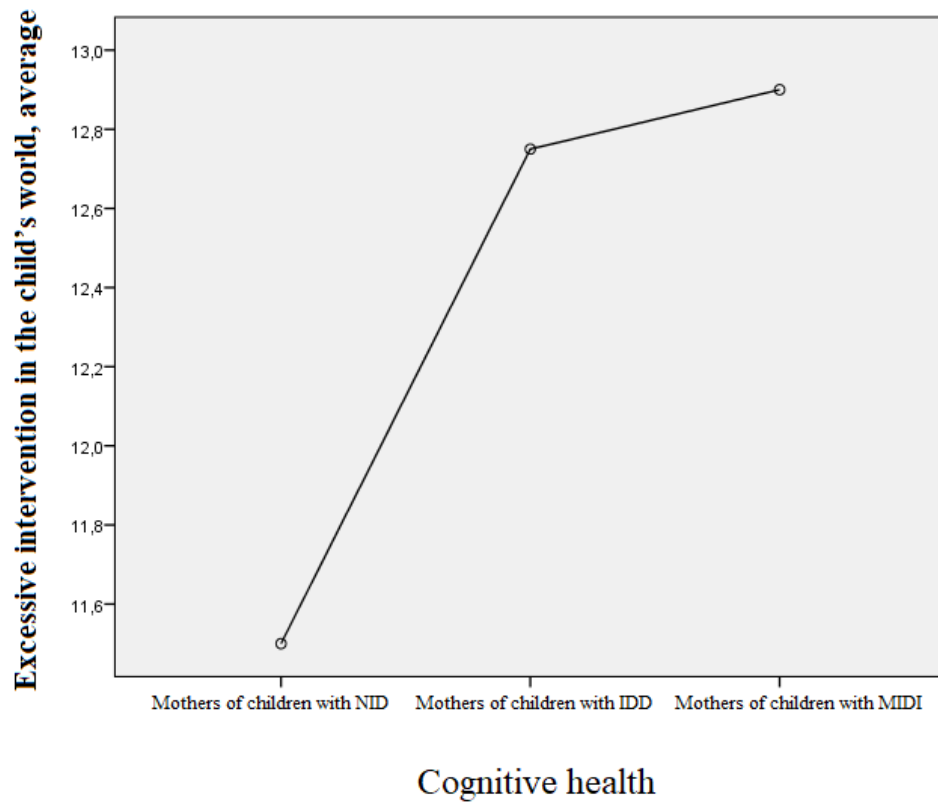


Figure 39 – Average estimates of the indicator "Excessive interference in the child's world" in mothers of children with different variants of cognitive health.

The data obtained as a result of the application of post hoc criteria of paired comparisons with respect to the expressiveness of the indicator "Excessive interference in the child's world" in mothers of children with different variants of cognitive health, showed that the average values of this indicator demonstrated by mothers of children with NID are significantly lower than those of mothers of children with IDD ($p=0.012$) and mothers of children with MIDI ($p=0.005$). While there were no statistically significant differences between the latter ($p=0.760$). Thus, it can be argued (see Figure 39) that excessive interference in the child's world is most typical for mothers of children with IDD and MIDI and to a lesser extent for mothers of children with NID.

Table 72 – Results of comparative analysis of variance in the age group of 8-9 years

Analysis of variance

		Sum of squares	Degrees of freedom	Mean Square	F	Value
Excessive care	Between groups	27,800	2	13,900	1,848	0,164
	Within groups	654,300	87	7,521		
	Total	682,100	89			
Suppression of the will	Between groups	48,200	2	24,100	3,579	0,032
	Within groups	585,900	87	6,734		
	Total	634,100	89			
Fear of offending	Between groups	25,800	2	12,900	1,069	0,348
	Within groups	1050,300	87	12,072		
	Total	1076,100	89			
Exclusion of intra-family influences	Between groups	10,400	2	5,200	,356	0,702
	Within groups	1272,000	87	14,621		
	Total	1282,400	89			
Suppression of aggressiveness	Between groups	127,400	2	63,700	7,652	0,001
	Within groups	724,200	87	8,324		
	Total	851,600	89			
Suppression of sexuality	Between groups	45,800	2	22,900	5,548	0,005
	Within groups	359,100	87	4,128		
	Total	404,900	89			
Excessive intervention in the child's world	Between groups	111,200	2	55,600	10,552	0,000
	Within groups	458,400	87	5,269		
	Total	569,600	89			
Desire to accelerate the development of the child	Between groups	7,800	2	3,900	,784	0,460
	Within groups	432,600	87	4,972		
	Total	440,400	89			

The results of the comparative analysis in the age group of 8-9 years completely repeat the results obtained on the general sample of respondents. Differences

are detected with regard to the same indicators, and the degree of their expressiveness corresponds to the results of the general sample (see graphs).

In the age group of 10-11 years, significant differences were obtained only with regard to the "Suppression of the will" ($p=0.043$) and "Suppression of aggressiveness" ($p=0.035$). The analysis carried out using post hoc criteria of paired comparisons allowed us to establish the features of the expressiveness of these indicators characteristic of mothers with children with different variants of cognitive health. The results obtained are graphically presented in Figures 40 and 41.

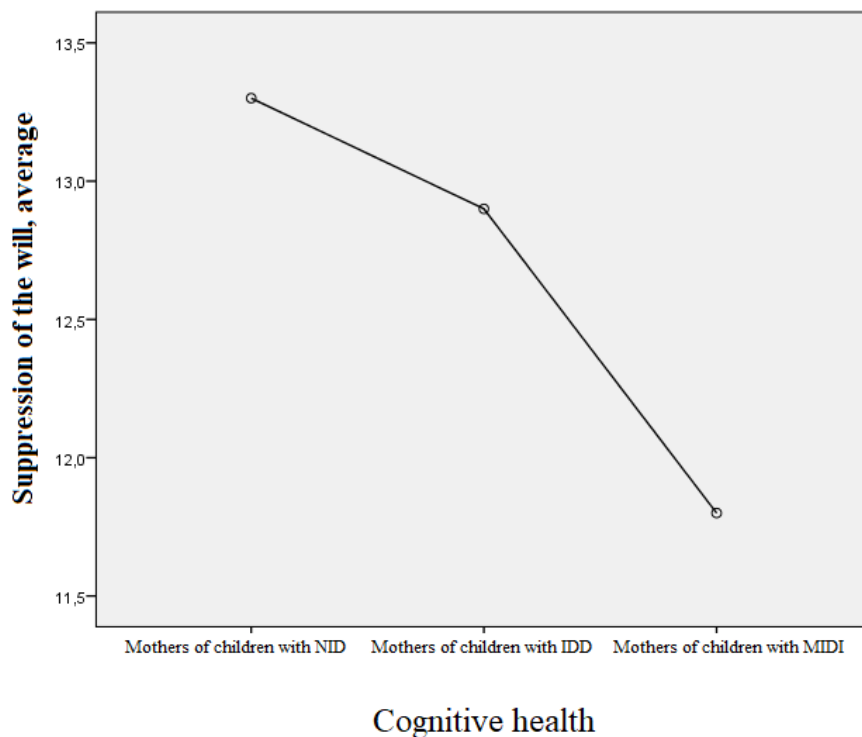


Figure 40 – Average estimates of the indicator "Suppression of the will" in mothers with children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

The data of the conducted statistical analysis show that the lowest degree of expressiveness of the indicator "Suppression of the will" is observed in mothers with children with MIDI (see Figure 40). Thus, their average values for this indicator are significantly lower than the average values demonstrated by mothers of children with NID ($p=0.016$) and at the level of statistical tendency are lower than the average values typical for mothers of children with IDD ($p=0.074$). At the same time, there were no statistically

significant differences in the expressiveness of the indicator "Suppression of the will" in the groups of mothers of children with NID and IDD ($p=0.512$).

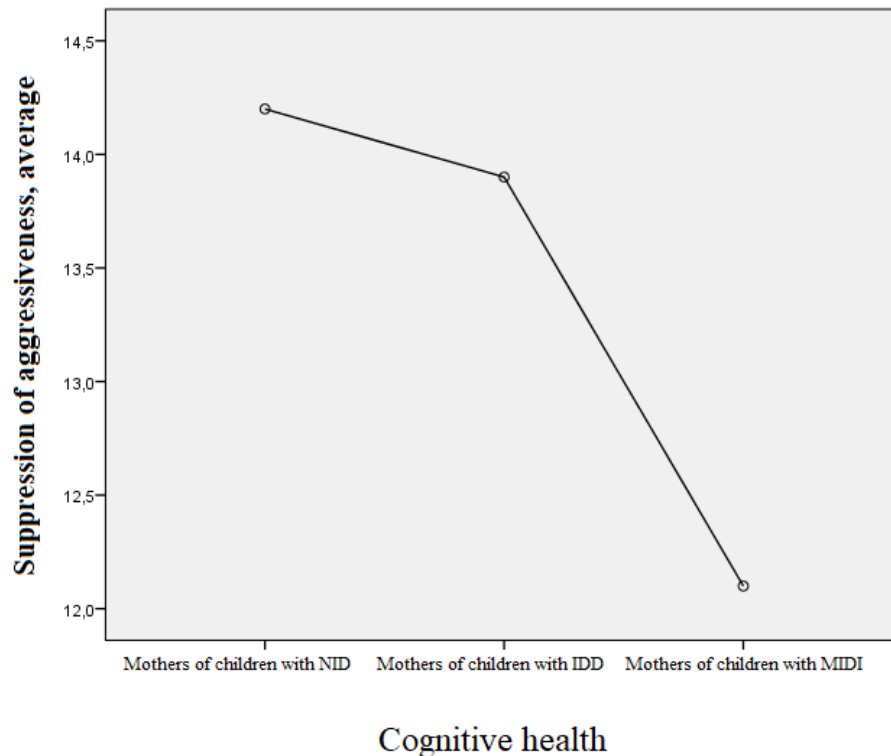


Figure 41 – Average estimates of the indicator "Suppression of aggressiveness" in mothers with children aged 10-11 years with different variants of cognitive health

A similar pattern is observed with respect to the indicator "Suppression of aggressiveness", the lowest degree of severity is characteristic of mothers with children with MIDI (see Figure 41). Thus, as a result of a pairwise intergroup comparison, it was found that the average values of the indicator "suppression of aggressiveness" characteristic of mothers of children with MIDI is significantly lower than the average values of this indicator demonstrated by mothers of children with NID ($p=0.017$) and mothers of children with IDD ($p=0.039$). While no statistically significant differences were found between the average values of the latter (mothers of children with NID and IDD) ($p=0.728$).

In the process of studying self-regulation as an indicator of mental health and personal development of children with cognitive deficiency, we have established the following patterns:

1. The key role in the formation of behavior strategies is played by the social environment (child-parent relations).
2. Indicators of cognitive development and child-parent relationships have a direct correlation.
3. Child-parent relationships and parental attitudes are associated with manifestations of self-regulation in all the studied groups.
4. The higher the level of cognitive health, the higher the likelihood of the formation of adaptive behavioral strategies.

4.4 Chapter 4 conclusions

Chapter 4 presents the results of an experimental study of self-regulation in schoolchildren with impaired cognitive health. The basis for the study was the developed three-level structural and functional model of self-regulation.

The study made it possible to establish normative and pathological manifestations of self-regulation in younger schoolchildren and to consider its impaired components taking into account nosological group, as well as to present them in pathopsychological models of delayed intellectual development (IDD) and mild intellectual disabilities (MIDI). The established differences of pathopsychological models determine a differentiated approach in psychological support technologies aimed at the formation of cognitive health.

The results obtained are the basis for the development of a system of psychological assistance to children with cognitive deficiency in an educational environment, which is reflected in the next chapter of this study.

1. In the groups of IDD and MIDI in both age categories of younger schoolchildren, cognitive level disorders were revealed, manifested in difficulties at all stages of planning, control and retention of the goal of activity, the manifestation of rigidity in the process of forming new strategies

2. behaviors. In the NID group, the cognitive level of self-regulation is characterized by flexibility and greater mobility, as well as the ability to be critical of possible situational changes.
3. Maladaptive strategies are more evident in the subjects of both age categories of the MIDI group than in the IDD subjects. In the MIDI group, all components of behavior strategies are impaired. Adaptive strategies prevail in the NID group. Significant differences were found at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$) between all groups of respondents.
4. Indicators of the personality-semantic level of self-regulation indicate the presence of a high level of conflict with peers and parents in the NID group, somewhat lower - IDD and MIDI. The significance of the differences ($p \leq 0.001$) between the NID-IDD and NID-MIDI groups.
5. More effective methods of psychological protection are observed in the NID group in comparison with NID and NID ($p \leq 0.001$).
6. In the group of NID between 8-9 and 10-11-year-olds, there is an age-related dynamics in the strengthening of the "intellectualization" ($p \leq 0.05$). In cases of cognitive health disorders, there is a decrease in the PD "compensation". IDD and MIDI are characterized by the development of "repression" ($p \leq 0.01$).
7. The indicators of need are lower in the IDD and MIDI groups compared to the NID ($p \leq 0.01$).
8. The lack of understanding of meaning in the IDD and MIDI groups is due to the poverty of imagination compared to the NID group. The differences between the NID – MIDI and IDD – MIDI groups are significant at the level of $p \leq 0.001$.
9. The highest rates of anxiety were observed in the IDD and MIDI groups compared with the NID group aged 10-11 years ($p \leq 0.001$).
10. Indicators of inflated self-esteem are more characteristic of the MIDI group compared to the NID (age category 8-9 years; $p \leq 0.05$).
11. Components of the regulatory level in the IDD and MIDI groups in all age categories, including setting and achieving goals, controlling actions

They are characterized by scarcity in comparison with the NID group ($p \leq 0.00$; $\varphi = 2.81$). The interrelations between the methods of psychological protection as factors associated with the formation of adaptive forms of behavior have been established. There is a direct connection between the defense mechanisms "projection" and "substitution" ($p < 0.05$), as well as "regression" and "negation" ($p < 0.01$). Feedback at the level of $p \leq 0.05$ is noted between the following PD: "repression" and "regression"; "regression" and "projection"; "projection" and "compensation"; "compensation" and "reaction formation"; "substitution" and "compensation". An inverse relationship at the level of $p \leq 0.01$ was also found between the "regression" and "substitution", "substitution" and "negation".

12. In the IDD and MIDI groups of the younger age category, more destructive child-parent relationships were revealed compared to the NID group. This manifests itself in excessive demands for obedience, prone to severe punishments. Mothers show a contradictory type of upbringing, and fathers have withdrawn from interacting with the child.

13. The interrelationships between coping strategies and psychological defense indicate the importance of the cognitive level of self-regulation in the formation of adaptive strategies.

14. It is established that speech pathology as a psycholinguistic component is interrelated with the impairment of all levels of self-regulation.

15. The regularities of the formation of the cognitive, personality-semantic and regulatory level of the pathopsychological model of self-regulation in younger schoolchildren of 8-9 and 10-11 years of age are established.

16. Taking into account the nosological group of schoolchildren with impaired cognitive health, variants of the pathopsychological model of self-regulation in younger schoolchildren are formulated.

5 Opportunities for psychological assistance to children with cognitive health impairment in the educational environment

5.1 Psychological aspects of the development of a psychological support program for children with cognitive health impairment

The results of the study of self-regulation in children with impaired cognitive health, reflecting impairments of cognitive, personality-semantic and regulatory levels, as well as the specifics of child-parent relationships that reduce the possibility of self-regulation in primary school age, indicate the need to create a program of psychological assistance as a psychological resource that promotes the health of children in an educational environment.

A systematic approach to the development of the problem of psychological assistance to children with cognitive deficiency involves its organization based on an understanding of the systemic structure of the psyche, structural and dynamic study of the child's development, analysis of the results of his activities at each stage, as well as taking into account all the actual and potential capabilities of the child in the process of psychological support and the influence of family and school environment.

In the study of destructive factors of development that complicate the formation of self-regulation, an integrated approach is of decisive importance, allowing the development of systemic technologies for psychological assistance to children in an educational environment.

An important theoretical component of the concept of psychological assistance to children with cognitive health disorders are the following provisions of the personal-communicative approach:

- the regulation on the relationship and interdependence of personality and communicative activity in the process of forming social interaction skills;

- the idea of the peculiarities of communicative difficulties in children with cognitive deficiency as a psychological symptom complex that can be compensated with the help of special means of psychological influence;
- the goal is to analyze the structure of self-regulation and take into account its dominant features when determining the ways of psychocorrective influence;
- the integrative nature of psychocorrective tasks that are solved with the joint interaction of school and family specialists.

The theoretical provisions of the concept of psychological support for children with cognitive health disorders take into account:

- unity of biological and social factors of development;
- the role of the environment as a source of child development;
- age-related qualitative neoplasms of a child with health disorders due to cognitive deficiency;
- the need for an activity-based approach to personal development, taking into account the leading activity of age;
- individualization and differentiation of the learning process of a child with developmental disabilities, orientation to the "zone of proximal development";
- symbolic mediation of mental functions;
- interdisciplinary nature of the tasks of psychological assistance;
- the close relationship of specialists with the microenvironment of the child.

Psychological support of children with cognitive health disorders is a system of psychological measures aimed at the formation of self-regulation, including personality-semantic, cognitive and regulatory levels, which contributes to health preservation.

The program of psychological support for children with cognitive deficiency as a system includes several main stages:

1. Diagnostic.

2. Search – gathering the necessary information about ways and means of solving the problem, bringing this information to all participants, including specialists, parents and children.

3. Consultative-projective – discussion with all participants of possible solutions to the problem, drawing up an action plan, the distribution of responsibilities for its implementation, determining the timing of its execution and the possibility of adjustment.

4. Action – the implementation of the actual support.

5. Reflexive – the period of analyzing the results of the activities of specialists in solving a particular problem.

The target directions of the system of psychological assistance to children with cognitive health disorders are presented in the following aspects:

- personal – the formation of self-regulation as a significant aspect of health care in children in an educational environment;

- psychological rehabilitation – overcoming personal, communicative, cognitive problems caused by an impairment of self-regulation;

- at the level of education – improving the efficiency of functioning of children with health disorders in the educational environment;

- strengthening family interaction, increasing the role of the father.

The system of psychological assistance to children with cognitive impairment is a multi-level organization of interrelated components that ensure its integrity (Figure 42).

Defining the structure of psychological support for schoolchildren with cognitive health disorders, the following are identified as the main targets of psychological work:

1. *Psychological*: focus on health care, the formation of levels of self-regulation.

2. *Need-motivational* – ensures the formation of motivation and the need for self-development and self-realization in younger schoolchildren, the development of the Self-concept.

3. *Axiological* – awareness by younger students of the value of their own uniqueness, unity with the world in its entirety.

4. *Educational* – improving the social, personal and educational competence of schoolchildren.

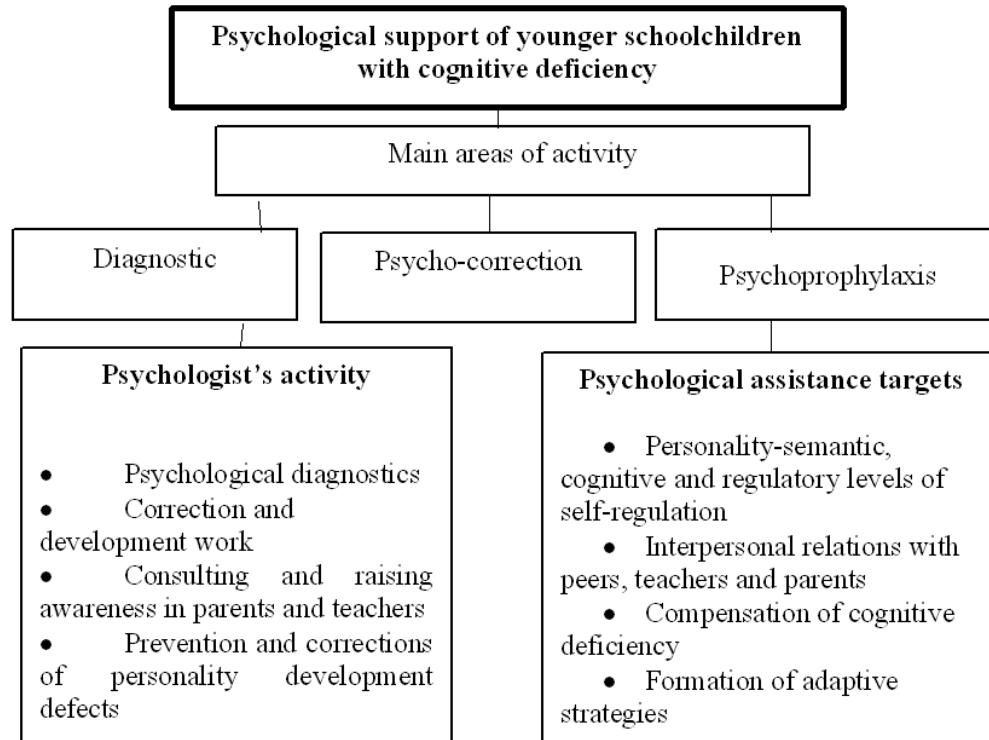


Figure 42 – Psychological assistance system for children with cognitive health impairment

Psychological support in the context of the formation of self-regulation in children with impaired cognitive health is based on an integrated approach, including consultative work with parents. The cooperation of parents with a psychologist in the aspect of increasing parental competence in the formation of self-regulation skills in a child is an important condition for the effectiveness of psychocorrective work.

In the process of psychological support of younger schoolchildren, correction is carried out through the transformation of non-constructive forms of behavior into constructive ones. As a result of using this method, a child

gets a new experience in a safe environment. Students develop the ability to choose appropriate ways to respond.

The implementation of gestalt therapy techniques leads children to become aware of their own emotional reactions, an adequate perception of the response, taking into account the conditions of what is happening. Being aware of his own emotions, the emotions of people with whom communication takes place, the child gets the opportunity to correct his own emotional state and actions.

Methods of play therapy are one of the productive technologies of psychocorrective work with children, as they allow creating situations that contribute to the development of creative abilities, the formation of elements of social behavior, teaching positive and productive communication with peers in specially modeled, meaningful situations for them.

In the process of implementing psychocorrective measures using play therapy aimed at optimizing adaptive strategies in children with cognitive health disorders, it is mandatory:

- creating conditions for interaction with peers and adults;
- awareness, modification and development of adaptive behavior.

In the process of play correction, the following specific tasks are solved: new forms of experiences are evoked, feelings towards others and oneself are nurtured, an adequate attitude towards oneself and others is formed, self-esteem and self-awareness are developed, self-confidence is increased, communication techniques with peers are developed and enriched, new forms and types of both gaming and educational activities.

The developed program of psychological support includes various forms of play therapy: behavior training, development of personal and environmental resources, cognitive modification and therapy, discussion, brainstorming, conversations, role-playing games, psychogymnastics, elements of psychodrama, individual and group psychotherapy, nonverbal theater. The structure of the program of psychological support for children with cognitive deficiency includes psychotherapeutic play as one of its main components.

Art therapy methods were used to correct emotional and behavioral disorders. In art therapy, the main factor of influence is the factor of artistic expression, which is associated with the expression of feelings, needs and thoughts of younger schoolchildren through working with various visual materials and creating artistic images. This method is based on the principles of an ecological approach, contributes to the harmonization and restoration of the integrity of the child.

Thus, the process of psychological support for children with cognitive impairment was built taking into account complex psychological work with children based on the use of play therapy methods and counseling work with parents.

5.2 Psychological assistance technologies and psychological correction targets for working with children with cognitive health impairment

The data obtained during the ascertaining experiment on the peculiarities of self-regulation levels in children with impaired cognitive health indicate the need to create and implement a psychological assistance program that includes the approaches described in the previous section.

Principles of psychological support developed by domestic psychologists (B. G. Ananyev, L. S. Vygotsky, V. V. Davydov, D. B. Elkonin, etc.), are fundamental in the creation of psychological assistance programs. *This is the principle of unity of correction and development, unity of diagnosis and correction, the relationship of correction and compensation, the principle of taking into account age, psychological and individual characteristics of development, the complexity of methods of psychological influence, a personality-oriented and activity-oriented approach, an optimistic approach, as well as the principle of active involvement of the immediate social environment.*

Stages and content of psychological support technologies for children with cognitive disabilities in an educational environment.

The preparatory stage: the formation of a multidisciplinary team, the definition of a work strategy, the selection of diagnostic methods and the sequence of the maintenance process, the preparation of necessary documentation, the preparation of a work schedule.

Orientation stage: acquaintance of specialists with the results of clinical and psychological examination, establishing a psychological diagnosis.

Planning stage of complex psychological support: development of an individual program of psychological support for the child.

The stage of implementation of the program of psychological support: assistance to the child, his parents and teachers in creating conditions for the formation of self-regulation and health care.

The final stage ends with a collegial discussion of the work carried out, an assessment of its effectiveness and recommendations for further psychocorrective and psychotherapeutic work.

Methodological tools for psychologists and teachers of an educational institution for the purpose of organizing psychological support for children with cognitive health disorders are presented in Appendix D.

An important condition for improving the effectiveness of psychological support for younger schoolchildren is the development and testing of an organizational model of interaction between specialists in the educational system. The scheme of this interaction is presented in Appendix E.

During the research work, it was found that psychological targets in working with children with cognitive impairments are impaired levels of self-regulation, communicative abilities, interpersonal relationships with peers and adults.

When developing the psychological support program, an eclectic approach was used based on the technologies of gestalt psychology, behavioral therapy, psychodynamic, as well as cognitive behavioral therapy.

The program of psychological support for children with cognitive impairments has a close connection with the diagnostic model, which simultaneously solves the tasks of not only identifying problems, but also the psychocorrective process, since some techniques have a psychotherapeutic (for example, the "Stars and Waves", "CAT") and psychocorrective effect (awareness of reality, problems).

The program of psychocorrection of impairments of self-regulation provides psychological work with experiences, awareness, learning relaxation, improving social skills, the development of positive interpersonal interactions.

The content of the technology of psychological support for younger schoolchildren with impaired cognitive health includes a system of psychocorrective measures, which is based on the data of psychodiagnostics of the levels of self-regulation and the specifics of child-parent interaction.

When implementing the program, the following conditions are created that are necessary to increase the effectiveness of psychocorrective work with younger students with cognitive deficiency:

- psychological correction is aimed at a holistic system of meaningful relationships, including family, peers, teachers.

- the plan of corrective measures is based on age, that is, in the process of correction, activities should be carried out in which the actual needs of age are most fully disclosed.

The study of children with self-regulation disorders revealed distortions in the perception of their own and other people's behavior, bias in determining the hostile intentions of other people and excessive reliance on decisions based on non-verbal actions, as well as insufficient reliance on verbal negotiations [Chereneva E.A., Stoyanova I.Ya., 2022]. Therefore, the program includes training of self-learning skills in solving social problems, taking perspective, marking affect and relaxation. In addition, the program implies

psychological work with children in situations of frustration, in provocative situations.

Thus, the developed program of psychological support for children with cognitive health disorders includes a set of psychological technologies that are implemented throughout the year, group and individual sessions. A program of psychological support for psychologists and teachers working with younger schoolchildren with health disorders caused by cognitive deficiency was also implemented. In addition, individual consultations were carried out for parents aimed at harmonizing child-parent relations and activating the role of fathers in the formation of self-regulation.

The purpose of the psychological support program for younger schoolchildren with cognitive deficiency is to form adaptive behavior strategies and self-regulation management skills.

The developed program consists of 72 group sessions (twice a week) and individual consultations (once a week) for younger students with cognitive deficiency (class duration from 45 to 60 minutes). The sessions are structured, with special goals, tasks and exercises outlined for each of them. The program was implemented with homogeneous groups. The target areas of the psychological support program are increasing awareness of internal cognitive, affective and physiological phenomena associated with overcoming frustration, improving self-analysis and self-management skills, stimulating alternative, consistent thinking taking into account goals and means in solving social problems, expanding children's behavioral repertoires in resolving social conflicts. In this part of the psychological assistance program, emphasis is placed on the main components of working with self-regulation, which is aimed at developing self-management skills, taking perspectives and solving social problems.

Self-management skills. First of all, we trained the subjects to be more competent observers of internal states that are associated with the affective sphere. This skill is formed during the entire course of psychocorrection of self-regulation in children with cognitive deficiency. In addition to self-monitoring strategies designed to increase awareness of external triggers (triggers), as well as those associated with the voluntary regulation of affective and physiological states, cognitive self-control strategies are also taught. Instructing addresses the lack of verbal mediation strategies that help regulate behavior. Children are helped to assess the impact of cognition on subsequent affective arousal and behavior and are informed about the role of internal dialogue in raising and lowering the experience. This concept was taught through the construct of "talking to yourself".

With the help of repeated instructions, we helped the subjects to identify the nature of their own experiences that lead to an impairment of self-regulation, to establish the cause of failure, unpleasant physiological sensations (establishing cause-and-effect relationships with the help of clarifying questions: what influenced the success/failure situation, what needs to be done, etc.). At the same time, nonverbal methods were often used: art therapy (drawing, modeling, pantomime, role-playing games, etc.), written speech (calligraphy, neurography, etc.). Verbal methods were also actively used.

The method of talking to oneself is combined with the real one to increase awareness of the individual's perceptual processes. For example, we asked the group members to identify the assumptions to which they, having found themselves in social conflict situations, tend, first of all, and the nature of statements that can weaken their frustration and most likely contribute to adaptive overcoming. Thus, children are encouraged to develop a repertoire of coping strategies that will work specifically for them, as they will be conditioned by their

individual emotional and personal experience. Other self-control techniques, including visualization, distraction and relaxation, are discussed and played with the same success. Through the discussion of self-monitoring techniques, the subjects are indirectly inspired that different people react differently from case to case, according to the social situation. In the future, awareness of these triggers contributed to the formation of self-management skills.

Social perspective-taking skills. Children with cognitive deficiency have impaired planning skills and the ability to determine the future perspective. Our program used techniques that allow you to build a short and long-term perspective (for example, visualization techniques, graphic design, etc.). In this part of the work, we actively used art therapy methods, games that promote the development of auditory-speech attention, memory and control.

Social problem-solving skills. Children with cognitive deficiency demonstrate insufficiency in their ability to successfully solve interpersonal problems. The developed psychocorrection program is aimed at eliminating unconstructive strategies for solving self-regulation problems, which manifest themselves in excessive aggression, anger, ineffective methods of psychological defense, destructive attitudes, etc. We have developed a step-by-step model of social conflict management, which includes three components: identification of the problem; development of multiple alternatives to respond; assessment and prediction of the consequences of their application.

In this part of the correctional work, various techniques were used to help the subjects to assimilate and apply the experience of modeling, constructing according to divergent and consistent thinking, and practically apply their own solutions. The latter were achieved through role-playing games, when children develop scenarios of actions in conflict situations and then act them out.

We encouraged the subjects to embed in these scenarios personalized menus of strategies for overcoming frustrating situations (for example, talking to themselves, conflict resolution strategies, etc.) that they had developed during group classes.

The most important aspect of the instruction is assistance in early identification of a potentially problematic situation in which they will be able to react adaptively. The tactics of psychocorrective work included the formation of new skills, voluntary regulation of activity. It seems that the component of self-regulation, which is associated with solving social problems, contributes to the formation of a model of children's response to social conflicts, frustration, emotional and personal obstacles.

In addition to structured exercises, the children also resorted to solving real interpersonal social problems with which they come to the group. As a rule, group sessions allow you to project the emotional and personal experience of the subjects, which is one of the stages of psychotherapy and working out social roles to overcome rigidity in achieving goals.

The effectiveness of psychocorrection of self-regulation was determined by the parameters of structuring, reproducibility of the new oryt and the possibility of regulation.

A significant component of the program in the behavior management system is the group effect, which is used to encourage prosocial behavior and strengthen group cohesion. Let's briefly describe these adjustable program parameters.

Behavior management system. The initial mechanism for encouraging positive behaviors is the assimilation of group rules and the specification of a behavior management system. Children are involved in the process of drawing up rules, and this gives them the opportunity to become authors of group norms, as well as to realize the negative aspects of behavior that turns out to be an obstacle to group work. Their participation in the development of this common group product stimulates group cohesion and helps to minimize power

confrontation that can develop between adults and children with behavioral disorders.

The work used such exercises as a system of emotional penalties, remuneration for socially acceptable decisions. At each session, we specifically announced the group rules and established regular feedback with the children regarding their behavior (for example, at the end or during each session, we counted the number of points scored). The group members noted how their comrades received corrective feedback. In addition, group contractual rules contribute to the further development of group cohesion. As for the successful implementation of the voluntary behavior management system, here we used the early provision of corrective feedback to children, establishing it in a neutral, realistic manner. This early "detoxification" of corrective feedback helps to mitigate the inherent tendencies of children with voluntary behavior disorders to over-personify adult feedback and respond with oppositional or defiant behavior.

Setting goals. One of the important points of the implementation of the psychocorrective program for the formation of self-regulation is weekly training in goal setting in the aspect of identifying problematic behavior, which is accompanied by self-monitoring of the ability to achieve goals. Specially designed goal tables were used to help children concretize this process. The goals were chosen with the participation of the group leaders, teachers and parents; individual psycho-correction goals based on specific socio-cognitive defects or distortions were developed for each child (the results were reflected in a dynamic observation map). Setting goals, thus, contributed to the generalization of psychocorrective effects, encouraged the subjects of experimental groups to take responsibility for changing problematic aspects of voluntary behavior and accelerated the development of self-monitoring skills. To increase the effectiveness of goal setting and monitoring processes, we combined

the IDD and MIDI groups with parent groups, which provided for training in behavior management skills. Classes in such groups allow parents to develop their ability to effectively set limits in behavior and conduct monitoring.

In addition to the goals set for the individual outside the group (at school, at home), we developed and improved self-monitoring skills through setting intragroup goals, which were monitored by the subjects themselves. At the end of psychocorrective therapy, the children evaluated their progress. Such psychological work was combined with reflection resulting from observations made by other participants. The use of such intra-group goals has the advantage of developing "positive peer culture", necessary for group cohesion.

We set intra-group goals for the whole group. For example, setting the goal of "avoiding conflict" in combination with encouraging a group can improve the ability of its members to monitor compliance with appropriate and prosocial behavior. Setting intragroup goals is most effective when working with primary school-age children.

Interpersonal group process. In group work, we observed spontaneous interactions that occur between group members, which provide an excellent opportunity to assess styles and defects of interpersonal communication and identify problems in relationships with peers. With the help of modeling, training and the formation of voluntary behavior, it is possible to help children develop listening skills, communicate in a prosocial manner, improve verbal pretentious response and better understanding of their comrades. The inevitable friction that arises between the members of the group and the negative reactions of children to the corrective feedback coming from the presenters make it possible to work on the problems of correcting voluntary behavior. Thus, in addition to the use of clear structured exercises and role-playing games, in the process of psychocorrective work, a repertoire of models and strategies of voluntariness.

Summing up, we can note that thanks to the social microcosm of the group process, a number of opportunities arise for interpersonal learning through modeling, processing interpersonal conflict, and teaching social voluntary skills.

The developed program of psychological support includes the following **methods**.

1. *The method of using positive images* involves the mental representation of a scene, real or imaginary, related to the past, present or future. The positive effects of positive images are manifested in reducing anxiety, improving mood.
2. *Self-control methods* are based on the principles of operant conditioning with the use of other cognitive behavioral techniques. Our program is based on the principles of learning theory to change student behavior.
3. *The method of social play* is used to form socially acceptable forms of voluntary behavior in children with cognitive deficiency and is aimed at developing communication skills and interpersonal skills. The basis of this method is a game activity, during which (under the guidance of a psychologist) adaptive behavioral models are formed.
4. *The mental map method* is a technique for visualizing thinking and behavioral strategies. In our work, we used mental maps in order to form the subjects' ideas about adaptive forms of behavior, as well as mechanisms for the formation of maladaptive forms (conflict situations, situations of failure, etc.).

During the implementation of the program, we used **techniques** based on cognitive theory. Let's focus on some of them.

1. *Behavior rehearsals*. The psychologist reproduces alternative ways of behavior in certain situations. The topic of the lesson was recorded on the blackboard, offering the subjects options for the effects obtained from the chosen behavior model.

2. *Modeling* helps the subjects to recognize where and what acquired skills can be applied (behavioral function of discrimination and facilitation). The next feature of this technique is its focus on reducing anxiety and fear.

3. *Stimulus control*. The absence or presence of certain stimuli determines the frequency with which a particular type of behavior occurs in a child. Students who are focused on improving academic results are advised to remove distracting objects from the desktop and sit at it only while completing educational tasks.

4. *Paradoxical techniques*:

5. the use of humor helps to mitigate emotional anxiety; laughter is the antipode of fear and aggression;

6. re-evaluation is a change in the negative perception of an event (exaggeration technique). The psychologist asks the student, who is overly concerned about some upcoming event (for example, the answer at the blackboard), to imagine the worst that can happen, and then imagine how he copes with the difficult situation of voluntary regulation management that has arisen, how he manages to cope with negative emotions.

7. "*Scaling*" allows one to make "measurements" of behavior problems using the principles of self-assessment of problems and dynamic changes by the subjects. At the same time, visualization of the processes of changes was used with the fixation of the results in protocols.

8. *Self-observation*. This technique provides the psychologist with the opportunity to determine the main line of problematic behavior. In addition, in our opinion, self-observation in itself allows you to transform problematic behavior. Self-observation helps the student to learn to recognize his own thoughts (cognitions), feelings and actions in difficult situations. For example, a younger student who is characterized by manifestations of aggression towards his relatives, classmates, can learn to recognize what makes him angry and maintain the same stereotype of behavior, about

what is he thinking at this moment, what are his motives. Gradually, instead of physical aggression, he begins to use a safer verbal component of it. This technique was often used in the individual psychocorrection of voluntary behavior in subjects.

Thus, the developed training programs consisted of various types of behavioral modification. The positive dynamics of the subjects was manifested under the condition of their active involvement in the process of psychocorrection and taking responsibility for the result. Students developed new coping strategies with difficulties that were previously absent from their behavioral repertoire. Self-control methods help to reduce fear and anxiety, control aggressive behavior, improve interpersonal relationships with peers, parents and teachers, increase self-confidence and ultimately regulate self-esteem. One of the examples of the "Positive Template" training program is presented in Appendix J.

5.3 Effectiveness of the implementation of the psychological support program for children with cognitive health impairment in the educational environment

Evaluation of the effectiveness of the developed program of psychological support for children with cognitive health disorders was carried out based on the effectiveness of qualitative and quantitative characteristics of components and levels of self-regulation [Chereneva E.A., Sokhadze E.M., Stoyanova I. Ya., 2021].

The percentages were compared using the criterion φ (Fisher angular transformation). Comparative results are shown in tables 73-79 and in Appendices D and E.

The results obtained in the age group of 8-9 years indicate the presence of adaptive behavior strategies in all categories of subjects at the initial stage of the study, as well as positive dynamics in the indicators

after psychological work. In the IDD group, this indicator improved in 6 % of cases, and in the MIDI group – in 10%. These data indicate the possibilities of correcting self-regulation in children with cognitive deficiency at primary school age and confirm the effectiveness of the program used.

7 Table 73 – Indicators of intergroup differences in self-regulation strategies among schoolchildren (age group 8-9 years)

Scales	Groups											
	NID				IDD				MIDI			
	Before		After		Before		After		Before		After	
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%
Adaptive strategies	35	47,3	48	63,1	16	21,0	22	28,95	4	5,3	14	13,16
High level	10	13,1	18	23,7	1	1,3	7	9,2	0	0	4	2,63
Average level	25	33	30	39,5	10	13,16	15	19,7	4	5,3	10	10,53
Non-adaptive strategies	41	53,9	28	36,8	60	78,95	54	71,0	72	94,7	62	81,58
Level below average	25	33	27	35,5	40	52,6	48	63,16	45	59,2	40	52,63
Low level	16	21,0	1	1,3	20	26,32	6	7,89	27	35,5	22	28,95

The most pronounced dynamics in the values of voluntariness is observed in healthy subjects ($p \leq 0.05$). In children with cognitive health disorders, there is a tendency to improve at all levels of self-regulation. Thus, at the regulatory level, dynamic changes of all components of self-regulation are noted: goal setting, regulation of emotional states, control of actions and achievement of the goal of activity. The subjects mastered the steady skills of setting goals, controlling actions and achieving goals. Qualitative changes in the personality-semantic level are also noted. This is manifested in the characteristics of self-esteem, the level of pretension, understanding of one's goals and capabilities, skills in regulating emotional states and achieving goals. There is an increase in adaptive strategies (Table 74).

The subjects of the MIDI group have dynamic changes in the formation of adaptive strategies and a decrease in the number of non-adaptive ones.

Age characteristics in the formation of voluntariness are established. Thus, healthy schoolchildren do not show age-related changes in adaptive strategies at the initial stage of the study.

Table 74 – Intergroup differences in the ratio of self-regulation and coping strategies among schoolchildren (age group 8-9 years), before and after the implementation of the psychological support program

Scales	Groups		
	NID	IDD	MIDI
Adaptive strategies	2,13*	1,11	1,72**
High level	1,68	0,28	1,997*
Average level	0,84	1,08	1,20
Non-adaptive strategies	2,14*	1,12	2,60**
Level below average	0,34	1,33	0,82
Low level	4,48***	3,13***	0,86
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).			

At the same time, 10-11-year-olds show the same tendencies as 8-9-year-olds, which characterize dynamic changes after the psychological program. Similar trends are typical for schoolchildren with cognitive health disorders. These data indicate uniform patterns of self-regulation development for healthy and children with cognitive health disorders (Table 75).

It should also be noted the effect of the factor of ontogenetic development, which manifested itself equally in all groups of 10-11-year-olds (Table 75). Thus, in children of the MIDI group, a small increase in indicators in adaptive strategies was revealed. Schoolchildren of this nosological group more actively criticized teachers and parents, and also showed a desire for autonomy and independence in decision-making compared to younger children.

In the course of psychological work, positive dynamics associated with the components of self-regulation were noted.

Table 75 – Intergroup differences in the ratio of self-regulation and coping strategies among schoolchildren before and after the implementation of the psychological support program (age category 10-11 years)

Scales	Groups											
	NID				IDD				MIDI			
	Before		After		Before		After		Before		After	
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%
Adaptive strategies	35	46,05	49	64,47	44	57,89	48	63,16	15	19,74	18	23,68
High	10	13,16	29	38,16	9	11,84	16	21,05	1	1,32	4	5,26
Average	25	32,89	20	26,32	35	46,05	32	42,11	14	18,42	14	18,42
Non-adaptive strategies	41	53,95	27	35,53	32	42,11	28	36,84	61	80,26	58	76,32
Below average	25	32,89	25	32,89	20	26,32	23	30,26	38	50,00	40	52,63
Low	16	21,05	2	2,63	12	15,79	5	6,58	23	30,26	18	23,68

We have established that children with cognitive deficiency are capable of productive interaction when planning activities, controlling them and achieving goals. There are changes in the quantitative indicator of maladaptive strategies (differences are significant at the level of $p \leq 0.05$) in subjects aged 10-11 years of the IDD group.

Table 76 – Intergroup differences in indicators of formation of levels of voluntary regulation (age category 10-11 years)

Scales	Groups		
	NID	IDD	MIDI
Adaptive strategies	2,29**	0,67	0,60
High level	3,63***	1,56	1,45
Average level	0,89	0,50	0,00
Non-adaptive strategies	2,29*	0,66	0,60
Level below average	0,0	0,55	0,32
Low level	3,89***	1,84*	0,92
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).			

An important part of the psychological support program is teaching children how to regulate emotional states. At the same time, external control is required (Table 76). It should be noted that this

component is directly related to the child-parent relationship (parental attitudes, emotional support).

At the stage of the formative experiment, along with psychological correction of self-regulation, work was carried out with parents of children of the IDD and MIDI groups aimed at correcting child-parent relations as a component of cognitive health. Complex psychological work contributed to dynamic changes in all components of self-regulation (Table 77).

Table 77 – Intergroup differences in indicators of components of the cognitive level of self-regulation (age group 8-9 years)

Scale	Groups											
	NID				IDD				MIDI			
	Before		After		Before		After		Before		After	
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%
Setting a goal	50	65,79	65	85,53	10	13,16	29	38,16	2	2,63	14	18,42
Regulation of emotional states	48	63,16	52	68,42	37	48,68	42	55,26	20	26,32	36	47,37
Control of actions	38	50,00	42	55,26	13	17,11	39	51,32	13	17,11	29	38,16
Achieving the goal of an action	39	51,32	45	59,21	10	13,16	30	39,47	5	6,58	21	27,63

The maximum increase in the values of indicators in the subjects of the MIDI group is noted on the scales "regulation of emotional state" and "achieving the goal of an action" – there is an improvement in indicators in 16% of the subjects. In the IDD group, there is a significant increase in indicators on the scale "control of actions" - 26% of cases, as well as in "achieving the goal of an action" - 20%.

Using the coefficients of the Fisher angular transformation, it was found that in the IDD and MIDI groups there is an increase in indicators on the scale "setting a goal". The differences are significant at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).

Significant differences in the indicators of the components of self-regulation were revealed after psychological assistance.

Table 78 – Intergroup differences in indicators of self-regulation components in schoolchildren (age group 8-9 years)

Scale	Groups		
	NID	IDD	MIDI
Setting a goal	2,88***	3,63***	3,47***
Regulation of emotional states	0,68	0,81	2,72**
Control of actions	0,65	4,59***	2,96***
Achieving the goal of an action	0,98	3,79***	3,61***
* $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).			

The indicator "regulation of emotional states" in the subjects of the IDD group has no significant differences after the psychological support program. And in the subjects of the MIDI group, the skill of regulating emotional states in the process of activity has been formed – changes are significant at the level of $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$).

Qualitative changes occurred in all groups of subjects aged 8-9 years (Table 79). In the IDD and MIDI groups, dynamic changes are observed in all components of self-regulation, and the indicators in the children of the MIDI group are improved to a greater extent. The most significant differences ($p \leq 0.001$) in the subjects of both nosological groups occurred on the scales "setting a goal", "control of actions" and "achieving the goal of an action". In healthy subjects, a significant increase in indicators (at the level of $p \leq 0.001$) is noted on the "setting a goal" scale. The remaining indicators have no significant differences.

The most significant positive changes, at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$), occurred in schoolchildren aged 10-11 years (IDD group) on the scale of "setting a goal", and in the MIDI group – "achieving the goal of an action" (Table 79). The subjects of the IDD group had changes in all indicators of self-regulation. It should be noted that the positive dynamics of indicators is expressed in this group (significance

at the level of $p \leq 0.05$; $\varphi = 1.64$) with regard to the parameters "regulation of emotional states" and "achieving the goal of an action".

Table 79 – Indicators of intergroup differences in self-regulation components in schoolchildren (age category 10-11 years), before and after psychological work

Scale	Groups		
	NID	IDD	MIDI
Setting a goal	0,493	3,205***	1,245
Regulation of emotional states	0,166	1,831*	0,820
Control of actions	0,382	2,768**	0,814
Achieving the goal of an action	1,066	2,287*	3,791***
* The differences are significant at the level of $p \leq 0.05$ ($\varphi = 1.64$). ** The differences are significant at the level of $p \leq 0.01$ ($\varphi = 2.31$). *** The differences are significant at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$).			

In the MIDI group, after the completion of psychological work, similar indicators are slightly lower than in the IDD group. This indicates the need to increase the duration of the implementation period of the psychological support program for schoolchildren with this variant of cognitive health disorders.

Positive changes in self-regulation indicators in both nosological groups indicate the prospects for its productive development and the effectiveness of the developed program in order to establish the cognitive health of younger schoolchildren in an educational environment.

Appendix E presents the material reflecting the dynamic changes of the studied parameters. Based on the results obtained, we can assert that behavior correction is more effective in the younger age group.

During the analysis of the dynamics of the components of voluntary regulation of behavior, we found positive changes. The results are presented in tabular and graphical formats. Let's characterize the data by age. Thus, it is obvious that in both age categories, positive dynamics is noted when using special psychological support

of children in the IDD and MIDI groups. We have found that children with cognitive deficiency are capable of productive interaction when planning activities, controlling them and achieving goals. It should be borne in mind that the functions of regulation and control are the most impaired. In order to achieve sustainable results, regular psychological assistance is needed for schoolchildren with cognitive health disorders.

5. 4 Chapter 5 conclusions

Based on the results of the study aimed at studying self-regulation in children with cognitive health impairments, the possibilities of psychological assistance in the educational system were considered. The concept of psychological support for younger schoolchildren was developed, which includes systemic organizational and substantive components that make it possible to increase the effectiveness of psychological support aimed at the formation of self-regulation as a significant psychological factor determining the health of students.

1. Within the framework of the concept of psychological assistance to children with cognitive health impairments, scientific and methodological approaches to the organization of the process of psychological support were formulated.

2. The structure of psychological work was outlined, which includes the following aspects: psychological (health care, formation of levels of self-regulation), needs-based and motivational (formation of motivation and the need for self-development), axiological (awareness of the value of one's own uniqueness, unity with the world), educational (improvement of social, personal and educational competence).

3. The foundations of psychological work were defined, including an integrated approach: advisory work with parents, strengthening the role of the father, cooperation with school specialists.

4. The developed program of psychological support includes methods of using positive images, social play, social self-control, as well as the mental map method.
5. In the IDD and MIDI groups, there was a positive trend at each level of self-regulation after the implementation of the psychological support program.
6. In groups of impaired cognitive health in both age categories, dynamic changes in all components of self-regulation were detected at the regulatory level, including goal setting, regulation of emotional states, control of actions and achievement of the goal of activity ($p \leq 0.001$).
7. Positive changes were found, at the level of $p \leq 0.001$ ($\varphi = 2.81$) in schoolchildren aged 10-11 years (IDD group), on the scale of "goal setting", and in the MIDI group – "goal achievement".
8. In the MIDI group, the regulation of emotional states improved ($p \leq 0.01$; $\varphi = 2.31$).
9. Positive changes in self-regulation indicators in younger schoolchildren with cognitive health impairments indicate the effectiveness of the developed program.

Conclusion

The results of the study made it possible to establish the following patterns.

1. Psychological analysis aimed at theoretical understanding of the phenomenon of self-regulation in the context of cognitive health and its disorders in younger schoolchildren allowed us to state the psychological versatility of this phenomenon, including cognitive, personality-semantic and regulatory levels and components. Impairments of self-regulation are caused by biopsychosocionoetic factors. The content of impaired self-regulation is filled with negative manifestations.
2. A pathopsychological model was created describing self-regulation in younger schoolchildren with clinical diagnoses according to ICD-10: F 80.82, F 81 (MIDI group), and F 70 (IDD group); these cognitive health disorders include impairments of personality-semantic, cognitive and regulatory levels.
3. Variants of the pathopsychological model of self-regulation in children with impaired cognitive health were identified, taking into account nosological groups, which contain similar and different forms of self-regulation impairments.
4. Students of the MIDI group have impairments at all levels of self-regulation. Impairments of the dynamic characteristics of thinking (rigidity, stiffness, inertia, fixedness, perseverance) are more pronounced. Impairments of thinking at the stage of activity planning, emotional regulation and control of actions were revealed. Impairments of the personality-semantic level are associated with a decrease in control of action and insufficient forecasting ($p \leq 0.05$).
5. Impairments of the regulatory and cognitive levels were registered in the IDD group. Impairments at the personality-semantic level were revealed to a lesser extent than in the MIDI group ($p \leq 0.05$).

Students of the IDD group are more productive, have higher self-esteem and a more pronounced ability to critically evaluate their actions.

6. In children with cognitive deficiency, maladaptive strategies prevail in comparison with the normative group ($p \leq 0.001$). The predominance of adaptive strategies is noted in the group of healthy subjects ($p \leq 0.00$).
7. With age, adaptive behavioral strategies develop in children with impaired cognitive health. While only 5.26% of 8-9-year-old subjects use adaptive strategies, at the age of 10-11 years this share is already 19.74%.
8. A positive relationship has been established between cognitive, regulatory and personality-semantic levels of self-regulation in all groups of the presented sample.
9. The specificity of child-parent relations in families of schoolchildren with impaired cognitive health is noted, which reduces the possibility of self-regulation development.
10. The program of complex psychological support of younger schoolchildren in the conditions of the educational process, aimed at the formation of self-regulation, contributes to the improvement of their cognitive health:

A) In the MIDI group, there are tendencies to improve the regulatory and personality-semantic levels of the pathopsychological model of self-regulation. Prerequisites for increasing the productivity of behavior components and increasing adaptive behavior strategies have been formed.

B) Students of the IDD group have improvements at all levels of self-regulation, qualitative changes in such components of behavior, such as goal setting, emotion regulation, control of actions and goal achievement. As a result, the number of adaptive behavior strategies increased.

C) In the NID group, positive changes are observed at all levels of the self-regulation model and an increase in indicators of adaptive behavior strategies.

Thus, in the course of the study, the regularities of the manifestation of self-regulation were established: in schoolchildren with cognitive health impairment

the formation of self-regulation components. A comprehensive program of psychological support was developed and tested, which includes all participants in the educational process (children, parents, teachers, psychologists, speech therapists); its effectiveness was proved. This program is a socio-psychological resource for improving the cognitive health of younger schoolchildren.

The following areas are seen as promising.

1. The study of the pathopsychological model of self-regulation in children and adolescents of other nosological groups as a health-saving method.
2. Differential diagnosis of behavioral disorders in children with cognitive health impairments.
3. Technologies of psychological assistance to children with cognitive health impairments.
4. Cognitive health of children and adults in a digital environment.
5. Psychological prevention of cognitive health impairments in children and adolescents.

Bibliography

1. Abulkhanova-Slavskaya A. K. Activity and psychology of personality / A. K. Abulkhanova-Slavskaya. – M. : Nauka, 1980. – 335 p.
2. Azbukin D. I. Physical education in a special school //Educational work in special schools / D. I. Azbukin. – M. : Uchpedgiz, 1943. – Issue I. – pp. 67-86.
3. Azbukin D. I. Clinic of oligophrenia / D. I. Azbukin. – M. : Uchpedgiz, 1936. – 128 p.
4. Ireland U. Idiocy and stupidity / W. Ireland; with a preface. and additional by Prof. I. P. Merzheevsky; translated from the English by Dr. B. V. Tomashevsky. – St. Petersburg : type. G. E. Blagosvetlova, 1880. – 452 p.
5. Alekhin A. N. Features of the formation of thinking in a digital environment [Electronic resource] / A. N. Alekhin, A. A. Grekova // Clinical and special psychology. – 2019. – Vol. 8, No. 1. – C. 162-176. – doi: 10.17759/psycljn.2019080110
6. Albrecht E. Ya. Emotional-volitional sphere in oligophrenic adolescents with mental decompensation / E. Ya. Albrecht // Defectology. - 1976. – № 4. – pp. 32-36.
7. Ananyev B. G. Development of will and character in the process of preschool education / B. G. Ananyev // Ibr. psikhol. tr. – M., 1980. – Vol. 2. – 354 p.
8. Anokhin P. K. Fundamental questions of the general theory of functional systems / P. K. Anokhin. – M. : Medicine, 1997. – 286 p.
9. Argentov N. A. Interrelation of will and mental states in senior schoolchildren : abstract of the dissertation of the Candidate of Pedagogical Sciences / N. A. Argentov. – Ryazan, 1972. – 24 p.
10. Aseev V. G. Motivation and personality formation / V. G. Aseev. – M. : Mysl, 1976. – 158 p.
11. Asmolov A. G. Beyond consciousness: methodological problems of non-classical psychology / A. G. Asmolov. – M. : Sense, 2002. - 480 p.
12. Asmolov A. G. Personality psychology: Principles of general psychological analysis. – M.: Publishing House of Moscow State University, 1990. – 367 p.
13. Asmolov A. G. Cultural and historical psychology and the construction of worlds / A. G. Asmolov. – Moscow; Voronezh, 1996. – 768 p.
14. Akhutina T. V. Health-saving technologies of training: neuropsychological

approach / T. V. Akhutina // Questions of psychology. - 2002. – № 4. – pp. 101-111.

15. Akhutina T. V. Overcoming the difficulties of teaching: a neuropsychological approach / T. V. Akhutina, N. M. Pylaeva. – St. Petersburg : Peter, 2008. – 64 p.

16. Babkina N.V. Self-regulation in cognitive activity in children with mental retardation : an educational and methodological manual / N. V. Babkina. – M. : Vldos, 2016. – 190 p.

17. Babkina N. V. Typological differentiation of mental retardation as a tool of modern educational practice [Electronic resource] / N. V. Babkina, I. A. Korobeynikov // Clinical and special psychology. – 2019. – Vol. 8, № 3. – pp. 125-142. – doi: 10.17759/cpse.2019080307. – URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2019/n3/Babkina_Korobeinikov.shtml

18. Badalyan L. O. Neuropathology: textbook. – 6th ed., reprint. and additional / L. O. Badalyan. – M. : Academy, 2009. – 400 p.

19. Bakaeva I. A. Protective mechanisms and coping strategies in children with cerebral palsy and their parents / I. A. Bakaeva, E. N. Novokhatko, E. G. Shevyreva // Siberian Psychological Journal. – 2019. – No. 71. – pp. 180-196.

20. Bakanov E. N. Investigation of the genesis of volitional action: abstract of the dissertation of the candidate. psychological sciences / E. N. Bakanov. – M., 1979. – 24 p.

21. Bakanov E. N. On the nature of motives / E. N. Bakanov, V. A. Ivannikov // Questions of psychology. - 1983. – No. 4. – pp. 146-154.

22. Balabolkin I. I. The influence of transferred ante- and intranatal fetal hypoxia on the development of atopy in children / I. I. Balabolkin, N. N. Kovanova, R. K. Ignatieva. – M., 2009. – 240 p.

23. Balashova E. Y. Symptoms of neurocognitive deficit in affective disorders at a late age [Electronic resource] / E. Y. Balashova // Medical psychology in Russia : electron. scientific journal – 2020. – T. 12, № 3(62). – URL: <http://mprj.ru>

24. Balashova E. Yu. Age differences in the perception and perception of time [Electronic resource] / E. Yu. Balashova, L. I. Mikeladze // Psychological research. – 2013. – VOL. 6, No. 30. – p. 9. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html> (date of application: 10.11.2019).

25. Baranov A. A. Studying the quality of life in medicine and pediatrics / A. A. Baranov, V. I. Albitsky, I. V. Vinyarskaya // Issues of modern pediatrics. - 2005. – Vol. 4, No. 2. – pp. 7-12.
26. Baranov A. A. New possibilities of preventive medicine in solving health problems of children and adolescents in Russia / A. A. Baranov, V. R. Kuchma, V. A. Tutelyan, B. T. Velichkovsky. – M., 2006. – p. 118.
27. Barashnev Yu. I. Structural brain lesions in newborns with congenital infection / Yu. I. Barashnev, A.V. Rozanov, A. I. Volobuev // Russian Bulletin. perinatol. and pediatrics. – 2006. – No. 2. – pp. 8-14.
28. Basov M. Ya. Volya as a subject of functional psychology / M. Ya. Basov. – Pg., 1922. – 238 p.
29. Bassin F. V. The problem of the unconscious / F. V. Bassin. – M., 1968.
30. Bassin F. V. About the "power of the Self" and "psychological protection" / F. V. Bassin // Questions of Philosophy. – 1969. – № 2. – pp. 118-125.
31. Bassin F. V. On some modern trends in the development of the theory of the "unconscious": setting and significance. The unconscious: nature, functions, research methods / F. V. Bassin; aod total. ed . A. C. Prangishvili, A. E. Sherozia, F. V. Bassin. – Tbilisi : Metsniereba, 1985. – pp. 429-454.
32. Bashina V. M. Autism in childhood / V. M. Bashina, N. V. Simashkova. – M. : Medicine, 1999. – T. 236.
33. Bezrukikh M. M. Difficulties of teaching younger schoolchildren with a mental health disorder: Based on the materials of the survey conducted. at school № 138 of Moscow / M. M. Bezrukikh, S. P. Efimova, E. N. Yurkevich // The world of psychology. - 2003. – № 4. – pp. 211-218.
34. Belopolskaya N. L. Psychological diagnostics of the personality of children with mental retardation / N. L. Belopolskaya. – M. : URAO, 1999. – 148 p.
35. Belous V. V. The role of motivation and stimulation in the formation of integral personality structures / V. V. Belous, T. V. Kopan // Questions of psychology. – M., 1995. – pp. 96-104.
36. Beritov I. S. Nervous mechanisms of behavior of higher vertebrates / I. S. Beritov. – M., 1961. – 167 p.
37. Bernstein N. A. Essays on the physiology of movements and the physiology

of activity / N. A. Bernstein. – M., 1966. – 298 p

38. The unconscious: nature, functions, research methods: in 4 volumes / under the general editorship of A. S. Prangishvili, A. E. Sherozia, F. V. Bassin. – Tbilisi, 1978. – Vol. 3. – pp. 351-389.

39. Bekhterev V. M. General principles of human reflexology. Guide to the objective study of personality / V. M. Bekhterev. – M.; L.: Gosizdat, 1928. – 324 p.

40. Bitensky V. S. Analysis of the study of the mental health of children born with the help of in vitro fertilization / V. S. Bitensky, T. M. Chernova // *Visnik psichiatri ta psychopharmacotherapy*. - 2002. – № 2. – pp. 54– 57.

41. Bityanova M. R. Social psychology: science, practice and way of thinking / M. R. Bityanova. – M. : EKSMO-Press, 2001. – 576 p

42. Bogdashina O. Autism spectrum disorders: an introduction to the problem of autism : textbook / O. Bogdashina; under scientific. ed. by E. A. Cherenevoy. – Krasnoyarsk : KSPU named after V. P. Astafiev, 2014.

43. Bogomaz S. A. Development of athletes' self-regulation skills using BOS technologies / S. A. Bogomaz, T. E. Levitskaya // *Olympic Sochi: Society. Culture. Personality : materials of the 3rd All-Russian Scientific and Practical Conference, Sochi, October 7-9, 2010 – Sochi, 2010. – pp. 4-11.*

44. Bozhovich L. I. Personality and its formation in childhood / L. I. Bozhovich. – M. : Enlightenment, 1968. – 464 p.

45. Bohan T. G. Rigidity as a condition in younger schoolchildren and the possibility of its psychological correction : abstract. dis. ... cand. psychological sciences/ T. G. Bohan. – Tomsk, 1996. – 19 p.

46. Bocharova E. A. Medico-social risk factors in the formation of deviations in mental and speech development in childhood / E. A. Bocharova, P. I. Sidorov et al. // *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. - 2007. – № 4. – pp. 39-42.

47. Bochorishvili A. T. The problem of the unconscious in psychology / A. T. Bochorishvili. – Tbilisi : Publishing House of the Georgian Academy of Sciences. SSR, 1961. – 70 p.

48. Bratus B. S. Needs and motives in the psychological and moral organization of the individual. Moral consciousness of personality / B. S. Bratus. – M. : Znanie, 1985. – pp. 15-21.

49. Brin I. L. Congenital prerequisites for lateralization of brain dysfunctions in perinatal lesions of the nervous system. Structural-functional and neurochemical patterns of asymmetry and plasticity of the brain / I. L. Brin, M. L. Dunaykin, S. D. Voznyakevich. – M., 2006. – pp. 54-58.
50. Britskhin M. P. Volition and volitional qualities / M. P. Britskhin // Psychology of personality in a socialist society. – M., 1989. – S. 34-36.
51. Bryazgunov I. P. Attention deficit hyperactivity disorder in pediatrician's practice / I. P. Bryazgunov, A. Kizyaeva // Doctor. – 2011. – № 11. – pp. 49-53.
52. Burlakova N. S. Projective methods: theory, practice of application to the study of a child's personality / N. S. Burlakova, V. I. Oleshkevich. – M. : Institute of General Humanitarian Research, 2001– - 352 p.
53. Burlakova N. S. Child psychoanalysis. Anna Freud's School / N. S. Burlakova, V. I. Oleshkevich. – M. : Academy, 2015.
54. Vasilyuk F. E. Psychology of experience (Analysis of overcoming critical situations) / F. E. Vasilyuk. – M. : Publishing House of Moscow. un-ta, 1984. – 200 p.
55. Vasilyuk F. E. Psychology of experience / F. E. Vasilyuk. – M. : Publishing house of Moscow. un-ta, 1988. – 79 p.
56. Vasilyuk F. E. Methodological meaning of psychological schism / F. E. Vasilyuk // Questions of psychology. – 1996. – № 6.
57. Vedenov A.V. Education of the student's will in the process of educational activity / A.V. Vedenov. – M., 1957. – 197 p.
58. Vedenov A.V. Education of the student's will in the family / A.V. Vedenov. – M., 1953. – 204 p.
59. Vekker L. M. To the formulation of the problem of will / L. M. Vekker // Questions of psychology. – 1957. – № 2. – pp. 37-59.
60. Vekker L. M. Psyche and reality: A unified theory of mental processes / L. M. Vekker. – M. : Sense. Per Se., 2000.
61. Velichkovsky B. M. Installation and conscious control in the psychology of cognition / B. M. Velichkovsky // D. N. Uznadze – classic of Soviet psychology. Psychological research dedicated to the 100th anniversary of the birth of D. N. Uznadze. – Tbilisi : Metsniereba, 1986. – pp. 73-89.
62. Wenger A. L. Psychological examination of younger schoolchildren / A. L.

Wenger, G. A. Zuckerman. – M. : Vldos-Press, 2005. – 159 p.

63. Veraxa A. N. The connection of regulatory functions and speech production in older preschoolers: working memory and making narratives [Electronic resource] / A. N. Veraxa, E. S. Oshchepkova, D. A. Bukhalenkova, N. A. Kartushina // *Clinical and special psychology*. – 2019. – Vol. 8, № 3. – С. 56-84. – doi: 10.17759/psychclin.2019080304

64. Veselov N. G. Health of children of the first 7 years of life and prospects for its improvement in the conditions of a large city : abstract. dis. ... Doctor of Medical Sciences / V. N. Grigorievich. - M., 1985. – 44 p.

65. Vetchanina E. G. The significance of mental rigidity in the psychoemotional stress of pregnant women / E. G. Vetchanina, G. V. Zalevsky, G. B. Malgina // *Materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference on perinatal psychology*. – St. Petersburg, 2002. – pp. 163-164.

66. Vilyunas V. K. Psychological mechanisms of human motivation / V. K. Vilyunas. – Moscow : MSU, 1990. – 285 p.

67. Vlasova T. A. About children with developmental disabilities. – 2nd ed., ispr. and add./ T. A. Vlasova, M. S. Pevsner. – M. : Enlightenment, 1973. – 176 p.

68. Volgina S. Ya. Neuropsychic development of premature infants in remote periods of life / S. Ya. Volgina, V. D. Mendelevich // *Neurological Bulletin*. - 2001. – Vol. XXXIII, vol. 3-4. – pp. 84-88.

69. Volkova O. V. Studying the features of development and prospects of correction of volitional action of frequently ill older children preschool age within the framework of the biopsychosocioetic model of human development / O. V. Volkova // *Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V. P. Astafyev*. - 2010. – No. 1. – pp. 99-103.

70. Volkova O. V. On the question of the peculiarities of arbitrary behavior of healthy and often ill children of senior preschool age / O. V. Volkova // *Bulletin of the Development of Science and Education*. - 2010. – № 5. – pp. 109– 113.

71. Volkova O. V. Psychological and pedagogical correction of volitional development of senior preschoolers with impaired health / O. V. Volkova // *Psychology of learning*. - 2013. – № 6. – pp. 44-61.

72. Wundt V. *Essays of psychology* / V. Wundt. – M., 1912. – 349 p.

73. Vygotsky L. S. Diagnostics of development and pedagogical clinic of difficult childhood / L. S. Vygotsky // Collected works : in 6 vols. – M. : Pedagogy, 1983. – Vol. 5. – pp. 257-321.
74. Vygotsky L. S. Problems of defectology / L. S. Vygotsky. – M. : Enlightenment, 1995. – 527 p.
75. Vygotsky L.S. Psychology / L. S. Vygotsky. – M. : April-Press; EKSMO-Press, 2000. – 1004 p.
76. Vygotsky L. S. Collected works: in 6 volumes / L. S. Vygotsky. – M. : Pedagogika, 1983. – Vol. 5. – 280 p.
77. Vygotsky L. S. Collected works: in 6 vols. / L. S. Vygotsky. – Vol. 2: Problems of general psychology. – M. : Pedagogy, 1982.
78. Vysotsky A. I. Age dynamics of volitional activity of schoolchildren and methods of its study: abstract of the dissertation of the Doctor of pedagogical sciences / A. I. Vysotsky. – L., 1982. – 39 p.
79. Vysotsky A. I. Volitional activity of schoolchildren and methods of its study / A. I. Vysotsky. – Chelyabinsk, 1979. – 298 p.
80. Galazhinsky E. V. Mental rigidity as an individual psychological factor of school maladaptation : abstract of the dissertation of the candidate. Psychological sciences / E. V. Galazhinsky. – Tomsk, 1996. – 23 p.
81. Galazhinsky E. V. System determination of self-realization of personality: abstract of the dissertation of Doctor of psychological sciences / E. V. Galazhinsky. – Barnaul, 2002. – 43 p.
82. Galperin P. Ya. Methods of teaching and mental development / P. Ya. Galperin. – M., 1985. – 321 p.
83. Gersamia E. A. The fixed attitude of oligophrenic children and some features of the structure of their psyche / E. A. Gersamia. – Tbilisi, 1968. – 173 p.
84. Golosnaya G. S. The role of apoptosis inhibitors in the diagnosis and prognosis of outcomes of perinatal hypoxic brain lesions in newborns / G. S. Golosnaya // Pediatrics. - 2005. – № 3. – pp. 30-36.
85. Goncharova O. N. Consequences of perinatal hypoxic lesions of the central nervous system in children and methods of their drug correction / O. N. Goncharova // Pediatrics. - 2009. – №3. – pp. 35-38.

86. Graborov A. N. Essays on oligophrenopedagogy / A. N. Graborov. – M., 1961. – 341 p.
87. Graphic test "Stars and waves" / U. Ave-Lallemant. – St. Petersburg : Semantics-S & Speech, 2002. – 240 p. – (Series "Workshop on psychodiagnostics")
88. Gurevich K. M. Development of volitional actions in children of primary school age: abstract of the dissertation of the Candidate of Pedagogical Sciences / K. M. Gurevich. – M., 1940. – 56 p.
89. Gurevich M. O. Psychomotor / M. O. Gurevich, N. I. Ozeretsky. – M. : Gosmedizdat, 1930. – Part 1, 2.
90. Gutkevich E. V. Family and mental disorders (genetics, prevention, ethics) / E. V. Gutkevich. – Saarbrücken : Palmarium Academic Publishing, 2014. – 228 p .
91. James W. Psychology / W. James. – M., 1991. – 325 p.
92. Dmitriev A. A. Physical culture in special education / A. A. Dmitriev. – M. : Academia, 2002. – 175 p.
93. Dobryakov I. V. Mental and somatic development of children conceived by in vitro fertilization / I. V. Dobryakov, S. B. Leshchinskaya, I. Ya. Stoyanova, O. V. Magdenko // Issues of mental health of children and adolescents (Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychology, Psychotherapy and Related disciplines). – 2019 (19). – № 4. – pp. 122– 132.
94. Dolgikh G. B. Cerebrovascular dystonia in children / G. B. Dolgikh. – M. : Medliteratura, 2007. – 247 p.
95. Domishkevich S. A. A functional-level approach to the diagnosis and correction of cognitive activity in normal and developmental disorders (fragments) / S. A. Domishkevich // Defectology. - 2005. – № 4. – pp. 47-54.
96. Doronina I. V. Motivational basis of volitional regulation of mental activity : abstract. dis. ... cand. psychological sciences / I. V. Doronina. – Novosibirsk, 1997. – 17 p.
97. Doronina I. N. Development of emotional acceptance by parents of younger schoolchildren with mental retardation [Electronic resource] / I. N. Doronina, N. A. Mosina // Medical psychology in Russia: electron. scientific journal – 2021. – T. 13, No. 1 (66). – URL: <http://mprj.ru>
98. Drobysheva E. S. Identification of personality traits of another by voice by adolescents with intellectual disabilities : dis. ... cand. psychol. Sciences / E. S.

Drobysheva. – Yekaterinburg, 2012.

99. Druzhinin V. N. Psychology of the family / V. N. Druzhinin. – Yekaterinburg : Business Book, 2000. – 200 p.

100. Dulnev G. M. Issues of correction of the development of mentally retarded children in the learning process / G. M. Dulnev // The correctional role of teaching in an auxiliary school. – M. : Pedagogy, 1971. – pp. 3-10.

101. Eremina D. A. The study of cognitive functioning in a cardiac surgery clinic: methodology and promising research directions [Electronic resource] / D. A. Eremina // Clinical and special psychology. – 2019. – Vol. 8, № 4. – C. 1-22. – doi: 10.17759/psyclin.2019080401

102. Zhmurov V. A. Psychopathology : studies. manual / V. A. Zhmurov. – Irkutsk : Publishing house Irkut. un-ta, 1994. – Part 1: Symptomatology. – 240 p

103. Zabramnaya S. D. Psychological and pedagogical diagnostics of mental development of children / S. D. Zabramnaya. – M. : Enlightenment ; Vlados, 1996. – 112 p

104. Zavadenko N. N. Difficulties of school education: hyperactive disorder with attention deficit and dyslexia / N. N. Zavadenko, N. Yu. Suvorinova, M. V. Rumyantseva // Consilium Medicum. Pediatrics (Adj.). – 2006. – № 8 (2).

105. Zalevsky G. V. Fixed forms of behavior of individual and group systems / G. V. Zalevsky. – Moscow ; Tomsk : Publishing House Vol. University, 2004. - 460 p.

106. Zalevsky G. V. Fixed forms of economic behavior / G. V. Zalevsky, V. G. Zalevsky // Economic psychology: actual theoretical and applied problems. – Irkutsk, 2005. – pp. 40-45.

107. Zalevsky G. V. Mental rigidity – flexibility as an acmeological invariant of professionalism / G. V. Zalevsky, N. V. Kozlova // Siberian Psychological Journal. – 2006. – №22. – pp. 146-149.

108. Zalevsky V. G. Mental rigidity-flexibility in the personality structure of people with subject-subject professional orientation : abstract of the dissertation of the candidate. psychological sciences / V. G. Zalevsky. – Barnaul, 1999. – 25 p.

109. Zalevsky G. V. Age-sexual characteristics of mental rigidity / G. V. Zalevsky // Siberian Psychological Journal. – 1998. – Issue 8-9. – pp. 15-22.

110. Zalevsky G. V. Mental rigidity in norm and pathology / G. V. Zalevsky. – Tomsk : Publishing House of TSU, 1993. – 272 p.

111. Zalevsky G. V. Fixed forms of behavior at the level of individual and group systems / G. V. Zalevsky // *Siberian Psychological Journal*. – 2000. – Vol. 12. – pp. 36-42.
112. Zamsky H. S. Mentally retarded children / H. S. Zamsky. – M. : NGO "Education", 1995. – 436 p.
113. Zankov L.V. Essays on the psychology of a mentally retarded child / L. V. Zankov. – M., 1935. – 147 p.
114. Zaporozhets A.V. The development of voluntary movements / A.V. Zaporozhets // *Izbr. psikhol. tr.* – M. : Pedagogika, 1986. – Vol. 2. – 160 p.
115. Zaporozhets A.V. The development of voluntary movements in preschool children / A.V. Zaporozhets. – M. : Publishing House of the APN RSFSR, 1960. - 340 p.
116. Zakharov A. I. Neuroses in children and adolescents / A. I. Zakharov. – L. : Medicine, 1988. – 248 p.
117. Zakharov A. I. Psychotherapy of neuroses in children and adolescents / A. I. Zakharov. – L. : Medicine, 1982. – 216 p.
118. Zvereva N. V. Problems of pathopsychological diagnostics in a children's psychiatric clinic / N. V. Zvereva // *Issues of mental health of children and adolescents (Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychology, Psychotherapy and Related disciplines)*. – 2018. – № 1 (18). – Pp. 20-27.
119. Zvereva N. V. Children's clinical psychology: history and current state [Electronic resource] / N. V. Zvereva, T. G. Goryacheva // *Medical psychology in Russia: electron. scientific journal*. – 2015. – № 2(31). – C. 2. – URL: <http://mprj.ru>
120. Zvereva N. V. Pathopsychology of childhood and adolescence. – 2nd ed. / N. V. Zvereva, O. Y. Kazmina, E. G. Karimulina. – M. : Yurayt, 2019. – 221 p.
121. Zvereva N. V. Modern approaches to the assessment of cognitive development of children and adolescents born with IVF / N. V. Zvereva, A. A. Sergienko, S. E. Strogova, M. V. Zvereva // *Issues of mental health of children and adolescents (Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychology, Psychotherapy and Related disciplines)*. – 2019. – № 4 (19). – Pp. 133-143.
122. Zeigarnik B. V. Pathopsychology / B. V. Zeigarnik. – M. : April-Press; EKSMO-Press, 2000. – 574 p.
123. Zeigarnik B. V. Self-regulation of behavior in norm and pathology / B. V. Zeigarnik, A. B. Kholmogorov, E. S. Mazur // *Psychological Journal*. – 1989. - no. 2. –

pp. 59-69.

124. Zeigarnik B. V. Mediation and self-regulation in norm and pathology / B. V. Zeigarnik // *Bulletin of Moscow State University. – Ser. 14. Psychology. – 1981. – № 2. – pp. 9-14.*

125. Zinchenko V. P. Affect and intelligence in education / V. P. Zinchenko. – M. : Trivolta, 1995. – 63 p.

126. Zinchenko V. P. Installation and activity: is a paradigm needed? // *The unconscious: nature, functions, research methods / V. P. Zinchenko. – Tbilisi, 1978. – Vol. 1. – pp. 133-146.*

127. Zhukovin I. Yu. Development of motor characteristics of high school students of auxiliary schools in physical culture lessons of sports and training orientation: abstract. dis. ... Candidate of Pedagogical Sciences / I. Y. Zhukovin. – Krasnoyarsk, 2000. – 21 p.

128. Ivanov-Smolensky A. G. Essays on the pathophysiology of higher nervous activity (According to I. P. Pavlov and his school). – 2nd ed., ispr. and add. / A. G. Ivanov-Smolensky. – M. : Medgiz, 1952. – 292 p

129. Ivannikov V.A. Volition as an arbitrary form of motivation / V. A. Ivannikov // *Emotional-volitional regulation of behavior and activity : theses of the All-Union Conference. – Simferopol, 1986. – pp. 32-41.*

130. Ivannikov V. A. To the essence of volitional behavior / V. A. Ivannikov // *Psychological Journal. – 1985. – No. 3. – pp. 27-32.*

131. Ivannikov V. A. Arbitrary processes and the problem of will / V. A. Ivannikov // *Vestnik Mosk. un-ta. – Ser. 14. Psychology. – 1986. – No. 2. – pp. 48-52.*

132. Ivannikov V. A. Volitional self-regulation of the motivation process / V. A. Ivannikov, A.V. Monroz // *Psychological research. – 2014. – Vol. 7, № 35. – URL: <http://psystudy.ru> (date of reference: 03/25/2016).*

133. Ivannikov V. A. Psychological mechanisms of volitional regulation / V. A. Ivannikov. – M. : Publishing House URAO, 1998. – 141 p.

134. Ilyin E. P. Psychology of will / E. P. Ilyin. – St. Petersburg : Peter, 2000. – 280 p.

135. Ilyin E. P. The connection of volitional qualities with an individual style of activity / E. P. Ilyin // *Experimental studies of volitional activity. – Ryazan, 1986. – pp.*

25-29.

136. Indenbaum E. L. Determinants of the state of the affective sphere of older preschoolers with non-rough cognitive and speech disorders / E. L. Indenbaum, V. V. Konyaeva, N. N. Selezneva // *Defectology*. - 2014. - № 4. - pp. 34-42.

137. Indenbaum E. L. A new look at an old problem: on the question of forms of mental retardation, educational needs of children and possible ways of helping / E. L. Indenbaum (Shepko) // *Education and training of children with developmental disabilities*. - 2011. - № 5. - pp. 3-10.

138. Iosifyan M. A. Brain mechanisms of mental model disorders in autism spectrum disorders and schizophrenia: a review of fMRI data [Electronic resource] / M. A. Iosifyan, E. A. Merzhina, D. A. Bazhenova, V. E. Sinitsyn, O. M. Larina, E. V. Pechenkova // *Clinical and special psychology*. - 2020. - Vol. 9, № 1. - C. 17-46. - doi: 10.17759/cpse.2020090102

139. Isaev D. N. Mental retardation in children and adolescents. Manual / D. N. Isaev. - M. : Speech, 2003.

140. Isaev D. N. Psychopathology of childhood: textbook for universities / D. N. Isaev. - St. Petersburg : SpetsLit, 2001. - 463 p.

141. Isaev D. N. Mental underdevelopment in children / D. N. Isaev. - L. : Medicine, 1982. - 223 p.

142. Isaev D. N. Psychosomatic medicine of childhood / D. N. Isaev. - St. Petersburg : Special literature, 1996. - 454 p.

143. Kagan V. E. Autism in children / V. E. Kagan. - L. : Medicine, 1981. - 208 p.

144. Kalin V. K. Volitional regulation of activity : abstract. dis Doctor of pedagogical Sciences / V. K. Kalin. - Tbilisi, 1989. - 62 p.

145. Kalin V. K. Volitional effort as a subject of experimental research / V. K. Kalin // *Scientific works Krasnodar. pedagogical Institute. Questions of psychology and pedagogy of will*. - 1969. - Issue 109. - pp. 58-67.

146. Kalinina N. V. Formation of social competence as a mechanism for strengthening the mental health of the younger generation / N. V. Kalinina // *Psychological science and education*. - 2001. - pp. 16-21.

147. Kapralova R. M. The influence of family relations on the volitional development of adolescents : abstract of the dissertation ... cand. psychological sciences /

R. M. Kapralova. – Ryazan, 1967. – 19 p.

148. Karaush I. S. Mental health of children with sensory disorders : dis. ... Doctor of Medical Sciences / I. S. Karaush. – Tomsk, 2016. – 402 p.

149. Karelina I. O. Psychological and pedagogical aspect of the formation of arbitrary regulation of emotions in older preschool children / I. O. Karelina // Actual pedagogy. – 2017. – pp. 36-44.

150. Karpov S. M. Neurophysiological aspects of childhood traumatic brain injury / S. M. Karpov. – Stavropol : Publishing House of StGMA, 2010. – pp. 184.

151. Kleiberg Yu. A. Psychology of deviant behavior / Yu. A. Kleiberg. – M. : SC Sphere, 2001.

152. Clinical psychology / ed. by B. D. Karvasarsky – St. Petersburg : Peter, 2002. – 960 p.

153. Clinical psychology / ed. by M. Perre, U. Baumann. – St. Petersburg : Peter, 2002. – 1312 p

154. Klochko V. E. Self-organization in psychological systems: problems of the formation of the mental space of personality : (introduction to the trans-perspective analysis) / V. E. Klochko. – Tomsk : Vol. State University, 2005. – 174 p.

155. Klochko V. E. Self-realization of personality: a systematic view / V. E. Klochko, E. V. Galazhinsky. – Tomsk : Publishing House Vol. un-ta, 1999– - 154 p.

156. Klochko V. E. Mental space of personality as a subject of professional and psychological understanding / V. E. Klochko // Personality in paradigms and metaphors: mentality communication - tolerance. Tomsk : Publishing House Vol. un-ta, 2002. - 258 .

157. Klochko V. E. Methodological principles of the theory of psychological systems / V. E. Klochko // Fixed forms of behavior in education, science and culture. – Biysk: SIC BiGPI, 2000. – pp. 8-16.

158. Kovalev V. V. Semiotics and diagnostics of mental diseases in children and adolescents / V. V. Kovalev. – M. : Medicine, 1985. – 288 p.

159. Kozhushko N. Yu. Mechanisms of developmental disorders, the possibility of their correction of higher mental functions and speech in children : abstract. dis. ... Doctor of Biological Sciences / N. Yu. Kozhushko. – St. Petersburg, 2009. – 32 p.

160. Kolominsky N. L. Personality development of auxiliary school students / N. L. Kolominsky. – Kiev : Glad. school, 1978. – 87 p.

161. Konopkin O. A. Mental self-regulation of voluntary human activity (structural and functional aspect) / O. A. Konopkin // Questions of psychology. - 1995. – № 1. – pp. 5-12.

162. Konopkin O. A. Psychological mechanisms of regulation of activity / O. A. Konopkin. – M., 1980.

163. Konopkin O. A. Structural-functional and content-psychological aspects of conscious self-regulation / O. A. Konopkin // Psychology. Journal of the Higher School of Economics. - 2005. – Vol. 2, No. 1. – pp. 27-42.

164. Konopkin O. A. Conscious self-regulation as a criterion of subjectivity / O. A. Konopkin // Questions of psychology. - 2008. – No. 3. – pp. 22-30.

165. Kornilov K. N. Will and its education / K. N. Kornilov. – M., 1957. -145 p.

166. Kornilov K. N. Education of will and character / K. N. Kornilov. – M. ; L., 1948. – 175 p.

167. Korobeynikov I. A. Developmental disorders and social adaptation / I. A. Korobeynikov. – M. : PER SE, 2002.

168. Korobeynikov I. A. Consultative resource of psychological diagnosis in disorders of mental development in children [Electronic resource] / I. A. Korobeynikov, N. V. Babkina // Consultative psychology and psychotherapy. – 2017. – Vol. 25, No. 4. – pp. 11-22. – doi: 10.17759/cpp.2017250402. – URL: https://psyjournals.ru/mpj/2017/n4/Korobeynikov_Babkina.shtml

169. Kotyrlo V. K. On the question of the genesis of arbitrariness of mental processes / V. K. Kotyrlo // Problems of psychology of will: materials of the IV Scientific Conference – Ryazan, 1974. – pp. 87-94.

170. Kotyrlo V.K. Development of volitional behavior in preschoolers / V. K. Kotyrlo. – Kiev, 1971. – 219 p.

171. Kraig G. Psychology of development / Kraig. – St. Petersburg. : Peter, 2002. – 987 p.

172. Krasnoryadtseva O. M. Psychological features of the emergence and regulation of thinking in real life : abstract of the Doctor of Psychology / O. M. Krasnoryadtseva. - M., 1997. – 47 p.

173. Krivonogova K. D. Features of the cognitive status of students with hearing impairment: significance for inclusive education [Electronic resource] / K. D.

- Krivosnogova, O. M. Razumnikova // *Clinical and special psychology*. – 2019. – Vol. 8, № 2. – С. 38-52. – doi: 10.17759 /psyclin.2019080203
174. Krutetsky V. A. Education of the will / V. A. Krutetsky. – М., 1957. – 174 p.
175. Kudryashova A.V. Age-related features of the health status of children with attention deficit hyperactivity disorder / A.V. Kudryashova, N. Y. Sotnikova, O. M. Filkina, N. V. Dolotova, A. Y. Kocherova // *Pacific Medical Journal*. – 2010. – № 1. – pp. 41-45.
176. Kuzmina-Syromyatnikova N. F. Education of cognitive interests of auxiliary school students / N. F. Kuzmina-Syromyatnikova // *Proceedings of the scientific session*. – М. : Publishing House of the APN of the RSFSR, 1958. – pp. 57-64.
177. Kuftyak E.V. Attachment to the mother in connection with emotional regulation in preschoolers with atypical development / E. V. Kuftyak // *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. – 2020. – № 3 (108).
178. Lange N. N. Elements of will / N. N. Lange // *Questions of philosophy and psychology*. Special Department. Experimental psychology. – М., 1990. – Book 4. – pp. 44-50.
179. Larionov P. M. The role of alexithymia and cognitive regulation of emotions in the development of aggressive behavior of adolescents [Electronic resource] / P. M. Larionov, I. A. Grechukha // *Clinical and special psychology*. – 2020. – Vol. 9, № 4. – С. 57-98. – doi: 10.17759/cpse.2020090404
180. Lauzhikas I. P. Essays on the education of the will of students (based on the material of the study of the development and education of the will of elementary school students of auxiliary school) : abstract. dis. ... candidate of Pedagogical Sciences / I. P. Lauzhikas. – Vilnius, 1967. – 63 p.
181. Lebedeva A. A. Subjective well-being of persons with disabilities : dis. ... cand. psychological sciences / A. A. Lebedeva. – М., 2012.
182. Lebedinskaya K. S. Problems of abnormal mental constitution in childhood [Electronic resource] / K. S. Lebedinskaya // *Almanac of the Institute of Correctional Pedagogy*. – 2005. – No. 9/05 – URL: <https://alldef.ru/ru/articles / almanah-9/problem-anomalnoj-psihicheskoy-konstitucii-v> (accessed: 10/15/2017).
183. Lebedinskaya K. S. Mental development disorders in children and adolescents / K. S. Lebedinskaya, V. V. Lebedinsky. – М., 2011.

184. Lebedinsky V. V. Violation of psychological development in children / V. V. Lebedinsky. – M. : Publishing House of Lomonosov Moscow State University, 1985. – 167 p.

185. Leontiev A. N. Activity. Conscience. Personality / A. N. Leontiev. – 2nd ed., ster. – M. : Sense; Publishing Center "Academy", 2005. – 352 p

186. Leontiev A. N. Essay on personality psychology / A. N. Leontiev. – M. : Sense, 1993. – 43 p.

187. Leontiev A. N. Problems of the development of the psyche / A. N. Leontiev. – M., 1981. – 328 p.

188. Leontiev D. A. Personal potential as a potential of self-regulation / A. N. Leontiev // Personal potential: Personal potential: structure and diagnostics. – M. : Sense, 2011. - pp. 107-130.

189. Leontiev D. A. Personality development in normal and difficult conditions: challenges and resources / A. N. Leontiev // Cultural and historical psychology. - 2014. – № 3. – pp. 97-106.

190. Leontiev D. A. Self-regulation as a subject of study and as an explanatory principle / A. N. Leontiev // Psychology of self-regulation in the XXI century / edited by V.I. Morosanova. – St. Petersburg. ; M. : Nestor-Istoriya, 2011. – pp. 74-89.

191. Leontiev D. A. Self-regulation, resources and personal potential / A. N. Leontiev // Siberian Psychological Journal. – 2016. – № 62. - pp. 18-37.

192. Lisina M. I. On some conditions for the transformation of reactions from involuntary to voluntary / M. I. Lisina // Dokl. APN RSFSR. – 1957. – № 1. – C. 26-31.

193. Lisina M. I. Communication and mental development // Communication, personality and psyche of a child [Electronic resource] / M. I. Lisina ; edited by A. G. Ruzskaya. – Moscow : Institute of Practical Psychology ; Voronezh : NGO "MODEK", 1997. – pp. 218-227. – URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=160858> . – Blank from the screen. – Yaz. rus.

194. Personal and cognitive aspects of self-regulation of human activity / edited by V. I. Morosanova. - M., 2006.

195. Speech therapy: textbook for students of defectology. faculty of pedagogical universities / edited by L. S. Volkova, S. N. Shakhovskaya. – M. : Humanit. ed. center VLADOS, 1998. – 680 pp .

196. Lokhov M. I. Bad good child. Problems of development, violations of behavior, attention, writing and speech / M. I. Lokhov, Yu. A. Fesenko, M. Yu. Rubin.— St. Petersburg, 2003. – 320 p.

197. Lubovsky V. I. Some features of the joint work of two signaling systems in the formation of motor reactions in oligophrenic children: abstract. dis. ... Candidate of Pedagogical Sciences / V. I. Lubovsky. – M., 1955. – 26 p

198. Lubovsky V. I. General and specific patterns of development of the psyche of abnormal children / V. I. Lubovsky // Defectology. – 1976. – № 6. – pp. 47-53.

199. Lubovsky V. And. Development of verbal regulation in children / V. I. Lubovsky. – M., 1978. – 189 p.

200. Lubovsky V. I. A new concept of psychological diagnosis of developmental disorders / V. I. Lubovsky // Psychological science and education. - 2016. – Vol. 21, No. 4. – pp. 50-60. – doi: 10.17759/pse.2016210406. – URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2016/n4/lubovskiy.shtml>

201. Lukashovich I. P. Perinatal risk factors for the formation of speech pathology in children / I. P. Lukashovich, E. M. Partsalis, V. M. Shklovsky // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2008. – № 4.

202. Luria A. R. Human brain and mental processes / A. R. Luria. – M. : Publishing house of the APN RSFSR, 1963. - Vol. 1. – 261 p.

203. Luria A. R. Higher cortical functions of a person and their disorders in local brain lesions / A. R. Luria. – M. : Publishing House Moscow State University, 1962. – 389 p.

204. Luria A. R. On the genesis of arbitrary movements / A. R. Luria // Questions of psychology. – 1957. – No. 6. – pp. 26-42.

205. Luria A. R. Fundamentals of neuropsychology: textbook. manual for students. institutions of higher Prof. education / A. R. Luria. - 8th ed., ster. – M. : Academy, 2013. – 384 p.

206. Lysenko I. P. Features of volitional activity of adolescents with affective behavior : abstract. dis. ... Candidate of pedagogical Sciences / I. P. Lysenko. – Kiev, 1982. – 20 p.

207. Lyubimtsev N. D. Psychological characteristics of perseverance and the conditions of its formation: abstract. dis. cand. psychological sciences / N. D.

Lyubimtsev. – M., 1956. – 22 p.

208. Lyapidevsky S. S. Clinic of oligophrenia / S. S. Lyapidevsky, B. I. Shostak. – M.: Enlightenment, 1973. – 135 p.

209. Mamaeva A.V. Formation of initial communicative skills in children of 7-9 years of age with cerebral palsy in the process of speech therapy : abstract. ... Candidate of Pedagogical Sciences / A.V. Mamaeva. – Yekaterinburg, 2008. – 23 p.

210. Mamaichuk I. I. Psychological assistance to children with developmental problems / I. I. Mamaichuk. – St. Petersburg : Speech, 2001. – 220 p.

211. Markova E. V. Motivational and volitional personality traits as a factor of successful activity : abstract of the dissertation of the Candidate of Pedagogical Sciences / E. V. Markova. – L., 1984. – 20 p.

212. Mastjukova E. M. Therapeutic pedagogy (early and preschool age): Tips for teachers and parents on preparing for teaching children with special developmental problems / E. M. Mastjukova. – M. : VLADOS, 1997. – 304 p.

213. Machinskaya R. I. Functional maturation of the brain and the formation of neurophysiological mechanisms of selective voluntary attention in children of primary school age / R. I. Machinskaya // Human Physiology. - 2006. – Vol. 32, № 1. – p. 26.

214. Medical (clinical) psychology: traditions and prospects: a collective monograph on the problems of modern medical (clinical) psychology, articles prepared for the opening of the All-Russian jubilee Scientific and Practical Conference Moscow, February 14-15, 2013 / under the general editorship of N. V. Zvereva, I. F. Roshchina. – M., 2013. – 293 p.

215. Melyokhin A. I. Cognitive biases in the recognition of emotions by the face in old age [Electronic resource] / A. I. Melyokhin, E. A. Sergienko // Clinical and special psychology. – 2019. – Vol. 8, No. 2. – C. 53-79. – doi: 10.17759/psychclin.2019080204

216. Mendelevich Yu. M. Psychology of deviant behavior / Y. M. Mendelevich. – M., 2000.

217. Mirsky S. L. Typological groups of secondary school students in labor training / S. L. Mirsky // Abstracts of the IX scientific session on defectology. – M. : Publishing House of the Research Institute of Defectology of the USSR Academy of Medical Sciences, 1983. - pp. 124-125.

218. Mnukhin S. S. On clinical and physiological classification of conditions of

general mental underdevelopment in children / S. S. Mnukhin // Questions of child psychoneurology: collection of scientific works of the V. M. NIPNI. Bekhtereva. – L., 1961. – Vol. 25. – pp. 67-77.

219. Mnukhin S. S. On residual neuropsychiatric disorders in children / S. S. Mnukhin // Residual neuropsychiatric disorders in children : collection of articles. – L., 1968. – pp. 5-22.

220. Montessori M. Children's home / M. Montessori. – M., 1920. – 132 p

221. Morozov S. A. Fundamentals of diagnosis and correction of autism spectrum disorders / S. A. Morozov. – M. : Academy of Advanced Training and professional Retraining of education workers. – 2014.

222. Morozova E. A. Attention deficit hyperactivity disorder: origins, clinic, treatment / E. A. Morozova, F. L. Ratner. – Kazan, 2009. - 82 p.

223. Morozova E. A. Neurological aspects of adolescent morbidity / E. A. Morozova, F. M. Zaikova, E. O. Karpova, A. A. Madyakina, R. R. Kalimullina // Public health and healthcare. - 2010. – No. 2. – pp. 62-68.

224. Morosanova V. I. Individual features of conscious self-regulation of voluntary human activity / V. I. Morosanova // Bulletin of the Moscow University. – Series 14. Psychology. – 2010. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/individualnye-osobennosti-osoznannoy-samoregulyatsii-proizvolnoy-aktivnosti-cheloveka>

225. Morosanova V. I. Conscious self-regulation as a metasystem of psychological resources for achieving goals and self-development of a person / V. I. Morosanova // Fundamental and applied research of modern psychology: results and prospects of development. - Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 2017. - pp. 501-509.

226. Morosanova V. I. Self-awareness and self-regulation of behavior / V. I. Morosanova, E. A. Aronova. – M., 2007.

227. Morosanova V. I. Individual features of self-regulation of aggressive behavior / V. I. Morosanova, M. D. Garaleva // Questions of psychology. - 2009. – № 3. – pp. 44-55.

228. Morosanova V. And. Development of personal self-regulation / V. I. Morosanova, I. V. Plakhotnikova. - M., 2003.

229. Morosanova V. I. Interrelation of psychometric intelligence, conscious self-regulation of educational activity and academic performance of gifted adolescents / V. I. Morosanova, E. I. Shcheblanova, I. N. Bondarenko, V. A. Sidikov // Bulletin of the Moscow University. – Ser. 14. Psychology. - 2013. – № 3. – pp. 18-32.

230. Nadirashvili Sh. A. Regularities of formation and action of attitudes of various levels / Sh. A. Nadirashvili // Unconscious: nature, functions, research methods: in 4 vols. – Vol. I: Development of the idea. – Tbilisi: Metsniereba, 1978. – pp. 111-121.

231. Nadirashvili Sh. A. Installation and activity / Sh. A. Nadirashvili. – Tbilisi : Metsniereba, 1987. - 361 p.

232. Nartova-Bochaver S. K. Differential psychology: textbook. - 5th ed., ster. / S. K. Nartova-Bochaver. – M. : FLINT, 2016. – 282 p.

233. Nikolskaya I. M. Psychological protection in children / I. M. Nikolskaya, R. M. Granovskaya. – St. Petersburg: Speech, 2010. – 352 p.

234. Nikolskaya O. S. Autistic child: ways of help / O. S. Nikolskaya, E. R. Baenskaya, M. M. Liebling. – Terevinf, 2012.

235. Novikov A.M. Methodology of education / A.M. Novikov. – M. : EGVES, 2006. – pp. 22.

236. Nogovitsina O. R. Evaluation of the effectiveness of the system of identification and comprehensive rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder / O. R. Nogovitsina // Healthcare of the Russian Federation. - 2011. – № 6. – pp. 48-51.

237. Nogovitsyna O. R. Influence of perinatal factors on the formation of attention deficit hyperactivity disorder / O. R. Nogovitsyna, E. V. Levitina // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. - 2012. – № 1. – pp. 64-65.

238. Obukhova L.F. Child (age) psychology / L. F. Obukhova. – M. : Rospedagentstvo, 1996. – 226 p.

239. Oshaev S. A. Comparative analysis of coping mechanisms and archaic forms of psychological protection in patients with neurotic disorders / S. A. Oshaev, I. Ya. Stoyanova // Siberian Psychological Journal. – 1999. – Issue 10. – pp. 77-80.

240. Pavlov I. P. Physiological mechanism of so-called voluntary movements / I. P. Pavlov // Twenty-year experience of objective study of higher nervous activity (behavior) of animals. - M., 1951. - 428 p.

241. Padun M. A. Regulation of emotions and its violations / M. A. Padun // Psychological research: electronic scientific journal. – 2015. – № 8 (39) – pp. 5-7.
242. Palaima Yu. Yu. The experience of studying the relative strength of the motive and the formation of a competitive attitude in athletes / Yu. Yu. Palaima // Psychology and modern sport. – M., 1973. – 132 p.
243. Pevsner M. S. Oligophrenic children / M. S. Pevsner. – M. : Publishing House of the APN RSFSR, 1963. – 341 p.
244. Pevsner M. S. Violation of the regulatory role of speech in the behavior of oligophrenics / M. S. Pevsner // Problems of the GNI of a normal and abnormal child. – M. : APN RSFSR, 1958. – Pp. 436-453.
245. Pevsner M. S. Dynamics of development of oligophrenic children / M. S. Pevsner, V. I. Lubovsky. – M., 1965.
246. Petrov I. K. Age-related features of volitional efforts in the motor activity of schoolchildren 12-17 years: abstract. dis. ... candidate of Pedagogical Sciences / I. K. Petrov.– Kiev, 1985. – 23 p.
247. Petrova V. G. Who are they, children with developmental disabilities? / V. G. Petrova. – M. : MPSI; Flint, 2000. – 103 p.
248. Petrova V. G. Practical and mental activity of oligophrenic children / V. G. Petrova. - M., 1968. – 158 p
249. Piaget Zh. Psychology of intelligence / J. Piaget. – St. Petersburg: Peter, 2003. 192 p.
250. Pisova N. V. Cognitive disorders in childhood / N. V. Pisova // Pediatrics. - 2012. – № 4. – pp. 34-37.
251. Pinsky B. I. Psychological features of the activity of mentally retarded schoolchildren / B. I. Pinsky. – M.: Publishing House of the APN of the RSFSR, 1962. – 319 p.
252. Polyakova N. V. Mental health: accuracy of perception and self-regulation / N. V. Polyakova // Issues of mental health of children and adolescents (Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychology, Psychotherapy and Related disciplines). – 2019. – № 3 (19). – Pp. 106-114.
253. Pravdina O. V. Speech therapy: textbook. manual for students defectologist. fac-tov ped. in-tov. – 2nd ed., supplement and revision / O. V. Pravdina. – M.

Enlightenment, 1973. – 272 p.

254. Pravdina-Vinarskaya E. N. Neurological characteristics of oligophrenia syndrome / E. N. Pravdina-Vinarskaya. – M., 1957.

255. Prangishvili A. C. On the problem of the unconscious in the light of the theory of installation: the school of D. N. Uznadze / A. C. Prangishvili // The unconscious: nature, functions, research methods : in 4 vols. – Vol. I: The development of the idea. – Tbilisi : Metsniereba, 1978. – pp. 84-91.

256. Prokhorov A. O. Self-regulation of mental states. Phenomenology, mechanisms, patterns / A. O. Prokhorov. – M. : Per Se, 2012.

257. Pryadein V. P. Individual differences of volitional activity and their typological prerequisites / V. P. Pryadein. – M., 1989. – 98 p.

258. Psychology of self-regulation: evolution of approaches and challenges of time / edited by Yu. P. Zinchenko, V. I. Morosanova. - M. ; St. Petersburg: Nestor-History, 2020. – 472 p.

259. Psychological and pedagogical diagnostics of the development of persons with disabilities: textbook for students. institutions of higher Prof. education / [I. Y. Levchenko, S. D. Zabramnaya, etc.] ; edited by I. Y. Levchenko, S. D. Zabramnaya. - 7th ed., ster. – M. : Academy, 2013. – 336 p

260. Puni A. Ts. Psychological foundations of volitional training in sports / A. Ts. Puni. – M., 1977. – 129 p.

261. Rapokhin N. P. The study of emotional-volitional stability in conditions of significant activity / N. P. Rapokhin // Psychological Journal. – 1981. – № 5. – pp. 25-39.

262. Rasskazova E. I. The concept of self-regulation in health psychology: a new approach or scope of application? / E. I. Rasskazova // Theoretical and experimental psychology . - 2014. – Vol. 7, No. 1. – pp. 43-56.

263. Rasskazova E. I. Psychological self-regulation as a factor of successful behavior management in various spheres of personality functioning / E. I. Rasskazova // Experimental psychology. – 2019. – Vol. 12, №3. – pp. 148-163. – doi: 10.17759/exppsy.2019120312

264. Rasskazova E. I. Self-regulation in health psychology and clinical psychology / E. I. Rasskazova // Questions of psychology. - 2012. – № 1. – pp. 75-82.

265. Rasskazova E. I. Coping strategies in stress psychology: approaches,

- methods and prospects of research / E. I. Rasskazova, T. O. Gordeeva // Psychological research: electronic scientific journal. – 2011. – pp. 3-4.
266. Rasskazova E. I. Clinical psychology of sleep and its disorders / E. I. Rasskazova, A. S. Thostov. – M. : Sense, 2012.
267. Ribot T. Will in its normal and painful state / T. Ribot. – St. Petersburg, 1894. – 367 p.
268. Rogava N.V. On the nature of the will of a child of primary school age / N. V. Rogava // Materials of the 3rd Scientific Conference on the problems of psychology of will. – Ryazan : RSPI, 1970. – pp. 24-25.
269. Rubinstein C. L. Fundamentals of general psychology / C. L. Rubinstein. – St. Petersburg : Peter, 2002. – 720 p.
270. Rubinstein S. Ya. Psychology of a mentally retarded schoolboy / S. Ya. Rubinstein. – M., 1986. – 189 p.
271. Rudik P. A. Psychological foundations of moral and volitional training of an athlete / P. A. Rudik // Problems of sports psychology. - M., 1962. – pp. 43-49.
272. Sagalakova O. A. Violations of the social situation of development in adolescence in the context of anti-vital behavior and social anxiety / O. A. Sagalakova, D. V. Truevtsev, I. Ya. Stoyanova, N. S. Smirnova // Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology. – 2017. – № 1 (94). – Pp. 25-32.
273. Sagalakova O. A. Violation of self-regulation and mediation of emotions as a basis for the risk of formation of anti-vital behavior at a young age / O. A. Sagalakova, D. V. Truevtsev, I. Ya. Stoyanova, O. V. Terekhina // Siberian Psychological Journal. – 2017. - № 65. - pp. 94-103.
274. Sakaeva D. R. Neuropsychiatric the development of young children and the factors determining it: A review of literature / D. R. Sakaeva // Young scientist. – 2011. – No. 6, vol. 2. – pp. 194-198.
275. Sakharov A. I. Will in the structure of personality character: abstract. dis. ... Candidate of Pedagogical Sciences / A. I. Sakharov. – Kiev, 1986. – 22 p.
276. Seguin E. Education, hygiene and moral treatment of mentally abnormal children / E. Seguin. – St. Petersburg, 1903. – 437 p
277. Selivanov V. I. Volya and her upbringing / V. I. Selivanov. – M., 1976. – 298 p.

278. Selivanov V. I. Ibr. psikhol. tr. / V. I. Selivanov. – Ryazan, 1992. - 587 p.
279. Selivanov V. I. On the question of the so-called arbitrary behavior / V. I. Selivanov // I. P. Pavlov's doctrine and philosophical questions of psychology. – M., 1952. - pp. 56-60.
280. Semago N. M. Typology of deviant development: insufficient development / N. M. Semago. – M. : Genesis, 2016.
281. Semago N. M. Theory and practice of assessing the mental development of a child / N. M. Semago, M. M. Semago // Speech. - 2005. – 275 p.
282. Semago N. M. Typology of deviant development: an analysis model and its use in practice / N. M. Semago, M. M. Semago. – M. : Genesis, 2011.
283. Semenova O. A. Formation of arbitrary regulation of activity and its brain mechanisms in ontogenesis / O. A. Semenova // Human physiology. – 2007. – № 33 (3). – pp. 115-127.
284. Semenova O. A. The development of arbitrary regulation of activity in children of primary school age / O. A. Semenova // Questions of practical pediatrics. – 2007. – № 2 (6). – Pp. 17-23.
285. Semenovich A.V. Actual problems of neuropsychological qualification of deviant development / A.V. Semenovich // Actual problems of neuropsychology of childhood: studies. stipend. – Moscow ; Voronezh : MPSI; MODEK, 2001. – pp. 26-84.
286. Semke V. Ya. Personality of patients with neurotic disorders in the space of the concept of clinical personology / V. Ya. Semke, I. Ya. Stoyanova // Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology. – 2010. – № 2 (59). – pp. 9-12.
287. Sechenov I. M. Elected. proc. / I. M. Sechenov. – M., 1952. – Vol. 1. – 310 p.
288. Sechenov I. M. Physiology of the nervous system: in 4 issues / I. M. Sechenov, I. P. Pavlov, N. E. Vvedensky. – M., 1952. – Issue 1.
289. Simonov P. V. Motivated brain / P. V. Simonov. – M., 1987. - 398 p
290. Simson T. P. Psychoneurology of childhood / T. P. Simson, M. M. Model, L. I. Galperin. – M. ; L. : State Publishing House of Biological and Medical Literature, 1935.
291. Smirnova E. O. Development of will and arbitrariness in early and preschool age / E. O. Smirnova. – Moscow; Voronezh, 1998. – 234 p.
292. Sokolova E. T. Projective methods of personality research / E. T. Sokolova. – M. : Publishing House of Lomonosov Moscow State University, 1980. – 176 p

293. Sokolova E. T. Self-awareness and self-esteem in personality anomalies / E. T. Sokolova. - M. : Publishing House of Lomonosov Moscow State University., 1989. – 213 p
294. Soloviev I. M. Psychology of cognitive activity of normal and abnormal children. Comparison and cognition of relations and objects / I. M. Solovyov. – M. : Enlightenment, 1966. – 224 p.
295. Solovyov-Elpidinsky I. M. About the so-called "mental satiety" in mentally retarded children / I. M. Solovyov–Elpidinsky // Mentally retarded child. – M. : Uchpedgiz, 1935. - pp. 97-135.
296. Sorokin V. M. Special psychology: studies. manual / V. M. Sorokin; under the scientific editorship of L. M. Shipitsyna. – St. Petersburg : Rech, 2003.
297. Soroko S. I. Individual strategies of human adaptation in extreme conditions / S. I. Soroko, A. A. Aldasheva // Human Physiology. – 2012. – № 38 (6). – Pp. 78-79.
298. Handbook of psychology and psychiatry of childhood and adolescence / edited by S. Y. Tsirkin. – St. Petersburg : St. Petersburg, 1999, 2004.
299. Stepin V. S. Philosophical anthropology and philosophy of science / V. S. Stepin. – M. : Higher School, 1992.
300. Strebeleva E. A. Formation of thinking in children with developmental disabilities : a book for a teacher-defectologist / E. A. Strebeleva. – M. : Humanitar, publishing house of the VLADOS Center, 2005. – 180 p.
301. Stoyanova I. Ya. The influence of parental attitudes on self-regulation of children with cognitive deficits / I. Ya. Stoyanova, E. A. Chereneva, E. V. Gutkevich // Psychology. Historical and critical reviews and modern research. - 2020. – Vol. 9, № 3-1. – pp. 165-174.
302. Sukhareva G. E. Clinical lectures on child psychiatry : in 3 volumes / G. E. Sukhareva. – M. : Medgiz, 1955-1965.
303. Sukhareva G. E. Clinical lectures on child psychiatry : in 3 volumes / G. E. Sukhareva. – M. : Medicine, 1965. – Vol. 3 : Clinic of oligophrenia. – 336 p.
304. Temperamentova V. G. Education of volitional qualities in schoolchildren / V. G. Temperamentova // Formation of volitional qualities in students in the process of physical education. – M., 1982. – pp. 54-62.
305. Teplov B. M. Psychology / B. M. Teplov. – M., 1954. – 312 p

306. Tkacheva V. V. Technologies of psychological assistance to families of children with developmental disabilities : studies. manual / V. V. Tkacheva. – M. : AST; Astrel, 2007. – 318 p

307. Trofimova N. M. Fundamentals of special pedagogy and psychology / N. M. Trofimova, S. P. Duvanova, N. B. Trofimova, T. F. Pushkin. – St. Petersburg : Peter, 2005. – 210 p.

308. Troshin G. Ya. Anthropological foundations of education. Comparative psychology of normal and abnormal children / G. Ya. Troshin. – Publishing house of the medical school of Dr. G. Ya. Troshin, 1913. – Vol. 1, 2. – 959 p

309. Uznadze D. N. The main provisions of the theory of installation / D. N. Uznadze // Trudy. – Tbilisi : Metsniereba, 1977. – Vol. 6. – pp. 263-326.

310. Uznadze D. N. Psychology of installation / D. N. Uznadze. – St. Petersburg : Peter, 2001. – 416 p

311. Ulyenkova U. V. Six-year-old children with mental retardation / U. V. Ulyenkova. - M., 1990.

312. Ulenkova U. V. Experimental study of the formation of self-regulation in the structure of the general learning ability of six-year-old children with mental retardation / U. V. Ulenkova, V. V. Kisova // Defectology. – 2001. – No. 1. – pp. 26-33.

313. Ushakov G. K. Child psychiatry / G. K. Ushakov. – M. : Medicine, 1973. – 392 p.

314. Feshchenko E. K. Age-sexual characteristics of self-assessment of volitional qualities: abstract. dis. cand. psychological sciences / E. K. Feshchenko. – St. Petersburg, 1999. – 25 p.

315. Filippova N. V. Clinical and diagnostic aspects of mental development delays in childhood / N. V. Filippova, Yu. B. Barylnik, M. A. Deeva, A. S. Kormilitsina // Issues of mental health of children and adolescents. – 2016. – Vol. 16, № 4. – pp. 89-101.

316. Filippova N. V. Modern view on mental development delay / N. V. Filippova, Yu. B. Barylnik, A. S. Ismailova // International Journal of Applied and Fundamental Research. - 2015. –№ 10. – pp. 256-262.

317. Fotekova T. A. Diagnostics of speech disorders of schoolchildren using neuropsychological methods / T. A. Fotekova, T. V. Akhutina. – M., 2002.

318. Freud Z. About psychoanalysis / Z. Freud // About clinical psychoanalysis.

Selected works. – M. : Medicine, 1991. – pp. 227-273.

319. Freud Z. Beyond the pleasure principle / Z. Freud. – M. : Progress, 1992. – pp. 201-255.

320. Freud Z. Psychology of the masses / Z. Freud // Lectures on introduction to psychoanalysis: collection of works. – M. : April-Press, EKSMO-Press, 2001. – pp. 473–527.

321. Freud Z. Totem and taboo. Psychology of primitive culture and religion / Z. Freud. – St. Petersburg, 1997. - 222 p.

322. Freyerov O. E. Mild degrees of oligophrenia (debility): clinic and expertise / O. E. Freyerov. – M. : Medicine, 1964. – 222 p.

323. Khachatryan L. G. Early and distant manifestations of perinatal damage to the nervous system in young children : abstract of the Doctor of Medical Sciences / L. G. Khachatryan. – M., 2003.

324. Heckhausen H. Motivation and activity / H. Heckhausen. – M. ; St. Petersburg : Sense, Peter, 2003.

325. Khodzhava Z. I. The problem of skill in psychology / Z. I. Khodzhava. – Tbilisi, 1960. – 98 p.

326. Kholodnaya M. A. Psychology of conceptual thinking / M. A. Kholodnaya. – M. : Kogito-Center, 2012.

327. Kholodnaya M. A. Psychology of intelligence / M. A. Kholodnaya. – M. ; St. Petersburg. : Sense, Peter, 2002.

328. Chomskaya E. D. Neuropsychology / E. D. Chomskaya. – St. Petersburg : Peter, 2005.– 496 p

329. Horni K. Collected works: in 3 volumes / K. Horni. – M. : Sense, 1997. – Vol. 2: New ways in psychoanalysis. – 544 p .

330. Tsartsidze M. G. Features of volitional behavior in mentally retarded children : abstract. dis cand. psychological sciences / M. G. Tsartsidze. – M., 1985. – 23 p.

331. Tsartsidze M. G. Features of will development in mentally retarded children / M. G. Tsartsidze // Defectology. - 1975. – № 2. – pp. 14-16.

332. Tsvetkova L. S. Brain and intelligence. Violation and restoration of intellectual activity / L. S. Tsvetkova. – M. : Enlightenment, Educational literature, 1995. – 304 p.

333. Chevychelova N.V. Analysis of modern technologies of education and support for children with autism spectrum disorders / Chevychelova N.V., Chereneva E.A., Cherenev D.V., Masloboev S.G. // Bulletin of Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev (Bulletin of KSPU). 2019. № 3 (49). pp. 15-25.

334. Cherenev D. V. The influence of motivational factors on the formation of the productivity of educational activities of younger schoolchildren with intellectual disabilities / D. V. Cherenev, E. A. Chereneva // Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V. P. Astafyev. – 2017. – № 2 (40). – pp. 175-179.

335. Cherenev D. V. A differentiated approach to assessing the productivity of educational activities of younger schoolchildren with MMD based on motivational factors / D. V. Cherenev, E. A. Chereneva // New in psychological and pedagogical research. – 2011. – № 3 (23). – pp. 139-144.

336. Chereneva E. A. Protective mechanisms of behavior as a factor of adaptive personality behavior / E. A. Chereneva // Bulletin of Tomsk State Pedagogical University. – 2013. – № 6 (134). – pp. 122-126.

337. Chereneva E. A. Personality of a student with intellectual disabilities as a subject of psychological and pedagogical research / E. A. Chereneva // European Social Science Journal. – 2015. – № 2 (38). – pp. 33-43.

338. Chereneva E. A. The problem of will and arbitrariness in psychology / E. A. Chereneva // Bulletin of the Buryat State University. - 2011. – № 5. – pp. 39-43.

339. Chereneva E. A. Theoretical foundations of the problem of self-regulation of subject activity and behavior / E. A. Chereneva // Bulletin of the Buryat State University. - 2010. – № 5. – pp. 7-11.

340. Chereneva E. A. The role of speech in the formation of arbitrary behavior // E. A. Chereneva / Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafyev. - 2009. – № 2. – pp. 112-115.

341. Chereneva E. A. The role of child-parent relations in the formation of aggressive behavior in primary school children with autism spectrum disorder / E. A. Chereneva, E. A. Volodenkova, O. L. Belyaeva // Pedagogical Journal of Bashkortostan. – 2018. – № 4 (77). – Pp. 117-122.

342. Chereneva E. A. Modernization of the ideas of autism research and development of the system of assistance to people with autism in Russia: from the

regional initiative to the globalization of solutions / E. A. Chereneva, O. B. Bogdashina, M. Kazanova, S. Li // Psychological Science and education. – 2016. – Vol. 21, № 3. – pp. 131-140. – DOI: 10.17759/pse.2016210315

343. Chereneva E. A. Theoretical and methodological analysis of the prerequisites for constructing the concept of studying the regulation of behavior of children with intellectual disabilities / E. A. Chereneva, E. V. Gutkevich // Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev. – 2017. – № 2 (40). – Pp. 180-186.

344. Chereneva E. A. The influence of child-parent relations on the development of communication in younger schoolchildren with autism spectrum disorder / E. A. Chereneva, N. V. Eltysheva, O. L. Belyaeva, L. A. Bryukhovskikh // Scientific research and development. Socio-humanitarian research and technology. - 2018. – Vol. 7, No. 4. – pp. 53-60.

345. Chereneva E. A. The problem of socio-professional adaptation of students with intellectual disability / E. A. Chereneva, I. G. Zaglyada, Yu. A. Ptakhina, N. G. Klimkovich, T. A. Kochukova // Bulletin of Samara State Technical University. Series: Psychological and pedagogical sciences. – 2015. – № 2 (26). – pp. 198-202.

346. Chereneva E. A. Investigation of psychological characteristics of self-regulation in children with cognitive health disorders in the education system / E. A. Chereneva, Li S., I. Ya. Stoyanova // Science for Education Today. – 2021. – Vol. 11, № 6. – pp. 46-60. – 0.9 / 0.3 a.l. DOI: 10.15293/2658-6762.2106

347. Chereneva E. A. Socio-psychological adaptation of persons with intellectual disabilities in Russia and abroad / E. A. Chereneva, A. G. Litvinova, G. K. Antoshechkina // Psychology. Historical and critical reviews and modern research. – 2019. – Vol. 8, № 5-1. – pp. 23-30.

348. Chereneva, E. A. Investigation of the effectiveness of psychological assistance in the formation of self-regulation in children with cognitive health disorders / E. A. Chereneva, E. M. Sokhadze, I. Ya. Stoyanova // Science for Education Today. – 2021. – Vol. 11, № 4. – pp. 91-111. – DOI: <http://dx.doi.org/10.15293/2658-6762.2104.05>

349. Chereneva E. A. Pathopsychological model of self-regulation in children with cognitive health disorders / E. A. Chereneva, I. Ya. Stoyanova // Journal of Siberian

Federal University. Humanities & Social Sciences. – 2022. – № 15(5). – pp. 649–663. – DOI: 10.17516/1997–1370–0000

351. Chereneva E. A. Actual approaches to the formation of socially acceptable behavior of children with intellectual disabilities / E. A. Chereneva, S. A. Filippova // Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafyev. - 2012. – No. 1. – pp. 167-171.

351. Chereneva E. A. Features of self-control skill in the process of solving arithmetic problems in students with impaired intelligence / E. A. Chereneva, S. A. Filippova // Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafyev. - 2010. – № 2. – pp. 85-90.

352. Chereneva E. A. A level approach to the assessment of motivational factors of educational activity productivity in younger schoolchildren with ZPR / E. A. Chereneva, D. V. Cherenev // European Social Science Journal. – 2015. – № 2 (38). – pp. 44-50.

353. Chkhartishvili Sh. N. On the question of the will of a first-grader / Sh. N. Chkhartishvili // Questions of psychology. – 1963. – № 2. – pp. 34-38.

354. Chkhartishvili Sh. N. Features of the development of the will of mentally retarded schoolchildren / Sh. N. Chkhartishvili // Defectology. – 1974. – № 4. – pp. 26-32.

355. Shelkovsky V. I. Attention deficit hyperactivity disorder in children: diagnosis and treatment / V. I. Shelkovsky, V. M. Studenikin, S. V. Balkanskaya // The attending physician. – 2010. – № 1. – pp. 31-34.

356. Sherozia A. E. On the problem of consciousness and the unconscious mental. Research experience based on the data of the psychology of installation / A. E. Sheroziya. – Tbilisi, 1969. – T. I. – 431 p.

357. Sherozia A. E. Psyche. Conscience. The unconscious. To the generalized theory of psychology / A. E. Sherozia. – Tbilisi : Metsniereba, 1979. – 171 p.

358. Shipkova K. M. The use of a music-enriched environment in disorders of cognitive functions in adults (theoretical review) / K. M. Shipkova // Clinical and special psychology. - 2020. – Vol. 9, № 1. – pp. 64-77.

359. Schiff Zh. I. New psychological and pedagogical studies of the personality of a student of an auxiliary school / Zh. I. Schiff // Education of students of special schools in the process of mastering the basics of sciences. – M., 1979. – Part 2. – pp. 412-413.

360. Shmakova O. P. Mental retardation: a review of publications of the last decade / O. P. Shmakova // Issues of mental health of children and adolescents (Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychology, Psychotherapy and Related disciplines). – 2019. – № 3 (19). – pp. 134-144.

361. Shmakova O. P. Mental retardation: a review of publications of the last decade / O. P. Shmakova // Issues of mental health of children and adolescents (Scientific and Practical Journal of Psychiatry, Psychology, Psychotherapy and Related disciplines). – 2019. – № 4 (19). – pp. 113-121.

362. Shorokhova M. V. Experience of using a graphic test in the study of personality and emotional impressiveness of adolescents with different variants of dysontogenesis / M. V. Shorokhova, O. K. Agavelyan // Siberian Pedagogical Journal. – 2018. – № 2. – pp. 135-143.

363. Shulga T. I. The problem of volitional regulation in ontogenesis / T. I. Shulga // Questions of psychology. - 1994. – №1. – pp. 32-38.

364. Shulga T. I. Psychological foundations of will formation / T. I. Shulga. – Pyatigorsk, 1993. – 186 p.

365. Shulga T. I. The formation of volitional regulation in ontogenesis : abstract of the dissertation of the Doctor of Pedagogical Sciences / T. I. Shulga. – M., 1994. – 40 p.

366. Eidemiller E. G. Family diagnosis and family psychotherapy / E. G. Eidemiller, I. V. Dobryakov, I. M. Nikolskaya. - 2003. – 336 p/

367. Eidemiller E. G. Spiritual dimension of psychotherapy and psychotherapy with spirituality / E. G. Eidemiller // Psychotherapy. - 2010. – № 2. – pp. 53-60.

368. Abraham C. Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions / C. Abraham // Applied Psychology: An International Review. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 30–41.

369. Aguilar L. Psychometric analysis in children with mental retardation due to perinatal hypoxia treated with fibroblast growth factor (FGF) & showing improvement in mental development / L. Aguilar et al. // J. Intellect Disabil Res. – 2008. – № 37. – P. 226.

370. Allport H. W. Attitudes / H. W. Allport // The Handbook of Social Psychology. – Worcester : Clare Univ. Press, 1935. – P. 789–844.

371. Armitage C. J. Is there utility in the transtheoretical model? / C. J. Armitage // British Journal of Health Psychology. – 2009. – Vol. 14. – P. 195–210.

372. Armitage C. J. Social cognition models and health behavior: a structured review / C. J. Armitage, M. Conner // *Psychology and Health*. – 2000. – Vol. 15. – P. 173–189.
373. Assagioli R. The act of will / R. Assagioli. – London, 1974. – 231 p.
374. Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory / A. Bandura. – Englewood-Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1986. – 85 p.
375. Baumeister R. F. The strength model of self-control / R. F. Baumeister, K. D. Vohs, D. M. Tice // *Current Directions in Psychological Science*. – 2007. – Vol. 16. – P. 396–403.
376. Bellak L. The TAT, CAT and SAT in Clinical Use / L. Bellak. – N.Y. : Springer, 1986. – 402 p.
377. Borland R. Habits and temporality: a commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory / R. Borland // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 66–69.
378. Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood / ed. By E. Garralda, J. P. Raynaud. – Jason Aronson, 2012. – 245 p.
379. Bromley E. Clinicians' Concepts of the Cognitive Deficits of Schizophrenia / E. Bromley // *Schizophr. Bull.* – 2007. – № 33 (3). – P. 648–651.
380. Cameron L. Anxiety, cognitions and responses to health threat / L. Cameron // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York : Routledge, 2003. – P. 157–183.
381. Cameron L. Temporal self-regulation theory: towards a more comprehensive understanding of health behavior / L. Cameron // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 70–74.
382. Cameron L. D. Emotion regulation interventions: a common-sense model approach / L. D. Cameron, L. Jago // *British Journal of Health Psychology*. – 2008. – Vol. 13. – P. 215–221.
383. Carver C. S. On the self-regulation of behavior / C. S. Carver, M. F. Scheier. – New York : Cambridge University Press, 1998. – 134 p.
384. Casanova M. F. Editorial: Comorbidity and Autism Spectrum Disorder / M. F. Casanova, R. E. Frye, C. Gillberg, E. L. Casanova // *Front. Psychiatry*. – 2020. – № 11. – P. 617395. – doi: 10.3389/fpsy.2020.617395. – URL:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33329163/>.

385. Cervellione K. L. Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome / K. L. Cervellione, K. E. Burdick, J. G. Cottone et al. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2007. – № 46 (7). – P. 867–878.

386. Chereneva, E. A. Current approaches to differential diagnostics of autism spectrum disorders and similar conditions // E. A. Chereneva, O. L. Belyaeva, I. Ya Stoyanova / *Journal of Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences*. – 2022. – № 15(3). – P. 381–389. – DOI: 10.17516/1997–1370–0475.

387. Chereneva E. A. Strategies of behavior voluntary regulation of primary schoolchildren in health and disease. / E. A. Chereneva, O. L. Belyaeva, I. Ya Stoyanova // *Journal of Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences*. – 2019. – № 15(4). – P. 526–536. – DOI: 10.17516/1997-1370-0476.

388. Cervellione K. L. Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome / K. L. Cervellione, K. E. Burdick, J. G. Cottone et al. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2007. – № 46 (7). – P. 867–878.

389. Chien J. C. Cerebral oxygenation during hypoxia and resuscitation by using near-infrared spectroscopy in newborn piglets / J. C. Chien, R. Schwarts // *J. of the Chinese Medical Association*. – 2007. – Vol. 70. – P. 47–55.

390. de Bruin M. Self-regulatory processes mediate the intention-behavior relation for adherence and exercise behavior / M. de Bruin, P. Sheeran, G. Kok, A. Hiemstra, J. M. Prins, H. J. Hospers, G. J. P. van Breukelen // *Health Psychology*. – 2012. – Vol. 31 (6). – P. 695–703.

391. Deci E. L. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior / E. L. Deci, R. M. Ryan // *Psychological Inquiry*. – 2000. – Vol. 11. – P. 227–268.

392. DeSteno D. Affective science and health: the importance of emotion and emotional regulation / D. DeSteno, J. J. Gross, L. Kubzansky // *Health Psychology*. – 2013. – Vol. 32 (5). – P. 474–486.

393. *Envy and gratitude and other works, 1946–1963* / ed. by M. Klein. – N. Y. : Delacorte Press, 1975. – 709 p.

394. Fish B. Children at risk for schizophrenia / B. Fish. – N. Y., 1984. – 344 p.
395. Freud A. Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development / A. Freud. – N.Y., 1965. – 302 p.
396. Freud A. The Ego and the mechanisms of defense / A. Freud // The writings of Anna Freud. – London, 1977. – Vol. 2. – P. 45 – 62.
397. Freud S. The defense neuro-psychoses / S. Freud // The collected Papers : in 10 v. – N.Y. : Collier Books, 1963. – Vol. 2. – P. 67–81.
398. Freud S. Schriften zur Behandlungstechnik / S. Freud. – Frankfurt am Mein : Studienausgabe, Fisher Verlag, 1975. – 102 p.
399. Gabrovska V. Visual object perception in schizophrenia: further evidence for a selective impairment in semantic memory / V. Gabrovska, K. Laws, P. J. McKenna // Schizophrenia Research. – March 1997. – Vol. 24, № 1. – P. 103– 103 (1).
400. Gollwitzer P. Goal achievement: the role of intentions / P. Gollwitzer // European Review of Social Psychology. – 1993. – Vol. 4 (6). – P. 141–185.
401. Gollwitzer P. M. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes / P. M. Gollwitzer, P. Sheeran // Advances in Experimental Social Psychology. – 2006. – Vol. 38. – P. 69–119.
402. Golombok S. Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children / S. Golombok, R. Cook, A. Bish, C. Murray // Child Development. – 1995. – Vol. 64 (2). – P. 285–298.
403. Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice / M. Hagger // Health Psychology Review. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 57–65.
404. Hagger M. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation / M. Hagger, S. Orbell // Psychology and Health. – 2003. – Vol. 18 (2). – P. 141–184.
405. Hagger M. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior / M. Hagger, C. Wood, C. Stiff, N. L. D. Chatziasarantis // Health Psychology Review. – 2009. – Vol. 3 (2). – P. 208–238.

406. Hall P. A. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior / P. A. Hall, G. Y. Fong // *Health Psychology Review*. – 2007. – Vol. 1 (1). – P. 6–52.

407. Hart R. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II – mental health and development outcomes / R. Hart, R. J. Norman // *Hum Reprod. Update*. – 2013. – № 19 (3). – P. 244–250.

408. Harvey P. D. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status / P. D. Harvey, M. Strassnig // *World Psychiatry*. – 2012. – № 11. – P. 73–79.

409. Heckhausen H. Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind / H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer // *Motivation and Emotion*. – 1987. – Vol. 11 (2). – P. 101–120.

410. Hvidtjorn D. Cerebral palsy, Autism spectrum disorders, and developmental delay in children born after assisted conception: a systematic review and metaanalysis / D. Hvidtjorn et al. // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. – 2009. – № 163 (1). – P. 72–83.

411. Hvidtjorn D. Risk of autism spectrum disorders in children born after assisted conception: a population based follow-up study / D. Hvidtjorn, J. Grove, D. Schendel et al. // *J. Epidemiol. Community Health*. – 2011. – № 65 (6). P. 497–502.

412. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // *Nervous Child*. – 1943. – № 2. – P. 217–250.

413. Kanner L. Infantile autism and the schizophrenias / L. Kanner // *Behavioral Science*. – 1965. – № 10 (4). – P. 412–420.

414. Kaptein A. Representation of chronic illness / A. Kaptein, M. Scharloo, D. Helder, W. Kleijn, I. Korlaar, M. Woertman // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York : Routledge, 2003. – P. 97–118.

415. Keefe R. S. E. The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery / R. S. E. Keefe, T. E. Goldberg, P. D. Harvey et al. // *Schizophr. Res*. – 2004. – Vol. 68. – P. 283–297.

416. Kim B. N. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. Statistical parametric mapping analysis / B. N. Kim, J. S. Lee, M. S. Shin et al. // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. – Neurosci*, 2002. – Vol. 252. – P. 219– 225.

417. Klemetti R. Health of children born as a result of in vitro fertilization / R. Klemetti et al. // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 118, № 5. – P. 1819–1827.
418. Koffka K. Grundlagen der psychischen Entwicklung / K. Koffka. – Berlin, 1925. – 287 p.
419. Kozlova N. V. Personal and Professional Development of Future Entrepreneurs in Higher Educational Settings / N. V. Kozlova, T. Ye. Levitskaya, I. V. Atamanova // *Journal of the Worldwide Forum on Education and Culture*. – 2011. – Vol. 3. – P. 44–54. – URL: <http://www.theworldwideforum.org/resources/WWFEC+Issue+3.pdf>
420. Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90) / J. Kuhl // *Volition and personality: Action versus state orientation*. – Göttingen, Germany : Hogrefe, 1994. – P. 47–59.
421. Lazarus R. S. Transactional theory and research on emotions and coping / R. S. Lazarus, S. Folkman // *Eur. J. Personality*. – 1987. – № 1. – P. 141–169.
422. Lazarus R. S. Stress-related transactions between person and environment / R. S. Lazarus, R. Launier // *In Perspectives in Interactional Psychology*. – New York : Plenum, 1978. – P. 287–327.
423. Leunens L. Follow-up of cognitive and motor development of 10-yearold singleton children born after ICSI compared with spontaneously conceived children / L. Leunens et al. // *Hum Reprod*. – 2008. – Vol. 23 (1). – P. 105–111.
424. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // *The self-regulation of health and illness behavior*. – New York : Routledge, 2003. – P. 42–65.
425. Leventhal H. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach / H. Leventhal, P. A. Mora // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 51–65.
426. Lewin K. A dynamic theory of personality / K. Lewin. – N. Y., 1936. – 214 p.
427. Lewin K. Principles of topological psychology / K. Lewin. – N. Y., 1936. – 364 p.
428. Mann T. Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving / T. Mann, D. de Ridder, K. Fujita // *Health Psychology*. – 2013. – Vol. 32 (5). – P. 487–498.
429. May R. Love and will / R. May. – N. Y., 1974. – 149 p.

430. McAndrew L. M. Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process / L. M. McAndrew, T. J. Musumeci-Szabo, P. A. Mora, L. Vilekyte, E. Burns, E. A. Halm, E. A. Leventhal, H. Leventhal // *British Journal of Health Psychology*. – 2008. – Vol. 13. – P. 195–204.

431. Miller S. Vigotsky's zone of proximal development in transformative pedagogy: scaffolding multicultural discourse in integrated literature–history classes / S. Miller // *Jbid.* – 1989. – P. 204–205.

432. McClelland D. C. The achievement motive / D. C. McClelland, I.W. Atkinson, R. A. Clark, E. L. Lowell. – N. Y., 1953. – 384 p.

433. Möller H. J. The assessment of cognitive impairment would be a relevant addition to the criteria for diagnosing schizophrenia / H. J. Möller // *World Psychiatry*. – 2008 February. – № 7 (1). – P. 33–46.

434. Murray H. Thematic Apperception Test Manual / H. Murray. – Cambridge : Cambridge University Press, 1943. – 279 p.

435. Muraven M. Self-control as limited resource: regulatory depletion patterns / M. Muraven, D. M. Tice, R. F. Baumeister // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1998. – Vol. 74 (4). – P. 774–789.

436. Protective psychology / eds. by L. Abt, L. Bellak. – N.Y. : Jason Aronson, 1950. – 526 p.

437. Sallis J. F. Temporal self-regulation theory: a step forward in the evolution of health behavior models / J. F. Sallis // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 75–78.

438. Schopler E. Psychoeducation Profile / E. Schopler, R. Reichler. – Baltimor : University Park Press, 1979. – 225 p.

439. Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintainance of health behavior / R. Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 1–29.

440. Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model / R. Schwarzer // *Self-efficacy: Thought control of action*. – Washington, DC : Hemisphere, 1992. – P. 217–243.

441. Sheeran P. Intention – behavior relations: a conceptual and empirical review / P. Sheeran // *European Review of Social Psychology*. – 2002. – Vol. 12 (1). – P. 1–36.
442. Sheeran P. Nonconscious processes and health / P. Sheeran, P. M. Gollwitzer, J. A. Bargh // *Health Psychology*. – 2013. – Vol. 32 (5). – P. 460–473.
443. Sheldon K. Self-determination theory in the clinic / K. Sheldon, J. Williams, T. Joiner. – New Haven ; London : Yale University Press, 2003. – 119 p.
444. Skinner E. A. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping / E. A. Skinner, K. Edge, J. Altman, H. Sherwood // *Psychological Bulletin*. – 2003. – Vol. 129 (2). – P. 216–269. – doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=8301401> (дата обращения: 10.01.2003).
445. Slobodskaya H. R. Competence, emotional and behavioral problems in Russian adolescents / H. R. Slobodskaya // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 1999. – Vol. 8. – P. 173–180.
446. Sniehotta F. F. Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation / F. F. Sniehotta, U. Scholz, R. Schwarzer, B. Fuhrmann, U. Kiwus, H. Völler // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2005. – Vol. 12 (4). – P. 244–255.
447. Sutton S. Social-psychological approaches to understanding addictive behaviors: attitude-behavior and decision-making models / S. Sutton // *British Journal of Addiction*. – 1987. – Vol. 82. – P. 355–370.
448. Sutton S. A. A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation / S. A. Sutton // *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation*. – Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 2000. – P. 207–225.
449. Tremolada M. Coping strategies and perceived support in adolescents and young adults: the predictive model of self-reported cognitive and mood problems / M. Tremolada, S. Bonichini, L. Taverna // *Psychology*. – 2016. – Vol. 7 (14). – P. 1858–1871. – doi: <https://doi.org/10.4236/psych.2016.714171>.
450. Vaillant G. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology / G. Vaillant // *American Psychologist*. – 2000. – Vol. 55, № 1. – P. 89–98. – doi: [10.1037//0003-066x.55.1.89](https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.89). – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392869/>

451. Velicer W. F. Stages and non-stages theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer / W. F. Velicer, J. O. Prochaska // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57 (1). – P. 75–83.

452. Wagenaar K. Behavior and socioemotional functioning in 9–18-yearold children born after in vitro fertilization / K. Wagenaar et al. // *Fertility and sterility*. – 2009. – Vol. 92, № 6. – P. 1907–1914.

453. Wagenaar K. Self-reported behavioral and socioemotional functioning of 11- to 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilization / K. Wagenaar et al. // *Fertility and sterility*. – 2011. – Vol. 95, № 2. – P. 611–616.

454. Webb T. L. A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory / T. L. Webb, P. Sheeran // *Health Psychology Review*. – 2010. – Vol. 4 (2). – P. 79–82.

455. Webb T. L. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence / T. L. Webb, P. Sheeran // *Psychological Bulletin*. – 2006. – Vol. 132 (2). – P. 249–268.

456. Williams G. C. Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients / G. C. Williams, G. C. Rodin, R. M. Ryan, W. S. Grolnick, E. L. Deci // *Health Psychology*. – 1998. – Vol. 17 (3). – P. 269–276.

457. Zachor D. A. Assisted reproductive technology and risk for autism spectrum disorder / D. A. Zachor, E. Ben Itzchak // *Research in Developmental Disabilities*. – 2011. – Vol. 32 (6). – P. 2950–2956.

Appendix A
Questionnaire

Questionnaire for parents, teachers Aged 8-12 years

Full name of the child _____

Date of diagnosis Date of birth age School _____

Child's gender _____

Instruction manual _____

Denote the manifestations of statements:

N – never; I – sometimes; H – often; B – always

Questions

1. Understands the reversed instruction
2. Violates the rules
3. Visits the school doctor
4. Usually manifests himself as a leader
5. Demonstrates interest in other ideas
6. Has installation problems
7. Seems lonely
8. Listens to instructions
9. Strange actions
10. Sometimes deceives
11. Throws food around
12. Does not clean up after eating
13. Annoying others intentionally
14. Complains of shortness of breath
15. Acts rashly
16. Has difficulties in obtaining information
17. It seems that he retreats when he reaches the goal
18. Trying to succeed at school (trying to be successful)
19. Trying to bring out the best in other people
20. Sad
21. Easily distracted from class work
22. Threatens to hurt others
23. It seems out of touch with reality
24. Gets in trouble
25. Says he has no friends
26. Worries about what his peers, elders think about him
27. Can't wait for his turn
28. Has headaches
29. Analyzes the nature of the problem before starting to solve it
30. Takes other people's things without permission
31. Afraid of getting sick
32. Is creative
33. Congratulates others when they are successful
34. Attracts (requires) attention when doing class work
35. Does not pay attention to the training material
36. Mumbles to himself
37. Bad handwriting, copying
38. Says he is afraid of making mistakes
39. Loses patience too easily
40. Seems sick
41. Tracks the necessary information
42. Does sports
43. Uses the Internet to perform work efficiently
44. Makes suggestions without offending others

45. Says he hates himself
46. Has a small amount of attention
47. Teases others
48. Has strange ideas
49. Steals at school
50. Complains about being teased
51. Restless
52. Has weak self-control
53. Complains about his health
54. Asks to do missed tasks
55. Responds properly when a question is posed
56. Quickly recovers after a failure.
57. Makes decisions easily
58. Encourages (encourages) others to do their best
59. Out of control
60. Pessimist
61. Listens attentively
62. Sees things that don't exist
63. Sneaks up
64. Gets bad grades at school
65. Worries about things that can't be changed
66. Challenges teachers
67. Avoids other children
68. Is more active
69. There is no clarity when presenting ideas
70. Adapts well to changes in routine events
71. Well organized
72. Offers help to other children
73. Easily upset
74. Eats a lot
75. Argues when deprived of his right of opinion
76. Doesn't seem to notice others
77. Lies
78. Does not complete training tasks
79. Bright
80. Easy friends
81. Complains of pain
82. Completes homework
83. There is clarity when he talks about his personal experience
84. Complains when asked to do something differently
85. Works well under pressure
86. Says "Please" and "Thank you".
87. Disrupts the activity of other children
88. Says "I want to die," or "I wanted me to die."
89. Easily distracted
90. Spoils favorite things, hair, nails, clothes.

Appendix C

T.M. Achenbach 's questionnaires

Questionnaire for parents of children aged 4-18

LAST NAME OF THE CHILD _____
 FIRST NAME PATRONYMIC GENDER NATIONALITY _____
 boy (1) girl (0)
 Date of filling out the questionnaire _____
 Date of birth of the child _____

 number of months year number of months year

What class does your child study in / " "

If your child does not go to school yet, please make a note in this box.

When answering these questions, please stick to your personal point of view, even if you think that other family members will not agree with it.

THE PROFESSION OF PARENTS, even if you are not working now.

(Please name the profession that you and your spouse have received or in which you have worked for most of your professional career. Please be precise in specifying your profession. (For example, an auto mechanic engineer, assembler, salesman.)

mom 's _____
 Education of parents: mom dad incomplete secondary _____
 average _____
 secondary special _____
 unfinished higher education _____
 higher education _____

The answers to this questionnaire were given:

(mom – 0, dad – 1) Someone else (specify the degree of kinship with the child)

I. Please name your hobby (mugs, collecting, games – everything that is interesting to your child, including sports). Examples include stamp collecting, playing musical instruments, reading, drama club, knitting, ice skating, etc				a) b) c) d) f) he/she has no hobbies			
Compared to other children of the same age, how much time does he (she) spend doing this hobby? :				Compared to other children of the same age, how successful is he (she) in this?			
I don't know, a) b) c)	Less than others	As everyone	More than others	I don't know,	Less than others	As everyone	More than others
II. Please list all the responsibilities that your child has. For example, cleaning the bed, mopping the floors, sweeping, buying bread, sitting with a younger brother/sister, etc.				Compared to other children of the same age, how well does he (she) cope with them?			
				I don't know,	Worse than others	As everyone	Better than others
a) _____ b) _____ c) _____ d) my child has no responsibilities				a)	b)	c)	

III.

1. How many close friends does your child have? (Not counting siblings)

None 1-2 or 3-4 or more.

2. How much (approximately) once a week, your child does something (plays, studies in circles, walks with his friends, not counting brothers and sisters) outside of school or kindergarten?

Less than once a week 1 or 2 times, 3 times or more

IV. Compared to other children of the same age, how good is your child:

	Worse than others	As everyone	Better than others
a) friends with sisters/brothers b) sociable (a), easily converges with other children (c) behaves well with parents c) plays, and deals with himself) has no brothers / sisters			

IV. 1. How, from your point of view, does your child study (for school children)?
If your child does not attend school, please state the reason

School subject	Unsatisfactory	Worse than others	As everyone	Better than others
a) reading or literature b) Russian language c) history d) mathematics i) physics f) chemistry g) biology, natural history h) other school subjects (specify which ones) _____				

2. Does your child study in any special school or in any special class?

Please name your specialization

3. Has your child ever stayed in the second year? Please tell me in what year and for what reason

4. Is there (were there) does your child have problems with academic performance or behavior at school?

Please list them

Please tell me when these problems started?

Have these problems been resolved? When?

5. Does your child have any chronic diseases, physical disorders or mental retardation?

Please name

6. What bothers you most about your child?

7. What pleases you most about your child? What's good about it?

The following is a list of statements describing the behavior of children and adolescents. If this item corresponds to your child's behavior at the present time completely or almost completely, then please circle the number "2" in the answers column. If this item describes behavior that is characteristic of your child only to some extent or only occasionally, then circle the number "1". And finally, if this statement does not correspond to your child's behavior at all, circle the number "0".

0 = does not correspond at all (as far as I know) 1 = corresponds to some extent (sometimes)

2 = currently (always) corresponds to

0 1 2 1. Behaves like a little one (behavior does not correspond to age)

0 1 2 2. Snaps, argues

0 1 2 3. Brags, bullies

0 1 2 4. Can't concentrate, keep his attention on one

thing 0 1 2 5. Can't get rid of obsessive thoughts,

0 1 2 6. Can't sit still, indefatigable, too active

0 1 2 7. Too dependent on adults, not independent

0 1 2 8. Complains of loneliness

0 1 2 9. Disorganized, scattered

0 1 2 10. She cries a lot

0 1 2 11. Cruel, bullying and spiteful towards others

0 1 2 12. He fantasizes and invents a lot, immersed in his thoughts

0 1 2 13. Likes to be noticed

0 1 2 14. Intentionally breaks and destroys his toys, books, things

0 1 2 15. Deliberately breaks and destroys things belonging to family, parents and other people

0 1 2 16. Naughty at home

- 0 1 2 17. Naughty at school
- 0 1 2 18. Eats poorly
- 0 1 2 19. Does not get along with other children
- 0 1 2 20. Doesn't feel guilty even if he did something bad
- 0 1 2 21. Jealous
- 0 1 2 22. Afraid that he might think or do something bad
- 0 1 2 23. He believes that he must always be impeccable
- 0 1 2 24. It seems to him that no one loves him
- 0 1 2 25. It seems to him that other people want to annoy or harm him
- 0 1 2 26. Feels inferior, worthless
- 0 1 2 27. Gets into fights
- 0 1 2 28. He is often teased
- 0 1 2 29. It is found (included in the company) with other children who often get into unpleasant stories or even start them
- 0 1 2 30. He hears things that no one else hears. Please describe _____
- 0 1 2 31. Unrestrained, impulsive, acts rashly
- 0 1 2 32. Prefers solitude
- 0 1 2 33. Cheating, cheating
- 0 1 2 34. Nervous, sensitive, tense
- 0 1 2 35. Nervous movements or tics (eyelid twitching, lip biting, foot tapping on the floor, etc.)
- 0 1 2 36. Disliked by other children
- 0 1 2 37. Too fearful and anxious
- 0 1 2 38. Frequent dizziness
- 0 1 2 39. Considers himself guilty of everything
- 0 1 2 40. Overworked
- 0 1 2 41. It weighs too much
- 0 1 2 42. Has health-related problems, the medical cause of which is unclear:
- 0 1 2 a) bodily pain (not including headaches);
- 0 1 2 b) headaches;
- 0 1 2 c) nausea, malaise;
- 0 1 2 g) eye problems. Please describe _____
- 0 1 2 d) rashes or other skin diseases;
- 0 1 2 e) abdominal pain or cramps;
- 0 1 2 g) burp;
- 0 1 2 h) other physical problems. Please describe _____
- 0 1 2 43. Aggressive, attacks people
- 0 1 2 44. Studies poorly
- 0 1 2 45. Poorly coordinated, clumsy
- 0 1 2 46. Prefers to spend time and play with older children
- 0 1 2 47. Prefers to spend time and play with younger children
- 0 1 2 48. Refuses to talk
- 0 1 2 49. Repeats the same actions over and over again
(For example, fiddling with a button, checking whether the doors are closed, etc.)
Please describe _____
- 0 1 2 50. Runs away from home
- 0 1 2 51. Loud
- 0 1 2 52. Secretive, keeps everything to himself
- 0 1 2 53. He sees something that no one else sees.
Please describe _____
- 0 1 2 54. Shy, easily embarrassed
- 0 1 2 55. Often plays with fire, arranges arson
- 0 1 2 56. Flaunts himself, clowning around

0 1 2 57. Shy or timid
 0 1 2 58. Listlessly (with an absent look) looking somewhere or at something
 0 1 2 59. Steals in the family circle (from parents or siblings)
 0 1 2 60. Steals outside the house
 0 1 2 61. Behaves strangely.
 Please describe _____

0 1 2 62. Has strange ideas.
 Please describe _____

0 1 2 63. Stubborn, sullen and irritable
 0 1 2 64. Sudden mood swings
 0 1 2 65. Sulking, touchy
 0 1 2 66. Suspicious
 0 1 2 67. Swears obscenities, uses obscene words
 0 1 2 68. Too talkative
 0 1 2 69. Teasing
 0 1 2 70. Short-tempered, easily loses his temper
 0 1 2 71. Thinks too much about sex
 0 1 2 72. Threatens people
 0 1 2 73. Skipping school
 0 1 2 74. Insufficiently active and energetic
 0 1 2 75. Unhappy, sad, depressed
 0 1 2 76. Too noisy, speaks too loudly
 0 1 2 77. Uses alcohol or drugs.
 Please describe _____

0 1 2 78. Deliberately breaks and spoils things
 0 1 2 79. Closed, does not come into contact with others
 0 1 2 80. Worried about something, worried about something

Please check if you have answered all the questions. Please underline all the questions (statements) that you do not understand, have caused doubts or irritation. _____

Appendix D
Self-regulation components assessment map

Components	Criteria	Assessment (points)		
		1	2	3
Setting a goal	Dynamism			
	Stability			
	Activity			
	Initiative			
	Independence			
Regulation of emotional states	Dynamism			
	Stability			
	Activity			
	Initiative			
	Independence			
Control of actions	Dynamism			
	Stability			
	Activity			
	Initiative			
	Independence			
Achieving the goal of the action	Dynamism			
	Stability			
	Activity			
	Initiative			
	Independence			

Rating:

- 1 point – not formed
- 2 points – partially formed
- 3 points – fully formed

Levels of arbitrary regulation (in points):

- High – 60-50
- Average – 49-39 Below
- Average – 38-28
- Low – 27 and below

Cognitive strategies of arbitrary regulation:

- Adaptive strategies – high and medium levels
- Non-adaptive strategies - below average and low levels

Appendix E

Standardized interview with parents of children with cognitive deficits*Block 1. Complaints*

1. What exactly worries the mother (other family members) about the child's behavior, emotional state, communication with other children or adults?
2. When did the disturbing moments arise for the first time?
3. When did it become noticeable?
4. When did it get in the way?
5. When you (Mom) you see it, when you face it, what happens to you? What are you experiencing?
What physically happens to you?
6. What do you do in these moments?
7. What do you manage to do?
8. Who or what helps you in these moments to preserve or support yourself?
9. How do you understand, determine that the next difficult moment is near?
10. Does it happen that it should start, but it has not started?
11. How often do such difficult moments end?
12. What happens then?
13. When do you "exhale"?
14. Does it get better or worse over time?
15. How does the adult feel about this problem?
16. What kind of life task does this problem pose to you on a life-wide scale?
17. Do you feel annoyed with your child?
18. Who do you see your child in the future?

Block 2. The nature of the problem

1. What do you think about the reasons for those features of the child that bother you?
2. When and under what circumstances did you realize that this was the case?
3. If you have found this point, go back to this moment and remember what has changed inside you?
4. What did this understanding give you?

Block 3. Direction of actions

1. What actions have you taken to improve the situation?
2. In your opinion, what is the ideal help to accompany your child's development?
3. Do you need support and help? What would you like to change in this situation?
4. Do you allow your child to make mistakes? How do you punish mistakes?
5. Do you praise your child? What can please you?
6. If there was an opportunity, would you change your child? What exactly do you want to change in it?

Appendix F
Analysis of the results of intergroup studies

Table E.1 – Analysis of intergroup differences in the spatial symbolism of the "Stars and Waves" drawing (age category 8-9 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups						Validity of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID– MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Vertical image construction	24	31,6	25	32,9	17	22,4	0,160	1,295	1,455
Balanced ratio	30	39,5	35	46,1	38	50,0	0,826	1,307	0,481
Horizontal image construction	60	78,9	59	77,6	65	85,5	0,345	0,912	1,258
The center of the drawing	7	9,2	5	6,6	4	5,3	0,592	0,931	0,339

Table E.2 – Analysis of intergroup differences in the spatial symbolism of the "Stars and Waves" drawing (age category 10-11 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups						Validity of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl..	%			
Vertical image construction	28	36,8	30	39,5	27	35,5	0,302	0,166	0,468
Balanced ratio	23	30,3	25	32,9	20	26,3	0,345	0,549	0,894
Horizontal image construction	66	86,8	67	88,2	62	81,6	0,259	0,882	1,140
The center of the drawing	13	17,1	8	10,5	6	7,9	1,190	1,745*	0,555

Table E.3 – Analysis of age-to-age differences in the spatial symbolism of the "Stars and Waves" drawing (age categories 8-9 years and 10-11 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups, %						Validity of differences		
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11	NID – ND	IDD – IDD	MIDI – MIDI
Vertical image construction	31,6	36,8	32,9	39,5	22,4	35,5	0,678	0,820	1,806*
Balanced ratio	39,5	30,3	46,1	32,9	50	26,3	1,190	1,671*	3,045***
Horizontal image construction	78,9	86,8	77,6	88,2	85,5	81,6	1,147	1,751*	0,647
The center of the drawing	9,2	17,1	6,58	10,5	5,3	7,9	1,461	0,863	0,647

Table E.4 – Analysis of intergroup differences in the subject symbolism of the "Stars and Waves" drawing (age category 8-9 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups						Validity of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Basic elements	64	84,2	60	78,9	60	78,9	0,845	0,845	0
Additional elements	23	30,3	16	21,1	15	19,7	1,301	1,516	0,216

Table E.5 – Analysis of intergroup differences in the subject symbolism of the "Stars and Waves" drawing (age category 10-11 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups						Validity of differences		
	NIDD		IDD		MIDI		NIDD – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
Basic elements	62	81,6	60	78,9	57	75	0,419	0,992	0,573
Additional elements	24	31,6	19	25	17	22,4	0,906	1,282	0,376

Table E.6 – Analysis of age-to-age differences in the subject symbolism of the "Stars and Waves" drawing (age categories 8-9 years and 10-11 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups, %						Validity of differences		
	8–9		10–11		8–9		NID – NID	IDD – IDD	MIDI – MIDI
	8–9	10–11	8–9	10–11	8–9	10–11			
Basic elements	84,2	81,6	78,9	78,9	78,9	75	0,425	0,000	0,573
Additional elements	30,3	31,6	21,1	25	19,7	22,4	0,173	0,567	0,407

Table E.7 – Analysis of intergroup differences in the features of the graphics of the figure "Stars and waves" (age category 8-9 years) based on the angular Fisher transformation

Solution method	Groups						Validity of differences		
	NID		IDD		MIDI		NID – IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
<i>Stroke technique</i>									
Single stroke technique	43	56,6	60	78,9	64	84,2	2,984***	3,828***	0,845
A confident touch	40	52,6	56	73,7	62	81,6	2,725**	3,896***	1,171
An uncertain stroke	27	35,5	15	19,7	6	7,89	2,201*	4,358***	2,158*
Without looking up from the sheet	19	25	10	13,2	9	11,8	1,868*	2,151*	0,284
With separation from the sheet	58	76,3	48	63,2	45	59,2	1,769*	2,275**	0,505
<i>The nature of the stroke</i>									
A light stroke	34	44,7	32	42,1	30	39,5	0,302	0,653	0,351
Tinted stroke	29	38,2	4	5,26	0	0	5,351***	The criterion is not applicable	
A clear stroke	45	59,2	59	77,6	68	89,5	2,466**	4,475***	2,010*
Bold stroke Bold stroke	28	36,8	20	26,3	18	23,7	1,399	1,769*	0,370
<i>Stroke defects</i>									
Easy-a fragile stroke	23	30,3	18	23,7	15	19,7	0,918	1,516	0,598
Tinted- smeared stroke	27	35,5	17	22,4	0	0	1,794*	The criterion is not applicable	
Clear-sharp stroke	7	9,21	2	2,63	6	7,89	1,800*	0,284	1,516
Thick-bold stroke	18	23,7	7	9,21	2	2,63	2,472**	0,284	1,516
Fragmented stroke	28	36,8	3	3,95	0	0	5,585***	The criterion is not applicable	
Accentuated-blackened stroke	2	2,63	0	0	0	0	The criterion is not applicable		
<i>Drawing surface treatment</i>									
Tinting	12	15,8	2	2,63	0	0	3,045***	5,042***	1,997*
Hatching	15	19,7	0	0	0	0	The criterion is not applicable		
Drawing contours	23	30,3	12	15,8	0	0	2,145*	The criterion is not applicable	
Painting over	26	34,2	14	18,4	4	5,3	2,232*	4,833***	2,601**
Rough handling	6	7,89	0	0	0	0	The criterion is not applicable		

Table E.8 – Analysis of intergroup differences in the features of the graphics of the figure "Stars and waves" (age category 10-11 years) based on the angular Fisher transformation

Solution method	Groups						Validity of differences		
	NID		IDD		MIDI		NIDD –IDD	NID – MIDI	IDD – MIDI
	No of ppl.	%	No of ppl.	%	No of ppl.	%			
<i>Stroke technique</i>									
Single stroke technique	13	17,1	15	19,7	15	19,74	0,413	0,413	0
A confident touch	36	47,4	42	55,3	40	52,63	0,974	0,641	0,333
An uncertain stroke	30	39,5	18	23,7	10	13,16	2,108*	3,791***	1,683*
Without looking up from the sheet	29	38,2	11	14,5	9	11,84	3,403***	3,896***	0,493
With separation from the sheet	34	44,7	25	32,9	20	26,32	1,498	2,392***	0,894
<i>The nature of the stroke</i>									
A light stroke	30	39,5	33	43,4	25	32,9	0,487	0,845	1,332
Tinted stroke	25	32,9	6	7,89	4	5,3	4,019***	4,666***	0,647
A clear stroke	42	55,3	60	78,9	69	90,8	3,144***	5,227***	2,084*
Bold stroke Bold stroke	12	15,8	6	7,89	7	9,2	1,529	1,245	0,284
<i>Stroke defects</i>									
Easy-a fragile stroke	28	36,8	15	19,7	0	0	2,367**	The criterion is not applicable	
Tinted- smeared stroke	20	26,3	10	13,2	0	0	2,053*	The criterion is not applicable	
Clear-sharp stroke	15	19,7	4	5,26	3	3,9	2,805**	3,218***	0,413
Thick-bold stroke	20	26,3	12	15,8	4	5,3	1,597	3,773***	2,176*
Fragmented stroke	25	32,9	5	6,58	0	0	4,327***	The criterion is not applicable	
Accentuated-blackened stroke	18	23,7	2	2,63	0	0	4,272***	The criterion is not applicable	
<i>Drawing surface treatment</i>									
Tinting	15	19,7	1	1,32	0	0	4,315***	The criterion is not applicable	
Hatching	20	26,3	6	7,89	0	0	3,125***	The criterion is not applicable	
Drawing contours	18	23,7	10	13,2	0	0	1,683*	The criterion is not applicable	
Painting over	20	26,3	11	14,5	2	2,6	1,825*	4,642***	2,817**
Rough handling	7	9,21	0	0	0	0	3,797***	The criterion is not applicable	

Table E. 9 – Analysis of inter-age differences in the features of the graphics of the "Stars and Waves" pattern (age categories 8-9 years and 10-11 years) based on the Fisher angular transformation

Solution method	Groups, %						Validity of differences		
	8-9	10-11	8-9	10-11	8-9	10-11	NID – NID	IDD – IDD	MIDI – MIDI
<i>Stroke technique</i>									
Single stroke technique	56,6	17,1	78,9	19,7	84,2	19,74	5,240***	7,810***	8,655***
A confident touch	52,6	47,4	73,7	55,3	81,6	52,63	0,641	2,392**	3,896***
An uncertain stroke	35,5	39,5	19,7	23,7	7,9	13,16	0,505	0,598	1,073
Without looking up from the sheet	25	38,2	13,2	14,5	11,8	11,84	1,763*	0,228	0,018
With separation from the sheet	76,3	44,7	63,2	32,9	59,2	26,32	4,069***	3,797***	4,186***
<i>The nature of the stroke</i>									
Easy-a fragile stroke	44,7	39,5	42,1	43,4	39,5	32,9	0,653	0,136	0,845
Tinted stroke	38,2	32,9	5,26	7,89	0	5,3	0,684	0,647	2,866**
A clear stroke	59,2	55,3	77,6	78,9	89,5	90,8	0,487	0,191	0,265
Bold stroke Bold stroke	36,8	15,8	26,3	7,89	23,7	9,2	2,996***	3,125***	2,472**
<i>Stroke defects</i>									
Easy-a fragile stroke	30,3	36,8	23,7	19,7	19,7	0	0,851	0,598	The criterion is not applicable
Tinted- smeared stroke	35,5	26,3	22,4	13,2	0	0	1,233	1,492	The criterion is not applicable
Clear-sharp stroke	9,21	19,7	2,63	5,26	7,9	3,9	1,874*	0,869	1,060
Thick-bold stroke	23,7	26,3	9,21	15,8	2,6	5,3	0,370	1,245	0,869
Fragmented stroke	36,8	32,9	3,95	6,58	0	0	0,505	0,752	The criterion is not applicable
Accentuated-blackened stroke	2,63	23,7	0	2,63	0	0	4,272***	The criterion is not applicable	
<i>Drawing surface treatment</i>									
Tinting	15,8	19,7	2,63	1,32	0	0	0,629	0,641	The criterion is not applicable
Hatching	19,7	26,3	0	7,89	0	0	0,968	The criterion is not applicable	
Drawing contours	30,3	23,7	15,8	13,2	0	0	0,918	0,456	The criterion is not applicable
Painting over	34,2	26,3	18,4	14,5	5,3	2,6	1,060	0,653	0,869
Rough handling	7,89	9,21	0	0	0	0	0,284	The criterion is not applicable	

Table E.10 – Parental attitudes equally affect the formation of the emotional and personal sphere in norm and pathology (PARI and CAT)

For all groups of subjects	Intellectualization	Displacement	Regression	Substitution	Denial	Projection	Compensation	Reactivity
Inducement of verbal manifestations, verbalization	0,08	0,02	-0,02	0,03	-0,05	0,00	0,03	0,02
Partnerships	0,18**	0,04	0,04	0,01	0,04	-0,06	0,06	0,07
Development of the child's activity	0,18**	0,13*	-0,12*	0,05	-0,07	-0,02	0,03	0,17**
The equalizing relationship between parents and child	0,04	0,04	-0,01	0,05	-0,06	-0,06	0,06	-0,06
Irritability, short temper	-0,04	0,04	0,03	-0,02	0,05	0,03	0,01	-0,02
Severity, excessive severity	0,00	0,02	0,07	-0,03	-0,08	0,05	-0,05	0,01
Avoiding contact with a child	-0,05	0,00	-0,02	-0,01	0,10*	-0,05	-0,04	-0,05
Excessive caring, establishing dependency relationships	0,13**	-0,02	0,11*	0,03	-0,10*	0,03	0,07	0,08
Overcoming resistance, suppression of will	-0,14**	0,01	0,04	0,03	0,04	0,03	-0,06	-0,06
Creating security, fear of offending	0,10*	0,13**	-0,05	-0,03	-0,05	-0,02	-0,03	0,05
Exclusion of non-family influences	0,02	0,08	0,01	-0,05	0,00	0,04	-0,02	0,06
Suppression of aggressiveness	0,00	0,02	0,01	0,01	-0,01	-0,02	-0,08	0,10*
Suppression of sexuality	-0,03	0,05	-0,01	0,00	0,08	-0,06	0,08	-0,02
Excessive interference in the child's world	0,04	0,03	0,01	-0,01	0,06	-0,05	0,07	0,10*
The desire to accelerate the development of the child	0,20**	0,05	0,02	0,01	-0,02	-0,13*	0,19**	0,03
* p ≤ 0,05. ** p ≤ 0,01.								

A positive sign indicates that in the presence of a parent installation, a certain protective mechanism is presented.

A negative sign – the presence of a parent installation correlates with the absence of a protective mechanism (does not occur).

Table E.11 – Parental attitudes equally affect the formation of the emotional and personal sphere in norm and pathology (PARI and CAT), age category 8-9 years, research group NID

Age category 8-9 years, group NID	Intellectualization	Displacement	Regression	Substitution	Denial	Projection	Compensation	Reactivity
Inducement of verbal manifestations, verbalization	0,22	0,03	0,00	-0,01	-0,03	-0,07	-0,13	-0,07
Partnerships	-0,05	-0,10	0,07	-0,10	0,03	-0,22	-0,11	0,09
Development of the child's activity	0,16	0,15	-0,11	0,15	-0,23	0,07	-0,05	0,10
The equalizing relationship between parents and child	0,02	-0,03	0,02	-0,02	0,10	-0,03	-0,03	0,02
Irritability, short temper	0,08	0,00	0,10	-0,21	0,13	-0,13	0,09	-0,04
Severity, excessive severity	-0,06	0,04	0,04	-0,17	0,08	0,00	0,05	0,03
Avoiding contact with a child	0,08	0,12	-0,09	0,02	0,11	-0,15	-0,04	0,07
Excessive caring, establishing dependency relationships	-0,01	-0,07	0,27*	-0,19	0,05	0,03	0,03	-0,10
Overcoming resistance, suppression of will	0,03	-0,10	-0,15	0,07	0,00	-0,04	0,02	0,01
Creating security, fear of offending	0,04	0,29*	0,01	-0,07	0,03	-0,15	-0,09	0,23
Exclusion of non-family influences	0,12	0,05	0,07	-0,11	0,06	0,04	-0,15	0,09
Suppression of aggressiveness	0,08	-0,26*	0,05	0,10	-0,08	0,20	-0,29*	0,13
Suppression of sexuality	0,00	0,03	0,03	0,03	0,05	-0,11	0,22	-0,11
Excessive interference in the child's world	-0,08	-0,11	0,20	-0,25*	0,16	-0,16	0,06	0,09
The desire to accelerate the development of the child	0,00	0,07	0,02	0,06	-0,14	-0,05	0,23	-0,15
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Table E.12 – Parental attitudes equally affect the formation of the emotional and personal sphere in norm and pathology (PARI and CAT), age category 8-9 years, group IDD

Age category 8-9 years, group IDD	Intellectualization	Displacement	Regression	Substitution	Denial	Projection	Compensation	Reactivity
Inducement of verbal manifestations, verbalization	-0,03	0,12	-0,24*	0,28*	-0,16	0,14	-0,12	0,23
Partnerships	0,16	-0,07	0,23	-0,15	0,09	0,12	-0,04	-0,08
Development of the child's activity	0,00	0,20	0,04	0,02	-0,10	0,01	-0,17	0,15
The equalizing relationship between parents and child	-0,01	0,07	0,10	0,04	-0,05	0,05	-0,08	-0,23
Irritability, short temper	-0,13	-0,02	0,08	0,04	0,06	0,13	-0,10	0,03
Severity, excessive severity	0,06	0,09	-0,02	0,19	-0,21	0,10	-0,06	0,13
Avoiding contact with a child	-0,07	-0,12	0,08	0,00	0,27*	-0,32**	-0,06	-0,04
Excessive caring, establishing dependency relationships	0,02	-0,23	0,08	0,11	-0,12	0,00	0,05	0,21
Overcoming resistance, suppression of will	0,00	0,07	0,04	-0,01	0,07	-0,03	0,00	0,14
Creating security, fear of offending	0,11	-0,01	-0,07	0,13	0,07	-0,01	-0,04	0,06
Exclusion of non-family influences	-0,01	0,07	0,11	0,01	0,04	0,15	-0,02	-0,04
Suppression of aggressiveness	-0,03	0,17	-0,16	0,01	0,25*	-0,19	0,03	0,12
Suppression of sexuality	-0,27*	0,28*	0,06	-0,06	0,20	-0,22	0,13	0,06
Excessive interference in the child's world	-0,03	-0,04	-0,02	-0,11	0,11	0,02	-0,01	0,31**
The desire to accelerate the development of the child	0,05	-0,02	0,03	-0,01	0,16	-0,11	-0,05	-0,05
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Table E.13 – Parental attitudes equally affect the formation of the emotional and personal sphere in norm and pathology (PARI and CAT), the age category of 10-11 years, the research group NID

Age category 8-9 years, group NID	Intellectualization	Displacement	Regression	Substitution	Denial	Projection	Compensation	Compensation
Inducement of verbal manifestations, verbalization	0,07	-0,09	0,25*	-0,10	-0,02	0,18	0,12	-0,10
Partnerships	0,22	0,07	0,01	0,04	0,11	-0,06	0,03	0,13
Development of the child's activity	0,16	-0,02	-0,13	0,08	0,06	-0,01	0,06	-0,06
The equalizing relationship between parents and child	-0,11	-0,09	-0,02	-0,04	-0,08	0,00	0,00	-0,16
Irritability, short temper	0,01	-0,01	0,07	-0,07	-0,06	0,13	0,11	0,14
Severity, excessive severity	0,07	0,07	0,09	0,03	0,10	0,12	-0,14	-0,03
Avoiding contact with a child	-0,05	-0,05	-0,10	-0,03	0,05	-0,10	0,08	0,08
Excessive caring, establishing dependency relationships	0,20	0,10	-0,03	-0,04	0,09	-0,05	0,05	-0,04
Overcoming resistance, suppression of will	-0,32**	-0,01	0,01	0,09	-0,06	0,02	-0,05	0,03
Creating security, fear of offending	0,13	0,04	-0,09	-0,10	-0,02	0,00	0,06	0,08
Exclusion of non-family influences	-0,24*	-0,01	0,11	-0,05	0,01	0,16	-0,06	0,17
Suppression of aggressiveness	-0,10	0,05	0,06	-0,18	0,03	-0,17	-0,05	0,00
Suppression of sexuality	0,11	0,03	-0,15	-0,03	0,07	0,07	0,16	-0,12
Excessive interference in the child's world	0,22	-0,01	-0,13	0,08	0,23	-0,22	0,08	0,10
The desire to accelerate the development of the child	0,18	-0,10	0,09	-0,12	0,18	-0,22	0,16	-0,12
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Table E.14 – Parental attitudes equally affect the formation of the emotional and personal sphere in norm and pathology (PARI and CAT), age category 10-11 years, group IDD

Age category 10-11 years, group IDD	Intellectualization	Displacement	Regression	Substitution	Denial	Projection	Compensation	Compensation
Inducement of verbal manifestations, verbalization	0,05	0,08	-0,12	0,02	0,12	-0,10	-0,17	0,09
Partnerships	-0,04	0,16	0,00	0,05	0,00	0,06	0,11	-0,14
Development of the child's activity	-0,16	-0,01	0,06	0,02	0,10	0,08	0,03	0,24*
The equalizing relationship between parents and child	0,03	0,12	-0,10	0,20	-0,01	-0,20	0,16	-0,15
Irritability, short temper	0,08	0,14	-0,04	0,10	-0,12	0,14	-0,15	-0,04
Severity, excessive severity	0,18	-0,03	0,08	-0,02	-0,13	0,02	-0,18	0,13
Avoiding contact with a child	0,15	0,03	-0,12	0,18	-0,04	0,09	0,04	-0,26*
Excessive caring, establishing	0,06	0,11	0,29*	-0,07	-0,23	0,22	-0,15	0,18
Overcoming resistance, suppression of will	-0,06	0,21	-0,05	0,22	-0,11	0,20	0,01	-0,17
Creating security, fear of offending	0,12	0,10	0,15	-0,12	-0,04	-0,05	-0,17	-0,14
Exclusion of non-family influences	-0,14	0,07	0,03	-0,10	0,09	-0,05	-0,10	-0,24*
Suppression of aggressiveness	0,19	0,01	0,09	0,06	-0,14	0,19	-0,14	0,36**
Suppression of sexuality	0,08	0,06	0,05	-0,07	0,06	-0,02	-0,08	0,19
Excessive interference in the child's world	-0,25*	0,00	-0,03	0,16	-0,09	-0,01	0,10	-0,01
The desire to accelerate the development of the child	0,02	0,04	0,15	0,00	-0,04	-0,12	0,08	0,07
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Table E.15 – Parental attitudes equally affect the formation of the emotional and personal sphere in norm and pathology (PARI and CAT), age category 10-11 years, group MIDI

Age category 10-11 years, group MIDI	Intellectualization	Displacement	Regression	Substitution	Denial	Projection	Compensation	Compensation
Inducement of verbal manifestations, verbalization		-0,13	0,19	-0,01	-0,25*	-0,11	0,13	-0,13
Partnerships		-0,07	0,12	-0,09	0,17	0,02	-0,02	-0,11
Development of the child's activity		-0,08	-0,05	-0,10	0,02	0,08	-0,05	-0,06
The equalizing relationship between parents and child		-0,01	0,10	0,04	-0,16	-0,01	-0,11	-0,06
Irritability, short temper		0,16	-0,18	0,03	0,11	-0,25*	0,17	0,05
Severity, excessive severity		-0,10	0,04	-0,12	-0,18	0,13	-0,01	-0,21
Avoiding contact with a child		0,16	-0,08	-0,08	0,00	-0,19	0,10	0,16
Excessive caring, establishing		-0,15	0,07	0,06	-0,16	0,15	0,02	-0,05
Overcoming resistance, suppression of will		-0,29*	0,05	-0,10	0,13	-0,11	-0,12	-0,17
Creating security, fear of offending		0,23	-0,04	0,03	-0,08	0,14	-0,06	-0,14
Exclusion of non-family influences		0,07	-0,14	-0,21	-0,05	0,04	0,04	0,00
Suppression of aggressiveness		0,02	-0,17	0,07	-0,15	-0,14	-0,07	0,14
Suppression of sexuality		0,00	-0,08	0,03	0,00	0,00	0,10	-0,05
Excessive interference in the child's world		0,01	0,06	0,13	-0,25*	0,04	-0,05	0,00
The desire to accelerate the development of the child		0,21	-0,03	0,07	-0,14	0,03	0,03	-0,10
* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$.								

Appendix G

**"Positive Template" training program
(program for children with cognitive deficiency)**

To develop the program, we were based on the principles of cognitive psychotherapy, gestalt therapy, designed to more accurately and clearly work out the goal and the sequence of steps to achieve it.

The purpose of the program: to develop skills in working to achieve personal and group goals, overcome personal psychological difficulties and problems with the help of positive thinking strategies, strategies for positive goals. The program consists of several stages. Depending on the characteristics of the children, the characteristics of their emotional and personal sphere and the level of intelligence, you can go through the entire algorithm during one or several classes.

Step 1. Setting a goal.

At this stage, it is necessary to reformulate the problem into a goal. For example, "I'm irritable" is the problem, "I want to be calm and control myself" is the goal. The formulation of the goal is only in positive (positive) terms (what I want, not what I don't want).

Step 2. Balance the solution.

Think about the part of the behavior that you are going to change (problem behavior), after which you need to fill in the balance of the solution in a playful way, using drawing and graphic techniques. This approach of introspection allows you to assess your successes and failures in a playful way, as well as mitigate negative behavioral reactions through humor. The balance of a decision makes sense if that decision has personal meaning and acceptance.

Step 3. Past successes.

At this stage we also used the drawing method. The subject was asked to draw the sun and its rays. Each ray symbolizes success in various fields. The more rays – the more successful actions and events. Unsuccessful actions and

their causes are also analyzed.

Step 4. Resources for achievements.

The resource map follows the same principle as past successes. Students were asked to draw the sun and use its rays to write or draw resources to achieve goals. Resources are a reserve of energy necessary to achieve goals, a source of replenishing strength, giving self-confidence. It can be certain people (mom, friends), as well as hobbies, etc.

Step 5. The ladder of achievements.

Each subject drew a ladder, signed certain periods of time under its steps: the first step – "tomorrow", the second – "in a week", then – "in a month". It should be noted that the characteristics of children with cognitive impairments do not allow building a long-term perspective. At this stage, we used a short-term perspective: today, tomorrow, the day after tomorrow, in a week. As a general method of work for all categories of subjects, we used the analysis of the situation of achievements: what is needed to achieve the goal, what helps, what hinders. Such detailed planning and its graphic fixation allow you to specify the goals and results of achievements.

Application H

Methodological tools of psychologists and teachers of educational institutions for the organization of psychological support of children with cognitive deficits

I. 1 The scheme of observation of the child's behavior (Questionnaire. Child through the eyes of an adult)

Full name of the child _____

Age _____

Date Filled in: parent, psychologist, teacher

Emphasize the frequently expressed situational and personal reactions, signs and types of behavioral and emotional disorders in the child. Add the ones that are not specified.

AGGRESSIVENESS.

In facial expressions: compresses his lips; blushes; turns pale; clenches his fists.

Physical: breaks toys or buildings; tears up books; pushes a peer; casually hits oncoming people; bites; spits.

Hidden: pinches others, says offensive words when not heard by an adult.

Verbal: swears; says offensive, obscene words.

In the form of a threat: swings, but does not hit; scares others.

As a reaction to restriction: resists when trying to restrain from aggressive actions; an obstacle stimulates aggressive behavior.

Directed at himself: bites himself; pinches himself; asks himself to hit again

SHORT TEMPER.

In physical actions: unexpectedly for everyone, he throws toys, can tear up the allowance; spit.

In speech: may unexpectedly respond rudely; say an obscene word

NEGATIVISM.

In physical actions: does the opposite; hardly joins in the collective game. As refusals: refuses even interesting activities for everyone.

Verbal: says the words "I don't want", "I won't", "no".

DEMONSTRATIVENESS.

In movements: turns his back, exaggerates movements in class; falls with screams, blows on the floor in response to the demands of an adult.

As an orientation to one's own state and behavior: seeks to attract attention to oneself to the detriment of the organization of classes; doing something on the contrary, observes the reaction of others.

TOUCHINESS (emotional instability).

In facial expressions: dissatisfied facial expression; crying.

As a reaction to an obstacle: offended when losing a game, other activities.

Reaction to evaluation by others: painfully reacts to comments, raised tone of voice.

CONFLICT.

Sensitivity to provocation: he provokes conflict himself; responds in conflict to the conflicting actions of others.

As egocentrism and lack of orientation to the state: does not take into account the desires and interests of peers; does not take into account the intentions, intentions of other children in joint activities, in relationships with peers.

Like the difficulty of switching: not inferior to toys.

EMOTIONAL DETACHMENT.

Like centrifugal tendencies: when all children are together, tends to retire.

As an emotional preoccupation with activity: enters the room and immediately goes to the toys; is busy with his business and does not notice others.

Features of speech behavior: does not use speech as a means of communication; when speaking, the speech is not addressed to the interlocutor.

As pseudo-deafness: does not fulfill the request, although he hears and understands the content of the request; does not react to the transition from ordinary speech to a whisper.

Features of eye contact: avoids looking into the face of the interlocutor.

Features of social emotions: perceives people as inanimate objects; does not focus on the emotional state of other people.

FOOLISHNESS.

In physical actions and facial expressions: fooling around; mimicking in movements.

As a reaction to a remark: reacts with laughter to adult remarks; praise and blame do not have a significant change in the behavior of the child.

As a violation of social norms and restrictions: cheerful behavior, stupid jokes infuriates others.

INDECISION.

In social relations with others: avoids the situation of oral questioning in class; does not answer, although he knows the answer; refuses leading roles in games; shows shyness, shy of new people.

Manifestations in speech: uses the words: "I don't know", "maybe", "it's hard to say"; the child does not answer the question, although he knows the correct answer.

In physical actions: afraid to jump off the platform in a situation of uncertainty. And the reaction to novelty: the child shows inhibitory reactions; behavior in a new situation is less variable than in a familiar one.

In activity: it is difficult to make a decision in conditions of choice, lack of time.

FEARS.

Specific: fear of the vacuum cleaner; fear of the dog; fear of the dark; fear of wind gusts.

Social: fear of new people in a new situation; fear of public speaking; fear of being left alone. Reaction to novelty: afraid to enter a new room anxiety.

In facial expressions: a wandering, detached look.

In speech: the child cannot explain the reasons for avoiding behavior, anxiety.

In movements: suddenly shudders; walks cautiously.

In relationships with others: sleeps with his parents; strives to be closer to an adult

STIFFNESS.

In speech: stammers in speech.

In movements: motorically constrained; awkward in a new situation.

INHIBITION.

In cognitive activity: is not interested in anything; does not know what to do with himself.

In visual perception: looks idly around.

In speech: speaks too softly.

Reaction time: the pace of actions (movements) is slowed down; when performing actions on a signal, it is delayed.

EGOCENTRICITY.

As an attitude towards himself: he believes that all toys, all sweets, all the attention of others is for him.

In relationships: imposes his game or desires on children.

In speech: uses the pronoun "I".

AVOIDING MENTAL EFFORT.

In conditions of free activity: does not watch cartoons; gets tired of reading books to adults.

In organized classes: quickly gets tired of an age-appropriate mental task (for comparison, generalization, sample actions).

ATTENTION DEFICIT.

Concentration: looks around in class.

And the content of helping the child: it is necessary to verbally repeat the task several times; a combination of the word with the display of the method of action is required.

In speech: asks again the conditions for completing the task.

DISINHIBITION (motor).

And the features of action planning: hastily plans his own actions.

Excessive pace and number of actions: the pace of actions is accelerated; the number of actions is excessive (a lot of unnecessary movements); acts before the agreed signal.

And the duration of restraining hyperactivity: gets up in the first half of the lesson, when other children are still sitting.

And the duration of mastering the state: quickly excited and slowly calms down from noisy play.

DISINHIBITION (speech).

Speech volume: Speaks too loudly, cannot speak with normal voice power.

And the pace of speech: the pace of speech is accelerated; speech is excitedly; talks in class, despite the comments of an adult.

MISUNDERSTANDING OF VERBAL INSTRUCTIONS.

Complex: confuses or skips the sequence of actions according to the verbal instructions of an adult.

Simple: focuses on a visual pattern of behavior or actions of an adult, and not on the explanation of the task.

JAMMING.

In activity: draws repeatedly repeated elements.

In relationships: obsessive when communicating; attracts attention.

In speech: repeats repeatedly the same phrase (request); obsessive grunting, choking.

In the sphere of feelings and emotions: stuck on resentment; intolerance to remarks.

And switching difficulties: it is difficult to switch.

In thinking: the difficulty of comprehending the material in conditions of time scarcity. Obsessive, stereotypical actions and movements: beating, gnawing, swallowing, pulling, tugging, biting, twisting, sucking, squeezing-unclenching, sucking, rocking, tapping, rubbing, pinching, twitching, picking, stroking, scratching.

efficiency.

Mental: gets tired quickly from a task that requires mental activity; gets tired when reading a book; gets tired in the first part of an organized lesson.

Physical: gets tired quickly on a walk; gets tired of physical exertion; loses working capacity in the first third of an organized lesson; it is necessary to vary the complexity of the task that requires physical effort; working capacity fluctuates throughout the day; alternation of increased and decreased working capacity.

I.2 Clinical and psychological conclusion on a younger student with cognitive deficits

Full name of the child _____

Age _____

Date Filled in: parent, psychologist, teacher

The survey was carried out in the process of: interviews with parents, relatives, specialists; observations of the child in productive, free, playful activities (underline and supplement)

In the course of the survey, the following conclusions can be drawn:

1. **VEGETATIVE-INSTINCTIVE, PSYCHOSOMATIC, RESIDUALLY-ORGANIC SIGNS OF A CONDITION AND DISORDER.** Unexpressed, pronounced (emphasize and supplement) sleep and wakefulness rhythm disorders, selectivity of eating behavior come to the fore

2. **FEATURES OF FACIAL EXPRESSIONS** (underline and supplement).

Facial expression: lively, interested, silly, arrogant, angry, arrogant, offended, sad, depressed, avoiding eye contact, the child often lowers his head, cold, aloof, expressionless, frozen gaze, amimic, masked, inhibited, with grimaces, with obsessive movements.

3. **THE MAIN AREAS OF MENTAL ACTIVITY.**

3.1. The sphere of experiences and motivation. To the fore come unexpressed, pronounced (emphasize) disorders of behavior and emotions, such as: negativism, demonstrativeness, stupidity, aggressiveness, conflict, indecision, low mood background, fears, anxiety, resentment, tearfulness, short temper, stiffness, selfishness, emotional detachment, pseudo-deafness, jamming, satiety.

3.2. Cognitive (mental) sphere. Unexpressed, pronounced (underline) disorders come to the fore: avoidance of mental effort, attention deficit; reduced mental performance; misunderstanding of simple, complex verbal instructions; actions according to a complex, simple visual pattern.

3.3. Psychomotor sphere. Unexpressed, pronounced (emphasize) disorders, such as hyperactivity, muscle tone disorders, verbosity, inhibition, come to the fore.

4. **ACTIVITY DISORDERS** (underline and supplement): the child is characterized by normal, unstable, reduced, excessively increased mental activity; avoidance of (mental) efforts; normal, unstable, reduced, excessively increased (emphasize) physical performance.

5. **DISORDERS OF BEHAVIOR AND EMOTIONS** form a syndrome- structure in a child (underline and supplement):

5.1. Oppositional-defiant behavior manifests itself in situational and personal reactions of negativism and demonstrativeness, conflict, short temper, aggressiveness.

5.2. Hyperactive behavior includes motor, speech disinhibition, impulsivity, attention deficit.

5.3. The inhibited type of disturbed behavior manifests itself in situational and personal reactions of inhibition, indecision.

5.4. Anxiety disorders and fears. The child has specific fears, anxiety, stiffness.

5.5. Disorder of the "dependent personality" type. Indecision prevails, yielding to the desires of other people. Joins: inhibition, touchiness.

5.6. Autistic type of disturbed behavior. The severity of emotional detachment and pseudo-deafness, negativism is higher than other disorders. It is characterized by the addition of additional symptoms: anxiety, egocentricity and selfishness.

5.7. Emotionally unstable personality disorder manifests itself in resentment, conflict.

The main disorder is joined by: aggressiveness, stupidity, speech disinhibition, fears,

anxiety (underline and supplement).

5.8. Stuck, rigid personality disorder. It includes being stuck, negativism, anxiety as a tendency to doubt and caution, excessive conscientiousness, pedantry, obsession in actions.

5.9. Depressive disorder. Low, depressed mood; loss of interests; reduced ability to have fun; joylessness; reduced physical performance.

The main disorder is joined by: indecision; resentment; tearfulness; self-doubt; low self-esteem; sleep disorders; decreased appetite.

6. QUANTITATIVE AND TEMPORAL SIGNS OF THE DISORDER. The duration of the main disorder (a) (5.1–5.9)

The condition lasts from 30 minutes to 1.5 hours, 2-3 months, more than 6 months, is observed sometimes, often, almost always, continuously (underline). Alternates with other conditions and disorders lasting from 1-2-10-15-30 minutes, sometimes, often, periodically, paroxysmally, almost always.

7. ASSISTANCE IN OVERCOMING CONDITIONS (underline and supplement). The child needs help in overcoming the states of stubbornness, oppositional, defiant, aggressive behavior, emotional instability, resentment, foolishness, low mood, dependent, indecisive behavior, anxiety and fears, jamming, inhibition.

Adult help is needed sometimes, often, continuously (emphasize and supplement) in the form of stimulation of humane feelings, orientation to the state of another, switching to another state, stimulation of positive emotions and a sense of humor, body contact, awareness of special or disturbed behavior.

8. AWARENESS AND CRITICALITY TO A SPECIAL OR DISTURBED BEHAVIOR IN A CHILD (underline and supplement). The child feels a sense of awkwardness, guilt, agrees that he "acted badly", but continues to behave the same way, criticism is reduced sometimes, often, almost always.

9. FEATURES OF SPEECH BEHAVIOR. The child uses, does not use (emphasize) speech as a means of communication, establishing contact with others, argumentation, reasoning.

In speech, he uses: inarticulate sounds, the words "I don't want to – I won't", "leave me alone", "I don't know" refuses to answer questions, repeats words and phrases, asks again, speaks loudly, quickly, quietly, slowly, expressionlessly

10. FEATURES OF REACTION, REACTIVITY AND IMPULSIVITY (underline and supplement).

The child is characterized by reactions: to restriction, to the need to coordinate joint actions with other children; censure, negative, positive reinforcement, novelty; to the presence of others, stimulation of positive emotions, motivation of competition, physical contact.

Reactions are adequate, inadequate, paradoxical to the stimulus (underline).

Stimuli provoke behavioral and emotional disorders in a child.

11. THE DIRECTION OF TRANSFER, GENERALIZATION, REACTION OF THE STATE. The child transfers the state: to (through) the subject environment, to adults, peers, animals, to himself.

Child: blames others for his failures; considers himself kind, and everyone is bad; in a state of irritation spoils property.

12. DIFFICULTIES OF SOCIALIZATION OF BEHAVIOR AND STATES.

The child does not subordinate behavior to the norms of relationships with children and adults, does not fulfill requirements, does not comply with duties, does not "keep his word", shows irresponsibility (underline and supplement)

13. A SIGN OF SOCIAL DANGER, UNDESIRABILITY OF THE CONDITION, DISTURBED BEHAVIOR.

The following conditions of the child are socially dangerous and undesirable for others (underline and supplement): aggressiveness, protest, disinhibition, inhibition,

inactivity, anxiety, fear, emotional detachment, resentment, conflict, jamming, selfishness.

The child interferes with the organization of classes with other children; the child cannot be left alone; pisses off adults, other children; insults others with words; throws objects; can break a window; spoils property; becomes an object of ridicule; loses the respect of peers; closes himself in; learns to manipulate for profit, sits on the neck of adults.

14. THE TENDENCY TO MANIPULATION. The child uses the condition to obtain: manipulative benefits; what he wants; avoiding responsibility.

To do this, the child (underline): crying gets his way; reactions of stubbornness, refusal forces an adult to give in, give up under the pressure of selfish demands; shows foolishness to avoid responsibility; pretends that he does not understand the task, that he is offended; intimidates, blames loved ones; sets conditions for adults; tells lies.

15. MANIFESTATIONS AND INFLUENCE OF THE STATE, DISTURBED BEHAVIOR AND EMOTIONS ON THE SUCCESS OF THE ACTIVITY (underline and supplement). Disorders that disorganize the child's activity: aggressiveness, protest, disinhibition, inhibition, anxiety, fears, emotional detachment, resentment, jamming, satiety, exhaustion.

Disorders disorganize the child's activity (underline and supplement): educational, communication, free, subject-practical, self-service.

Disorders: reduce the desire to act; the ability to plan; purposefulness, variability, compatibility, consistency of actions; self-control of the effectiveness of actions; experiencing the success of actions and results.

In a child: resentment reduces the persistence of actions; negativism, emotional detachment, foolishness violate the coherence of actions, emotional acceptance of the purpose of the task and actions, responsibility for the results of actions; jamming, inhibition, indecision reduce the variability of actions; short temper, hyperactivity reduce the ability to plan and control educational activities.

I.3 The scheme of observation of the behavior of a younger student

Full name of the child _____

Age _____

Date Filled in: parent, psychologist, teacher _____

Communication skills	Scores			
Activity				
Openness				
Sociability				
Sense of humor				
Listening skills				
Benevolence				
Erudition				
Understanding				
Respect				
Speech quality				
Attentiveness				
Patience				
Confidence				
Poise				
Common interests				

I.4 The scheme of observation of the child's behavior

Full name of the child _____

Age _____

Date Filled in: parent, psychologist, teacher _____

Characteristics of social and emotional intelligence	Scores			
General positive attitudes towards the world				
Interest in others				
Copes with how he behaves in conflict situations				
Empathy				
The ability to imagine yourself in the place of another person				
The ability to empathize, take care of other people				
The ability to restrain your emotions				
Do not allow insults to the interlocutor or his relatives				
The ability to treat others with understanding				
Negative attitude to words that can hurt the feelings and emotions of another				
The desire to get in touch and have a conversation with both peers and adults				

Appendix I

Methodological recommendations for medical psychologists and teachers working with younger students with cognitive health disorders in an educational environment

The organization of psychological work to correct self-regulation of students with cognitive deficits as a purposeful sequence of actions is represented by a set of interrelated stages, each of which has its own purpose and content (Figure K.1).

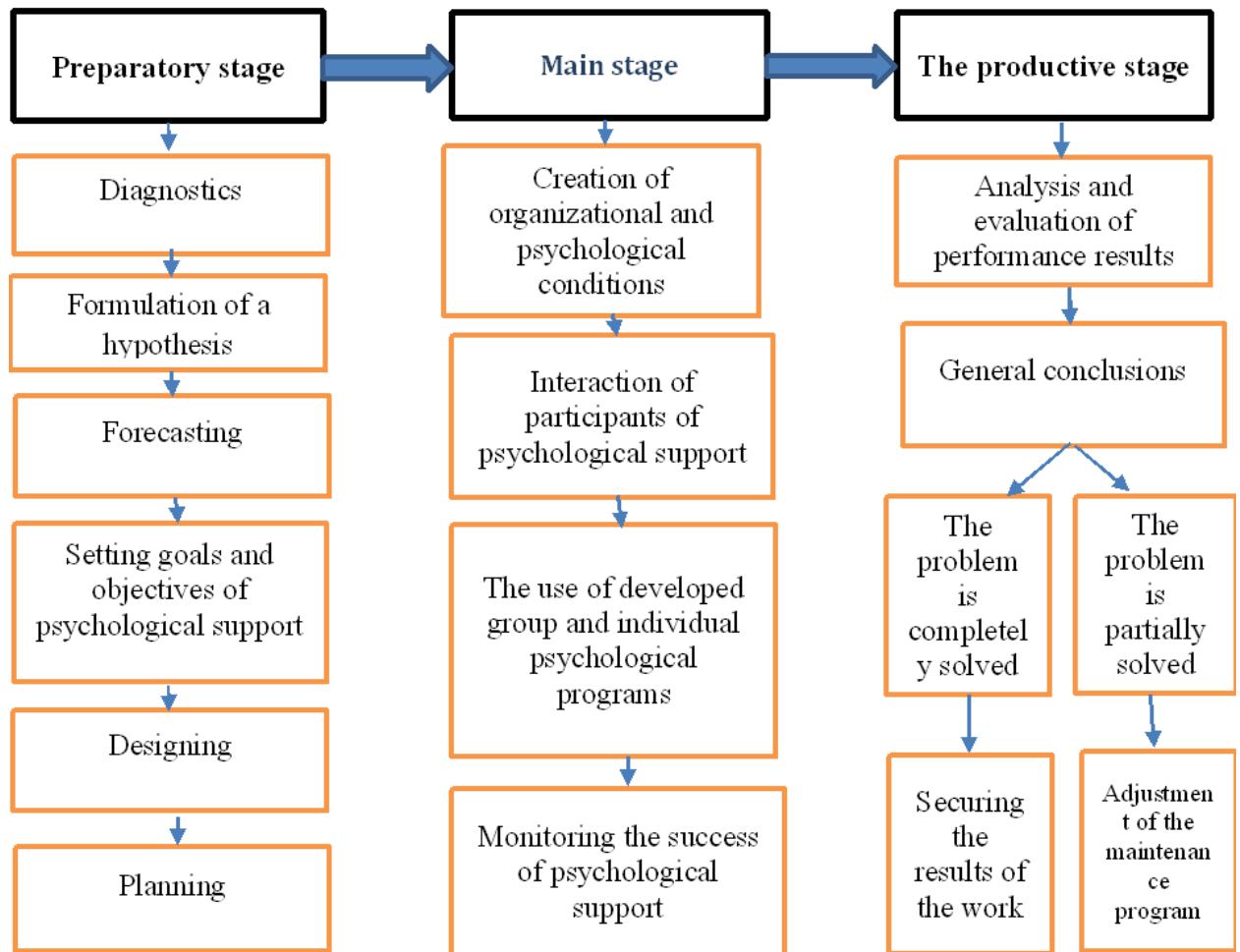


Figure K.1 – Psychological technology for psychologists and teachers working with younger schoolchildren with health disorders caused by cognitive deficits

The selected stages are consistent with the general psychological patterns of the implementation of pedagogical processes that reveal similar stages, and also reflect the sequence of development of psychological work on the prevention of behavioral disorders in students with cognitive deficits. Let's consider the content characteristics of each stage sequentially.

Preparatory stage. Purpose: collection, accumulation and processing of information obtained as a result of various types of diagnostics, identification of risk factors for violations behavior, the formation of a program of psychological support for the prevention of behavior disorders.

The preparatory stage consists of several sub-stages: diagnostics, problem formulation, forecasting, determination of the goals and objectives of the upcoming activity, design, planning. Diagnostics of behavior disorders in children with cognitive deficits is aimed at studying the forms of manifestation of behavior disorders, the nature, dynamics of behavior self-regulation disorders and factors determining the occurrence and development of

arbitrary behavior disorders. In addition, diagnostics involves the identification of positive trends in the student's personal development, which can serve as the basis for psychological work on the prevention of behavioral disorders.

When conducting diagnostics, special attention should be paid to identifying factors of an individual psychological, socio-psychological and educational nature that initiate the launch of the mechanism of behavior disorders and determine the content of behavioral problems.

In our opinion, the effectiveness of psychological work on the prevention of behavioral disorders in children and adolescents can be ensured only if the root cause of the behavior disorder is neutralized. On the basis of a systematic generalization of the most typical, repetitive forms and ways of behavior of students, taking into account the conditions, stability, frequency of their manifestation, the problem is formulated. This is the next sub-stage of the preparatory stage. Predicting the possible development of a student is one of the difficult sub-steps. Taking into account the data obtained as a result of diagnostics on the individual characteristics of the personality and behavior of the student, a forecast of probabilistic development is being built.

Forecasting is carried out in the presence of sufficiently complete information about the student, based on comprehensive accounting and comprehensive analysis of the totality of data on the internal and external conditions of the formation of his personality and behavior. The subject of forecasting is the student's development opportunities both in general and in individual areas. Forecasting involves assessing the immediate as well as more distant prospects for psychosocial development and adaptation of the child, identifying the potential of the student as an object of psychological work to prevent behavioral disorders. If violations in the behavior of a student are detected, it is necessary to predict the zone of immediate development, prospects for positive change and the capabilities of the teaching staff in creating optimal conditions that ensure the implementation of psychological work to prevent his behavior disorders.

If the student's behavior meets regulatory requirements, preventive forecasting is carried out, that is, the identification of trends that reflect the general direction of the personality development of a mentally retarded child, the identification of risk factors for behavioral disorders; on this basis, measures are determined to prevent negative and strengthen positive influences.

Predicting the risk of behavioral disorders involves establishing an informative relationship between the forms, nature of behavioral disorders and various factors. On the basis of forecasting, the goals and objectives of the upcoming psychological work are determined. This is the next sub-step. The goal is a system-forming factor in psychological work on the prevention of behavioral disorders. In accordance with the goal, the tasks that need to be solved in order to achieve the intended goal are determined. Psychological support and work on the prevention of behavioral disorders is of an etiological and system-oriented nature, that is, it assumes that psychological influences are aimed at preventing the negative influence of factors contributing to the violation of student behavior in the system as a whole. Therefore, the main goal of psychological work on the prevention of behavioral disorders is to prevent and neutralize the negative impact of factors contributing to the emergence and consolidation of violations of the behavior of younger schoolchildren, using psychological forms, methods and techniques.

The study of the features of self-regulation of students with cognitive impairments allowed us to identify a causal complex of behavioral disorders, which includes the following factors: 1) individual-mental (features of mental activity and personal qualities of students due to cognitive deficits); 2) social- school (shortcomings of the educational work of the teaching staff of an educational institution); 3) social-psychological factor (unfavorable situation in the family of students).

These factors contribute to the risk of occurrence and formation of behavioral disorders in children with cognitive deficits.

Setting the goal of preventive work is carried out taking into account the listed factors. The main tasks of psychological work to optimize the process of psychological support and psychological correction of self-regulation of students with cognitive deficits in inclusive education are the following:

- 1) prevention of the occurrence and consolidation of a violation of behavior;
- 2) timely identification of students who are prone to violation of normative behavior and have facts of violation of behavior;
- 3) formation of positive experience of social behavior, communication skills and interaction with other people;
- 4) identification of ways and development of measures to create an environment that prevents or excludes the possibility of violation of behavior;
- 5) educational impact on the environment, negatively affecting students, and others.

When setting the goal of psychological work on the prevention of behavioral disorders of students with cognitive deficits, the following requirements must be taken into account:

- 1) diagnostic – the nomination, justification and adjustment of the goal only on the basis of constant study of students, their needs and capabilities, as well as the social situation of development;
- 2) reality – the nomination and justification of the goal, taking into account the possibilities of a specific situation;
- 3) continuity – the implementation of links between the private goal and objectives of socio-pedagogical work on the prevention of violations of student behavior and the general goals and objectives of the educational process;
- 4) focus on results.

Forecasting and determining the goals and objectives of the upcoming psychological work form the basis for designing psychological work to prevent violations of student behavior. This is the next sub-step. The design consists in determining the content, choosing forms, methods and techniques, creating conditions for the upcoming socio-pedagogical work, which ensures the achievement of the predicted goal.

When choosing methods of psychological and pedagogical influence, determining methodological techniques and organizational forms, it is necessary to take into account the individual capabilities of the student, the purpose, conditions and possible forms of implementation of psychological work, their own opportunities to achieve the goal and time opportunities for the implementation of socio-pedagogical work. The final sub-stage of the preparatory stage is the planning of implementation activities. Planning provides for the development of a schedule for the implementation of psychological work by time, place and types of activities. Planning contributes to the implementation of the plan, ensures the complexity and intensity of socio-pedagogical work to prevent violations of student behavior. On its basis, at the stage of direct implementation of psychological work, monitoring of practical activities and its results is carried out.

Psychological work on the prevention of behavioral disorders of students with cognitive deficits should be reflected in the school-wide plan of educational work and in the work plan of the class teacher in the form of a list of goals and objectives for a certain period, indicating ways and means to achieve and solve them. The school-wide plan of educational work should include activities designed for all students: activities for the formation of discipline and culture of children's behavior; issues of interaction between the school and the parents of students; study of scientific recommendations and best practices on the problem of preventing violations of student behavior. When planning and organizing psychological work to prevent violations of arbitrary behavior of younger schoolchildren with cognitive deficits, it is necessary to take into account the totality of typical forms of behavior disorders for this category of students and the circumstances that contribute to them.

The main stage is the stage of direct implementation of psychological work. Its purpose is to organize the direct practical activities of the teaching staff in accordance with the developed

pedagogical technology to neutralize the factors contributing to the violation of the behavior of children and adolescents, to create conditions conducive to the personal development of students.

The implementation of psychological work to optimize the process of psychological support and prevention of violations of students' behavior in inclusive education is carried out by the entire teaching staff, interacting within the framework of job responsibilities and professional competence on the basis of a common approach within a certain content model, involving the implementation of a system of interrelated measures aimed at preventing and neutralizing factors contributing to the violation of behavior.

The implementation of socio-pedagogical work is individually oriented. The stage of direct implementation of psychological work involves the interaction of teachers and students; the use of the planned methods, means and forms of socio-pedagogical work; the creation of organizational and pedagogical conditions; monitoring of socio-pedagogical work on the prevention of behavioral disorders.

The basis of interaction between the psychologist and the teaching staff is:

- 1) mutual awareness of students, their relationships, the organization and results of the educational process in general and psychological work on the prevention of behavioral disorders, in particular;
- 2) mutual assistance and mutual support in the implementation of the goals and objectives of psychological work;
- 3) joint search for ways to prevent violations of students' behavior, joint work on the implementation of the planned tasks of psychological work;
- 4) joint analysis of the work carried out and the results obtained;
- 5) joint determination of the prospects for psychological work on the prevention of behavioral disorders with the classroom staff and individual students.

The forms of interaction between the class teacher and the teaching staff in order to ensure unity of action and develop common approaches to the prevention of behavioral disorders are diverse: pedagogical council, pedagogical council, methodological associations, attendance of training sessions, individual conversations. The content of socio-pedagogical work on the prevention of behavioral disorders is determined by its purpose and objectives. The leading areas of activity of the teaching staff in the process of preventing violations of students' behavior are the creation of conditions for preventing the formation of secondary personal shortcomings of students in educational activities, in extracurricular work, ensuring cooperation with parents of students as active subjects of psychological interaction, improving the scientific and methodological level of the teaching staff.

The next direction of psychological work on the prevention of violations of student behavior is to increase the professional competencies of specialists working with younger students with cognitive deficits.

Tasks:

- 1) increasing the role of an educational institution in preventing and overcoming violations of student behavior;
- 2) informing the teaching staff about the peculiarities of the violation of students' behavior;
- 3) encouraging the teaching staff to self-improvement, improving pedagogical skills.

Forms of work: methodical council; subject methodical associations; problem seminars and workshops; development of scientific and methodological topics by the teaching staff; participation in scientific and practical conferences; pedagogical consultation; pedagogical self-education.

The implementation of psychological work on the prevention of behavioral disorders of younger schoolchildren with cognitive deficits requires constant monitoring of the dynamics of changes in personality, behavior and activity of students. To assess the dynamism of psychological work, monitoring is provided, carried out after a certain period of time or after the execution of a certain set of psychological and pedagogical measures. It provides for the

collection of information about what has been carried out, what dynamics in the facility it has led to and the evaluation of performance. Monitoring dynamics requires the implementation of diagnostic procedures that permeate the entire process of socio-pedagogical work on the prevention of behavioral disorders, which provides an opportunity to receive feedback. Monitoring allows you to monitor the progress of psychological work, evaluate the effectiveness of individual or complex preventive measures, make the necessary adjustments to the tasks of the program of socio-pedagogical work, timely change and supplement the methods and means of psychological and pedagogical influence. This approach makes psychological work on the prevention of behavioral disorders more dynamic and effective and allows for greater individualization.

The productive stage. The purpose of this stage is to analyze the socio-pedagogical work to achieve the goal and evaluate its effectiveness, adjust the activities of prevention subjects and determine future prospects. The productive stage includes two sub-stages.

At the first sub-stage, the analysis of the work done and the evaluation of its effectiveness is carried out: the positive and negative aspects of the implemented pedagogical technology for the prevention of behavioral disorders, the practical activities of the subjects of psychological work are revealed.

At the second sub-stage, general conclusions are drawn. The effectiveness of socio-pedagogical work on the prevention of behavioral disorders can be assessed at different levels: at the level of the long-term effect of psychological activity as increasing the student's resistance to the effects of risk factors for behavioral disorders and at the level of setting goals and objectives of socio-pedagogical work, the ratio of the predicted and actually achieved results. The results of psychological work on the prevention of behavioral disorders are the changes that have occurred with the subjects of prevention and in the relationship between them, in particular, changes in students, class staff, in the relationship between teachers and students, in the interactions between the class teacher and parents, parents and children, teachers.

Appendix J

Glossary of terms

Cognitive deficiency is an impairment of cognitive activity in the form of a pathopsychological symptom complex, including self-regulation, cognitive activity, emotional and behavioral aspects that determine cognitive health impairments in primary school children.

Cognitive health is a state of well-being in the cognitive sphere caused by genetic, psychological, socio-environmental factors in accordance with age; a component of a person's mental health.

Self-regulation is a psychological phenomenon that manifests itself in a voluntary choice of motive, purpose, and methods of action through the management of personal means when performing mental and practical tasks.

The pathopsychological model of self-regulation is a psychological multi-level phenomenon that includes impairments of the personality-semantic, cognitive and regulatory levels, interrelated and interdependent.

The cognitive level includes the characteristics of rigidity, stiffness, inertia, fixedness (perseverance), as well as goal setting and choice of behavior strategy.

The personality-semantic level manifests itself in the exteriorization of individual experience, internal impulses and motives in achieving the goal of activity, including psychological defense, self-esteem, and the level of claims.

The regulatory level includes components reflecting the integrity and dynamism of the self-regulation process: the regulation of emotional states and the control of actions.

Self-regulation strategies are a set of patterns that characterize ways to achieve a goal.

The components of self-regulation are goal setting, regulation of emotional states, control of actions, achievement of the goal of action.

Psychological support of schoolchildren with cognitive health impairment is a system of psychological measures aimed at the development of self-regulation as an effective way to compensate for cognitive deficiency.

Psychological assistance technologies are a system of psychological techniques that aims to correct self-regulation impairments in schoolchildren with impaired cognitive health.