

Московский городской психолого-педагогический университет

Научный центр психического здоровья РАМН

Московский НИИ психиатрии

К 100-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн

**Диагностика в медицинской
психологии: традиции и
перспективы**

Москва

2011

ББК 48

Д 44

Редакционная коллегия:

Зверева Н.В., кандидат психологических наук, доцент (отв. ред.)

Рощина И.Ф. кандидат психологических наук, доцент

Ениколопов С.Н. кандидат психологических наук, доцент

Д44 Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы.
Научное издание. Коллективная монография по проблемам диагностики в медицинской психологии, статьи подготовлены к открытию Всероссийской юбилейной научно-практической конференции Москва, 23 сентября 2011 г/ под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рощиной.- Москва, 2011, 270 с.

ISBN 978-5-94051-079-6

Монографический сборник сформирован к Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (к 100-летию С.Я.Рубинштейн)», состоявшейся 23 сентября 2011 г. в ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет». В работах авторов рассматриваются проблемы диагностики в медицинской психологии, разные ее аспекты: экспертиза, патопсихология, психология аномального ребенка.

Для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов, а также для специалистов, работающих в области здравоохранения, социальной защиты населения и системе образования.

ББК48

Д44

ISBN 978-5-94051-079-6

© Московский городской психолого-педагогический университет

©Научный центр психического здоровья РАМН

©Московский НИИ психиатрии

СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО	5
ОТ РЕДАКЦИИ	6
НИКОЛАЕВА В.В. О ВКЛАДЕ СУСАНЫ ЯКОВЛЕВНЫ РУБИНШТЕЙН В РАЗВИТИЕ ПАТОПСИХОЛОГИИ.....	9
РУБИНШТЕЙН С.Я. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ.....	17
РУБИНШТЕЙН С.Я. ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПАДА НАВЫКОВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	48
КРИТСКАЯ В.П., МЕЛЕШКО Т.К. ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ.....	59
СОКОЛОВА Е.Т. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕТОДОЛОГИИ КЛАССИЧЕСКОГО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В СВЕТЕ ПРОЕКТИВНОЙ ПАРАДИГМЫ .	74
ЕНИКОЛОПОВ С.Н. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АГРЕССИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	82
КУЛЫГИНА М.А. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА.....	100
УРЫВАЕВ В.А. ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ	106
ЩЕЛКОВА О.Ю. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ.....	119
САФУАНОВ Ф.С. МЕТОДОЛОГИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	131
ДВОРЯНЧИКОВ Н.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ В РЕШЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ В СУДЕБНОЙ СЕКСОЛОГИИ.....	142
ХОЛМОГОРОВА А.Б. СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ ПОД УГЛОМ ЗРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ПСИХОДИАГНОСТИКИ, РАЗВИТЫХ С.Я.РУБИНШТЕЙН.....	164
ЗВЕРЕВА Н.В. ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ.....	172
ГОРЯЧЕВА Т.Г., СИНЕЛЬНИКОВА А.В. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЭМПАТИИ У ДЕТЕЙ С ЗПР.....	186
НИКОЛЬСКАЯ И.М. МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ КАК ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ.....	194
ПЕЧНИКОВА Л.С. РЕАКЦИЯ НА ФРУСТРАЦИЮ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	208
КОВАЛЬ-ЗАЙЦЕВ А.А. К ОПЫТУ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	217
ТРОИЦКАЯ Л.А. ВРОЖДЕННЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ..	225
КАРИМУЛИНА Е.Г. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РОДИТЕЛЕЙ И ШКОЛЫ: РОЛЬ ПСИХОЛОГА ..	242
КОЛПАКОВА Л.М. МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ АДАПТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ТРУДНЫМ СИТУАЦИЯМ	247
БАЛАШОВА Е.Ю., РОЩИНА И.Ф. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЗДНЕГО ОНТОГЕНЕЗА: ИСТОКИ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ	258



СУСАННА ЯКОВЛЕВНА РУБИНШТЕЙН (1911 – 2011)

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

С.Я. Рубинштейн хорошо известна психиатрам и психологам нашей страны. Первые работы в области психологии С.Я. Рубинштейн посвятила проблемам неврологии и нейрохирургии. В дальнейшем ее интересы были сконцентрированы на актуальных проблемах психиатрии: ею были исследованы механизмы формирования психопатологических синдромов при различных психических заболеваниях, среди которых особое место занимало изучение слуховых галлюцинаций, психология умственно отсталых детей, а также тщательно разработанные экспериментальные методики патопсихологии и применение их к клинике.

С.Я. Рубинштейн сотрудничала с выдающимися психологами и психиатрами своего времени. Её научная деятельность была хорошо известна и высоко оценена как в нашей стране, так и за ее пределами. Психиатры и психологи хорошо помнят её яркие убедительные выступления, посвященные принципиальным проблемам психологии и психиатрии, её непримиримость к поверхностным и умозрительным суждениям.

Имя Сусанны Яковлевны Рубинштейн, как и имена А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца и Б.В. Зейгарник связано со значительными успехами в области психологии и психиатрии.

Её взгляды и концепции не потеряли своей значимости в настоящее время. Развитие идей С.Я. Рубинштейн – лучший памятник замечательному ученому и человеку.

Академик РАМН, д. мед. наук, проф. А.С. Тиганов,
Директор Научного центра психического здоровья РАМН

ОТ РЕДАКЦИИ

Организаторы юбилейной конференции к 100-летию со дня рождения Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911-2011) задумывали это издание как аналог коллективной монографии, посвященной методам и средствам клинико-психологической диагностики. Статьи были специально заказаны ведущим специалистам Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Казани. Большинство авторов откликнулось на наше предложение, и теперь отечественные психологи имеют еще одно уникальное издание, посвященное вопросам применения диагностики в клинической психологии и отражающее актуальный срез современной клинической психологии.

Известно, что Сусанна Яковлевна Рубинштейн была не только страстным (пристрастным), но и открытым всему новому человеком. В этом легко убедиться, прочитав ее основной труд «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике». В названной книге собраны под одной обложкой и уже зарекомендовавшие себя классические патопсихологические диагностические методики, и те, которые только входили тогда в научно-практический оборот.

Собранные статьи относятся к базовым сферам клинической науки и практики, развитию которых посвятила свою жизнь Сусанна Яковлевна: экспериментальная патопсихология, экспертиза и психодиагностика в клинической психологии, вопросы психологии аномального развития (в широком смысле), методология диагностики.

Открывает сборник вступительное слово академика РАМН А.С.Тиганова, в котором обозначен высокий вклад Сусанны Яковлевны в дело отечественной патопсихологии и психиатрии.

Статья В.В.Николаевой, коллеги Сусанны Яковлевны по клинической практике в Институте психиатрии Минздрава РСФСР и преподавательской работе в МГУ имени М.В.Ломоносова, посвящена анализу и оценке вклада С.Я.Рубинштейн в формирование и развитие отечественной патопсихологии.

Предлагаемое издание уникально еще и наличием авторских статей самой С.Я.Рубинштейн. Давно ставшие библиографической редкостью, эти статьи несут к нам живое движение мысли С.Я.Рубинштейн. Редакционная коллегия признательна дочери Сусанны Яковлевны Юлии Сергеевне Ким (Рубинштейн) за разрешение напечатать эти материалы. В чем-то эти работы привязаны к месту и времени их выполнения, в чем-то представляют собой и предвидение будущего развития психологической науки. Какие-то позиции автора сейчас кажутся неосновательными, а какие-то – необыкновенно глубокими. Теперь у наших студентов и специалистов есть еще одна возможность обратиться к классическим психологическим текстам. Одна из статей - **«Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений»** - посвящена применению экспериментального метода в изучении этих разных феноменов, при этом

очень важной представляется логика построения исследования и принципы его проведения, сформулированные в этой работе. Вторая статья – **«Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста»** - также не утратила научного интереса, активно может применяться в практике диагностической работы с пожилыми людьми. Обе статьи важны для понимания пути развития отечественной патопсихологии.

Старейшины отечественной патопсихологической науки Т.К.Мелешко и В.П.Критская представили обобщающую их многолетние исследования работу. В ней не только освещена история патопсихологии в отделе медицинской патопсихологии НЦПЗ РАМН, но и обозначены новые перспективы работы, которые открываются перед авторами.

Статья Е.Т.Соколовой, также соратницы С.Я.Рубинштейн по работе в МГУ им. М.В. Ломоносова, в форме дискуссии знакомит читателей с новым подходом к проективным техникам в диагностической работе.

Руководитель отдела медицинской психологии НЦПЗ РАМН, зав. кафедрой криминальной психологии МГППУ С.Н.Ениколопов обозначил возможные пути научной и диагностической практической работы по изучению агрессии в клинической психологии. Проблемам современного нарушенного развития в виде шизотипического диатеза занимается М.А.Кулыгина, что отражено в ее статье.

Методологии диагностики в клинической психологии посвящены статьи В.А.Урываева и О.Ю.Щелковой. Вопросы судебной экспертизы обсуждаются в статьях Ф.С.Сафуанова и Н.В.Дворянчикова.

Самое большое количество статей относится к психологии аномального развития (отдельные виды патологии, проблемы диагностики, характеристика отношений с родителями и др.). Работа А.Б.Холмогоровой посвящена теме сиротства, Н.В.Зверевой – вопросам дифференциальной диагностики в детской клинической психологии, А.А.Коваль-Зайцева – диагностике аутистических расстройств, Л.А.Троицкой – характеристике врожденных форм патологии у детей и подростков. Л.С.Печникова представила материал по аномальному подростковому, Т.Г.Горячева дала характеристику особого статуса детско-родительских отношений у детей с ЗПР. И.М.Никольская представила оригинальную методику диагностической и коррекционной работы с аномальными детьми, Л.М.Колпакова поделилась новой методикой оценки адаптивного состояния, и, наконец, Е.Г.Каримулина осветила проблемы родительно-детских отношений в школе.

Новый ракурс экспериментально-психологической диагностики в возрастной клинической психологии представлен в завершающей сборник статье геронтопсихологов Балашовой Е.Ю. и Рощиной И.Ф.

Монографический сборник оправдывает свое название – «Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы».

Редакционная коллегия выражает свою благодарность всем авторам за помощь в формировании монографического сборника.

Особая признательность Трайниной Е.А. и Мандрусовой Э.С. за добрую память об С.Я.Рубинштейн.

Благодарим всех, кто помогал этому изданию появиться на свет: А.И.Хромову (компьютерная верстка), И.Ф.Рошиной, С.Н.Ениколопову и Н.В.Зверевой за организационную и редакционную работу.

Спасибо спонсорам!

Редакционная коллегия убеждена, что данное монографическое издание окажется востребованным в кругу специалистов по клинической психологии и патопсихологии, как нынешних, так и будущих.

О ВКЛАДЕ СУСАНЫ ЯКОВЛЕВНЫ РУБИНШТЕЙН В РАЗВИТИЕ ПАТОПСИХОЛОГИИ

В.В. Николаева

МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва

Становление Московской научно-педагогической школы патопсихологии неразрывно связано с именем ее основателя и многолетнего руководителя Блюмы Вульфовны Зейгарник. Начиная с 40-х годов и до конца XX века рядом с именем Б.В.Зейгарник неизменно стоит имя другого известного отечественного патопсихолога – Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911г.- 1990 г.) – друга и соратницы Б.В.Зейгарник. Историко-научная оценка патопсихологической школы Б.В.Зейгарник не может быть полноценной без учета того вклада, который внесла в развитие патопсихологии С.Я.Рубинштейн.

Данная статья не претендует на анализ всего творческого пути Сусанны Яковлевны; задача ее более проста и локальна: выделить некоторые (наиболее существенные, с нашей точки зрения) проблемы патопсихологии, нашедшие отражение в теоретических и эмпирических исследованиях С.Я.Рубинштейн и оказавшие влияние на развитие патопсихологии в нашей стране.

Многолетнее сотрудничество С.Я. Рубинштейн с Б.В.Зейгарник, их принадлежность к одной психологической школе – школе Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева, А.Р.Лурия, – сделали их единомышленниками. Это выразилось как в представлениях о предмете патопсихологии, понимании ее проблем, так и способов их решения и возможностей практического использования результатов патопсихологических исследований.

Вслед за Б.В.Зейгарник патопсихология рассматривается Сусанной Яковлевной как особая ветвь психологии, как пограничная область знания между психологией и психиатрией. Предметом патопсихологии, как полагала С.Я.Рубинштейн, является изучение психологических закономерностей и механизмов нарушения психики у больных с различными формами психической патологии. Патопсихология как область психологии опирается в своих исследованиях на понимание закономерностей развития и функционирования психики человека в норме; использует понятийный аппарат общей психологии для квалификации нарушений психики; следует логике общепсихологического анализа при оценке нарушений психики. Разработанные в школе Выготского-Лурия-Леонтьева этапы этого анализа

должны включать (по мнению и Б.В.Зейгарник, и С.Я.Рубинштейн): 1) выделение в клинической картине заболевания психологических, т.е. культурно-детерминированных феноменов нарушений психики; 2) изучение психологических механизмов их возникновения; 3) раскрытие основных закономерностей их функционирования. С.Я. Рубинштейн неоднократно отмечала, что только после психологической квалификации клинических (психопатологических) явлений в понятиях современной психологии возникает возможность анализа их генеза и механизмов функционирования.

Согласно подходу Б.В.Зейгарник, разделяемому в полной мере и С.Я.Рубинштейн, ОСНОВНЫЕ психологические закономерности развития и функционирования психики в условиях болезни – те же самые, что и в норме. Однако они реализуются в искаженной форме вследствие ряда причин. Во-первых, в связи с изменением биологических условий функционирования психики при патологии мозга; во-вторых, вследствие особых, ограниченных болезнью – т.е. «узких рамок» жизнедеятельности больного. Эти общеметодологические положения нашли в наиболее развернутом виде отражение в статье С.Я.Рубинштейн «О причинности психопатологических явлений» (1972). С.Я. Рубинштейн отмечает: «Болезнь повреждает нервную систему, ее структуру и высшую нервную деятельность. Человек, обладающий такой поврежденной нервной системой, продолжает жить; он пытается познавать окружающую действительность, действовать... общаться с другими людьми... В процессе этой жизнедеятельности больного и формируются психопатологические явления... В патогенезе, т.е. в механизмах развития каждого симптома существенную (различную в разных случаях) роль играет деятельность человека, страдающего той или иной болезнью» (1972, с. 19). И далее: «Различные нарушения психики... проявляют себя не как непосредственный продукт больного мозга, а в деятельности больных, т.е. при соприкосновении больного человека с требованиями действительности» (там же, с. 20). Продолжим цитирование: «Из... ставшего уже для нас азбучным положения, что вся психическая жизнь есть деятельность мозга, вовсе не следует, что причины психического нужно искать в мозгу. Это неверно ни для нормы, ни для патологии... Психическое детерминировано образом жизни человека, его жизнедеятельностью, а мозг есть орган, осуществляющий отражение более или менее правильно или искаженно» (1965, с. 17-18).

Опираясь на сформулированные ею методологические положения, С.Я. Рубинштейн выдвигает тезис о возможности и даже обязательности

использования экспериментального метода для психологического изучения сложных психопатологических явлений (бреда, галлюцинаций и др.). Одна из ее работ так и называется «Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений» (1965). В ней С.Я. Рубинштейн, в частности, отмечает, что эксперимент в патопсихологии есть основной способ исследования механизмов нарушения психики, т.е. позволяет ответить на вопрос, «как разрушилась нормальная психическая деятельность человека» (1965, с. 20), чем он отличается от нормы. С.Я. Рубинштейн намечает несколько реальных путей экспериментально-психологического изучения психопатологических явлений, вместе с тем, она понимает в полной мере крайнюю ограниченность возможностей экспериментального моделирования психопатологических явлений у здоровых людей. С.Я. Рубинштейн предлагает три основных пути экспериментального изучения психопатологических явлений: 1) варьирование условий, которые могут усилить или ослабить психопатологическое явление (т.е. варьирование ситуаций, в которых находится больной); 2) варьирование деятельности больного (например, посредством предъявления ему задач различного типа); 3) искусственное варьирование состояния больного посредством специальных (не имеющих терапевтических целей) однократных лекарственных воздействий.

Таким образом, опираясь на общепсихологические представления о сущности психического, С.Я. Рубинштейн одной из первых в отечественной патопсихологии выдвигает в качестве важнейшей проблемы (требующей именно психологического изучения) – исследование механизмов возникновения сложных психопатологических явлений. Более того, она формулирует (совместно с Б.В.Зейгарник) методологические принципы подобного исследования, кроме того – она разрабатывает конкретные экспериментальные методики и проводит несколько циклов исследований, результатами которых явились эмпирические доказательства ряда важных теоретических положений отечественной патопсихологии.

Одной из наиболее крупных (из завершенных С.Я. Рубинштейн исследований) работ является изучение психологических механизмов симптомообразования на клинической модели обманов слуха (т.е. слуховых галлюцинаций) у больных с различными психическими заболеваниями (1970, 1976). Работа эта хорошо известна специалистам, поэтому, не излагая подробно ее содержания, представим краткий комментарий основных положений данного исследования. Опираясь на обширные литературные

данные относительно клиники и патофизиологии обманов слуха, а также на имеющиеся в литературе данные о галлюцинаторных переживаниях психически здоровых людей (в одиночных камерах, в иноязычной среде и др.), С.Я.Рубинштейн формулирует собственную гипотезу исследования: 1) истинная галлюцинация не есть восприятие без объекта, а является искаженным восприятием слабого, может быть, подпорогового раздражителя и принципиально не отличается от иллюзии восприятия; 2) в патогенезе, т.е. механизме развития слуховых галлюцинаций важную роль играет собственная эмоционально-насыщенная активность пациента, направленная на поиск сенсорной информации (или, как это называет С.Я. Рубинштейн, «тревожное прислушивание к звукам, особенно плохо различимым» – 1970, с. 57). Напомним, что в соответствии с задачами работы пациенты помещались в звукоизолированную комнату, куда транслировались слабые звуковые сигналы различного типа, испытуемым давалась установка на прислушивание и опознание предметного источника звука. Основным результатом работы – появление в этих экспериментальных условиях обманов слуха (т.е. истинных галлюцинаций) у больных с различными заболеваниями и их отсутствие у здоровых испытуемых. При этом на начальных этапах заболевания (например, при шизофрении) эксперимент провоцировал лишь искажение реального звукового раздражителя, а на более поздних – фиксированный в опыте болезни галлюцинаторный образ. Данный факт позволил сделать вывод о роли «галлюцинаторного опыта». Содержание галлюцинаций, их интенсивность, эмоциональная насыщенность связаны с самим характером этого опыта, более того – с жизненным – личностным – опытом больных, а так- же с особенностями ситуации болезни в целом. С.Я. Рубинштейн делает важный в теоретическом отношении вывод о том, что «слуховые обманы возникают у психически больных как сложный результат психической деятельности (прислушивания), осуществляемой человеком при определенной ... патологии нервной системы» (1970, с.68). Таким образом, обманы слуха при таком подходе следует рассматривать не как непосредственный продукт больного мозга, а как искаженное отражение реальности, опосредованное реальной жизнедеятельностью больного человека (тревожный поиск сенсорной стимуляции). Методологически важен и другой вывод, который делает С.Я. Рубинштейн на основании данного исследования: «...гипотезу о роли деятельности больного человека правомерно отнести ко многим иным психопатологическим явлениям» (1970,с.69).

Поиск психологических механизмов симптомогенеза (особенно, в отношении сложных психопатологических явлений) остается и в настоящее время одной из самых сложных и актуальных проблем патопсихологии, а С.Я.Рубинштейн – первопроходцем в ее исследовании.

Обозначим еще одну проблему, исследованию которой посвящен отдельный цикл исследований С.Я. Рубинштейн: соотношение распада и развития психики. Поставленная еще Л.С. Выготским, эта проблема стала на многие годы одной из центральных в патопсихологии. Для эмпирического доказательства положения о том, что распад психики не есть негатив ее развития, С.Я. Рубинштейн обратилась к изучению распада навыков и практических умений у психически больных позднего возраста. Выбор данного аспекта исследования не случаен. С одной стороны, в общей и возрастной психологии хорошо представлено описание закономерностей становления и формирования навыков в онтогенезе, с другой стороны, в клинических и нейропсихологических исследованиях накоплен богатый материал о нарушениях навыков при локальных поражениях мозга. При психических же заболеваниях позднего возраста (сосудистых, атрофических, дегенеративных) многие нарушения навыков возникают вследствие общемозгового поражения. Как правило, у этих больных наряду с распадом сложных навыков письма, чтения, счета обнаруживается и утрата навыков бытового самообслуживания, умение выполнять простейшие практические действия на фоне интеллектуального снижения, падения умственной работоспособности, изменений личности.

В работе С.Я. Рубинштейн обширная выборка больных старшего возраста была исследована с помощью простейших диагностических приемов. Больным предлагалось, например, зашнуровать ботинок, открыть ключом замок, положить лист бумаги в конверт, разрезать ножницами лист бумаги и т.п. Исследовались также навыки письма, счета, чтения.

Выявлено, что в основе нарушений привычных действий у этих больных лежат различные факторы. Так, при сосудистой патологии мозга на первый план выходят, как отмечает С.Я. Рубинштейн, «грубые... изменения динамики нервных процессов... резкие колебания тонуса психической активности и уменьшение количества одновременно принимаемых (учитываемых) раздражителей» (1965, с.62). В этом случае нарушения сочетаются с многочисленными компенсаторными действиями больных, направленными на маскирование собственной несостоятельности. Так, повышение самоконтроля при выполнении привычных действий

сопровождается не только замедлением темпа их выполнения, но и дезавтоматизацией всего процесса с выпадением отдельных звеньев или их искажением. Таким образом, возникает сложная мозаичная картина нарушений за счет включения в нее вторичных, психологических по генезу (вследствие неуспешной компенсации) нарушений привычных действий и сложных навыков.

При атрофических заболеваниях мозга (болезнь Альцгеймера), как показало исследование С.Я. Рубинштейн, наблюдается постепенное грубое разрушение как сложных, так и простых умений с утратой прошлого опыта (прежде всего, вследствие грубой патологии памяти) без заметных компенсаторных образований. Однако, и в этом случае у ряда больных выявляются «островки» сохранных действий. Иногда это хорошо усвоенные в прошлом достаточно сложные навыки социального поведения, актуализирующиеся в полном соответствии с характером ситуации. Например, больной, который не может даже застегнуть пуговицу вследствие грубого нарушения привычных действий, всегда встает при входе в кабинет женщины; пытается, опередив ее, поднять уроненный ею карандаш и т.п. Подобного рода факты показывают, что даже при грубом органическом поражении мозга с картиной развивающейся деменции происходит не простое «сокращение», уменьшение психических возможностей, но возникает каждый раз особая, сложная структура психической жизни качественно иная, чем у ребенка на ранних стадиях онтогенеза.

Круг научных интересов С.Я. Рубинштейн в патопсихологии широк, тематика ее исследований разнообразна. Рамки данной статьи не позволяют охватить весь тематический спектр исследований С.Я. Рубинштейн. Обозначим еще несколько тем, каждой из которых посвящен отдельный цикл исследований:

- применение однократных фармакологических проб для изучения динамики психопатологической симптоматики и уточнения прогноза последующей фармакотерапии (1965, 1966, 1970);

- психологическое обоснование учебных и трудовых рекомендаций больным (1976);

- теоретическое обоснование и разработка методических приемов для диагностики зоны ближайшего развития психически больных детей. (1970, 1976);

- разработка и апробация новых психодиагностических приемов и методик;

– создание методических пособий и практических руководств по применению методик экспериментальной патопсихологии для диагностики нарушений психики; достаточно напомнить в этой связи, что книга С.Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии», изданная впервые в 1970г., многократно переиздавалась в последнее десятилетие и продолжает оставаться настольной книгой, как у студентов, так и у практикующих психологов.

Даже неполное перечисление тем, выполненных С.Я. Рубинштейн исследований, свидетельствует о научном диапазоне, о постоянной нацеленности на поиск новых возможностей внедрения патопсихологических разработок в практику современного здравоохранения.

Значителен вклад Сусанны Яковлевны (в тесном содружестве с Б.В. Зейгарник) в создание особого типа диагностической процедуры – патопсихологического эксперимента. Отличительной особенностью, как известно, является включение экспериментатора (психолога-диагноста), его личности, его оценок, в качестве важнейшего фактора воздействия на пациента с целью стимуляции его к деятельности, актуализации его эмоционального ответа и критического отношения к себе. Такая диагностическая процедура позволяет моделировать «реальный пласт жизни со всеми своими нюансами» (Б.В. Зейгарник 1980), т.е. воспроизводить или формировать реальные жизненные ситуации и отношения. Более того, актуализировать умственный и личностный потенциал больного, его скрытые возможности – способность к сотрудничеству и обучению, т.е. психологические компенсаторные ресурсы.

С.Я. Рубинштейн виртуозно владела этим диагностическим инструментом, обучила этому типу психодиагностики большое количество специалистов-психологов.

С.Я. Рубинштейн – яркая неординарная личность. Вся ее жизнь – истинное служение избранной области знания. Она любила дело, которому посвятила всю свою жизнь. Эмоциональная и деятельная по природе, С.Я. Рубинштейн не терпела равнодушного и небрежного отношения к профессии, требовала полной самоотдачи науке; заражала своим отношением всех, кто попадал в эмоционально «заряженную орбиту» ее личности: студентов, стажеров, сотрудников лабораторий. В дискуссиях о судьбе патопсихологии последовательно и страстно отстаивала свои научные позиции. Конечно, вся деятельность Сусанны Яковлевны носила отчетливый отпечаток времени, а именно – периоды возвращения психологии (как науки

о человеке и как особой сферы практической деятельности) в жизнь нашего общества. Судьба Сусанны Яковлевны типична для психологов ее поколения. Научное наследие С.Я. Рубинштейн заслуживает самого тщательного изучения. Это не только дань памяти, но и необходимое условие сохранения научных традиций.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М. 1986.
2. Зейгарник Б.В., Б.С. Братусь «Очерки по психологии аномального развития личности». М. 1980.
3. Иванова А.Я. «Обучающий эксперимент, как метод оценки умственного развития детей(методические рекомендации)». М. 1976.
4. Николаева В.В. «Патопсихология в Московском университете. Школа Б.В. Зейгарник»// «Психология в Московском университете 1755-2005». М. 2007.
5. Рубинштейн С.Я. «Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста»// «Вопросы экспериментальной патопсихологии» М.1965.
6. Рубинштейн С.Я. «О причинности психопатологических явлений»// Материалы и конференции. Проблемы патопсихологии. М. 1972.
7. Рубинштейн С.Я. «Патология слухового восприятия». М. 1986.
8. Рубинштейн С.Я. «Психология умственно отсталого школьника». Учебное пособие. М. 1970.
9. Рубинштейн С.Я. «Теории развития и принципы экспериментального исследования психики умственно отсталых детей»// «Вопросы патопсихологии». М.1970.
10. Рубинштейн С.Я. «Экспериментальное исследование обманов слуха» // «Вопросы патопсихологии». М.1970.
11. Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии. Практическое руководство». М. 1970.
12. Рубинштейн С.Я., Ружанский М.И. «Влияние фармакологических воздействий на отношение больных к экспериментальному психологическому исследованию»// «Вопросы современной психоневрологии». Труды Ленинградского Научно-исследовательского института В.М. Бехтерева. Л. 1966.

печатается по изданию:

Вопросы экспериментальной патопсихологии // Труды научно-исследовательского института психиатрии, том XLIII / Под ред. Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн. – М., 1965 г. – С.14-41.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ

С. Я. РУБИНШТЕЙН

Лаборатория экспериментальной патопсихологии.
Заведующая лабораторией – профессор *Б. В. Зейгарник*.

История развития естественных наук свидетельствует о том, что развитие каждой области знания зависит от совершенства методов исследования и что эксперимент является более совершенным методом, чем наблюдение и описание. Современная физика, химия и биология решают свои проблемы экспериментальным методом и обязаны именно этому методу своим прогрессом. История постепенного, но неуклонного распространения эксперимента в естественнонаучные дисциплины изложена в специальной философской монографии¹.

Во всех областях медицины также широко используется экспериментальный метод. Однако в психиатрии эксперимент до последнего времени используется мало.

Для того чтобы выяснить причины этого, нужно определить, что такое эксперимент и какого рода экспериментальные приемы адекватны для изучения психопатологических явлений.

Эксперимент во всякой науке отличается от простого наблюдения тем, что изучаемое явление специально создается или вызывается, и тем, что оно многократно наблюдается и объективно регистрируется в специально создаваемых варьирующихся условиях. Благодаря эксперименту причина явления отделяется от условий, в которых оно развивается, становятся известными условия усиливающие, ослабляющие либо уничтожающие данное явление. Таким образом, становится возможным познание причин и закономерностей развития и исчезновения явления, то есть его сущность. Благодаря экспериментальному методу исследователь овладевает явлением.

¹ П.Е. Сивоконь. «О происхождении и философском значении естественнонаучного эксперимента». МГУ, 1962 г

В психиатрии экспериментальными приемами и методиками пользуются преимущественно во вспомогательных лабораторных разделах исследований и крайне мало – для анализа собственно психопатологических явлений.

В клинической практике врачи-психиатры пользуются, конечно, простыми экспериментальными приемами; так, например, беседуя с больным, психиатр специально задает вопрос о детях или других близких больного, пытаясь отметить, какова будет эмоциональная реакция больного на эти вопросы; хорошо зная со слов родных и по старым историям болезни анамнез больного, врач собирает тем не менее субъективный анамнез, чтобы выяснить, какова память больного, как он сам понимает и оценивает прошедшие события своей жизни. Однако этим не определяются, конечно, возможности применения экспериментальных приемов в психиатрии.

При изучении психопатологических явлений в психиатрии должен быть максимально использован экспериментальный метод. В ближайшие годы это, несомненно, произойдет, но, для того чтобы ускорить этот процесс, необходимо рассмотреть причины, затрудняющие внедрение эксперимента в психопатологию.

К ним относится, во-первых, привычные и вполне закономерно сложившиеся в психиатрии, традиции исследования психических больных методом наблюдения и опроса. В связи с этим возникает необходимость сопоставления трех понятий: «клинический метод», «наблюдение» и «эксперимент». Они не совпадают, но и не могут быть противопоставлены друг другу.

Само собой разумеется, что в психиатрии, как и в любой области медицины, клинический метод исследования, синтезирующий все объективные данные о больном и о течении его заболевания, является основным методом исследования. Общеизвестно и то, что систематическое наблюдение за состоянием больного и умелый расспрос о его субъективных переживаниях болезни являются важнейшими компонентами клинического метода.

В психиатрии в связи с особенностями проявлений патологии психики удельный вес этих двух компонентов (наблюдения и расспроса) больше, чем в других областях медицины. Благодаря усовершенствованным в психиатрических клиниках приемам объективного изучения образа жизни больного, его поведения в семье, на работе, в условиях стационара, благодаря особым навыкам и умению расспроса больных накоплены многочисленные важные данные о различных очень существенных видах патологии психики человека.

Но сколь бы ценными ни были эти данные, дальнейшее развитие психиатрического исследования требует дополнения метода наблюдений методом эксперимента.

Между тем задача аналитического экспериментального исследования психопатологических явлений ни в учебниках, ни в научных монографиях даже не ставится. Это происходит потому, что неправомерно отождествляются понятия метода наблюдений и клинического метода. Но клинический метод вовсе не противостоит экспериментальному и не однозначен методу наблюдения. Клинический метод должен включать в себя и наблюдение, и эксперимент. Именно клинический метод требует от психиатра не только объективных данных о соматическом состоянии больного (анализа крови, кардиограммы и т. д.), но максимальной точности и объективности в оценке отдельных психопатологических симптомов. Наблюдение же и связанная с ним опора на красочность и яркость описаний приводят к замене научного анализа и синтеза в квалификации психопатологических симптомов беспредельной каталогизацией дробных и разнородно описанных фактов. Уже сейчас в психиатрии накоплено большое количество описаний, которые заполняют архивы и публикации, но почти не поддаются дальнейшему обобщению и анализу. Статистическая обработка этих описаний едва ли возможна, так как в них неизбежны субъективизм и разноплановость подхода к явлениям.

Метод наблюдения и точного описания фактов, являясь необходимым и полезным этапом развития всякой науки, не дает возможности перехода к тем этапам знания, которые только и являются ступенями, ведущими от явления к сущности, то есть ступенями проникновения в глубь явлений. А без этого перехода от явления к сущности нет развития научного знания. Попытки перейти от описания к анализу сущности, минуя экспериментальный метод, неизбежно приводят к произвольным, гипотетическим построениям (ибо теория должна обязательно поэтапно проверяться экспериментами).

Второй, еще более серьезной причиной того, что психиатрия мало осваивает экспериментальный метод исследования, является недостаточное внимание, вернее сказать, не вполне правильное отношение к проблеме причинности в психопатологии. Понятно, что поиски этиологии психических заболеваний идут по пути биохимических, иммунологических, эндокринологических и иных биологических исследований (поскольку всякая психическая болезнь – это болезнь нервной системы и всего

организма). Однако изучение механизма развития психопатологических симптомов и синдромов едва ли возможно только в этом направлении; оно должно включать, помимо биологического, и собственно психопатологический анализ.

В опубликованной недавно обширной монографии Г. В. Столярова, суммирующей опыт лекарственных психозов и психофармакологических экспериментов, автор в заключении прямо ставит вопрос о месте психопатологии в психиатрии. Справедливо сетуя на непродуктивность метода наблюдения, которым изучается психопатология, и утверждая отсутствие специфичных для того или иного психического заболевания симптомов и типов течения, автор приходит к выводу, что психопатологический анализ не может служить основным методом изучения психических заболеваний.

Он предлагает изучать больных, группируя их по принципу сходства обменных нарушений, независимо от характера психических нарушений.

Только так можно будет, по мнению автора, подойти к успешному решению вопроса о диагностике и лечении психических заболеваний. С такой крайней точкой зрения на биохимию как на единственный ключ к объяснению механизмов и существенных закономерностей психопатологических явлений едва ли согласятся многие советские психиатры. Но объективно данный этап развития психиатрии характеризуется именно таким переносом упований – от патоморфологии и патофизиологии на биохимию.

Отказ от качественного экспериментального анализа сущности самих психопатологических явлений связан с представлением о психике как о некотором эпифеномене, который сам по себе в детерминации человеческого поведения не участвует.

Между тем С. Л. Рубинштейн пишет, что «... отрицание действенной роли психического ведет к индетерминизму...» и далее: «Эпифеноменоменалистическая концепция, согласно которой психические явления – это лишённые всякой действенности спутники физических (физиологических) явлений, есть побочный продукт механистического материализма»¹.

Неоднократно повторявшиеся попытки искать сущность, то есть существенные закономерности психопатологических явлений только за пределами этой науки, будь то в морфологии мозга, в патофизиологии, либо в биохимии, равно неправомерны. Психические явления наряду с другими должны быть изучены как звенья причинного объяснения закономерностей психической болезни, то есть патогенеза.

Но если правомерно включение психического в объяснение патогенеза психической болезни в целом, то еще обязательней исследование роли

¹ С.Л. Рубинштейн. «Бытие и сознание». М., 1957 год, стр. 243

психического при анализе причин и механизмов развития отдельных психопатологических симптомов.

Еще в 1931 году Л. С. Выготский писал о том, что причина поражения мозга не может однозначно определять симптом болезни. Подобное утверждение, писал он, означало бы игнорирование процесса развития психики больного.

Невозможно предрешить вопрос о том, какие психопатологические симптомы детерминированы биохимическими, эндокринными, физиологическими или иными сдвигами, какие могут оказаться детерминированными другими психопатологическими же, либо компенсаторными явлениями. Из того материалистического и ставшего уже для нас азбучным положения, что вся психическая жизнь есть деятельность мозга, вовсе не следует, что причины психического нужно искать в самом мозгу. Это неверно ни для нормы, ни для патологии. Напротив, по смыслу, как философских основ психологии, так и физиологического учения Сеченова-Павлова, психическое детерминировано внешними воздействиями (конкретнее – образом жизни человека, его жизнедеятельностью), а мозг есть орган, осуществляющий отражение более или менее правильно либо искаженно. Хотя причина психической болезни заключается в поражении мозга, причиной отдельного психопатологического явления могут стать продолжающаяся деятельность и все обстоятельства жизни человека с больным мозгом. Иными словами, многие психопатологические явления возникают при соприкосновении больного с теми или иными требованиями окружающей действительности, с ее воздействиями. Следовательно, определяющая причина каждого симптома может быть очень различна, она не задана, не предопределена самим поражением мозга, ее нужно исследовать и искать экспериментальными методами.

Поэтому весь сложный и многообразный ряд психопатологических симптомов и синдромов: бред, галлюцинации, явления психического автоматизма, эмоциональная тупость, беспечность, некритичность, манерность, дурашливость, сужение круга интересов, деградация, эгоцентризм и т. д. – подлежит аналитическому экспериментальному анализу¹.

¹ Остается только удивляться тому, как незаслуженно мало применяется экспериментальный метод, как наиболее научный, прогрессивный метод исследования в психиатрии. Но для этого есть причины. Дело в том, что эксперимент эксперименту рознь. Экспериментальные исследования психики требуют серьезного теоретического обоснования и тщательной апробации. Без этих условий эксперимент легко может принести не пользу, а вред. Методики экспериментального исследования психики соблазнительно легко придумывать и даже проводить, но в результате такого придумывания легко возникают лженаучные, не только не

Квалификация любого психопатологического симптома требует того, чтобы данный симптом был экспериментально ослаблен, устранен, а иногда и спровоцирован, то есть того, чтобы были экспериментально изучены условия и причины его развития. Для того чтобы узнать, например, что такое «психический автоматизм», нужно научиться его провоцировать, выявлять, каковы условия, способствующие и препятствующие его появлению, каковы его причины.

Следовательно, метод наблюдения в психиатрии должен быть дополнен экспериментальным, должны быть экспериментально изучены механизмы симптомообразования.

Но, может быть, использование экспериментального метода в психиатрии должно ограничиться двумя уже существующими направлениями, а именно экспериментом на животных и учетом опыта лекарственной терапии?

Рассмотрим эти вопросы.

Общепринятый в медицине эксперимент на животных имеет, разумеется, большое значение для психиатрии, поскольку с его помощью изучаются механизмы действия различных вредностей, лекарств и многие другие важные вопросы. Однако при истолковании собственно психопатологических явлений эксперимент на животных мало продуктивен, должен иметь ограниченное значение.

Перенос данных от животных к человеку возможен лишь в отношении аналогично функционирующих органов и систем. Что же касается функции нервной системы, то здесь перенос требует осторожности и может привести к грубым ошибкам. Об этом говорил академик И. П. Павлов.

Строение мозга человека принципиально отлично от строения мозга животных; в пределах даже сходных мозговых структур различной оказывается локализация функций животных и человека. Наконец, что наиболее важно – у животных и человека различно происхождение психических свойств и процессов, различно соотношение структуры и функций. Психические процессы и психические свойства человека, как это показано в исследованиях советских психологов, не возникают в результате созревания определенных мозговых структур, они не фиксированы строением мозга, не передаются по наследству. Психические процессы и

имеющие ценности, но и уводящие от науки артефакты. Именно такие известные в истории психиатрии неудачи (профили Россолимо, психоаналитический метод Фрейда и др.) вызвали разочарование врачей.

свойства личности человека формируются в онтогенезе на основе собственного жизненного опыта и присвоения им опыта человечества с помощью речи и предметных действий. Лежащие в их основе системы условно-рефлекторных связей или особые «функциональные органы» (А. А. Ухтомский, А. Н. Леонтьев) также возникают в онтогенезе и детерминированы образом жизни (а не наследственно-фиксированными мозговыми структурами, как это имеет место у животных). Следовательно, психические процессы и свойства человека иначе возникают, принципиально отличны от психики животных, они общественно, а не биологически детерминированы. В оценке тех психопатологических явлений, которые специфичны для человека, то есть таких, как расстройства восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы, самооценки и т. д. – эксперимент на животных использован быть не может. Изучать психические расстройства на животных – значит грубо биологизировать психику человека и по существу отказаться от изучения психопатологии. В этом разделе психиатрия вынуждена идти иными путями, чем остальные области медицины. Экспериментальное изучение психопатологии возможно только на человеке.

Второй вопрос заключается в том, может ли заменить введение экспериментального метода анализ опыта лекарственной терапии.

Еще В. А. Гиляровский поставил вопрос о том, что терапия психозов дает психиатру интереснейший экспериментальный материал.

Действительно, в широком смысле слова практика лекарственной терапии (так же как и анализ последствий случайных отравлений, опухолей и огнестрельных ранений мозга) может быть отнесена к категории естественного эксперимента. Было бы излишне говорить об огромном научном значении анализа опыта лекарственной терапии. Но если вспомнить определение эксперимента в его узком научном смысле слова и те условия, которые при таком эксперименте должны быть соблюдены, легко понять, что практика терапии психических болезней на данном этапе далека от эксперимента и даже в известном смысле принципиально контрастна по направленности. Лечение больного требует индивидуального подхода, индивидуально подобранных дозировок, комбинирования лекарственных средств. При терапии один курс лечения часто следует за другим, без точного знания явлений последствия, влияние лекарства сочетается с условиями режима жизни и труда больного. На ход болезни и ее симптомов влияет множество факторов, в том числе фактор времени. Поэтому в практике

терапии нет ни одинаково повторяющихся фактов, ни точной регистрации, ни контрольных групп, то есть всего того, что необходимо для эксперимента.

Следовательно, опыт терапии психозов вовсе не может заменить экспериментальный анализ психопатологических явлений.

Из сказанного не следует, что опыт лекарственной терапии не может быть экспериментально учтен. Это возможно и необходимо. Но для этого необходима комплексная содружественная работа психиатров и патопсихологов.

Подобная комплексная работа необходима, впрочем, в каждом разделе экспериментальных исследований, без всякого риска подмены одного предмета другим либо их слияния.

В статье Б. В. Зейгарник дается определение предмета патопсихологии и его отграничение от психопатологии.

Из приведенного Б. В. Зейгарник разграничения следует, что, несмотря на близость практических задач, эти области знания никак не могут совпасть. В настоящее время они настолько несоразмерны по уровню развития, что задача их разграничения вообще мало актуальна; всего лишь две проблемы патопсихологии (расстройства мышления и механизмы локальных мозговых повреждений) относительно разработаны. Но во избежание недоразумений следует все же подчеркнуть, что и в будущем при любой степени развития патопсихологии сохранится различный прицел построения эксперимента в двух этих областях знаний.

Если в патопсихологии эксперимент ставится для ответа на вопрос о том, как разрушилась нормальная психическая деятельность человека, в чем изменились его восприятия, мысли, чувства или поступки по сравнению с нормой, то в психопатологии задача экспериментального исследования иная. Эксперимент в психопатологии, как в области медицины, должен ответить на вопрос, почему возник тот или иной психопатологический симптом и синдром, каковы могут быть последствия данного явления для дальнейшего поведения больного, как устранить, смягчить или компенсировать эти явления.

Задачи психопатологии несравненно более обширны и не могут быть решены с помощью психологии, как бы ни были полезны ее данные.

Было бы ошибкой возлагать на патопсихологию чрезмерные надежды. Различны предметы, задачи исследования, различными должны быть и принципы построения эксперимента. Но поскольку обстоятельства

сложились так, что при всей ограниченности развития патопсихологии она все же владеет довольно обширным опытом проведения экспериментальной работы с психически больными людьми, в психопатологии возникает задача использования этого опыта.

Экспериментальное исследование – это обычно трудоемкая ювелирная работа, резко отличающаяся от интуитивной оценки, сделанной путем наблюдения за больным во время собеседования. Тот факт, что существуют многие высококвалифицированные специалисты-психиатры, чья основанная на большом опыте оценка может оказаться глубже и тоньше, чем да иные трудоемкого эксперимента, ни в коей мере не может быть доводом в защиту метода наблюдения против эксперимента. Могут быть люди, больше или меньше овладевшие специальностью, понятно, что среди психиатров их больше, но метод эксперимента всегда выше метода наблюдения.

Эксперимент в патопсихологии

Каковы же реальные пути эксперимента в патопсихологии?

Полный развернутый эксперимент, заключающийся в искусственном создании психопатологического явления у здорового человека, не может получить широкого распространения. Создание психотических явлений у здоровых людей с помощью лизергиновой кислоты, мескалина и т. д. представляет собой чрезвычайно увлекательный, но рискованный эксперимент.

Остаются лишь следующие реальные возможности экспериментального изучения психопатологических явлений. Они заключаются в применении способов варьирования, то есть видоизменения условий, усиливающих либо ослабляющих свойственные больным психопатологические явления. Такое варьирование можно осуществлять тремя способами.

Первый способ заключается в варьировании ситуации, то есть изменении тех обстоятельств, в которых находится больной. Так, например, можно с экспериментальной целью поместить больного в специально оборудованную комнату, положить около него какие-то предметы, регистрировать поведение больного в абсолютной тишине и в условиях специально создаваемого шума или словесных раздражителей.

Второй способ заключается в искусственном варьировании деятельности больного. Например, для изучения состояния памяти больному предлагают заучивать что-либо; для изучения мышления его вынуждают решать разного рода задачи.

Третий способ заключается в искусственном варьировании состояния больного путем специальных (не терапевтических) лекарственных воздействий.

До настоящего времени большинство методик экспериментальной патопсихологии строил ось по второй из указанных выше моделей. Это значит, что с помощью словесных инструкций различными способами направлялась и регламентировалась психическая деятельность больного, а затем производился объективный учет этой деятельности, то есть учет достижений и ошибок больного. Регистрируются не только ошибки больного, но и его отношение к этим ошибкам и к оценке его достижений. В некоторых случаях производится главным образом учет правильных и ошибочных действий, в иных (например, в клинике детского возраста) наибольшую актуальность представляет обучающий эксперимент, то есть эксперимент, построенный так, чтобы выявить, как больной принимает и использует оказываемую ему помощь, на каком этапе обучения он может достигнуть правильного решения (А.Я.Иванова).

В клинике психических заболеваний старческого возраста эксперимент должен помочь отграничить локальные симптомы от общемозговых.

В большинстве случаев эксперимент должен выявить качественные особенности нарушений психической деятельности больного, но в отдельных случаях сохраняет значение и измерительный характер исследования; так, например, обстоит дело при специальном исследовании точности и координированности движений, темпа деятельности и т. д.

До сих пор речь шла об эксперименте вообще как о некотором принципе построения исследования. Однако в реальной практике патопсихологических исследований эксперимент принимает обычно форму каких-то конкретных специализированных методик. Каждая такая методика отвечает на узкий частный вопрос, характеризующий тот или иной аспект психической деятельности, каждая методика обладает заостренностью на обнаружение какого-либо одного элемента психической деятельности или психического дефекта. Так, например, при исследовании мышления некоторые методики выявляют особенности суждений больного в условиях заданий, строго регламентирующих ход рассуждений, а другие – особенности суждений в условиях большой свободы в выборе направлений мысли. Одни методики выявляют устойчивость суждений больного при отвлекающих и сбивающих элементах заданий, другие – продуктивность ассоциаций при необходимости спонтанной деятельности. Вариантов методик, направленных на

исследование мышления, на анализ «внутренней лаборатории» мыслей больного, существует большое количество. Среди них аналитические (ассоциативный эксперимент, методика Леонтьева, пиктограмма) и синтетические (пересказы, классификации), словесные (существенные признаки, простые и сложные аналогии) и вещные, предметные (исключение предметов, последовательность событий), требующие одномоментной сообразительности («Бидstrup» – «исключение предметов») и длительной однотипной работы («анalogии», «счет по Крепелину»). Одни требуют определенной стратегии логического мышления (Выготского-Сахарова – «Классификация»), другие – только «схватывания» (сюжетные картинки); одни больше выявляют понимание, другие – творчество. Перечислить все вариации экспериментальных приемов трудно, важно лишь отметить, что только определенная совокупность приемов и сопоставление разных экспериментальных данных дают основание для оценки особенностей мышления больного.

Методики экспериментальной патопсихологии могут быть использованы для анализа не только сложных, но и простых психических процессов. Даже такая, казалось бы, элементарная особенность психики, как замедленность ответов, самостоятельной речи и действий больных, может по-разному раскрыться при экспериментальном исследовании. В одних случаях замедленность обусловлена психогенной депрессией и тогда, наряду с особенностями ассоциаций, в которых эта депрессия себя обнаруживает, больные оказываются способными к быстрому, легкому пониманию различного материала; замедленность проявляется главным образом в продуктивной деятельности, в практических действиях больных. В других случаях необычайная медлительность раскрывается, как компенсаторный механизм, прикрывающий растекаемость мышления больного. При переключении от словесно-логических заданий к техническим или счетным больной начинает работать быстро, без напряжения. Замедленность некоторых больных обусловлена колебаниями внимания, то есть неравномерностью темпа, чередованием нормальной по темпу работы с эпизодически наступающими паузами, перерывами деятельности.

Подобный экспериментальный анализ возможен и в отношении памяти, восприятия, эмоционально-волевой сферы больных и т. д. Было бы неправильно думать, что все перечисленные экспериментальные приемы направлены лишь на анализ познавательных процессов больных. Почти каждая из методик позволяет косвенным образом анализировать и отношение

больного к ситуации и к себе самому. Это определяется тем, что психологическое исследование психически больных имеет двойной смысл.

Во-первых, любой набор экспериментальных заданий независимо от конкретного содержания методик является для больных своеобразным «естественным экспериментом». Больные воспринимают смысл этих заданий как проверку их умственной работоспособности. Огромный интерес представляет то, как они относятся к этой проверке: охотно, старательно или негативистично выполняют инструкции, заинтересованы в хорошей оценке их решений или безразличны к ней. Анализ этого отношения больных к исследованию позволяет выявить существенные показатели, характеризующие распад или сохранность личности больных.

Во-вторых, отдельные методики экспериментально-психологического исследования позволяют выявить особенности мышления, внимания, памяти и других психических процессов больных, характерные или даже специфичные для тех или иных болезненных состояний.

Для того чтобы нагляднее показать некоторые, пусть не очень большие пока, но все же существенные преимущества экспериментального метода исследования нарушений психики, приведем несколько примеров. Эти примеры, заимствованные из проведенных нами в различные годы исследований, очень разнородны. Они иллюстрируют широкий диапазон возможностей использования экспериментального метода для исследования нарушений психически больных людей.

Пример 1. Исследование мышления и речи.

Этот пример мы приводим для иллюстрации роли экспериментального исследования мышления больных и недостаточной надежности суждения о мышлении больных по оценке их словесной продукции.

В 1948-1949 годах нами была изучена группа больных, у которых в период прохождения судебно-психиатрической экспертизы наблюдалось речевое расторможение, то есть симптом изолированной, не сопровождающейся общим возбуждением говорливости больных. Оно заключалось в том, что на фоне более или менее упорядоченного поведения больные начинали безостановочно, спонтанно говорить, не ориентируясь на собеседника или слушателя, не проявляя потребности ни в общении, или в выражении какого-нибудь определенного содержания. Такие бесконечные монологи обычно отличались по содержанию большей или меньшей степенью бессвязности, произвольности и бесконтрольности, а по звуковому оформлению – однообразием и монотонностью.

Диагностическая оценка этих состояний, как правило, вызывала большие затруднения, требовала длительного стационарного наблюдения и дополнительных исследований. Особенную трудность представляло отграничение этих состояний от шизофрении.

Такого рода симптом наблюдается при ряде заболеваний, при шизофрении, при некоторых органических заболеваниях, а также отмечался А. Н. Бунеевым и А.М. Халецким при реактивных состояниях. А.О. Молочек описал при затяжных истерических реакциях расстройства речи в виде особых монологов, по своему содержанию оторванных от реальности, обращенных к переживаниям прошлого. Бессвязная речь больных с элементами аграмматизма и свободного ассоциирования была, как указывает А. О. Молочек, трудно отличима от разорванной речи шизофреников.

Вопреки установившейся традиции, начнем описание одного из наблюдавшихся нами больных с образца его высказываний (запись приводится дословно, так как сделана с помощью замаскированного в лаборатории магнитофона).

14/X 1949 года. – «Мне похожие кажутся. Что природа есть жена человека. Вы понимаете, что такое? Жена человека. Примерно, как ну вам лучший друг, лучший товарищ. Пояснить вам: свет, все зародилось от света. А вернее говоря, все с ничего началось, пустота. А пустота, попадая, она светится. Тело, мельчайшее тело в пустоте горит светом (тихим голосом). Поняли?". Мне кажется, что в пустоте все зародилось. Вот точно я все не продумал еще, конечно. А есть ли звезды или нет? Мне кажется, что вообще эти звезды отражение больших городов. А может быть, я ошибаюсь». Экспериментатор переспрашивает: «Звезды – это отражение больших городов?»

«Да, это свет, нет, может быть это свет ... (бормочет неразборчиво, затрудняется, а потом начинает с пафосом). – Видите ли, все начинается с нуля и кончается бесконечностью. И так обратно и время и все между собой... связано (?). Скорость. Ведь если дать телу большую скорость." то это тело будет иметь" очень большую массу. Почему пуля убивает? – спрашивается. В ней всего девять грамм, она убивает потому, что она получает большую скорость. Возьмем сам заряд. И фактически в пуле и в самом заряде есть та энергия, которая заложена в человеке. В человеке... вся природа. Я просто не случайность, я просто исторический выходец, в котором заключилось, как говорится, комрект, совокупность всех кровей. Поняли, в чем дело? Историю не повернешь и это просто не случайно, это не случайно. А совершенно справедливо то, что природа ... выдвинула меня и... живые люди... Да, да. Потому, что я родной и природе и живым людям. Я оплощение крови (что, что?). Оплощение крови всей вселенной (Воплощение?) (Смех). То есть вмещение крови всей вселенной. Возьмите все. Все. Если взять примерно так: вот стол или что-нибудь такое, что имеет определенную форму, имеется какой-то центр, возьмем фигуру, имеется трапеция или равнобедренный треугольник или там подобный треугольник. Подобный треугольник или какой – неважно. Но факт тот, что где-то центр. И линия пересечения будет называться точкой. Вот точка – то она в себе вмещает все. И как будто бы сама жизнь наша, земля, имеет форму треугольника, понимаете? Она меняется, она любит движение. Земля не бывает одной формы. Учтите...».

В приведенном отрывке, как и во многих других, в высказываниях больного содержатся причудливые псевдоабстрактные представления, элементы кататимной символики, обрывки естественнонаучных космических фантазий и т. д.

Не только по первому впечатлению, но и при самом строгом квалифицированном рассмотрении приведенные образцы речи больного легка могут быть истолкованы как проявления шизофренических расстройств мышления.

Однако экспериментально-психологический анализ мышления больного в полном соответствии с клинической характеристикой больного дал основание для иной оценки.

Приведем краткие данные из истории болезни, составленной доктором М. Я. Цуцурковской.

Больной К., 30 лет.

Анамнез. Развивался нормально. Был здоровым, сильным, бойким мальчиком. Однажды, ныряя, ударился о камень, потерял сознание под водой. После этого в больницу не помещался, но долго жаловался на головную боль. Продолжал хорошо учиться. Отличался хорошей сообразительностью, любознательностью. Любил азартные игры, часто дрался. Был вспыльчивым, мстительным, упрямым. Окончил механический факультет техникума, работал по специальности. От военной службы был освобожден дважды; первый раз – в связи с хроническим двусторонним воспалением среднего уха, второй раз – по ст. 10-б. Женится, но семейная жизнь сложилась плохо, жена ушла, забрав с собой сына. Злоупотреблял алкоголем. В пьяном виде избивал родных, бил вещи, рвал на себе одежду. Дважды был осужден за хулиганство и кражу. Осенью 1947 года заболел, были отеки на ногах, высокая температура, понос, пролежни на ягодицах. В дальнейшем работал сапожником. Злоупотреблял алкоголем. В психиатрических больницах не лечился, лишь несколько раз являлся на прием в областную невро-психиатрическую амбулаторию. Диагноз амбулаторный: невропатия, реактивное состояние (в связи с тем, что сгорел дом родных). 14/VI 1949 года совершил кражу и был направлен на экспертизу с диагнозом: «хронический алкоголизм, реактивное состояние».

При поступлении в Институт очаговых симптомов поражения центральной нервной системы не обнаружено. Хронический отит. Абсцесс нижней губы. Поверхностные шрамы и кровоподтеки – следы самоповреждений.

Психическое состояние больного чрезвычайно изменчиво. В некоторые дни (особенно вначале) многоречив, высказывания бессвязны, по содержанию нелепы, далеки от реальной ситуации. Речь смазанная, нечеткая. Временами возбужден, совершает нелепые поступки: мажет стены изолятора нечистотами, потом лижет их, мешает хлеб с нечистотами и пытается есть эту смесь. Считает себя грязным, часто яростно умывается, однажды вымыл рот мылом и съел кусок мыла. Наносит себе повреждения, расцарапывает незажившие раны. В другие дни, к концу пребывания, все чаще и чаще больной бывает тих, послушен, откровенно, с глубокой тоской говорит о своих родных, подробно рассказывает о деталях семейной жизни. С горечью говорит о неверности жены, тревожится о сыне, о родителях. Плачет, ищет сочувствия и откликается на него. По отношению к врачам подчеркнуто корректен, иногда угодлив.

Больному были предложены экспериментальные задания, направленные на исследование его мышления.

В те же дни и часы, когда он произносил приведенные выше монологи, больного можно было привлечь к выполнению экспериментальных заданий. Так, например, он детально и обстоятельно классифицировал предметы. При назывании групп употреблял слова с уменьшительными окончаниями, но мог установить и обобщенные группировки. Ассоциации больного при составлении пиктограммы были адекватны по содержанию, в меру конкретны, образны, эмоционально насыщены, несколько эгоцентричны.

Запоминал и правильно, хотя и с излишней обстоятельностью и конкретно-резонерскими комментариями, воспроизводил рассказы. Суждения больного при исследовании всеми остальными методиками были просты, правильны.

Решением экспертной комиссии под председательством профессора Бунеева А. Н. больному был поставлен диагноз: «Глубоко психопатическая личность со склонностью к затяжным реактивным состояниям».

Как же объяснить несоответствие между причудливостью, «разорванностью» речи больного и относительной сохранностью его мышления при выполнении экспериментальных заданий? Наиболее вероятным представляется следующее объяснение: речь человека может служить не только средством совершения и выражения мысли, но приобретает одновременно значение самостоятельного двигательного навыка. Как и всякий двигательный стереотип, речь может временами эмансипироваться от регулирующей роли сознания и реализоваться как автоматизм, как бессмысленный набор ассоциаций. Такие речевые автоматизмы возможны на высоте реактивных психозов. Наличие двигательных автоматизмов при психогенных психозах отмечалось Г. Е. Сухаревой. Кроме того, они (речевые автоматизмы) иногда продуцируются больным после окончания реактивных состояний произвольно, либо по механизмам истерического самораспускания и самовзвинчивания (следует попутно отметить, что у данного больного, как у всех описанных нами больных с явлением речевого расторможения во время реактивных состояний, в прошлом имели место органическое поражение мозга, алкоголизм и эпилептоидные черты психики).

Следовательно, у данного больного не было подлинных расстройств мышления, а причудливость его словесной продукции объяснялась расторможением речи как некоторого моторного акта (такому объяснению соответствуют и некоторые паузы в речи больного, во время которых он с трудом искал дальнейшего содержания высказываний). По нелепой, бессвязной речи этого больного нельзя было делать вывод о расстройствах его мышления.

У другого больного с явлением речевого расторможения соотношение между речевой продукцией и данными экспериментального анализа мышления оказалось противоположным. Образцов его спонтанной речевой продукции не сохранилось, однако монологи больного не вызвали подозрения в наличии расстройств мышления. Они содержали экспрессивные рассказы о преследовании со стороны группы сокурсников и описания собственной общественной ценности с полным вытеснением ситуации судебного дела, поэтому вызвали сомнения в симулятивном поведении.

Приведем выписку из истории болезни, составленной доктором Гинзбург.

Больной Иш., 29 лет.

Анамнез. Развивался нормально. Окончил 10 классов средней школы. Учился хорошо, особенно увлекался рисованием. Был на фронте в армии, контужен в 1942 году. Учился на втором курсе института. Со слов знакомой испытуемого известно, что он никогда в психиатрических больницах не лечился. Был несколько чудаковатым, много говорил, слишком легко переходил от одной темы к другой. Рассказывал о том, что он, якобы, коротко знаком с великими людьми, переоценивал свои способности, был склонен фантазировать, поучать окружающих. Испытуемый был хорошо обеспечен, следил за собой, хорошо одевался.

При поступлении в Институт 31/III 1949 года со стороны невросоматического статуса существенной патологии не отмечено. Некоторое общее истощение.

Психическое состояние: охотно вступает в беседу. Много, бессвязно, спонтанно говорит. Сообщает, что обвинение его в краже является «косвенным», а фактически его обвиняют в низкопоклонстве перед Западом и убийстве своей матери. В другой беседе заявил, что его обвиняют в невыполнении общественной нагрузки и в том, что он бросил жену. Поглощен переживаниями своей борьбы с неким гражданином Иванкиным, много об этом говорит, пишет заявления ответственным лицам с просьбой защитить его от заговора врагов. Полностью замещает истинную ситуацию судебного дела какими-то переживаниями реального, но мелкого конфликта в студенческой организации. Постепенно рассказы больного об этом его конфликте обрастают бредовыми построениями: он заявляет, что и его врач, и персонал Института участвуют в заговоре. В отделении по записи персонала много разговаривает «со стенкой» или «сам с собой», с невидимыми собеседниками заявляет, что «голоса» диктуют ему заявления членам правительства. На вопросы, проверяющие его общеобразовательные знания, отвечает настолько неправильно, что у некоторых врачей возникает сомнение в добросовестности его ответов. Иногда без видимой причины плачет, но быстро успокаивается. Однажды вечером внезапно возбудился, кричал: «довольно меня преследовать». В отделении больной большей частью благодушен, несколько дурашлив. Ловит мух, привязывает к их лапкам нитки и затем наблюдает, как они с нитками летают. Мышление непоследовательное, со склонностью к резонерству. Несколько патетичен, претенциозен.

Данные экспериментально-психологического исследования больного были таковы. Он охотно выполнял экспериментальные задания, но не устанавливал связи между исследованием и ситуацией экспертизы. Не проявлял заинтересованности в достижении правильных решений. Легко отвлекался, терял инструкцию, переходил от одного содержания к другому.

Предложенную ему классификацию предметов выполнял следующим образом: он правильно установил группу животных и группу растений, показав этим, что понял предложенную ему задачу верно. Затем он, вопреки всякому смысловому содержанию, выделил группу картинок, нарисованных тушью (среди них оказались вместе и вещи, и животные, и растения). Кроме того, он установил еще две группы: одна из них была подобрана по материалу, из которого были созданы предметы (металлическая кровать, ножницы, кастрюля и т. д.), а другая – по принципу движения. Объединил самолет, велосипед, телегу и лебедя, мотивируя это тем, что в рисунке лебедя определенно выражен «момент движения,.. Никакие разъяснения не могли убедить больного перейти

на какой-нибудь единый содержательный признак классификации и переложить, например, лебеда к живым существам; он то соглашался с собеседником и менял группировку, то снова и снова путал ее, мешая самые различные аспекты рассмотрения материалов. Так, признак «стремления к движению» являлся для испытуемого таким же основанием для сортировки, как, скажем, принадлежность к животному или растительному миру. Эту работу испытуемый так и не смог довести до конца.

Протоколы экспериментов «определения понятий» и сопоставления метафор и фраз были записаны с помощью магнитофона. Приведем отрывки из этих протоколов.

Кладет «золотая голова» – «человек высек на скале сердце». На вопрос: «Почему?» – Объясняет: «Потому что человек – золотая голова – высек на скале сердце».

Кладет – «ядовитый человек» – «мальчик наелся сладостей и заболел». Мальчик. Допустим, он не мальчик. Юноша... Кто является виновником того, что он заболел? Ядовитый человек!.. Такой коллектив ... знаете!». (Возбуждается, громко кричит).

На вопрос: «Какая из двух карточек больше подходит?» – Отвечает так: «Нельзя разделять диалектически – одна вещь связана с другой, озон воздух растения».

Кладет – «зубастый парень» – «больной вместо лекарства глотнул яду". (?). Потому что это следствие того, что он осознал свои ошибки. Я уверен, что с Иванкиным получится это. Такие люди не умирают своей смертью. Их, знаете, или из-за угла убивают, или же такая кончина присуща... зеленому цветку» (на столе стоял кубик зеленого цвета).

Кладет – «глухая ночь» – «у Ивана были крепкие и здоровые зубы». – Объяснил: «Потому что зубная боль, она, можно ее сравнить с ушной болью, то есть с наиболее такой, знаете, ноющей, пульсирующей, вот и именно глухая ночь способствует, знаете, переживаниям этой боли».

Цветные пятна Роршаха больной толкует как «сосуды». Объясняет при этом, что его собственные лимфатические сосуды заполнены солитерами. Эти солитеры уже наполнили печень, сердце и все ткани. На них действует внешняя атмосфера, «чувствуется конвульсивное внутреннее движение их».

Заявил, что высасывающие его кровь солитеры связаны с организацией преследующих его врагов из группы Иванкина. В ответ на недоумение, и возражение собеседника больной приводит следующее «строгое логическое» доказательство: солитеры – это глисты, то есть паразиты, Иванкин и его группа – это тоже паразиты. Следовательно, солитеры и группа Иванкина – это одни и те же или весьма связанные между собой родственные существа – паразиты.

Все приведенные и многие другие опущенные для сокращения экспериментальные данные убедительно свидетельствовали о разноплановости мышления больного, то есть об ошибках суждения, основанных на смешении разных слоев реальности, о множестве соскальзываний мысли по разным ассоциациям: чувственным, звуковым и формально-логическим.

Больной был признан невменяемым, больным шизофренией. Разумеется, экспертная комиссия руководствовалась при этом всей совокупностью клинических данных, но и данные экспериментально-психологического исследования сыграли при этом некоторую роль.

Приведенные примеры дают материал для некоторых попутных соображений о проблеме соотношения мышления и речи. Такая проблема существует, и она была неправомерно снята в 1950-1955 годах. Правильное марксистское положение о единстве мышления и речи, о том, что речь является не только средством выражения мысли, но и орудием ее совершения (Л.С. Выготский), было в ряде работ подменено упрощенческим тезисом о тождестве мышления и речи.

Между тем единство мышления и речи не означает их тождества. Наблюдение за здоровыми людьми позволяет выделить случаи, когда блестящие ораторские способности либо просто развернутая стилистически совершенная речь соответствуют поверхностности и скудости собственных мыслей человека. И напротив – немало глубоких, содержательно творчески мыслящих людей не в состоянии хорошо устно изложить свои мысли.

В психиатрической клинике подобные расхождения выступают особенно рельефно; блестящее развитие «пустой» речи гидроцефалов, психогенное речевое расторможение, не сопровождающееся расстройствами мышления, претенциозно-резонерская речь некоторых психопатов, маскирующая скудость и банальность их суждений.

Вопрос о соотношении связности и развернутости речи с логичностью и продуктивностью суждения больных не может быть решен умозрительно. Он нуждается в экспериментальном исследовании. Во многих случаях только при экспериментальном исследовании выявляются нарушения логики суждений больных, незаметные во время беседы относительно житейских привычных вопросов. Между тем в практике психиатрических больниц оценка расстройств мышления больных строится нередко лишь на основании субъективных впечатлении врача во время беседы с больным. Эксперименты, заключающиеся в том, что больному предлагают выполнять умственные задания, позволяющие подвергнуть анализу ход его рассуждений и умозаключений, применяются не везде.

Приводимые нами примеры доказывают лишь необходимость такого исследования, неправомерность суждений о мышлении только по особенностям речи.

Пример II. Экспериментальное исследование обманов слуха у психически больных.

Описаниям и исследованиям обманов чувств посвящено огромное количество публикаций в психиатрии. Поэтому мы останавливаемся на примере данного экспериментального исследования лишь для одной цели: чтобы подчеркнуть особенность и преимущества экспериментального метода по сравнению с методом наблюдения. В подавляющем большинстве работ, посвященных описанию обманов чувств, исследователи основываются на рассказах больных о пережитых ими ранее галлюцинаторных явлениях, либо, в лучшем случае, на наблюдениях за поведением галлюцинирующих больных в обычных больничных условиях. В связи с такой ограниченностью метода исследования (расспрос и наблюдение) анализу могут подлежать лишь те обманы чувств, о которых больные соглашаются рассказать, и нет возможности выявить зависимость между обманами чувств и реально действующими на анализаторы больных раздражителями внешней среды.

Если даже и делается попытка проследить такую зависимость (вопрос о так называемых функциональных галлюцинациях и истинных), то реализуется эта попытка по субъективным впечатлениям врачей (например, врач считает, что в помещении тихо, звуков не слышно, а больной галлюцинирует – однако в помещении, в котором врач не замечает звуков, вовсе не исключена возможность множества подпороговых или просто едва слышных звуковых раздражителей).

Можно, однако, экспериментально видоизменять деятельность больных таким образом, чтобы провоцировать у них обманы чувств, если эти психопатологические симптомы были им свойственны в связи с болезнью раньше. Так, например, Бехтерев провоцировал у больных слуховые обманы, предлагая им прислушаться к звучанию индукционной катушки. Исследуя у больных темновую адаптацию, Рончевский и Скальская провоцировали у больных зрительные иллюзии. Таких экспериментальных исследований опубликовано не много.

В исследовании 1951 года нам удалось провоцировать у больных слуховые обманы путем экспериментальной пробы, вынуждавшей больных длительно, напряженно прислушиваться к очень тихим, едва слышимым звуковым раздражителям. Исследование проводилась под видом проверки слуха, и больным предлагалась определить предметный

источник едва слышных монотонных звуков. Методика проведения экспериментов описана¹.

Данная серия экспериментов, во-первых, давала возможность изучать слуховые обманы не по рассказам больных о пережитом раньше, а провоцировала их в данный момент, то есть позволяла изучать тут же, за столом, и, во-вторых, давала возможность изучать эти слуховые обманы в зависимости от прислушивания больных к реальным звуковым раздражителям. Тем самым создавалась возможность аналитически изучать слуховые обманы и их зависимость от ряда условий, то есть, образно выражаясь, как бы «загнать эти явления в пробирку», препарировать их. Такой эксперимент не отвечает, конечно, на основной вопрос психиатрии, почему возникают слуховые обманы. Однако он может раскрыть существенные механизмы нарушений слуховых восприятий у галлюцинирующих больных, выявить существенные зависимости слуховых обманов от внешних и внутренних условий.

В проведенных сериях исследований выявились следующие обращающие на себя внимание факты.

1. Пытаясь различить трудноразличимый предметный источник звуков, как здоровые, так и больные в начале ассоциировали эти звуки с теми, которые были привычны им по профессиональному или житейскому опыту.

В последующие секунды здоровые переходили к более или менее объективной, предположительной характеристике этих звуков: говорили о трении металла, шелесте бумаги, булькании и т. д.

Иначе происходил тот процесс слуховых восприятий у испытуемых во время реактивных состояний истерического характера и у истерических психопатов. В начале слушания звуков они, так же как и здоровые, ассоциировали слышимые звуки с привычными им по профессиональному жизненному опыту звуками. Затем в последующие секунды и минуты: больные не исправляли свои толкования, как это делали здоровые, не уточняли характеристики звуков, а, напротив, полностью включались в эту припомнившуюся им ситуацию и начинали иллюзорно воспринимать звуки.

Так, один испытуемый, в прошлом моряк, вначале правильно определял звуки, лишь изредка ошибочно узнавая в их событиях, бывающие на пароходе («скребут палубу», «бьют склянки» и т.д.). Начал тяжело дышать, имитировал дополнительные «морские» звуки, временами затихал, отвечал отрывочно, как сквозь сон. На 17-й минуте опыта при звуке, похожем на сирену, вскочил со стула, выкрикивал слава команды, как бы участвуя в сцене морского боя, бегал по лаборатории, не реагируя на обращенную к нему речь, но продолжая описывать звуки. Так, услышав «булькание воды», кричал: «Наливают 250 грамм, за победу!».

Другой больной, по профессии пожарник, начиная с 10-й минуты опыта, все звуки воспринимал как сцену тушения пожара, «слышал», как плакали погорельцы, как ломали ломом стену и заливали огонь водой из рукава. От волнения больной во время опыта охрип, потерял голос.

Больная, по профессии авиационный техник, вначале узнала несколько звуков верна, но заявила также, что слышит, как ее окликают по фамилии. Затем все больше и больше

¹ С.Я.Рубинштейн. Методики экспериментальной патопсихологии. М.,1962 год

звуков связывала с ситуацией на аэродроме. В серии «Б» «разобрала» слова «самолет на посадку», слышала крики «ура» и т. д. На лице больной то блуждала блаженная улыбка, то выражение тревоги и страха (во время воображаемой ею аварии самолета при посадке). При звуке щелчков повторяла слышимые ею слова «готово», «готов». Вернувшись после опыта в палату, сообщила, что только что побывала на аэродроме.

Одна из больных в звоне стекла узнала церковные колокола и, опустившись на колени, проникновенно молилась, другой принял шелест бумаги за стрельбу пулемета, кричал, командовал. В тихом звуке «всхлипывания» очень многие узнавали голоса своих близких, волнуясь, требовали немедленного свидания с ними. Один из больных в звуке серии Б и В слышал, как дома его жена убирала посуду, как сын учил уроки, а потом кто-то пришел, выбивал трубку об стол, доставал чемодан из-под кровати и т. д. После окончания опыта больной несколько неуверенно спросил экспериментатора: «Кажется, он ей брошку подарил?». После беседы сказал: «Я сейчас вроде как во сне дома побывал».

В целом для этой группы испытуемых были типичны следующие признаки. Возникшие по ассоциации воспоминания больных о каких-либо ситуациях прошлого, профессиональных, военных или бытовых сценах становились для больных актуальными переживаниями. Эти переживания охватывали их настолько, что все последующие звуковые раздражители не могли быть расценены ими объективно, а как бы «подтягивались», искаженно воспринимались больными в плане овладевших ими образных представлений. Погружение больных в эту воображаемую ситуацию иногда достигалось путем некоторого самовзвинчивания, иногда происходила по типу грез, но внешние двигательные и мимические проявления больных, их интонации, смех, слезы и возгласы свидетельствовали об известной глубине и целостности этих включений. Характеристика звуков, которую продолжали давать больные, носила иллюзорный характер. Иногда наряду с иллюзорными искажениями звуков наблюдались также включения дополнительных ложных восприятий, для которых трудно было найти какую-либо основу в реальном составе звуковых раздражителей, но вытекавших из содержания переживаемой ситуации в целом.

Несмотря на крайне мимолетный, нестойкий и неразвернутый характер описанных состояний, они все же могут быть рассматриваемы как экспериментально спровоцированные слуховые иллюзии, связанные с погружением в воображаемую ситуацию. Если искать аналогию этим состояниям в клинических формах нарушений сознания, то они ближе всего к состояниям так называемого истерического транса или делирия. Они несколько напоминают также описанные Сербским под названием скоропреходящих психозов истерических состояния без припадков, но с «своеобразным расчленением сознания», благодаря которому, как пишет Сербский, «действительные восприятия переплетаются самым странным образом с бредом» (стр.444).

Кратковременные состояния типа истерического транса или истерического автоматизма описаны также в работе профессора А. Г. Иванова-Смоленского, посвященной анализу галлюцинаций при истерической форме травматического психоневроза. Анализируя условия, при которых возникают подобные «галлюцинаторные припадки» или по Бехтереву «неожиданные состояния транса», профессор Иванов-Смоленский, основываясь на собственных наблюдениях и на данных других авторов,

отмечает роль звуковых ассоциаций. Так, например, «капание воды из крана возбуждает навязчивую ассоциацию – звук работавшего пулемета», отдаленный выстрел или шум также может вызвать припадок.

Для понимания того, как происходит включение истериков в воображаемую ситуацию, важны данные А. А. Ухтомского о принципе доминанты, ее инерции и о различии двух путей восстановления доминанты. Он указывает, что доминанта (описывая в этом месте доминирующие переживания человека) может восстанавливаться и возобновляться двумя разными путями; первый путь – кортикальный, это – ассоциация, благодаря которой прежнее переживание повторяется как более или менее мимолетное воспоминание и уходит; второй путь, когда прежнее переживание возникает, выражаясь словами Ухтомского, во всей соматической констелляции, то есть сопровождаясь сосудистыми, секреторными и прочими целостными телесными компонентами. Воспоминание, мысль о пережитом или даже представление о нем становится в этих случаях повторным чувственным переживанием.

Этот второй путь наблюдался, видимо, и в наших опытах. Может быть, именно в этом нужно искать объяснение того, почему, слушая нейтрально, объективно разнообразные звуки, больные-истерики как бы отбирают среди них те, которые ассоциируются с личными переживаниями и мечтами, затем с такой легкостью подчиняются влиянию возникших по ассоциации воспоминаний и образов и включаются в переживание воображаемой ситуации не только мыслью, но всеми своими чувствами, движениями и т. д.

Ассоциации по впечатлению, минуя сознательный контроль, реализуются в действиях. Вместо анализа и синтеза объективных звуковых раздражителей появляется иллюзорная переработка их.

Наши наблюдения подтверждают, следовательно, факты, известные давно. Особенностью их является, однако, то, что мы вызывали эти явления экспериментально.

Именно в экспериментальной ситуации можно было с секундомером в руках измерять длительность подобных состояний, глубину погружения больных в эти состояния, наблюдать двойную ориентировку больных, изучать возможность преодоления иллюзорных состояний.

Второе наблюдение относилось к больным, у которых до исследования клиницистами констатировался галлюцинаторно-параноидный синдром (реактивного происхождения).

У этих больных в процессе прислушивания к звукам наблюдалось чередование правильного их восприятия с искаженным, преимущественно с вкраплением вербальных галлюцинаций.

Так, например, больная М., страдавшая гипертонией, рассказывала лечащему врачу, что временами слышит «голоса». Во время исследования сначала объективно характеризовала звуки, а затем при звуках перелистывания страниц книги больная сказала: «Такое, как будто тесто подходит, которое поставлено уже давно, а сейчас (начинает произносить слова в ритме шелеста бумаги) – «ты дрянь», «... ты дрянь», «... ты дрянь», «... тебя», «... тебя», «... тебя» ... – так они говорят».

При последующих звуках в ответах больной также чередуются описания этих звуков с повторением слов, слышимых больной галлюцинаторно. Обращает на себя внимание зависимость этих слов от фактически звучащих или слышимых ею звуков. Так, например, в серии «В» раздаются звуки ударов по стеклу («звон графина»). Больная описывает его так: «звон, точно в церкви – приглашают к обедне в немецкой кирке... На кладбище звонят... ».

Следующий затем звук – «завод часов». Больная отвечает так ... – «Кто-то сказал, что я на кладбище нахожусь».

Звук падения на стол деревянных предметов (серия «В») очень многими испытуемыми принимается за выстрел и действительно некоторое сходство со слышимым издали выстрелом у этого звука есть. Больная М., услышав этот звук (кубики), улыбнулась и сказала – «выкрик бандитский какой-то» ... как будто сказали «остановись». Следующее затем слово «18» больная также воспроизвела как слово «остановись».

В звуке шепотной речи (в конце серии «В») можно было разобрать слова «пора кончать», по поводу этого звука больная сама ничего не сказала и на вопрос не ответила.

Следующим по порядку (спустя минуту) был звук завода часов. Больная на него реагировала следующими словами: «А сейчас разговор сверху (показала на потолок). Мне нужно кончать работу, я сейчас поеду в Москву».

У следующего больного Т., перенесшего реактивный галлюциноз, также наряду с неотчетливой, неопределенной характеристикой звуков наблюдалась переработка звуковых восприятий в вербальные галлюцинации. Так, например, при звуке журчания воды (серия «А») больной повторял услышанные им слова «пойдем, поплаваем» и в ответ на вопрос экспериментатора: «что это означает?» – невозмутимо объяснил – «так слышно... какой-то человек кого-то приглашает».

При звуке всхлипывания больной услышал, как женщина называет его «хороший Михаил».

Больная Б. при звуках уличного шума говорит: «снова слышу шум – не пойму, что – м. б. поезд?» – и далее произносит тоном угрозы, как бы повторяя слова, которые ей сказали – «я тебе дам поезд – так говорит кто-то (Кто?) – я не знаю, кто так говорит» ... Далее, в той же серии «Б» слышны гудки проезжающих автомобилей (гудки машин) – больная произносит тоном человека, повторяющего чужую речь «нету ... уехала, скрылась».

В серии «В» слышно пощелкивание, принимаемое обычно многими испытуемыми за стрельбу – звук («щелчки»), – больная снова повторяет слова – «раз» ... «два» ... расстреляли дуру такую». Вслед за тем в звуке шепотной речи также слышит выстрел, в перекачивании шаров – также.

Больная П. в перелистывании бумаги также слышала слова – «идем, «идем», «идем», Больной Ф. в грохоте шаров услышал разговор, заявил, что «это вроде нерусский разговор». В следующем затем звуке шелеста бумаги услышал слова – «бежать», повторил его волнуясь. В серии «Б» при звуке неясной человеческой речи сказал, что говорят про Эстонию. Все остальное время при исследовании очень волновался, дрожал, плохо определял звуки, попросил прервать опыт.

Больной К. звуки определял неточно, некоторые пропускал, тревожно оглядывался. После окончания опыта при опросе заявил, будто бы ему кто-то сказал слова – «палку сломали». Больной Г. в серии «Б» при звуках уличного шума заявил – «соловьи в лесу... кто-то кричит, я потерялся».

Приведенные примеры не дают еще оснований для объяснения механизмов наблюдавшихся вербальных галлюцинаций. Однако зависимость слов, которые больные слышали, от реальных звуков, воспроизводимых магнитофоном, выступала в этой серии экспериментов довольно отчетливо. Происходила трансформация звукового образа в словесный.

Согласно общепринятому традиционному представлению, такие галлюцинации можно было бы отнести к функциональным. В. А. Гиляровский рассматривает внешние звуковые раздражители, способствующие возникновению слуховых галлюцинаций, как «добавочные раздражители» и придает им второстепенное значение, поскольку «главные причины лежат в общемозговых изменениях». Это положение В.А. Гиляровского бесспорно, если ставить вопрос о причинах появления галлюцинаций у больного: эти причины нужно искать в болезненном состоянии головного мозга. Эксперименты, провоцирующие галлюцинаторные явления с помощью лекарственных веществ (мескалин, лизергиновая кислота и т. д.), ближе подводят к возможностям поиска этих причин. Но если подвергнуть исследованию сам механизм слуховых обманов, поставить вопрос о путях возникновения тех или иных конкретных галлюцинаторных явлений, то нельзя, видимо, пройти мимо анализа соотношения реальных звуковых раздражителей и ложных восприятий больных.

Вопрос о «добавочных сенсорных раздражениях» В.А.Гиляровский рассматривает также в связи с вопросом о так называемых функциональных галлюцинациях, то есть о галлюцинациях, возникающих всегда попутно с восприятием каких-либо реальных раздражителей. Он указывает при этом: «Случаи функциональных галлюцинаций редки и из них трудно делать какие-либо общие выводы, касающиеся возникновения галлюцинаций».

Между тем нам представляется вероятным предположение, что редкостью являются не сами функциональные галлюцинации (быть может, исследования будущего покажут, что все галлюцинации вообще являются в сущности «функциональными»); редкостью же являются те случаи галлюцинаций, в которых их «функциональный» характер удается обнаружить при простом наблюдении без специальных экспериментальных методов исследования... Ограниченность методов исследования, как известно, всегда лимитирует исследователей, лишая их возможности обнаружить те виды зависимостей, которые скрыты от наблюдения «на глаз».

Действительно, слишком слабые, быть может, пресенсорные раздражители окружающей обстановки не могли быть замечаемы наблюдающими галлюцинантов психиатрами, но могли играть значительную роль в возникновении галлюцинаторных образов.

В статье о галлюцинациях в БСЭ профессор Н. И. Введенский пишет: «Деление обманов чувств на иллюзии и галлюцинации со времен французского психиатра Эскироля общепринято в психиатрии, но до известной степени условно...», «... не только в области

мало дифференцированных ощущений запаха, вкуса, осязания, но и в отношении высших чувств зрения и слуха нельзя вполне исключить наличие слабых внешних раздражений...».

Особо важное значение приобретает это замечание профессора Н.И. Введенского в связи с опубликованием исследования Гершуни и Пшонника. Эти исследования устанавливают тот факт, что условные связи могут быть выработаны на пресензорные раздражители. Более того, такие условные связи могут быть патологически фиксированы и имеют в связи с этим большое патогенное значение.

Об этих же патологических связях говорят и опыты Бехтерева. Опыты Бехтерева, как известно, заключались в следующем: он устанавливал у испытуемых связь – ассоциацию между различными внешними раздражителями и галлюцинаторными образами, а затем, меняя локализацию этих внешних раздражений, повторяя их в разное время, мог таким образом не только вызывать у испытуемых галлюцинаторные образы, но и перемещать их в пространстве, вслед за перемещением раздражителя. Такое «привязывание галлюцинаций к новым нейтральным объектам имеет огромное принципиальное значение, так как подтверждает основное положение Корсакова о роли искаженных ассоциаций в генезе обманов чувств.

Предложенная нами экспериментальная методика, а также приведенные экспериментальные факты позволили ориентировочно выделить на нашем материале разные формы искаженных ассоциаций между звуковыми раздражителями и возникающими у больных представлениями. Дальнейшее изучение зависимости слуховых обманов от внешних раздражителей представляется нам продуктивным.

В заключение следует еще отметить роль прислушивания к слабым раздражителям для провокации слуховых обманов. Только функциональной перегрузкой слухового анализатора можно объяснить такого рода наши наблюдения, как усиление слуховых обманов у всех больных к концу опытов, а также возникновение слуховых иллюзий у лиц, ранее ими не страдавших.

Приведенные экспериментальные данные должны быть сопоставлены со следующими клиническими наблюдениями и описанными в специальной литературе фактами, также свидетельствующими о роли длительного напряженного прислушивания и просматривания как фактора, провоцирующего обманы чувств. Известно, например, что у здоровых военнослужащих после напряжения, связанного с необычно длительным пребыванием на наблюдательном посту в полосе военных действий, возникали галлюцинации.

Немецкие психиатры отметили, что в условиях одиночного заключения у лиц, не страдавших ранее никаким душевным расстройством, возникает иногда слуховой галлюциноз, который проходит при переводе в общие камеры. Это явление также может быть поставлено в связь с напряженным прислушиванием к едва слышным, вселяющим тревогу звукам. Во всех этих случаях прислушивание означает не просто установление наличия тех или иных звуков, но именно распознавание звуков, то есть определение их предметного источника и значения.

Все приведенные отрывки из исследований слуховых восприятий больных могут рассматриваться как доказательство только одного тезиса.

Описанная методика дает возможность провоцировать и исследовать некоторые слуховые обманы, сопоставляя их с реальными звуковыми раздражителями, к которым больные прислушиваются.

Пример III. Сочетание психологических экспериментов с лекарственными воздействиями.

Третья серия экспериментальных исследований, из которой мы хотим привести несколько примеров, представляет собой сочетание II и III модели экспериментов. Напомним, что III модель заключается в варьировании состояния больных с помощью лекарственных воздействий. Такие, как их называли некоторые авторы, фармакодинамические пробы довольно широко применялись психиатрами (в Советском Союзе – А. Б. Александровский, А. С. Познанский, А. М. Халецкий, Г. В. Столяров, И. С. Сумбаев, Р. Х. Газин, М. А. Рыбалко и многие, многие другие). Фармакодинамические пробы являются моделью эксперимента, принятого преимущественно в психопатологии, и не случайно, что патопсихологи ими почти не пользуются. Направленное изменение состояния больных с целью провоцирования, либо устранения какого-либо психопатологического явления, либо даже с целью наблюдения сдвигов в состоянии больных представляет собой очень плодотворный эксперимент. С его помощью создаются реальные возможности аналитического причинного объяснения психопатологических явлений.

Такого рода экспериментальная работа имеет ряд преимуществ перед обычной терапевтической практикой. Разумеется, ценность анализа опыта лекарственной терапии настолько велика для психиатрии, что вопрос этот не нуждается в обсуждении. Однако следует все же учесть различия терапевтической практики и эксперимента. Терапевтическая практика суммирует комплекс разнообразных воздействий. При терапии один курс лечения следует за другим, лекарства, как правило, комбинируются, дозировка их индивидуальна, влияние лекарства сочетается с условиями режима жизни и труда больного. На ход болезни влияет также фактор времени. Поэтому анализ опыта терапии приобретает значение лишь при очень больших количествах наблюдений и их длительности. Между тем экспериментальные пробы введения лекарственных веществ (не обязательно терапевтического назначения) дают большую возможность аналитического

изучения динамики симптомов, могут с большой четкостью и определенностью выявлять причины и механизмы симптомообразования.

Однако в большинстве опубликованных, очень продуктивных и интересных экспериментальных исследований можно отметить один существенный недостаток. Больным вводят с экспериментальной целью какое-либо вещество, а затем наблюдают за происходящими изменениями состояния больных и описывают их. Не соблюдается требуемое экспериментом равенство условий обстановки и деятельности больных до введения препарата и после этого. Таким образом, исследование, задуманное как эксперимент, как бы обрывается на полпути и заканчивается свободным наблюдением.

Если с помощью лекарственных средств провоцируются и исследуются галлюцинации, не ведется сопоставления высказываний больных о слышимых ими голосах с реально действующими на них раздражителями или направлением внимания больных, которое зависит от инструкций врача-экспериментатора.

Если исследуется влияние лекарственных веществ на бред, записываются обычно лишь высказывания больных, а не реальные действия, поступки, реакции на внешние воздействия, которые могли бы дать возможность судить о степени охваченности больного бредовыми переживаниями.

Даже в тех случаях, когда предметом анализа становится влияние какого-либо вещества на речевую бессвязность, не соблюдается требуемого экспериментатором равенства условий; фиксируются ответы на случайные вопросы, то есть речь вообще, а не беседа, регламентированная какими-то однотипными заданиями. Самое главное – не производится сопоставления поступков, действий и высказываний больных с реально действующими на них факторами окружающей ситуации. Между тем именно адекватность либо искаженность практического действенного отношения больных к реальной ситуации и ее элементам есть один из основных критериев оценки психического состояния больных.

Не умаляя чрезвычайно большой важности и продуктивности таких экспериментов для психопатологии, следует все же видоизменять их методику. Пути такого улучшения могут быть заимствованы из методологии экспериментальных исследований школы академика И.П. Павлова, а именно исследований М.К. Петровой.

В психиатрической литературе очень часто подчеркивается роль академика И. П. Павлова для «психофармакологической эры» В психиатрии, но мало используется методологический принцип его исследований.

Напомним эти эксперименты. Изучалась условнорефлекторная деятельность животных, затем им вводился бром или кофеин и вновь исследовались те же условные рефлексы. По изменениям условно рефлекторной деятельности возникала возможность судить о механизме влияния препарата (следует подчеркнуть, что не по наблюдениям, а по сдвигам в условных рефлексах).

Может быть, отличия психики человека от психики животных требуют изменения этой методологии? Нам представляется, что нет. Психика человека еще в большей мере, чем психика животных, зависит от воздействия окружающей среды и проявляется в этом взаимодействии. Поэтому, желая выявить изменения в психическом состоянии человека, необходимо исследовать и документировать это взаимодействие. Практически это означает, что если экспериментатор хочет выявить, какие сдвиги в психическом состоянии больного вызывает тот или иной препарат, он должен изучать какую-либо психическую деятельность больного до воздействия препарата и во время этого воздействия.

Под понятием психической деятельности может быть скрыто разное содержание: это может быть присматривание, прислушивание к каким-то объектам, беседа с экспериментатором на какую-либо фиксированную тему, решение умственных заданий, выполнение технической работы и т. д. – важно лишь, что эта деятельность была однотипной до и после введения препарата. Возможны, конечно, случаи, когда и по отношению к человеку уместно применить классическую условнорефлекторную методику (например, к ступорозным больным). Однако по отношению к больным людям, способным лучше или хуже выполнять словесные инструкции, действовать, отвечать на вопросы и т. д., экспериментально организованная деятельность может быть сколько угодно многообразной. Для разных клинических задач могут быть выбраны самые различные виды экспериментальной деятельности. Но исследование фармакологического воздействия должно строиться так, чтобы до и после воздействия деятельность больного была однотипной (именно не одинаковой, а однотипной).

Если психическая деятельность больного, равно как и ситуация, в которой он находится, не организована и не учтена, больной на что-то

смотрит, о чем-то беседует, на какие-то условия внешней среды реагирует, но происходит это стихийно. Эксперимент оказывается нечетким, незавершенным, один из важнейших принципов исследований Павловской школы, а именно критерий реагирования на внешнее воздействие упускается.

Чтобы избежать указанного недостатка, мы пытались построить экспериментальное исследование так, чтобы сочетать лекарственные воздействия с обычным экспериментально-психологическим. Мы применяли одно тормозящее корковую деятельность вещество (амитал) и одно стимулирующее (центедрин). В задачу исследования входил анализ психического состояния больных с неблагоприятно текущими параноидными и кататоническими формами шизофрении до начала их лечения. Мы исходили при этом из предположения, что если при такого рода экспериментах выявится изменчивость состояния, то это будет проявлением преобладания процессуальной симптоматики и окажется, возможно, благоприятным прогностическим признаком, а если состояние окажется стабильным, то это, возможно, будет показателями преобладания дефектной симптоматики (без больших перспектив успешной терапии). Фармакологические пробы, производившиеся совместно с клиникой И. Г. Равкина, сочетались с патопсихологическим экспериментом. Эксперимент состоял из следующих элементов: 1) опрос больного относительно признаков его болезни, ее причины и желательных для больного мероприятий, 2) исследование мышления больного методикой «сравнения понятий» и «исключения предметов» и 3) исследования зрительно-моторной координации больных.

Для сравнения была исследована группа больных, страдавших органическими заболеваниями мозга с диэнцефальной патологией различного генеза.

Каждый больной подвергался исследованию три дня подряд. В первый день – без лекарственных воздействий, второй день – после приема амитала и третий день – после приема центедрина. Для регистрации пользовались магнитофоном и электрокимографом (для записи моторики).

Предварительные данные исследования подтвердили предположение о том, что различная податливость больных влиянию лекарственных воздействий может служить прогностическим признаком эффективности терапии. Изменчивость состояния больных больше проявлял ась в настроении больных, в их отношении к исследованию, к экспериментатору и

к оценке своего состояния. Под влиянием препаратов менялась в известной степени «внутренняя картина болезни» (исследованием этого вопроса занята в настоящее время В. В. Костикова). Значительно меньше изменялись мыслительные операции больных (но все же менялись). По содержанию реакции больных на препараты были таковы: под влиянием амитала больные шизофренией становились доступнее, охотнее выполняли экспериментальные задания, но суждения их в процессе работы были менее логичны, содержали больше элементов разноплановости, соскальзываний. Под влиянием центедрина больные шизофренией большей частью становились более отгороженными, отрицали психотические переживания, неохотно выполняли экспериментальные задания, но если выполняли, то суждения их оказывались более правильными.

Несколько иными были реакции на амитал и центедрин больных с диэнцефальными синдромами, возникшими вследствие органических поражений мозга. После приема амитала они становились еще более разговорчивыми, обстоятельными, более критично и просто оценивали патологические переживания (сенестопатии), но правильно рассуждали, решая предложенные задания. Центедрин вызывал у тех же больных неадекватное, почти бредовое истолкование своих ощущений, а при решении интеллектуальных заданий у этих же больных выявлялись элементы разноплановости, причудливости суждений.

Исследование с помощью данной методики не завершено. Эти предварительные данные мы приводим лишь для того, чтобы указать возможности экспериментального метода.

Еще одним участком совместной работы патопсихолога и психиатра является экспериментальный учет изменений состояния под влиянием длительной терапии. Подобного типа работа ведется во многих больницах и даже диспансерах.

Нами составлен набор экспериментальных приемов, рассчитанных на кратковременное систематическое наблюдение за больными (один час в две недели, на протяжении трех месяцев лечения). В этот набор вошли самые простые и доступные экспериментальные приемы, позволяющие вести исследование больных даже тогда, когда они бывают в беспокойном состоянии (до лечения) либо на постельном режиме. В каждый день исследования предлагаются различные по содержанию, но равнотрудные и однотипные задания. Апробация этого набора приемов, проводившаяся начинающими патопсихологами (И. Андрианова, Л. Поперечная, В. Школа и

Е. Коротаева), показала пригодность его для многократного исследования больных шизофренией в процессе лечения.

Для различных видов заболеваний при направленности лечения на устранение определенных патологических симптомов необходимо создание различных экспериментальных приемов. Следует только предостеречь от одной нередко допускаемой ошибки. При использовании эксперимента для оценки сдвигов нельзя расценить ускорение либо улучшение качества выполняемых больными заданий как показатель улучшения состояния больных, не исследуя на контрольной группе сдвигов, вызываемых упражняемостью.

Необходимы дальнейшая разработка и апробация разнообразных экспериментальных приемов, направленных на анализ психопатологических явлений и на помощь психиатра в решении практических вопросов психиатрической клиники.

Заключение

Целью данного сообщения, основанного на обобщении нескольких давно выполненных исследований, было показать возможность применения экспериментального метода в исследовании психопатологических явлений.

Наиболее реальными и адекватными задачам психиатрии являются следующие пути построения экспериментальных приемов: 1) варьирование ситуации, в которой оказывается больной; 2) варьирование деятельности, которой больной должен заниматься и 3) варьирование состояния больного путем экспериментальных лекарственных воздействий. Возможно и очень продуктивно сочетание этих приемов.

Использование опыта экспериментальной патопсихологии в исследовании психически больных может быть полезно психиатрии. Однако должны быть учтены принципиальные различия патопсихологических экспериментов (направленных на квалификацию психических расстройств и сопоставлений их с нормой) и экспериментов, которые должны быть использованы в психопатологии (направленных на изучение причин и закономерностей развития, угашения и компенсации психопатологических симптомов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Введенский И. Н. – БСЭ, статья «Галлюцинации», 1929.
2. Выготский Л. С. – Избранные психологические исследования. Том 1, 1960.

3. Газин Р. Х. – «О влиянии этилового алкоголя на структуру и содержание сновидений при хроническом алкоголизме и острых алкогольных психозах». Вопросы психопатологии и психотерапии. М., 1963.
4. Гиляровский В. А. – Об эксперименте в терапии душевных заболеваний. «Архив биологических наук». Том 48, выпуск 1–2, 1938.
5. Гиляровский В. А. – Учение о галлюцинациях. М., 1949.
6. Зейгарник Б. В. «Патология мышления». МГУ, 1962.
7. Зейгарник Б. В. – «Психология и психиатрия». Журнал имени Корсакова №4, 1964.
8. Леонтьев А. Н. – «Проблемы развития психики». М., 1959.
9. Познанский А. С. – «Влияние кофеина на галлюцинации». Советская психоневрология, выпуск 7, 1936.
10. Рубинштейн С. Л. – Бытие и сознание. М., 1957.
11. Рубинштейн С. Я. – О рефлексорной природе галлюцинаций в сб. «Материалы совещания по психологии». М., 1957.
12. Рыбалко М. А. – «О влиянии некоторых фармакологических веществ на бредовые идеи при прогрессивном параличе». Вопросы психопатологии и психотерапии. М., 1963.
13. Рыбалко М. А. – «О речевой бессвязности при шизофрении». Вопросы психопатологии и психотерапии. М., 1963.
14. Сивоконь П. Е. – «О происхождении и философском значении естественно–научного эксперимента». МГУ, 1962.
15. Столяров Г. В. – «Лекарственные психозы и психотомиметические средства». М., 1964.

печатается по изданию:

Вопросы экспериментальной патопсихологии // Труды научно-исследовательского института психиатрии, том XLIII / Под ред. Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн. – М., 1965 г. – С.58-67.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПАДА НАВЫКОВ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

С. Я. РУБИНШТЕЙН

Лаборатория экспериментальной патопсихологии.

Заведующая лабораторией — доктор педагогических наук *Б. В. Зейгарник*.

Психологический анализ распада навыков и практических умений у психически больных позднего возраста имеет значение для психиатрической клиники и для теории психологии.

Сопоставление закономерностей распада и развития навыков продолжает изучение большой теоретической проблемы соотношения

распада и развития психики, поставленной в советской патопсихологии Л. С. Выготским. Данная проблема изучалась Б. В. Зейгарник на материале расстройств мышления. В исследовании Б. В. Зейгарник показана принципиальная теоретическая неправомерность понимания закономерностей распада мышления, как процесса негативного его развития. Эта теоретическая гипотеза была подтверждена большим фактическим экспериментальным материалом, свидетельствующим о качественном несоответствии видов нарушений мышления этапам его формирования в норме.

Рассмотрение соотношения распада и развития навыков позволяет еще острее решать вопрос о соотношении распада и развития психики, поскольку онтогенетическое формирование каждого отдельного навыка выступает особенно рельефно.

В общей и педагогической психологии накоплено много данных о закономерностях формирования навыков в онтогенезе (Т. Г. Егоров, П. Я. Гальперин, С. Г. Геллерштейн, А. В. Запорожец, А. Р. Лурия и др.).

В психоневрологии известны многочисленные исследования, посвященные апраксии и ее локализации. Навыки письма и чтения также обычно изучались в плане локальных афазических либо агностических расстройств (Э. С. Бейн, О. П. Кауфман, В. М. Коган, А. Р. Лурия, М. С. Лебединский и др.). Но анализ распада практической деятельности психически больных позднего возраста должен охватывать значительно более широкий круг патологических явлений, чем явления локальных нарушений. Многие нарушения навыков связаны с общемозговыми поражениями. Утеря профессиональных трудовых умений, беспомощность в бытовом самообслуживании, нарушения умений пользоваться предметами, распад навыков письма, чтения, счета — вот далеко не полный перечень нарушений, наблюдающихся в психиатрической клинике позднего возраста.

Экспериментальное исследование больных этого контингента чрезвычайно затруднено. Слабоумные, слабо видящие и плохо слышащие, неправильно ориентированные старички и старушки мало руководствовались словесной инструкцией. Не всякое задание удавалось заставить их выполнить. Количественная обработка экспериментальных данных оказалась невозможной.

Нами проводилась проверка умений больных выполнять предметные практические действия: завязать узелок, зашнуровать детский ботинок, перелить из стакана в бутылку воду, воспользовавшись лейкой, открыть

ключом замок, провести линию карандашом на бумаге с помощью линейки, положить лист бумаги в конверт и т. д. Помимо этого, проверялось состояние навыков письма, чтения, счета. Подробное описание методики приводится в статье Родионовой Е. А.

Было проведено исследование 135 больных в возрасте от 55 до 90 лет (из них сосудистые заболевания — 45 больных, атрофические и дегенеративные — 48 больных, другие — 42 больных). Кроме того, отдельными методиками проводилось исследование больных более молодого возраста с сосудистыми и профессиональными органическими заболеваниями (90 человек).

Из всего числа обследованных больных 39 человек умерли. Получены патологоанатомические данные от прозектора больницы им. П. Б. Ганнушкина доктора С. Д. Душейко.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При исследовании больных, страдавших сосудистыми заболеваниями мозга (без очаговой симптоматики), грубых нарушений либо выпадений навыков не выявилось. Больные могли справиться с любой из предложенных им проб, читали, писали, пересчитывали предметы. Однако все, что они делали, они делали неловко, медленно, с большим количеством ошибок.

Если проанализировать недостатки и ошибки их действий, можно выделить три основных вида нарушений— дискоординации, прерывистость действий и парапраксии. Рассмотрим эти нарушения.

Дискоординации были заметны при простом наблюдении за письмом за тем, как они брали в руки пособия, как переносили с места на место стакан воды и т. д. Еще Н. М. Иценко отметил, что неточность движений больных является одним из ранних симптомов сосудистого страдания.

В проводимых нами опытах дискоординации движений больных проявлялись в изменениях почерка, неловкости движений, промахиваниях, чрезмерной силе, с которой захватывался в руки какой-либо предмет, а наряду с этим — расслаблении мышц, из-за которого предмет выпадал из рук.

Для проверки механизма этой дискоординации была разработана специальная методика исследования зрительно-моторной координации. Этой методикой было исследовано свыше 300 человек, в том числе большая группа больных с начальными и умеренно выраженными нарушениями психики при артериосклерозе головного мозга, то есть больные еще не

слабоумные, умеющие выполнять инструкции. Это исследование опубликовано. Результаты его свидетельствуют о том, что дискоординации возникают из-за огрубевшей, т. е. чрезмерной по силе и запаздывающей во времени корковой коррекции движений.

Второй недостаток, проявляющийся в привычной деятельности сосудистых больных, заключается в прерывистости их действий. Так, например, даже при простом пересчитывании пуговиц или спичек больные часто сбиваются со счета, так как забывают, до какого числа только что досчитали. Выполняя различные практические действия, больные время от времени приостанавливают свою деятельность, как бы тормозятся, забывают о том, что только что собирались сделать и из-за этих пауз вся их работа оказывается выполненной в более длительный срок, чем в норме. Так, при отыскивании чисел на таблицах скорость поисковых движений глаз в действительности не отличается у этих больных от скорости здоровых, но при этих поисках отдельные числа как бы «пропадают». Больные смотрят на них и не видят, поэтому суммарное время на таблицу оказывается более длительным, чем в норме.

Прерывистость деятельного состояния нервной системы больных обнаруживает себя и в том, что скорость простейших двигательных реакций больных оказывается крайне неравномерной.

Неравномерность скорости простых двигательных реакций, как показатель патологических состояний коры, была впервые отмечена Д. А. Ошаниным. В нашей лаборатории В. А. Асеевым была показана выраженная неравномерность скорости простых реакций у больных артериосклерозом головного мозга. Можно предположить, что именно эти короткие провалы внимания больных приводят к «утере нити мысли», к непоследовательности, к множеству ошибок в их счетной и всякой иной привычной деятельности.

Третий недостаток, выявившийся при анализе состояния навыков больных сосудистыми заболеваниями мозга, может быть обозначен как обилие парапраксий. Этот термин образован по аналогии с парафазиями, но является, видимо, более общим понятием.

Сами больные и их родственники, описывая многочисленные парапраксии, нарушающие их профессиональную и бытовую трудовую деятельность, квалифицируют их обычно как проявления забывчивости, рассеянности.

При выполнении экспериментальных заданий мы наблюдали множество таких ошибочных действий, т. е. парапраксий. Правильно сортируя горошины и бусины, больной вдруг высыпает горсть отобранных бусин в коробку с горохом. Собираясь перелить воду из стакана в бутылку, больной кладет лейку на стакан и т. д. Механизмы всех этих ошибочных действий или парапраксий столь же просты и вместе с тем столь же многообразны, как механизмы любых допускаемых человеком в жизни случайных ошибок. Особенностью этих ошибок является замена одного из элементов действия другим. Иногда происходит замещение объектов: с объектом «в» производится то действие, которое предполагалось сделать с другим. В других случаях искажается порядок действий, т. е. операция «в» производится ошибочно раньше, чем операция «а», хотя привычно она должна следовать после операции «а». Очень часто парапраксия возникает из персеверации, застревания больного на каких-либо намерениях: больной только что разрезал ножницами бумагу, сейчас ему предложили разлиновать ее, но он, прикладывая линейку, разрывает ее вдоль линейки; намерение разрезать осталось и привело больного к искажению последующего иного действия. Такой тип парапраксий отличается от персеверации. Персеверация— симптом более глубокого поражения мозга и заключается в многократном повторении какого-либо действия как бы по инерции. Между тем при сосудистых поражениях мозга, не столь резко выраженных по степени, наблюдаются именно частичные застревания намерений, действий, впечатлений, которые приводят к парапраксиям.

Парапраксии возникают из-за описанного В. М. Коганом сужения объема внимания сосудистых больных; они не в состоянии учитывать несколько меняющихся условий действия, не могут воспринимать одновременно несколько рядов раздражителей (иными словами, они обладают особенностями, контрастными тем, которые легендами приписываются Юлию Цезарю).

Таким образом, оказывается, что в основе многообразных нарушений привычных действий сосудистых больных лежат довольно грубые элементарные изменения динамики нервных процессов: инертность, запаздывание и огрубение корковой коррекции, прерывистость, т. е. резкие колебания тонуса психической активности и уменьшение количества одновременно принимаемых (учитываемых) раздражителей.

Однако указанные выше элементарные причины нарушений праксиса сосудистых больных редко выступают в такой отчетливой неприкрытой

форме. Как правило, они маскируются и усложняются, так как больные по-разному оценивают свою несостоятельность в труде и быту, по-разному на нее реагируют. Очень часто, замечая свои ошибки, стыдясь их и стараясь компенсировать падающую трудоспособность, больные произвольно прибегают к резкому замедлению темпа работы и повышенному самоконтролю. В результате они начинают произвольно, с полным контролем сознания выполнять действия такого рода, которые до сих пор выполняли автоматически, как выполняется всякое действие, превратившееся в навык. Такая дезавтоматизация «не обходится даром», так как, как известно, стоит человеку задуматься о том, какой ногой и как ступить, — разладится даже такой автоматизированный акт, как акт ходьбы. Всякая попытка ввести произвольный сознательный контроль в действие такого рода, которое раньше сформировалось у человека как навык, приводит к резкому замедлению темпа, к наступающему спустя короткое время утомлению и главное — к ухудшению качества работы. Развернутость действия, полезная при обучении навыку, не помогает больному, не является полезным средством компенсации, напротив, она дезорганизует действие.

Дополнительным обстоятельством, усугубляющим распад навыков у больных сосудистыми поражениями мозга, является часто наблюдающееся снижение зрения и слуха. Необходимость пользоваться очками крайне осложняет и без того затрудненную практическую деятельность больных. Очки «теряются», в нужный момент «их нет под руками», больной еще острее ощущает свою беспомощность, испытывает досаду на себя за то, что затерял очки.

Сходные последствия вызывают тугоухость. Значение слухового анализатора велико не только для понимания речи и поддержания контакта с окружающими людьми. Для трудовой и вообще практической деятельности людей слуховые восприятия играют еще иную, также важную роль. Слуховые восприятия сигнализируют человеку о состоянии и взаимодействии предметов, которыми он практически действует. Чтобы человек ни делал — заводит ли он часы, пишет ли он, работает ли на каком-либо станке или приборе, моет ли он посуду — значительную роль в исполнении этих действий играют слуховые восприятия: звона, шума, скрипа и т. д., дающие возможность оценить правильность протекания действий. Нечеткость слуховых восприятий лишает склеротика этого контроля и тем самым усугубляет распад привычных действий.

В данном сообщении остановимся вкратце для сравнения еще на двух группах больных: страдающих болезнью Альцгеймера и хореей Гентингтона.

Болезнь Альцгеймера, как известно, представляет собой атрофическое заболевание головного мозга. С. Г. Жислин сближает это заболевание со старческим слабоумием. При болезни Альцгеймера описаны афазические и апрактические нарушения. Картина нарушений навыков у больных болезнью Альцгеймера была очень отлична от нарушений у сосудистых больных.

При исследовании состояний навыков и практических умений этих больных не выявлялось признаков неравномерности достижений, прерывистости и парапраксий; больные в разные дни и часы исследования оставались довольно одинаковыми по своим возможностям. В то же время у очень многих больных (мы выбрали для особого контроля лиц, имевших высшее и среднее образование) задолго до появления афазических расстройств наблюдались нарушения и даже полное выпадение навыков чтения, письма, заплетания косички, шнурования, завязывания узла и т. д.

Нарушения чтения проявляются в том, что больные читают не подряд, не по строчкам, а перескакивая посреди строк с одного слова па другое, расположенное ниже или выше читаемого. Таким образом, больной как бы «выхватывает» из текста отдельные слова или обрывки слов, но эти отрывки прочитывает бегло и правильно. Такой вид нарушений чтения может быть предположительно объяснен плохой регулировкой направлений взора. В отдельных случаях больные проявляют себя почти как слепые — они не видят, не могут найти на столе какой-либо предмет, у них затруднены поисковые движения взора. Нарушения навыка чтения могут не выявиться, если больному предлагают прочесть два-три слова да еще мелким шрифтом. Отчетливее всего нарушения чтения выявляются в тех случаях, когда больному предлагают читать текст какого-либо рассказа, написанный крупным шрифтом на плакате.

Навык письма нарушается очень часто. Большое число образцов письма у больных болезнью Альцгеймера представляет собой совокупность бесформенных черточек, штрихов или завитушек. Так, например, у больной А., закончившей гимназию, работавшей много лет высококвалифицированной чертежницей-копировальщицей, заболевание началось с ухудшения профессиональных умений и нарушений навыка письма. Во время обследования больной в лаборатории на начальном этапе заболевания она с готовностью выполняла экспериментальные задания, ей было доступно понимание обобщений, переносного смысла пословиц, она

правильно беседовала и бегло читала (изредка сбиваясь со строки на верхнюю или нижнюю), движения ее рук и пальцев были свободны. Следовательно, не были нарушены никакие предпосылки акта письма — ни речь, ни моторика, ни зрительные восприятия. Анализ аграфии, проведенный профессором А. Р. Лурия на материале неврологической клиники, не мог быть применен для понимания аграфии данной больной. У нее наблюдалось именно выпадение этого навыка, как определенного стереотипа движений: больная могла с небольшим трудом обводить печатные буквы и слова, подложенные под кальку, но она не могла тут же написать такое же слово или букву самостоятельно. Больная не могла даже подписаться — она брала в руки карандаш и неловко рисовала им какие-то закорючки на бумаге, но ничего даже отдаленно похожего на подпись у нее при этом не получалось. Создавалось впечатление, что больная «забыла», какие движения нужно делать для того, чтобы писать, что у нее выпал определенный двигательный навык. Дальнейшее исследование выявило, что больная не может также заплести косичку, завязать узел, не умеет вытереть тряпкой пролитую ею на стол воду, не может зашнуровать детский ботинок и т. д. На протяжении полутора лет наблюдения за больной признаки ее апраксии выступали все более и более отчетливо. Больная разучилась одеваться, самостоятельно есть, даже ходила и садилась на стул очень плохо.

Оценка навыка письма у данной больной представляет особый интерес. Поскольку речь идет об атрофическом процессе, лишь постепенно и избирательно поражающем кору головного мозга, можно предположить, что при этом происходит изолированное выпадение какого-либо отдельного центра.

Тот факт, что в неврологической клинике аграфия выступает лишь как суммарное следствие системных нарушений, не дает еще оснований думать, что медленно прогрессирующие атрофические заболевания коры мозга не могут с «ювелирной точностью» обнаружить вновь сформировавшиеся у человека центры специализированных функций. Однако, несмотря на принципиальную допустимость такого предположения, оно кажется нам неправильным по соображениям фактического характера.

Распад навыка письма, проявляющийся в утере двигательных стереотипов, как правило, сопровождался при болезни Альцгеймера резкой утерей памяти больных, утерей всего прошлого опыта, старого запаса представлений, утерей возможности что бы то ни было вновь запоминать и заучивать.

Осколки катастрофически распавшейся деятельности больных в виде так называемых «стоячих симптомов», т. е. лишенных смысла, стереотипно повторяющихся элементов действий — вовсе не могли быть свидетельством сохранения прежних условных связей. Напротив, в отношении данных больных можно было говорить о тотальном разрушении условных связей. Никаких проявлений компенсаторного замещения утраченных навыков выявить не удалось — вероятно, в связи со свойственным этим больным анамнестическим слабоумием. Таким образом, наши наблюдения подтверждают давно высказанную С. Г. Жислиным точку зрения о взаимосвязи расстройств памяти и праксиса при болезни Альцгеймера.

Резкую противоположность описанным выше нарушениям представляло состояние навыков и практических умений больных хореей Гентингтона.

Это заболевание, тщательно изученное Э. Я. Штернбергом, также относится к числу атрофических дегенеративных, но оно поражает не кору, а подкорковые отделы мозга. У этих больных, несмотря на обилие размахистых гиперкинезов, выявлялись удивительные компенсаторные резервы; они сохраняли умение выполнять множество предметных действий, разборчиво писали, могли брать, удерживать и перекладывать с места на место мелкие предметы. Особенностью их действий при выполнении экспериментальных заданий было то, что ко всякому заданию они чрезвычайно медленно адаптировались, но, в конечном счете, могли с ним справиться. Даже при исследовании зрительно-моторной координации, несмотря на такие резкие гиперкинезы, что чернила выплескивались из писчика, эти больные умели правильно попадать в заданные точки.

Таким образом, исследование навыков и привычных действий больных выявило различные виды их нарушений при разных заболеваниях. При одних заболеваниях нарушаются элементарные предпосылки действия, распад идет по пути от простого к сложному, а картины распада разнообразятся и усложняются компенсациями и декомпенсациями, зависящими от личности больных. При других заболеваниях — происходит постепенное разрушение и выпадение сложных человеческих умений, обусловленное утерей прошлого опыта (смыыванием связей) — без каких-либо компенсаторных механизмов. Наконец, в случае болезни Гентингтона обращают на себя внимание поразительные компенсаторные возможности больных.

При исследовании всех 135 больных старческого возраста лишь в одном единственном случае был обнаружен механизм действия, отдаленно напоминающий детство. Так, одна больная болезнью Альцгеймера за

несколько месяцев до смерти тащила в рот и ощупывала во рту все предметы, как это делает грудной ребенок. Никаких иных проявлений распада навыков или привычных действий больных, которые хотя бы отдаленно напоминали этапы детства или этапы формирования навыков в детстве, мы не обнаружили. Это подтверждает положение Б. В. Зейгарник о несоответствии этапов развития и распада.

Анализ выявленных нарушений навыков наталкивается на трудности, связанные со следующими проблемами:

- 1) соотношение тонуса психической активности и регулирования привычных действий;
- 2) соотношения слабоумия и праксиса;
- 3) общемозговой и локальной симптоматики.

Все эти вопросы выступают при анализе любого больного любой нозологии. Однако при анализе отдельных больных выступает преимущественная актуальность одного из них.

Так, при сосудистых заболеваниях мозга больше всего актуален первый вопрос. Профессором А. Л. Абашевым-Константиновым описаны дезавтоматизация привычных действий и лишённые смысла двигательные автоматизмы при расстройствах сознания. Во многих наших наблюдениях речь шла о таких больных, относительно которых клинически было еще неправомерно говорить о нарушениях сознания. Однако экспериментально у них наблюдались такие колебания тонуса психической активности, которые граничили с легкими нарушениями сознания. Эти колебания и были причиной парапраксии, прерывистости, дезавтоматизации их привычных действий.

Следует попутно отметить, что сосудистая недостаточность мешает также формированию учебных навыков в детском возрасте и приводит к школьной неуспеваемости детей, иной раз ошибочно принимаемую за проявления умственной отсталости. Проблема тонуса психической активности и качества выполнения привычных действий выходит за пределы данного сообщения.

Второй вопрос о соотношении слабоумия и праксиса чаще всего выступал при оценке атрофических заболеваний. Не только при болезни Пика, но и при болезни Альцгеймера распад навыков усугублялся инактивностью больных, отсутствием компенсаторных образований, нарушением действия не только со стороны его двигательной, но и с мотивационной, волевой, интеллектуальной.

Специфика психиатрической клиники еще и в том, что крайне затруднено разграничение локального и общемозгового. В исследовании Д. Б. Голанта этот вопрос был подвергнут специальному рассмотрению. Его данные относительно единства этих нарушений (т. е. проявления общемозгового через локальное) очень продуктивны для объяснения клинических фактов. Это единство создает некоторую специфику картин нарушений навыков, наблюдающихся в психиатрической клинике позднего возраста, по сравнению со сходными нарушениями в неврологической и особенно нейрохирургической клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л. С. — Развитие высших психических функций. Изд. АПН, М., 1960.
2. Зейгарник Б. В. — Патология мышления. Изд. МГУ, М., 1960.
3. Неврология военного времени, изд. АМН, 1949.
4. Лурия А. Р. — Высшие корковые функции человека. Изд. МГУ, 1962.
5. Рубинштейн С. Я. — Методика исследования зрительно-моторной координации больных, страдающих сосудистыми заболеваниями мозга. «Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга». М., 1960. Труды Института психиатрии МЗ РСФСР, том 22.
6. Ошанин Д. А. — «Вопросы психологии», т. 2, 1956.
7. Асеев В. — Исследование скорости простых двигательных реакций у больных с сосудистыми поражениями головного мозга (рукопись).
8. Жислин С. Г. — К дифференциальной диагностике психозов позднего возраста. Журнал «Невропатология и психиатрия» 6, 1930.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

В.П. Критская, Т.К. Мелешко

отдел медицинской психологии НЦПЗ РАМН, Москва

Несмотря на длительную историю изучения шизофренической патологии и большое число публикаций на эту тему как клинических, так и экспериментальных, эта проблема в настоящее время остаётся открытой. Основная масса исследований на эту тему в последние годы посвящены изучению психических функций как элементов когнитивного функционирования, снижение которого обозначается понятием «когнитивный дефицит» [20, 31-33]. Следует отметить, что это понятие весьма универсально, оно объединяет чрезвычайно широкий диапазон патологических явлений. Наряду с эндогенными расстройствами, когнитивный дефицит наблюдается при органической патологии, при соматических заболеваниях и его признаки встречаются даже в норме, при невысоком IQ. В связи с этим, при употреблении этого понятия необходима его конкретизация и спецификация применительно к разным видам патологии.

Функциональный подход к анализу шизофренической патологии не отражает её специфики. Например, такое сложное психическое образование, как аутизм, не может быть проанализировано с этих позиций.

Современная экспериментальная патопсихология решает свои специфические задачи на основе теоретических положений и методологических принципов общей психологии. В настоящее время всё большее место приобретает системный подход при изучении человека как целостного активного субъекта [4, 15, 23].

Задача психологического исследования – раскрыть структурные взаимосвязи внутри этого единства. Один из основателей гуманистической психологии – А.Г. Маслоу – использовал для определения личности как целостной системы, в которой все элементы неразрывно связаны, клиническое понятие «синдром». В качестве основных компонентов этой системы он выделил мотивацию и личностную направленность. Отмечая принципиальные трудности на пути формализации «личностного синдрома», особое значение он придавал качественному анализу [17].

В патопсихологии личностный подход осуществлялся, прежде всего, в трудах Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и их учеников [7, 8, 24, 10, 29]. Для

Б.В. Зейгарник важнейшим являлся вопрос об основополагающих принципах анализа нарушений психики. Она вплотную подошла к мысли о необходимости выделения особого – патопсихологического синдрома, не тождественного клиническому. Однако в ее работах не содержится этого понятия, хотя, по свидетельству ее учеников (см., например, 21) эта тема обсуждалась ею с коллегами.

В течение длительного времени в лаборатории медицинской психологии НЦПЗ РАМН разрабатывался и реализовывался системный подход при изучении психических заболеваний. Исследование проводилось в тесном контакте с сотрудниками клинических отделений Центра психического здоровья.

Был создан целый цикл оригинальных методик, направленных на изучение своеобразия познавательной деятельности больных шизофренией: особенностей их восприятия, речи и мышления. Отличительной особенностью новых оригинальных методик являлось создание ситуации неопределённости, в которой пациент не мог действовать по установленному алгоритму, а вынужден был самостоятельно структурировать ситуацию, отбирая ту или иную информацию согласно своим субъективным предпочтениям.

Используемый методический комплекс отвечал следующим требованиям:

1. Доступность задания основному контингенту здоровых испытуемых контрольной группы (т.е. предъявляемые задания не должны быть сверхтрудными).
2. Относительная новизна для испытуемых задания на выявление качественного своеобразия изучаемой патологии.
3. Возможность формализации и статистической обработки результатов исследования.
4. Задания должны быть достаточно экономичными по времени их выполнения.

На основе этих методических приемов было предпринято экспериментальное исследование у больных шизофренией разных сторон познавательной деятельности: зрительного восприятия, восприятия речи и мышления. Исследование проводилось в сопоставлении с репрезентативными группами здоровых испытуемых. Новые методические подходы и первые результаты исследования были обсуждены с Б.В.

Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и их сотрудниками и получили поддержку и одобрение.

Проведенное исследование выявило ряд особенностей познавательной деятельности больных шизофренией.

В зрительном восприятии у больных шизофренией отмечалось изменение системы привлекаемых для опознания образов-эталонов, что проявлялось в расширении круга образов-гипотез. Это снижало эффективность опознания обычных и несколько облегчало опознание необычных изображений в ситуациях, затрудняющих опознание (например, при недостаточной их сфокусированности) (исследование Е.И. Богданова) [3].

В исследовании В.П. Критской была выявлена меньшая зависимость восприятия речи больными шизофренией от смыслового контекста. При этом больные обнаруживали большую перцептивную точность и меньшую опору на прошлый опыт при опознании речевых стимулов в условиях, затрудняющих восприятие (при наложении шума) [12].

В заданиях на сравнение и классификацию предметов больными шизофренией была присуща тенденция к рассмотрению их в необычных аспектах и к актуализации широкого круга нестандартных латентных свойств и отношений (исследование Мелешко Т.К.) [18].

Т.о. познавательная (когнитивная) деятельность больных шизофренией характеризовалась снижением избирательности, обусловленным недостаточной опорой на факторы социального опыта, обобщенного в общепринятых понятиях, категориях, знаниях. Природа такого снижения избирательности уходит корнями в ранний дизонтогенез.

В свете существенных изменений, происшедших в последние годы в понимании ключевых проблем раннего онтогенеза (Е.А. Сергиенко), [27] базовыми основаниями, обеспечивающими избирательность наиболее важных экологически валидных характеристик окружающего мира, являются ранние репрезентации у младенцев. Младенцы рождаются со способностями, помогающими им быстро развивать понимание других людей. Они предпочитают человеческое лицо, голос, способны к имитации эмоций, жестов. На основе социальной направленности и общения формируется ментальная модель мира – способность сопоставлять свой внутренний мир с миром других.

На основании наших собственных исследований [11] и данных других авторов [2,6], можно выделить ряд факторов в психическом развитии детей с

генетически обусловленным повышенным риском к заболеванию шизофренией, свидетельствующих о дефиците базовых репрезентаций, обеспечивающих избирательность наиболее важных характеристик окружающего мира. Среди них: отсутствие отрицательных реакций на дискомфорт (такие эмоции отражают ожидание на устранение дискомфорта); отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций в период предречевого развития; отсутствие предпочтительности выделять человеческое лицо, голос, сниженную способность к имитации эмоций, способность адресовать человеку свои потребности, отсутствие комплекса оживления при появлении близких. Речь идет о дефиците способности осуществлять в дальнейшем первичные коммуникации, усваивать простейшие правила социального поведения, о дефиците ментальной модели мира – способности сопоставлять свой внутренний мир с миром других. По меткому выражению английского психотерапевта Р.Лэнга «Шизоид не способен переживать себя вместе с остальными» [16].

Дефицит ранних репрезентаций препятствует как когнитивному аспекту развития (снижение избирательности), так и коммуникативному аспекту – способности оценивать социальный контекст и потребность инициировать общение.

Потребность в общении и познавательная потребность на всех этапах развития тесно взаимосвязаны и выступают как общая потребность во взаимодействии с окружающим миром.

Избирательная готовность выявлять в предметах наиболее существенное, общезначимое, общее для целого класса ему подобных является основой коммуникации, понимания человека человеком, установления межличностных отношений. Упомянутый выше Р.Лэнг говорит об особой «онтологической неуверенности, с которой рождаются шизоиды, поскольку существует разрыв в его соотношении с миром и раскол в отношении к самому себе».

Снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения было определено нами в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома, специфического для шизофренической и шизотипической патологии. Следствием этого снижения является недостаточная закрепленность в опыте понятий, категорий и способов действий, не происходит «кристаллизация опыта» (по терминологии Д.Келли). Можно гипотетически предположить, что знания больных шизофренией представлены в форме «рыхлых», неинтегрированных

и неиерархированных по социальной значимости очень подвижных конструктов. Их способы восприятия и интерпретации окружающего мира отличаются большой субъективностью, недостаточной оформленностью и однозначностью, о чем свидетельствуют в ряде случаев трудности формулировок (часто – через отрицание). Конструкты больных шизофренией обладают очень большой проницаемостью: большим количеством объектов, к которым может быть отнесен данный признак. Это ведет к формальным обобщениям, дает возможность сопоставить все со всем. Например, «предметы материального мира», «содержат органические (или неорганические) вещества», «твердые», «мягкие», «блестящие» и «оставляют следы» и т.д. Такая особенность способствует актуализации в предметах и явлениях скрытых, латентных свойств, что при условии достаточно сохранной познавательной активности и регуляции деятельности помогает в решении нетривиальных задач, как мы это видели на примере задачи Секея, основная трудность решения которой заключалась в актуализации латентного свойства свечи терять вес при горении [19].

Способность преодолевать функциональную фиксированность, установки и стереотипы служит той почве, на которой базируется представление о повышенной креативности, т.е. творческой способности больных шизофренией, что породило давнюю интригующую проблему «связи гениальности и помешательства».

В связи с этим необходимо отметить следующее. В соответствии с нашей гипотезой, в ментальном опыте больных шизофренией слабо закрепляются «стандарты», «норма», способы деятельности и поведения. Поэтому им и не приходится их преодолевать. Вследствие этого открывается возможность сближать все со всем, что порождает зачастую то наивное бесстрашие мысли, что ошибочно трактуется как креативность. Эта тенденция усиливается сниженной мотивацией быть понятым другими.

Другой важной стороной проблемы является то, что творчество не сводится к проблеме интеллекта, а креативность лишь одна из его предпосылок. В творческой личности гармонично интегрируется индивидуальное, уникальное и общезначимое, универсальное. Сформированность формальных операций – недостаточный фактор для творческих достижений. Для этого необходима интеграция различных психических содержаний: знаний, эмоциональных впечатлений, направленность в будущее, способность к прогнозированию, образование новых социальных связей, мобилизация всех личностных ресурсов, всех

форм опыта, включая знания об объективном мире, других людях и собственном «Я».

Недостаточность отмеченных субъектных качеств значительно снижает творческий потенциал.

Существенным этапом исследования было обнаружение тех же особенностей когнитивных процессов, которые мы обнаружили у больных шизофренией, у их непроцессуальных родственников. Это поставило вопрос о типологической природе этих особенностей и о их наследственной (генетической) детерминации.

В связи с этим было проведено исследование близнецовых семей (совместно с сотрудником лаборатории генетики В.М. Гиндилисом) в результате которого был определен существенный вклад генетических факторов в детерминацию выявленных особенностей избирательности познавательной деятельности [22].

Следующим важным этапом было изучение проблем общения (группа Т.К. Мелешко) и психической активности (группа В.П. Критской) [11].

При исследовании проблемы общения были определены разные его уровни: инициативное общение, реактивное общение и резко сниженный уровень общения. Для исследования делового общения (совместной деятельности) была разработана оригинальная методика на основе эксперимента с коммуникацией Л.Кэрролла [30]. Она позволила определить наличие или отсутствие перестройки деятельности, а также определить разные уровни мотивации и регуляции деятельности пациентов: 1. внутреннюю мотивацию, определяющую саморегуляцию деятельности; 2. регуляцию под влиянием мотивирующих стимулов со стороны, уровень внешней мотивации; 3. отсутствие мотивации и, соответственно, низкий уровень регуляции деятельности, без учета действий партнера.

Исследование психической активности обнаружило мотивационную природу ее снижения у этих больных, и отличало его от снижения активности при других видах психической патологии, например, при органических заболеваниях. Именно с мотивационной природой активности были связаны разные возможности больных повышать ее уровень под влиянием мотивирующих стимулов.

Оба указанных направления исследования сомкнулись при рассмотрении проблемы регуляции психической деятельности. Все проведенные исследования, носящие системный характер, привели к формулированию понятия патопсихологического синдрома

шизофренического дефекта. Он был определен как система нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом как конституционально детерминированных факторов «патоса», так и факторов, обусловленных самим болезненным процессом (факторов «нозоса» по А.В. Снежневскому) [28].

С этих позиций были определены патопсихологические синдромы, соответствующие разным типам шизофренического дефекта.

В большинстве клинических исследований отмечается сложность структуры шизофренического дефекта, включающей разнородные его составляющие. Однако, несмотря на многообразие выделяемых типов, они имеют общую тенденцию к оформлению двух – диссоциированного и тотального, или псевдоорганического.

В патопсихологических синдромах, характеризующих разные типы дефекта, можно выделить и общие, и различные черты. Общей чертой является снижение потребностно-мотивационных компонентов социальной регуляции психической деятельности. Эта недостаточность появляется нарушениями основных составляющих ведущего компонента психологического синдрома: в снижении уровня общения, социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности, при которой сохранность формально-логических операций сочетается с еще большим заострением шизоидных черт, что проявляется как в когнитивной деятельности, так и в общении и поведении. Ведущим компонентом второго типа дефекта, псевдоорганического, является нарушение потребностно-мотивационных характеристик психической активности, приводящее к тотальному снижению преимущественно всех видов и параметров психической деятельности. В этой картине общего снижения уровня психической деятельности можно отметить лишь отдельные «островки» сохранной психической активности, связанной с интересами больных, такое тотальное снижение сглаживает проявления диссоциации психической деятельности.

У больных прослеживается тесная связь негативных изменений, характеризующих парциальный дефект, с конституционально обусловленными, преморбидными личностными особенностями. В течение болезненного процесса эти особенности видоизменяются: часть из них еще более усугубляется, а некоторые сглаживаются. Не случайно, что у ряда авторов этот тип дефекта получил название дефекта шизоидной структуры. В формировании второго типа дефекта с преобладанием псевдоорганических

расстройств наряду с влиянием конституциональных факторов выявляется более выраженная связь с факторами движения болезненного процесса, в первую очередь с его прогрессивностью [11].

Результаты исследований послужили отправной точкой для новых циклов работ: были значительно расширены как рамки объекта, так и предмета исследования, произошло расширение границ применения патопсихологического синдрома; выход за пределы шизофрении и изучение с этих позиций всей группы эндогенных психозов аффективных и шизоаффективных.

В соответствии с современными тенденциями развития психологической науки, произошли некоторые изменения в рассмотрении структурных компонентов патопсихологического синдрома, существенную роль в анализе которых приобрело понятие познавательного стиля как важной, одновременно и когнитивной, и личностной характеристики, существенно определяющей избирательность познавательной деятельности, особенности общения и стиль поведения.

Наряду с характеристиками избирательности, познавательный стиль включает такие понятия, как полезависимость/полenezависимость.

Полenezависимые личности характеризует ориентировка на внутренний опыт, независимость в оценках, способность выходить за пределы ситуации, креативность. Полезависимые личности более зависимы от наличной ситуации, мнения других, им присуща стереотипность определений и нетерпимость неопределенности.

Определение полезависимости/полenezависимости в нашем исследовании производилось по следующим показателям:

1. Выделение фигуры из фона (по методике «включенная фигура» Готтшальдта);
2. Конкретность – символичность. Определялась по характеру опосредствующих образов в процессе запоминания (методика «пиктограммы»);
3. Конкретность – категориальность. Определялась по числу конкретно-ситуационных и категориальных обобщений при сравнении и классификации предметов, а также при выполнении задания «логический поиск объекта».
4. Оригинальность мышления. Определялась по соотношению латентных, оригинальных и стандартных ответов.
5. Ригидность. Определялась по числу стереотипных ответов.

Познавательный стиль больных шизофренией часто характеризует две противоположные тенденции. С одной стороны, ориентация на свой внутренний опыт и независимость от мнения других, стереотипов и установок, с другой – слабoreгулируемая социальными факторами интеллектуальная деятельность и поведение больных шизофренией носят черты инфантильности и наивности, что ведет их к полезависимости. В нашем исследовании это проявлялось в снижении социальной перцепции, в высвобождении из смыслового контекста, большей перцептивной точности, в снижении константности восприятия, а также в склонности к конкретно-ситуационным обобщениям.

Следует заметить, что при гармоничном развитии личности полезависимость, более присуща экстравертам, успешно компенсируется их коммуникабельностью, а самодостаточность полenezависимых интровертов лишь при учете социально значимых потребностей может перерасти в истинно творческую деятельность. Эти компенсирующие факторы значительно ослаблены у больных шизофренией. Выраженность обеих тенденций у одного и того же пациента наблюдается достаточно часто, а поляризация пациентов относительно полюсов полезависимости-полиenezависимости тесно связано с типологией характеров.

Поскольку наряду с больными шизофренией в исследование были включены больные с аффективными и шизоаффективными расстройствами, которые характеризуются меньшей выраженностью психической патологии и по своим характеристикам ближе к норме, чем больные шизофренией, был сделан особый акцент на изучении личностных особенностей, в первую очередь преморбидных.

Известно, что устойчивость личностного склада определяют черты характера. При этом неменьшую роль играют движущие силы развития личности. К ним относятся ее активность как интеграл притязаний, саморегуляция, удовлетворенность и ответственность, самостоятельность. Особое место в анализе личности занимает понятие личностной зрелости (противоположное инфантилизму): способность посмотреть на себя со стороны, видеть себя таким, как есть, а не таким, как хочешь казаться, владеть новыми эмоциями. Особенно важен выбор способа жизни в соответствии со своими способностями и возможностями, способность согласовывать свои интересы с требованиями социума, общества.

В связи с этими задачами был существенно расширен круг методических приемов, выявляющих как общие закономерности, так и

индивидуальные особенности отдельных личностей. Важное место занял анализ самооценок и самоотношения пациентов, которые исследовались методами направленного интервью и с помощью опросников. Самооценки испытуемых соотносились с данными историй болезни пациентов и результативностью их конкретной деятельности по данным экспериментально-психологического исследования. На основании указанных методов определялся круг интересов пациентов, реалистичность их планов, степень их самостоятельности и ответственности.

Плодотворность системного подхода к изучению патологии психической деятельности с позиции патопсихологического синдрома получила подтверждение в психиатрической практике. В частности, определение и описание патопсихологического синдрома шизофренического дефекта содержится в последнем выпуске «Руководства по психиатрии» [25].

В целях выявления взаимосвязи компонентов в структуре патопсихологического синдрома нами было проведено лонгитюдное исследование больных эндогенными расстройствами – аффективными, шизоаффективными психозами и шизофренией. Повторные исследования проводились с интервалом от 3 до 15 лет.

Исследование показало разные тенденции в динамике изучаемых компонентов психической деятельности больных: одни из них обнаружили стабильность, другие претерпели определенные изменения по мере течения заболевания. Наиболее устойчивыми оказались стилевые характеристики познавательной деятельности, к которым, в первую очередь, относятся показатели избирательности. К достаточно устойчивым характеристикам относятся также показатели полезависимости/полнезависимости как индивидуальные способы познания: восприятия, структурирования материала, категоризации, понимания и интеграции происходящего. Они остаются относительно неизменными на протяжении длительного времени, независимо от факторов движения болезненного процесса [13].

Данные об устойчивости стилевых характеристик когнитивных процессов подтверждают факты, полученные другими авторами [1,5,26] свидетельствующие о существенной роли конституциональных факторов в их детерминации. Это позволяет рассматривать стилевые характеристики когнитивных процессов в системе типологических особенностей личности.

Текущий болезненный процесс («нозос») вносит в структуру патопсихологического синдрома ряд изменений: снижение мотивации и уровня общения, психической активности и саморегуляции деятельности,

нарушение адекватности самооценок, сужение круга интересов, эмоциональное снижение и т.д. Наиболее выраженными эти изменения выявляются у больных шизофренией.

К негативным изменениям психики, характерным для шизофренического дефекта, выделенным на клиническом уровне, в первую очередь, относятся аутизм, эмоциональная недостаточность, снижение психической активности, диссоциация психической деятельности, которая выступает на всех ее уровнях и проявляется в странности и необычности поведения, дефиците критичности при относительной сохранности формального интеллекта, который имеет тенденцию к снижению по мере углубления дефекта.

Все эти негативные проявления, как характерные для шизофренического дефекта, так и менее специфические (такие, например, как снижение активности и интеллекта), обусловлены нарушением потребностно-мотивационных факторов психической деятельности, которое выделяется в качестве ведущей характеристики патопсихологического синдрома.

Каждое из этих проявлений детерминируется сложной системой компонентов потребностно-мотивационного аспекта психической деятельности. Так психологическую основу аутизма составляют нарушение потребности в общении, уходящей корнями в ранний детский аутизм, и связанное с ним снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения. Следствием этого являются снижение социальной активности, недостаточное развитие социальных эмоций, нарушение когнитивного аспекта деятельности – снижение социальной перцепции, детерминации мышления факторами прошлого опыта, т.е. формирование особого диссоциированного типа познавательной деятельности.

Эмоциональная недостойность, проявляющаяся на клиническом уровне как отсутствие эмоционального резонанса, эмоциональная «нивелировка», эмоциональная опустошенность также является следствием нарушения потребностно-мотивационных компонентов психической деятельности, поскольку она выступает в качестве конкретной психологической формы снижения активной стороны потребностей. Для больных шизофренией наиболее специфично снижение социальных потребностей. Оно обусловлено недостаточностью потребности в общении и социальной направленности личности. Следовательно, эмоциональная дефицитарность включается, тем

самым, в число характеристик, раскрывающих психологическую суть аутизма.

Обычно рассматриваемое как неспецифичное для шизофрении снижение психической активности также вследствие своей потребностно-мотивационной природы оказывается достаточно характерной и специфичной чертой шизофренического дефекта. Парциальность её проявлений связана с глубиной нарушения ведущего компонента патопсихологического синдрома. Снижение психической активности на психологическом уровне выступает в нарушениях произвольных и волевых процессов. Специфический характер нарушения волевой регуляции у больных шизофренией выражается не только в снижении инициативности деятельности и поведения, как это часто наблюдается и при других видах психической патологии, но особенно явно на уровне контроля деятельности и поведения, которые необходимо включают социальные критерии и оценки.

Наконец, такие проявления, характеризующие больных шизофренией, как странность, необычность, в отдельных случаях – чужаковатость мышления, речи, всего поведения больных при относительной сохранности формального интеллекта, обусловлены снижением потребностно-мотивационного компонента социальной регуляции познавательной деятельности, с одной стороны, и относительной сохранностью её исполнительских компонентов – с другой.

Таким образом, не существует прямого соответствия между негативными проявлениями шизофренического дефекта и так называемыми психическими функциями. Сами эти проявления входят в сложную структуру психических нарушений, в которой наиболее важное место принадлежит личностным изменениям, в которой наиболее важное место принадлежит личностным изменениям. На уровне психологического анализа эти изменения выступают в качестве патопсихологического синдрома, в составе которого сложно взаимодействуют и взаимообуславливают друг друга входящие в его структуру компоненты. Каждый из них не является отдельной психической функцией, а представляет собой сложную систему. Так, например, такой существенный компонент «патоса», как познавательный стиль, является сплавом целого ряда когнитивных и личностных характеристик. Когнитивный стиль относится к числу базовых характеристик индивидуальности и рассматривается как системное образование, интегрирующее разные уровни организации личности – от перцептивных процессов до межличностных отношений. Рассмотрение

когнитивного стиля в системе индивидуально-типологических свойств означает его тесную связь с темпераментом и характером, основу которых составляют разные типы нервной деятельности.

Детерминантом снижения «психической активности» выступают не только динамические и энергетические факторы, а в значительной степени – дефицит содержательного аспекта личности: её направленности, её потребностно-мотивационных характеристик. Индивидуальное своеобразие личности проявляется в диапазоне её предпочтений при рассмотрении и оценке предметов и явлений окружающего мира.

Ведущая роль того или иного компонента в структуре патопсихологического синдрома определяет формирование разных типов шизофренического дефекта.

Данные о разной степени устойчивости компонентов, входящих в структуру патопсихологического синдрома, позволяют сформулировать гипотезу: устойчивые типологические свойства личности (факторы «патоса») оказывают влияние, в первую очередь, на формирование клинических вариантов эндогенных расстройств (форму течения заболевания, характер бредаобразования, полноту аффективных расстройств и др.). Более подвижные, изменчивые характеристики (показатели психической активности, саморегуляции, самосознания), сохраняя связь с типологическими особенностями личности, в большей степени связаны с движением и глубиной эндогенного процесса (факторами «нозоса»).

Данные исследования последних лет обнаружили связь познавательного стиля с типом бреда. Так, полнезависимый познавательный стиль более характерен для больных с бредом восприятия и воображения, полнезависимый – для больных с бредом интерпретации.

Заслуживает особого внимания анализ гендерных различий в изучении эндогенных психических расстройств.

Таким образом, используемый методологический системный подход с позиций патопсихологического синдрома применительно к изучению шизофренической патологии отражает её специфику и соответствует современным тенденциям развития психологической науки.

Психологический уровень анализа, наиболее близко соприкасающийся с клиническим его уровнем, занимает важное место в системе мультидисциплинарных исследований эндогенных заболеваний шизофренического спектра.

Литература

1. Айзенк Г. Структура личности. М – СПб, 1999 г., 463 с.
2. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. М. 1986 г.
3. Богданов Е.И. Особенности зрительного восприятия у больных шизофренией. Канд. дисс., М. 1968 г.
4. Брушлинский А.В. Психология субъекта. СПб., 2003 г., 268 с.
5. Голубева Э.А. Способности, личность, индивидуальность. Дубна, 2005 г., 510 с.
6. Горюнова О.В., Козловская Т.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска к эндогенным психическим заболеваниям. Ж. «Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», 1968 г. вып. 10.
7. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., 1971 г.
8. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности, М., 1980 г.
9. Келли Д. Психология личности. Теория личных конструктов. СПб., 2000 г., 248 с.
10. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978 г., 254 с.
11. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991 г., 255 с.
12. Критская В.П. Особенности восприятия речи больными шизофренией. Канд.д., М., 1966 г.
13. Критская В.П., Мелешко Т.К. Экспериментально-психологическое исследование эндогенных психозов юношеского возраста. Ж. «Психиатрия», 2003 г., №5, с.41-46.
14. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихологический синдром в системном исследовании патологии психической деятельности. «Психологический журнал», 2004 г., т.25, с.53-63.
15. Ломов Б.Ф. Системность в психологии. Избранные психологические труды. М. – Воронеж, 1996 г, 383 с.
16. Лэнг Р. Расколотое Я. М. – СПб., 1995 г., 479 с.
17. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. СПб., 1999 г., 479 с.
18. Мелешко Т.К. Особенности актуализации знаний больными шизофренией в процессе мышления. Канд. дисс., М., 1966 г.

- 19.Мелешко Т.К. Об одной особенности мышления больных шизофренией. Ж. «Вопросы психологии», 1966 г., №4
- 20.Морозова М.А., Бениашвили А.Г. Актуальные проблемы в развития концепции психического дефекта при шизофрении. Ж. «Психиатрия», 2007 г., Т4, с.7-25.
- 21.Николаева В.В. Б.В. Зейгарник и патопсихология. Психологический журнал, 2003, т.24, №3, с.13-21.
- 22.Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П., Мелешко Т.К. Использование многомерных методов в генетическом анализе некоторых характеристик познавательных процессов при шизофрении. Сб. «Проблемы генетической психофизиологии человека». М., 1978 г.
- 23.Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 1998 г. 705 с.
- 24.Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970 г.
- 25.Руководство по психиатрии. (Под редакцией академика РАМН А.С. Тиганова). М., 1999 г., Т I, с.495-498.
- 26.Русалов В.М. Природные предпосылки и индивидуально-психофизиологические особенности личности. Сб. «Психология личности в трудах отечественных психологов». СПб., 2000 г., с.66-74.
- 27.Сергиенко Е.А. Раннее когнитивное развитие. Новый взгляд. М. 2006 г.
- 28.Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophaeniae. «Шизофрения. Мультидисциплинарные исследования». V. 1972, с. 5-15.
- 29.Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М., 1976
- 30.Carrot F.B. et al. Studies in comparative efficiency. Field Manual of the South-West Project in Comparative Psycholinguistic's. Cambridge, 1956.
- 31.Galderisi S., Maj m. et al. Psychopathological, neurological and neuropsychological aspects of deficit schizophrenia: multicenter study. Amer. Journ. Psychiatry, 2002, vol.159, p.983-990.
- 32.Mohamed S., O`Leary D.S. et al. Generalized cognitive deficit in schizophrenia: a study of first-episode patients. «Arch. Gen. Psychiatry», 1999, vol.56, #8, p.749-754.
- 33.O`Leary A.S., Flaum M. et al. Cognitive correlates of the negative, disorganized and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. «Journ. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci», 2000, v.12, p.4-12.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕТОДОЛОГИИ КЛАССИЧЕСКОГО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В СВЕТЕ ПРОЕКТИВНОЙ ПАРАДИГМЫ

Е.Т. Соколова

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

etsokolova@pochta.ru

Сегодня государства и люди инвестируют все большие капиталы и интеллектуальные ресурсы в обеспечение безопасности, но в качестве результатов обнаруживают, что риски глобальной нестабильности возрастают. Увеличение объема информации и технологий управления субъективно вовсе не добавляет человеку уверенности в себе, а напротив, увеличивает онтологическое ощущение «нехватки», дефицитарности, неопределенности, семантической неоднозначности, социальной, экологической небезопасности, неспособности справиться с предоставляемыми окружающей средой возможностями и требованиями персонального выбора. Подобные процессы типичны для кризисных этапов развития в любые эпохи, наш современник также остро переживает состояния катастрофичности, нестабильности, неопределенности перед лицом и настоящего и будущего. К не менее ярким социально-психологическим феноменам, тесно связанным, на наш взгляд с непереносимостью неопределенности, является страх «другого» - социально или культурально иного, не вписывающегося в жесткие рамки обыденного и известного и воспринимающегося как Фигура, олицетворяющая Враждебность. Здесь - корни и механизмы нетерпимости в самом широком её проявлении – этнической ли, религиозной – любой, включая и нетерпимость к собственному «я». Последнее проявляется в преувеличенном внимании к социально насаждаемому, фасадному и ложному, неустанных попытках псевдо-самоусовершенствования, так называемого духовного роста или телесных модификаций, вплоть до отказа от своего природного и натурального – пола, возраста, внешности, например.

Черты современного социокультурного контекста отражаются в его «типичных представителях», характеризующихся «пограничностью», парадоксальным сочетанием перфекционистских притязаний и нарциссизмом, апатией, деструктивностью и беспомощностью в нестандартных или непредсказуемых обстоятельствах. В условиях широкого распространения явлений «культурной патологии» клиническая психология начинает остро

нуждаться в нахождении новых методологических ракурсов, позволяющих развивать новые технологии диагностики и социально-психологической реабилитации «трудных» пациентов с серьезными личностными расстройствами, резистентных к любому виду фарма- и психотерапии и склонных к ранней де-социализации и инвалидизации. Неопределенность организации социальных взаимодействий оказывается фактором невыносимо стрессогенным для людей с повышенной уязвимостью и хрупкостью психической организации; для иных становится тонизирующим «вызовом», стимулом к выживанию и преодолению. Как переживается неопределенность, какова феноменология, если отвлечься от безграничности ее индивидуальных вариаций? Условно можно выделить три класса переживаний неопределенности.

1. Первый из них окрашен или даже точнее – наполнен негативным аффективным тоном, ядро которого составляет непереносимая тревога. С точки зрения её содержания - неясность, размытость, бесформенность, безграничность, бессвязность, хаотичность означиваются как чуждость, враждебность внешнего или внутреннего Другого.

2. Второй класс также связан с отрицательным спектром эмоциональных состояний. Однако здесь доминирует несколько иная феноменология -двусмысленность, амбивалентность, многозначность, непредсказуемость, противоречивость, запутанность, сложность. Страх новизны как оборотная сторона предпочтения простоты, упорядоченности, обычности, рутинности, предсказуемости в качестве защиты от ожидаемой катастрофичности нового. Страх нового – это также выражение страха перед неизвестным будущим и «необжитыми пространствами неизвестности»; проекция переживания шока, растерянности, «агорофобии» и паники отражает страх потери (само)контроля.

3. Другой полюс переживания неопределенности – проекция «опьянения» трансгрессией и хаосом, отсутствием границ, сдерживающих («сковывающих») нормативов, правил, нарциссически-перфекционистской вседоступности и вседозволенности.

4. Четвертый класс переживаний, гораздо менее представленный в патологии, составляют переживания, окрашенные позитивным эмоциональным тоном: удивление, поисковая, в широком смысле слова – новая, надситуативная творческая активность, способность к творческой фантазии, порождению новых смыслов, радости, азарта, связанных с удовольствием от исследований и инсайтов.

Таким образом, качественные особенности переживания неопределенности, структурно-функциональные изменения, которые претерпевают отдельные компоненты личностной организации в ситуации переживания неопределенности, смоделированной в экспериментальной диагностической ситуации проективного обследования, являются надежными маркерами устойчивости «я», продуктивности средств самоконтроля и саморегуляции, познавательной реалистичности, коммуникабельности и нравственной зрелости.

Отечественная клиническая психология сегодня становится своеобразным «интегратором» знаний о человеке, накопленных в смежных областях психологической науки. В той мере, в какой клиническая психология вынуждена считаться с социокультурными и средовыми факторами, участвующими в порождении и поддержании аномального развития личности (что очевидно для пограничной и нарциссической личностной патологии, с их гипертрофированной и парадоксальной зависимостью-автономией от социального окружения и дефицитом индивидуальности при выраженном индивидуализме), клиническая психология становится психологией субъектной и экологической. Мы все больше осознаем ограниченность экологической валидности результатов, полученных исключительно на основе количественной оценки тестовых процедур, в «стерильных» лабораторных условиях (или при дистантной диагностике), все более убеждаемся в необходимости интерпретировать результаты обследования в коммуникативном контексте, принимая в расчет отношения больного, складывающиеся как в процессе общения во время обследования, так и вне больничной ситуации. Поддержка или фрустрация, исходящие из социальных сетей, семьи, уровень образования и наличие удовлетворяющей работы, коммуникативный ресурс и качество комплаентности (наряду с клиническими и индивидуальными особенностями больного) – весьма существенные факторы инвалидизации, спонтанной ремиссии, даже эффективности психотерапии.

Как всякая научная дисциплина клиническая психология стремится к обнаружению общих, номотетических закономерностей и механизмов психической патологии, но не менее того она сосредотачивает свое внимание на изучении конкретных социокультурных условий аномального развития конкретного человека, индивидуальных вариациях и устойчивости познавательных, мотивационных и поведенческих стереотипов в зависимости от культурных, этнических и религиозных различий. Именно в

этой перспективе представляется, что современная клиническая психология, развивающаяся как эволюционная и дифференциально-психологическая дисциплина, должна выходить за рамки клиники, понимаемой узко – «изучение больного у постели больного». Актуальными направлениями исследований станут проблемы динамики клинических и индивидуально личностных особенностей человека в его естественном окружении, в профессиональной деятельности, в трудных жизненных обстоятельствах, во взаимодействии с психологом в процессе психодиагностики, психотерапии и консультирования. Здесь мы еще раз стоим перед необходимостью осмысления таких фундаментальных проблем психологии как соотношение ситуативной изменчивости и структурной устойчивости личности, роль средовых социокультурных условий и индивидуальных личностных предрасположенностей в этиопатогенезе психических расстройств, в спонтанной ремиссии, а также в эффективности отдельных или сочетанных медикаментозных, социальных и психотерапевтических технологий. Иными словами все более актуальна необходимость учета исторически обусловленной известной подвижности границ между нормой и патологией, континуальности накопления патологических признаков, их неоднозначной функции в сложном и противоречивом процессе социальной адаптации индивида. Все это заставляет вновь осмысливать методологические традиции, заложенные Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн, практические задачи классического патопсихологического исследования и новые ракурсы видения традиционных диагностических процедур.

Для отечественной патопсихологии изначально неоспоримым приоритетом в диагностике являлся *качественный анализ и интерпретация процесса* выполнения заданий, всегда осмысляемого в неразрывной связи со спецификой общения пациента с экспериментатором. Интерактивный аспект диагностики (дифференциация форм помощи, поддержки, критики, обучения) рассматривался С.Я. Рубинштейн в качестве существеннейшего и труднейшего профессионального навыка, всегда принимался в расчет и при составлении итогового патопсихологического заключения. В постулировании и отстаивании данного методологического принципа психодиагностики практическая патопсихология в значительной степени опережала психологическую теорию, находилась в мэйн-стриме гуманистических идей 60-70 годов с их центрацией на ценностно-смысловом «измерении» личности, целостности и ценности человеческих отношений. Рассмотренная в предлагаемом ракурсе методология отечественной патопсихологии того

времени оказалась ближе к герменевтическим принципам проективного исследования, чем мировая экспериментальная психология и тестология.

Общепринят и стал своего рода стандартом набор применяемых для патопсихологического обследования методик: прежде всего это методики исследования памяти (10 слов, пиктограмма), внимания (таблицы Шульте и Корректурная проба) и, конечно же, методики исследования мышления –

Классификация, Исключения понятий, Простые и Сложные аналогии, Интерпретация пословиц и поговорок). В ряде случаев в этот набор включаются опросниковые методики и простые проективные методы. Здесь возникает множество методических и методологических вопросов, поднимавшихся и ранее, на мой взгляд, требующих дальнейшего обсуждения и научной рефлексии. Обозначу только некоторые из них.

Обосновано ли рассматривать методы, используемые для диагностики структуры познавательных процессов, в ракурсе проективной парадигмы, иными словами, можно ли на основе научных критериев отнести эти методики к классу проективных или имеющих по крайней мере проективный компонент? Если «да», то необходимы ли некоторые модификации процедуры их применения и самой организации патопсихологического обследования, его «сеттинга»? Я придерживаюсь утвердительного ответа на оба эти вопроса и вот почему.

В самом общем виде, к проективным относят методы, направленные на моделирование разных аспектов переживания неопределенности, вызванного информационным, сенсорным, эмоциональным или смысловым дефицитом. В диагностической ситуации условиями, обеспечивающими создание переживания неопределенности (и одновременно - экспериментальными приемами ее создания), становятся определенная организация целостной ситуации проективного обследования: стимульный материал, его предъявления, мотивирующей инструкции к выполнению и специфика создаваемых в процессе всего обследования динамика отношений в диаде «обследуемый-психолог». Проективные методы с их классически «неопределенной» или «глухой инструкцией», относительной неопределенностью стимульного материала и минимизацией реального взаимодействия диагноста с пациентом создают регрессивные изменения состояния сознания. Многоаспектность депривации содействует максимальной нагрузке на способность переносить неопределенность без дезинтеграции личности, саморазрушения и разрушения целенаправленной активности, взаимодействия с физическим или социальным и

межличностным окружением, активирует и содействует проекции как стереотипных защитных и копинговых стратегий саморегуляции, но также и способствует выработке новых, креативных способов адаптации к неопределенности.

«Переносимость-непереносимость» неопределенности может, на наш взгляд, стать сильным критерием оценки уровня развития и структурной организации объектных отношений через их ментальную репрезентацию, перцептивные и фантазийные образы и представления. Неопределенность отношений создается управляемым балансом доброжелательно нейтральной установки диагноста и «фрустрирующим» избеганием прямых ответов на вопросы пациента, что позволяет последнему «встретиться» с собственным опытом переживания неопределенности, и погрузиться в мир внутренних конфликтов, травматичный прошлый опыт и хаос аффективных состояний. В этом ракурсе проективный потенциал неопределенности состоит в вызывании к жизни метакоммуникативного, символического аспекта коммуникации, отношений переноса и контрпереноса.

В сравнении с проективными методами классически построенное патопсихологическое обследование организуется несколько иначе: диагност работает, как правило, «внутри» т.н. экспертной мотивации, которая в значительной степени фрустрирует и сужает диапазон индивидуальной мотивации, формирующий реальный смысл для пациента выполняемых диагностических заданий и личной заинтересованной включенности. В этом смысле мне представляется не вполне обоснованным включение в традиционную «обойму» патопсихологических методик личностных опросников и тем более, проективных техник *без изменения сеттинга – дифференциации диагностических задач, мотивации и времени обследования, инструкции и динамики построения отношений между диагностом и обследуемым.*

Серьезные различия в методологии вместе с тем не мешают нам рассмотреть проективные возможности, заключенные и в самих традиционных патопсихологических процедурах, при условии модификации *организации* обследования. В частности, каждая из предлагаемых тестовых задач-проб содержит элемент выбора из большого количества решений; каждая проба создана таким образом, что выбор оптимального «решения» затруднен, микширован «фоновым шумом» из неверных, неточных или произвольных выборов, перцептивной, семантической или смысловой избыточностью условий. Так, выполнение методики «Классификация

предметов» требует абстрагирования от множества несущественных, эмоционально-нагруженных или конкретно-ситуационных признаков; то же самое относится и к методике «Исключение предметов». Таким образом, обследуемый стоит перед необходимостью концентрации внимания и длительного его удержания на цели задачи, требующей «отстройки» от довлеющего «поля» (в Левиновском понимании) и выбора, опирающегося не только на способность к аналитико-синтетической деятельности, но, что не менее влияет на конечный результат выполнения задания, - на самостоятельность, критичность, рефлексивность, устойчивость самооценки к фрустрации. Иными словами, ситуацию патопсихологических проб, с моей точки зрения, можно трактовать по аналогии с известными экспериментальными ситуациями исследования индивидуальных различий и когнитивного стиля. «Выбор» диктуется одновременно требованиями наличных условий, сложившейся системой устойчивых личных предпочтений и/или необходимостью «отстройки» от них, что провоцирует проекцию целостной совокупности познавательных, эмоционально-регуляторных и коммуникативных стилевых стратегий личности или ее жизненного личностного стиля. Подобный методологический ракурс является дальнейшим развитием идей Б.В. Зейгарник как представительницы школы Курта Левина, позволивший многим отечественным патопсихологам в конкретных исследованиях реализовать принцип изучения личности «через познавательные процессы», через «личностный компонент психической деятельности» больного. Ведь при необходимости выбора решения в неопределенной проблемной ситуации (а именно в этом ракурсе мы стремились представить патопсихологические методики), активируется не изолированная «черта», но целостная и связанная система отношений человека к объективной реальности (качество «тестирования реальности»), к собственному «я» (стойкость и целостность самооценки – самоидентичности), к социальному окружению, значимым другим с учетом влияния прошлого опыта отношений с «объектными фигурами» (степень зависимости-автономии).

Естественно, чтобы реализация подобной диагностической задачи стала возможной, необходима некоторая модификация общей исходящей от психолога мотивирующей установки, предполагающая больший акцент на индивидуализации инструкции, учет личной заинтересованности конкретного пациента, апелляция к его творческим возможностям и фантазии. Кстати, предлагаемая мотивировка обследования (и то, как она

воспринимается, принимается пациентом и направляет его деятельность) открывает новые возможности в диагностике понимания пациентами «подтекста», условности «простеньких» заданий по сути дела являющимися моделями любых трудных, проблемных жизненных ситуаций. Большие (и не вполне оцененные возможности) представляет методика толкования пословиц и поговорок. Полагаю, многие патопсихологии-практики со мной в данном вопросе согласятся. Как показали наши экспериментальные исследования, использование этой методики оказывается продуктивным в качестве способа диагностики состояния функции когнитивно-символического опосредствования, влияния вариации мотивирующей инструкции на деятельность пациента во всех ее мотивационно-исполнительских звеньях.

Общепринятые и широко применяющиеся в патопсихологическом эксперименте вариации отношения психолога, оценивающего результаты выполнения заданий, его фрустрации и поддержки также «здесь и теперь», несомненно, оказывают влияние на мотивацию, самооценку, а через них – на продуктивность деятельности обследуемого. Именно в классически организованной ситуации проективного обследования, таким образом, можно с наибольшей эффективностью реализовать задачу системной диагностики уровня личностного расстройства, актуальные и потенциально доступные механизмы компенсации – интрапсихические и межличностные защитные стратегии, когнитивные и личностные копинг-ресурсы.

Подводя итог краткому обсуждению поставленной в данной статье проблемы, еще раз подчеркну: возвращение к углубленной рефлексии феномена непереносимости неопределенности и его тесной связи с уровнем расстройства личности, индивидуальным личностным стилем позволяет увидеть новые методологические аспекты классической патопсихологической диагностики, столь созвучные современным требованиям практической психодиагностики и психотерапии.

Литература.

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., Эксмо, 2000
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., Медицина. 1970
3. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., МГУ. 1980

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АГРЕССИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

С.Н. Ениколопов

НЦПЗ РАМН, МГППУ, Москва

enikolopov@mail.ru

На сегодняшний день одной из актуальных задач, стоящих перед психологической и общемедицинской практикой, является выявление и предупреждение факторов риска различных заболеваний. В рамках клинической психологии речь идет о выявлении индивидуально-психологических и социальных коррелятов соматических и психических заболеваний. Интенсивное развитие психологии и медицины обуславливает возникновение новых объяснительных принципов в изучении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе хронических соматических и психических болезней.

В последние годы среди таких факторов все чаще упоминаются агрессивность, враждебность и гнев.

В первую очередь, внимание к данной проблеме связано с насилием. По данным ВОЗ ежегодно во всем мире в результате насилия гибнет более 1,6 млн. человек. При этом на каждого погибшего приходится гораздо большее количество раненных или тех, у кого в результате насилия возникают проблемы с физическим, психическим, сексуальным и репродуктивным здоровьем. Насилие является одной из важнейших причин смертности во всем мире для лиц в возрасте от 15 до 44 лет, на него приходится от 14% смертных случаев среди мужчин и около 7% – среди женщин [5]

Распространенность детско-подростковой агрессии и насилия очень трудно оценить, т.к. данные официальной статистики насилия, как правило – лишь слабое приближение к тому, насколько реально распространено насилие. Уровень юношеского насилия увеличился в прошлом десятилетии, особенно убийства возрастной группе 14 – 17-лет. Начиная с середины 1980-х гг. показатель жертв убийств в этой возрастной группы почти удвоился, и после несчастных случаев на транспорте, это – ведущая причина смертности от фатальных повреждений [5].

Специальное внимание к проблеме убийства детей, причинению им увечий, безнадзорности и халатному отношению к ним, половых злоупотреблениях и других формах насилия в отношении детей было уделено самое пристальное внимание представителями медицинских

профессий и широкими слоями населения и общественности еще в 1962 г., когда было дано определение синдрома избитого ребенка. Сорок лет спустя выявлены данные и свидетельства того, что неправильное и жестокое обращение с детьми является глобальной проблемой. Наибольшему риску, по-видимому, подвергаются младенцы и дети самого младшего возраста; показатели в отношении детей в возрасте от 0 до 4 лет более чем вдвое превосходят соответствующие показатели в отношении 5–14-летних. Выводы и заключения международных исследований, проводившихся с 1980 г., говорят о том, что средняя распространенность в течение жизни сексуального насилия и издевательств над детьми составляет 20% среди женщин и 5–10% среди мужчин [5]. Информация, полученная от родителей в некоторых европейских странах, подтверждает, что значительное количество родителей подвергают своих детей физическим наказаниям.

Большое внимание изучению агрессии, враждебность и гнев уделяется также и в рамках исследований, связанных с интенсивно развивающимися в последние десятилетия новыми областями психологии и медицины (психология здоровья, психоиммунология и др.). Такое внимание обусловлено также обнаружением связи агрессивности и враждебности с соматическими заболеваниями и общей смертностью, особенно в подростковой и молодежной возрастных группах.

Исследования этих факторов в рамках клинической психологии и медицины приобрели большое самостоятельное значение благодаря обнаружению их связи с сердечно-сосудистой патологией. Было показано, что враждебность является предиктором болезней сердца, а не просто сопутствующей характеристикой. Дальнейшие исследования выявили ее связь с тяжестью течения аллергических, онкологических, вирусных, психосоматических; психических заболеваний, расстройств личности, а также ранней смертностью. Таким образом, есть основания рассматривать враждебность в числе общих психологических факторов риска психосоматических и психических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии. В ряде работ, рассматривающих проблему враждебности, исследователи указывают на связь между враждебностью и такими когнитивными процессами, как: восприятие, внимание, мышление, память[2].

Долгие годы в рамках подхода, рассматривающего связь агрессии с психическим и физическим здоровьем, не предпринималось попытки разделения феноменов упомянутой выше триады (агрессия, враждебность,

гнев) в результате чего эти категории применяются взаимозаменяемо. Клинический подход отразил богатую феноменологию гнева, однако, гнев и его различные проявления в классификациях психических расстройств (МКБ-10 и DSM-4) рассматриваются как симптомы эмоциональных и поведенческих нарушений в рамках отдельных нозологических категорий. Особый интерес вызвал феномен гневных атак, представляющий собой внезапные сильные вспышки гнева, возникающие на фоне переживания индивидом состояния загнонности. Такой нерегулируемый гнев, с одной стороны способен провоцировать агрессию, а с другой – являться частью депрессивной симптоматики. Большое количество людей с депрессивной симптоматикой ищут медицинской помощи из-за того, что гнев и раздражительность становятся причинами дистресса и конфликтов в их жизни. Гневные атаки встречаются в популяции депрессивных больных приблизительно в 30-40%. Наличие гневных атак отмечается при панических расстройствах (33%), при различных тревожных, и пищевых расстройствах. Связи гнева с физическим здоровьем посвящено много исследований, в которых обнаружены связи гнева с симптомами атеросклероза, величиной закупорки коронарных артерий, реактивностью сердечно-сосудистой системы, артериальной гипертензией, повышением холестерина крови, повышением интенсивности боли, снижением ее переносимости и снижением клеточного иммунитета. Также есть данные, указывающие на связь гнева с нездоровым образом жизни, таким как употребление алкоголя, нездоровая диета, курение, плохой сон, несоблюдение медицинского режима, недоверие врачам.

Очевидная связь между агрессией, враждебностью, гневом и различными соматическими заболеваниями обуславливает необходимость выявления механизмов этой связи. В настоящее время существует несколько гипотетических моделей, так или иначе объясняющих характер взаимодействия психологических факторов с патологическими соматическими процессами.

Долгие годы широко трактуемое и мало дифференцированное понимание агрессии и агрессивности было господствующим в психологии. Враждебность и гнев не отделялась (ни понятийно, ни операционально) от агрессивного поведения, в связи с чем их самостоятельное изучение не представлялось возможным. Лишь в последние десятилетия в центре внимания исследователей оказались такие проблемы как гнев, враждебность, аутоагрессия. Однако, до сих пор отсутствует общепринятый понятийный

аппарат, а как следствие, концепции, объясняющей эти феномены и адекватные методы исследования.

Агрессия понимается нами как целенаправленное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющее физический ущерб людям и вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние психической напряженности, страха, подавленности и т.д.). При этом агрессивные действия выступают: а) в качестве средства достижения значимой цели; б) как способ психологической разрядки, замещения заблокированной потребности и переключения деятельности; в) как самоцель, удовлетворяющая потребность в самореализации и самоутверждении. В последнем случае агрессивность непосредственно связана с Я-концепцией личности.[3]

Агрессивность можно определить как личностную характеристику, приобретенную и зафиксированную в процессе развития личности на основе социального научения и заключающуюся в агрессивных реакциях на разного рода раздражители.

Показателем агрессивности является количество агрессивных реакций, имеющих место в действительности или проявляющихся в фантазиях. Личности отличающиеся высокой агрессивностью, ведут себя подобным образом в различных ситуациях по отношению к большинству людей и различным социальным объектам. Агрессия является одним из распространенных способов решения проблем, возникающих в сложных (фрустрирующих) ситуациях, вызывающих психическую напряженность. При этом важно отметить, что агрессивные действия, используемые для преодоления трудностей и снятия напряженности, могут быть не всегда адекватны ситуации.

В исследованиях по агрессии выделяются критерии, на основании которых можно сделать вывод относительно агрессивности индивида. Наиболее часто упоминаются частота и количество агрессивных проявлений. Агрессия характеризуется также значительной интенсивностью и неадекватностью по отношению к раздражителям, что зависят от предыдущего опыта, культурных норм и стандартов, реактивности нервной системы, силы и равновесия нервных процессов, а также от восприятия и интерпретации различных раздражителей, способных вызвать агрессию, и т.п. Для людей, с высокой частотой агрессивных действий, характерны такие

свойства эмоционально-волевой и ценностно-нормативной сфер личности как тревожность, эмоциональная неустойчивость, слабая способность к самоконтролю, конфликтность, враждебность, дефектность ценностной системы (особенно в области целей и смысла жизни). Можно утверждать, что агрессия как форма поведения находится в прямой зависимости от комплексного личностного образования, детерминирующего, направляющего и обеспечивающего реализацию агрессивного поведения. Однако содержание и структура этого психологического образования, механизмы реализации агрессии нуждаются в уточнении, что должно стать предметом дальнейших исследований.

Следует отметить, что само понятие «враждебность» различными авторами трактуется по-разному. В ранних исследованиях враждебность выступала синонимом таких понятий, как: «агрессия», «агрессивность», «гнев», «цинизм». А. Басс первым попытался развести эти понятия: враждебность соответствует когнитивному компоненту психики, наравне с гневом и агрессией, которые являются эмоциональными и поведенческими компонентами соответственно. Дж.Берфут понимал враждебность как «оппозиционное отношение к людям, включающее когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты» и рассматривал враждебность как сложное образование, включающее в себя гнев и агрессию в качестве поведенческих и эмоциональных коррелятов враждебности, которые выступают ее внешними индикаторами. Мы определяем враждебность как негативное отношение к каким-либо объектам, а поскольку система отношений человека представляет способ реконструкции в индивидуальном сознании модели или "картины" окружающей действительности, то рассматриваем понятие "враждебность" в рамках представлений о картине мира.[2,3]

Методы исследования агрессии и агрессивности

Анализ большого числа работ по изучению агрессии и агрессивности показывает, что в качестве индикаторов изучаемого явления (не имеющего единого определения и объяснения содержания и происхождения феномена) выбираются нередко произвольно вычлняемые из контекста деятельности поведенческие акты. Этот подход к изучению агрессии и агрессивности как спонтанных форм поведения не связан по существу с теоретическими положениями психологии. Так, показателями агрессии считаются: нанесение электрошока другому человеку, осуждение или битье куклы, предпочтение

игры с мячом игре с куклой, вербальная негативная оценка других людей, определенная направленность рассказов при исследовании по методике ТАТ, которые оцениваются как враждебные и агрессивные, нарушения школьной дисциплины – и т.п.

Наиболее старым и распространенным методом изучения агрессии является наблюдение. Этот метод особенно широко применяется в исследовании детского агрессивного поведения, а также в работах этологов. Основной упрек данному методу сводится к трудностям кодификации, а как следствие, к использованию количественной обработки получаемых данных.

Принципиально иным методом исследования агрессивности является опрос. Он выгодно отличается тем, что при строгом его использовании позволяет получить надежную информацию не только о внутренних побуждениях людей, но и результатах их деятельности.

Однако при изучении агрессии опросники, по мнению А.Басса, еще не нашли широкого применения.[10] Он объясняет это тем, что ответы на вопросы анкеты частично детерминированы желанием респондентов показать себя в благоприятном свете. Эта тенденция, называемая «социальной желательностью», обычно проявляется при применении опросников, созданных для исследования поведения, которое обычно считается социально неприемлемым. Существенным моментом является как сам факт мотивированного искажения ответа, так и быстрое изменение ответов в различных ситуациях, т.е. то, что называется мотивационной лабильностью и является субъективным изменением смысла ответов. Р.Кеттел отмечал, что мотивационная лабильность существует во всех психологических испытаниях, но в опросниках она выше, чем в других методах.

Вопросник Басса-Дарки [9] является одним из наиболее часто используемых отечественными психологами методов для исследования агрессии. Создавая в 1957 году свой опросник, А.Басс и А.Дарки решили учесть различные формы агрессивных реакций. А.Басс, отдавая предпочтение бихевиоральному аспекту гипотезы «фрустрация – агрессия», предлагает разграничивать две реакции: реакцию, проявляющуюся «внешне», активно по отношению к конкретным лицам, которую он определяет термином «агрессия», и реакцию, состоящую в том, что личность занимает в общем негативную, недоверчивую позицию по отношению к окружающим – такая реакция определяется им как «враждебность». А.Басс и А.Дарки первыми выделили следующие формы агрессивных и враждебных

реакций: физическая агрессия (нападение), косвенная агрессия, склонность к раздражению (коротко – раздражение), негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия. Кроме того, авторы вопросника добавили восьмой пункт – чувство вины. Этот пункт выражает возможное убеждение обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает злобно, наличие у испытуемого угрызений совести. Физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение и вербальная агрессия вместе являются индексом агрессивных реакций, а обида и подозрительность – индексом враждебности. Выделенные шкалы позволяли оценить не только склонность к агрессии, но и формы ее проявления.

Этот опросник широко применялся исследователями агрессии в различных странах до середины 90-х годов. Наряду с его популярностью, наблюдался рост критики, направленной на психометрическую несостоятельность опросника: все шкалы были выделены авторами априорно, применение факторного анализа приводило исследователей к выделению разных факторных структур; одни и те же вопросы входили с приблизительно равной нагрузкой в несколько факторов; не была исследована ре-тестовая надежность опросника; бинарная шкала опросника была неудобна как для испытуемых, когда невозможно однозначно оценить утверждение, так и для исследователей, которые склонялись к использованию шкалы лайкер-типа.

В ответ на критику, А.Бассом и М.Перри в 1992 был разработан опросник ВРАQ, который представляет собой модификацию опросника ВDНI. Бинарная шкала ВDНI была заменена на пяти ступенчатую шкалу лайкер-типа. По результатам проделанной работы авторы констатировали, что опросник ВРАQ отвечает требованиям психометрических стандартов.[10]

Методика А.Басса и М.Перри прошла неоднократную апробацию и адаптацию. Исследователи из Англии, Словакии, Италии Голландии Канады Японии и США получили результаты, подтверждающие состоятельность оригинального состава вопросов и факторной структуры опросника ВРАQ. Несмотря на разницу в результатах, в каждой из перечисленных работ по адаптации или апробации опросника ВРАQ исследователи успешно воспроизводили оригинальную 4-х факторную структуру. Но в ряде адаптаций обнаруживалась дух факторная структура. Адаптируя методику ВРАQ в России, мы совместно с Н.Цибульским учитывали опыт зарубежных коллег, уделяя особое внимание результатам, которые повторялись при адаптации опросника в разных языковых культурах. Помимо этого, мы

понимали, что результаты адаптации во многом зависят от сходства условий, в которых опросник разрабатывался и адаптируется. На основании полученных результатов мы решили полностью отказаться от шкалы "Вербальная агрессия" оставить только три фактора – "Агрессия", "Враждебность", "Гнев".

Результаты исследования модели трех коррелирующих факторов мы представили вместе с результатами исследования зарубежных коллег, которые тестировали пригодность модели четырех коррелирующих факторов опросника ВРАQ. Представленные в таком виде результаты позволяют не только констатировать пригодность модели трех коррелирующих факторов, но и говорить о том, что трехфакторная модель в исследовании русскоязычной версии опросника ВРАQ, является не менее пригодной, чем модификации четырехфакторной структуры в исследованиях зарубежных коллег. [4]

Кроме наблюдений и опросников, при изучении агрессивного поведения широко применяется тестирование.

Наиболее часто, как в массовых, так и в индивидуальных исследованиях агрессивности используется картиночный тест Розенцвейга. Стимулирующим материалом являются карикатурно-образные рисунки, на которых изображены два или более действующих лица, между которыми возник ситуативный конфликт. Высказывание одного из персонажей приведено, испытуемый должен дать первый пришедший ему в голову ответ за другое действующее лицо и вписать этот ответ в специально отведенное место. Чтобы облегчить проекцию, черты лица или какие-либо другие внешние выражения характера и переживаний изображенных людей на рисунках отсутствуют.

Среди имеющихся разновидностей проективных методов исследования, тест "Руки" занимает промежуточное положение по степени неопределенности материала между методиками структурирования (тест Роршаха и др.) и методиками интерпретации (ТАТ, тест фрустрации Розенцвейга, тест Сонди). Как и большинство проективных методов, тест руки относится к классу тестов, характеризующихся тем, что цель тестирования скрыта от испытуемого, тем самым снижается возможность фальсификации результатов, что, также является одним из преимуществ применения данного теста в рамках судебно-психологической экспертизы.

Идея создания теста принадлежит Е. Вагнеру, а система подсчета очков и коэффициенты разработаны З. Пиотровским и Б. Бриклиным. Подсчет

очков основан на том принципе, что вероятность явного агрессивного поведения возрастает в тех случаях, когда доминантные и агрессивные аттитюды (установки) перевешивают аттитюды, обозначающие социальное сотрудничество. Сам подсчет производится в виде арифметической разницы между суммой тенденций к агрессивным и доминантным действиям, с одной стороны, и суммой кооперативных и неагрессивных аттитюдов с другой.

Различные категории ответов, используемые в данном тесте, обозначаются следующим образом: агрессивность (AGG); директивность (DIR); зависимость (DEP); коммуникация (COM); страх (F); аффектация (AFF); демонстративность (EXB); калечность (CRIP); активная безличность (ACT); пассивная безличность (PAS); описание (DSCR).

Формула подсчета очков "проявления": $(AGR+DIR) - (COM+DEP+AFF+F)$, где ответы по категориям агрессивность и директивность – означают нежелание со стороны субъекта прийти к соглашению с другими. Ответы же по категориям коммуникации, зависимости, аффектации и страха существенно уменьшают вероятность явного агрессивного поведения.

Тенденция к действию в категориях AGR и DIR рассматривает людей так, как будто бы они являются объектами: осуществление тенденции не предполагает, что такие данные как чувства, намерения, права и привилегии других людей являются существенными. С другой стороны, тенденции к действиям в категориях COM, DEP, F, AFF отражают чувство социальной кооперации; они предполагают, что рука также (если не в большей степени) нуждается в наличии других людей, как другие люди нуждаются во владельце руки.

На данный момент существует определенное количество работ по изучению валидности и надежности теста руки. Среди наиболее известных отечественных работ, посвященных изучению диагностического потенциала и адаптации теста руки, следует назвать работы Ратиновой Н.А. и Курбатовой Т.Н.

В ходе применения данного теста нами с А.Герасимовым было обращено внимание на то, что существующая категоризация ответов испытуемых имеет некоторую всеохватывающую прямолинейность. Такой подход к изучению феномена агрессии, агрессивного поведения имеет слишком обширный и поверхностный характер. Следует отметить и ту относительную неопределенность, возникающую при ответах испытуемых, формально подпадающих под какую-либо категорию, но далеко не всегда

совпадающих с ней по смыслу (испытуемым вкладывалось совсем иное содержание), что, по нашему мнению, происходило от "узкой" направленности вопросов, содержащихся в инструкции. То есть, происходит фиксирование только на том, что делает или может делать рука, в большинстве случаев оставляя без внимания смысл и содержание выполняемого действия.

На основании длительного опыта применения теста, анализа имеющейся вербальной продукции испытуемых, затрагивающей различные стороны человеческой жизнедеятельности. Была выработана общая схема, позволяющая для каждой из 11 классических шкал теста (AGR, DIR и др.) фиксировать специфические особенности ассоциативных образов и переживаний. В предлагаемой модификации теста мы попытались развести и сфокусировать имеющиеся различия в ответах испытуемых, различающихся по способу, форме и направленности приписываемых руке действий. Выделены следующие пять основных уровней (подкатегорий):

1. Уровень *Субъект-Субъектного* взаимодействия. Описание различного рода действий, форм и способов реагирования в ситуациях межличностного отношения, социального контакта. Отсутствие (или не акцентирование) тех или иных преград, барьеров или внутренних причин к осуществлению какого-либо взаимоотношения.

2. Уровень *Субъект-Объектного* взаимодействия. Описание различного рода действий, манипуляций с предметным миром.

3. Уровень аутоотношений, действие, направленное на *Себя*. Описание определенных внутренних состояний, каких-либо эмоционально окрашенных действий по отношению к себе, собственному телу и т.д.

4. Уровень проблемного, конфликтного взаимодействия. Описание какого-либо незавершенного, прерванного, символического действия или взаимоотношения, акцентирующего мир внутренних эмоциональных переживаний, фантазий, установок, намерений и стремлений.

5. Отсутствие действия, *описательная* характеристика. Уровень эмоционально окрашенных оценочных определений и описаний человека или руки, констатация какого-либо личностного свойства, проявления или состояния без акцентирования каких-либо действий, намерений что-то сделать и т.д. (без указания на ту или иную ситуацию взаимодействия, вне зависимости от каких-либо предшествующих или происходящих событий).

Таким образом, предлагаемый модифицированный вариант теста руки имеет более широкий и структурированный диапазон изучения и

диагностики различных особенностей личности, и, в первую очередь, агрессивности.

На общее количество ответов оказывают влияние многие факторы. Это может быть следствием негативного либо позитивного отношения испытуемого к исследованию, его актуального эмоционального и психического состоянием. Существенное влияние могут оказать воздействия и таких внешних факторов, как время суток, пол экспериментатора, то или иное место предъявления методики в используемой тестовой батарее и т.д., не говоря уже о личностном влиянии самого исследователя, которое может отразиться и на качество даваемых ассоциативных образов. В каждом индивидуальном случае это требует специального уточнения и анализа.

Методы исследования враждебности.

Как показывает анализ литературы, методы оценки враждебности часто идентифицировались с методами измерения агрессии или гнева. Основная проблема изучения враждебности, заключается, таким образом, в том, что она не имеет однозначных поведенческих или каких-либо других внешних коррелятов. Враждебность как таковая существует только в системе отношений человека, его представлений о внешнем мире, и является в таком понимании гипотетическим конструктом. Поэтому практически любая методика, разработанная с целью изучения враждебности, будет оценивать ее лишь косвенно.

Наиболее непосредственную информацию о враждебности, на первый взгляд, дают данные *самоотчета*. Однако для принятия такой точки зрения необходимо сделать два неявных допущения. Во-первых, следует предположить, что человек обладает принципиальной способностью осознать и дать вербальный отчет о своих эмоциональных отношениях к разного рода объектам и явлениям. Как обсуждалось выше, предполагается существование не только осознанных форм враждебности, но и примитивных, недифференцированных и неосознанных. В этой связи далеко не всегда враждебное отношение может быть выявлено в самоотчете. Что касается методик, позволяющих изучение неосознаваемых враждебных установок (проективные техники, невербальные тесты), то их пока явно недостаточно.

Во-вторых, возникает вопрос о достоверности данных, полученных с помощью самоотчета. В области изучения враждебности эта проблема стоит особенно остро в связи с тем, что враждебность — социально неприемлемая характеристика. Даже при условии развитой рефлексии и высокой

способности субъекта к осознанию своего враждебного отношения абсолютно неправомерно ожидать, что это отношение будет открыто декларироваться при любых условиях. Поэтому при организации исследования враждебности, основанного на данных самоотчета, необходимо с особой тщательностью учесть возможность влияния фактора социальной желательности. Целесообразным представляется использование опосредованных способов диагностики отношений.

Ниже будут рассмотрены основные существующие в настоящее время методические подходы к изучению враждебности.

Изучение враждебности посредством структурированного интервью.

В основе этого типа методик лежит разработанная в 1977 году Matthews K.A. с соавт. процедура структурированного интервью (СИ), изначально предназначенная для оценки поведения Типа А с целью изучения его связи с ишемической болезнью сердца. В рамках этой процедуры оценивались различные поведенческие характеристики, среди которых — целый ряд концептуально связанных с враждебностью: частые переживания гнева, раздражения и т. п. [18].

Более широкое распространение получила система, разработанная Dembroski T.M. и Costa P.T. Авторы вводят понятие *потенциал враждебности (РН)* — тенденция испытывать гнев, раздражение, обиду, негодование в обыденной жизни и/или проявлять оппозиционные (антагонистические) реакции, грубость. Изначально использовалась 5-балльная шкала для оценки потенциала враждебности. Позже были выделены субкомпоненты, которые оценивались дополнительно: враждебное содержание, враждебный стиль и интенсивность враждебности [13]. Как показали более поздние исследования [19], потенциал враждебности скорее отражает только один из аспектов враждебности. Этим, по всей видимости, определяется тот факт, что значимых связей потенциала враждебности с показателями враждебности, измеряемыми на основе самоотчета, обнаружено не было.

На базе системы Dembroski T.M. и Costa P.T. разработаны системы Necker M. (CSS или Система Кодирования Компонентов) и Varefoot J.C. Последний предложил оценивать общий уровень враждебности, а также различные типы враждебных реакций (уклонение от ответа на вопрос, косвенная конфронтация с интервьюером, прямой вызов и проявления раздражения). Для данных двух систем характерна высокая согласованность

экспертных оценок, в то время как формальных данных, подтверждающих конструктивную валидность методик, до сих пор получено не было [17,8].

Новейшей системой оценки враждебности по данным структурированного интервью является **ИНАТ** (Техника Оценки Интерперсональной Враждебности), описанная в 1996 году Haney T.L., Maunard K.E. и Houseworth S.J. В отличие от предыдущих, данная система фокусируется исключительно на измерении враждебности. Основным преимуществом ИНАТ является то, что наряду с очевидными поведенческими реакциями она измеряет также более тонкие, скрытые индикаторы враждебности. К таким индикаторам относятся, например, особенности пара- и экстралингвистических составляющих речи испытуемого [16]. Таким образом, среди методик, в основе которых лежит структурированное интервью, ИНАТ является наиболее адекватным инструментом для оценки не только проявляемой внешне, но и скрытой враждебности.

Опросники враждебности.

Шкала проявляемой враждебности – **MHS** [22] – составлена из пунктов ММРІ, отобранных клиническими психологами по содержанию. При хорошей внутренней согласованности, данных, подтверждающих валидность этой шкалы, получить не удалось [21]. С результатами оценки враждебности проективными методами значения по MHS также не коррелируют.

Caine T.M., Foulds G.A. и Hope K. [11] разработали Опросник Направленности Враждебности (**DOHQ**), который содержит шкалы, измеряющие поведенческие проявления враждебности (критицизм, агрессия), а также ее когнитивный аспект (враждебные заблуждения, самокритика, чувство вины). Помимо этого DOHQ позволяет оценить общий уровень враждебности. К сожалению, в отечественной литературе нет данных о результатах использования DOHQ в нашей стране. Адаптация этой методики представляется весьма перспективной.

Шкала враждебности **Кука-Медли Но** была разработана в 1954 году на основе ММРІ и изначально должна была определять способность человека гармонично включаться в группу и эффективно работать в ней, а также принимать групповые морально-нравственные нормы. Для валидизации были использованы две группы преподавателей, выделенные по результатам МТАІ (миннесотский тест отношений для учителей), а именно по способности строить отношения со своими учениками. Так к группе "враждебных" были отнесены те преподаватели, которые негативно отзывались о своих учениках, и сами считали себя недружелюбными. Таким образом, шкала враждебности

Кука-Медли измеряет враждебность в рамках межличностного взаимодействия [12].

Исторически использование шкалы Кука-Медли было тесно связано с изучением поведения типа А. Однако, как показали исследования, данная шкала является относительно независимой и измеряет не само поведение типа А, а именно враждебность. В исследовании Нан К. и соавт. [15] было выявлено, что высокие значения по шкале Кука-Медли связаны с такими качествами как конфликтность, излишняя требовательность, деспотичность, подозрительность. Анализ внутренней структуры шкалы позволил выделить 4 фактора: *Цинизм* (циничность, недоверие другим людям, убежденность в их лживости, завистливости и т. п.), *Настороженность* (паранойяльные тенденции, мнительность, подозрительность, неспособность принимать решения), *Агрессивные реакции* (прямая агрессия, месть), *Аутизация* (пассивность в общении, избегание социальных контактов, социальная изоляция).

Анализ индивидуальных значений по каждому из факторов позволяет качественно оценить специфику враждебности и ее внешних проявлений у испытуемого.

Исследование враждебности проективными методиками.

Как правило, существовавшие до сих пор проективные методики, не были направлены на измерение собственно и только враждебности. Это связано с такой существенной особенностью проективного метода, как его направленность на изучение общего "модуса личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением", а не отдельных психических функций или свойств [6]. Однако враждебность в различных своих аспектах находит свое отражение во многих известных проективных техниках. Среди них ТАТ, тест чернильных пятен Роршаха, тест фрустрации Розенцвейга, тест руки, различные рисуночные методики и др.

В сравнении с описанными выше подходами проективные методики имеют два значительных преимущества. Во-первых, они позволяют проникнуть к глубинным слоям личности испытуемого и исследовать неосознаваемые установки и отношения, что, очевидно, является крайне важным при изучении враждебности. Как отмечает Е.Т. Соколова [6], "проективный метод ориентирован на изучение неосознаваемых форм мотивации и в этом своем качестве является едва ли не единственным собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики". Во-вторых, проективные методы

практически полностью решают проблему социальной желательности. Возможность симуляции или сознательного искажения результатов испытуемым при использовании проективных тестов минимальна.

Однако использование проективных методик имеет также ряд серьезных ограничений. Критика этого методического подхода, как правило, была направлена на вопросы объективности интерпретаций исследователем, валидности и надежности, возможности сравнения и количественной обработки данных.

Психосемантические методы.

Можно предполагать, что у враждебных субъектов негативные характеристики могут приписываться не только конкретным людям или людям вообще, но также любым объектам, событиям и т. п. С целью многостороннего изучения негативного отношения к реальности представляется целесообразным использование методик экспериментальной психосемантики, подробно описанными в отечественной литературе (Артемьева Е.Ю., Шмелев А.Г., Петренко В.Ф.). К этой группе методик можно отнести ассоциативный эксперимент, семантический дифференциал, метод семантического радикала Лурия А.Р. и Виноградовой О.С. и его модификации, методики классификации и др. Их применение оправданно в первую очередь тем, что традиционная психосемантика и психология субъективной семантики Е.Ю. Артемьевой своей основной задачей ставят реконструкцию картины мира субъекта в той или иной ее интерпретации. Как отмечает Е.Ю. Артемьева, при негативном сдвиге эмоционального тона отношения к миру, "можно ожидать, что негативнее будут оцениваться в семантическом эксперименте любые предъявляемые объекты" [1]. Так, например, в исследовании Тхостова А.Ш. с использованием семантического дифференциала было показано смещение шкальных оценок неопределенных визуальных стимулов в сторону негативного полюса у лиц с онкологической депрессией [7].

Что касается враждебности, то психосемантические методики позволяют определять не только ее общий уровень (через сдвиг оценок), но, что особенно важно, качественную специфику враждебных отношений.

Как следует из анализа психологической литературы, разработка адекватного целям изучения враждебности методического аппарата по-прежнему остается актуальной прикладной задачей. По разным причинам ни одна из перечисленных выше методик, взятая в отдельности, не позволяет полно и достоверно судить о количественных и качественных аспектах

враждебности. Мы считаем, что при изучении этого сложного явления следует придерживаться принципов синдромного анализа.

Методы исследования гнева.

С возникновением самостоятельной категории гнева, возник вопрос о необходимости создания тех средств получения данных, которые бы соответствовали изучаемому феномену.

Когда в 70-е годы XX века возникла необходимость различения враждебности и гнева, тогда и появляются три методики измерения гнева: опросник реакции RI (Reaction Inventory), опросник гнева – AI (Anger Inventory) и самоотчет гнева – ARS (Anger Self-Report). RI разработан для оценки выраженности гнева, AI похож по формату на предыдущий и содержит утверждения, описывающие случаи, вызывающие гнев [20]. ARS оценивает степень осознанности гнева и формы его выражения.

С целью исследования взаимосвязанных феноменов гнева и агрессии была создана Шкала Враждебности PANAS-X, оценивающая связанные с гневом негативные эмоции, такие как ярость и раздражение [24]. Для оценки параметров гнева был создан Мультифакторный Опросник Гнева (MAI), шкалы которого значимо коррелируют со шкалами опросников Ч. Спилбергера [23].

Эти методики были ориентированы на оценку сложных, гетерогенных феноменов, но, при этом, в них не предпринималась попытка различить гнев как состояние и гневливость как черту характера (свойство личности), склонность к гневу. Это подвигло Ч. Спилбергера к созданию шкалы STAS (Stait-Trait Anger Scale) для измерения варьирующегося по интенсивности гнева как эмоционального состояния и индивидуальных различий в склонности к гневу (личностная черта). Гнев как состояние описывалось как изменяющееся по интенсивности от слабого раздражения до ярости субъективное переживание, сопровождающееся возбуждением автономной нервной системы. Предполагалось, что это состояние может изменяться во времени в зависимости от фрустрации, воспринимаемого оскорбления или несправедливости, словесной или физической атаки. Гнев как черта определялся в терминах частоты переживания гнева. Было предположено, что люди с высоким показателем по этой черте, склонны воспринимать более широкий круг ситуаций как провоцирующих гнев, и будут чаще и более интенсивно испытывать его как состояние, чем те, у которых этот показатель ниже.

В результате факторного анализа созданного опросника выяснилось, что гнев как черта включает два взаимосвязанных фактора: гнев-темперамент (описывает индивидуальные различия в общей склонности к гневу) и гневная реакция (описывает переживания, испытываемые в ситуации фрустрации и/или негативных оценок). Не менее важным является форма выражения гнева: направлен ли он в виде вербального или физического агрессивного поведения против других людей (внешний гнев) или он подавляется (внутренний гнев). При этом, здесь имеется ввиду сознательное подавление гнева. Введение последнего различия (внешний и внутренний гнев) привело к созданию новой шкалы АХ (Anger-Expression), которая в результате факторного анализа распалась на две вполне независимые и ортогональные шкалы внешнего и внутреннего гнева. Затем в шкале АХ появилась новая шкала АХ/Кон, показывающая как часто индивид пытается контролировать выражение гнева. Со временем шкалы STAS и АХ объединились и появилась методика STAXI, состоящая из пяти первичных шкал: гнев-черта, гнев-состояние, внешний гнев, внутренний гнев, контроль гнева.

В 1999 году была разработана новая версия STAXI-2, в которой увеличено количество пунктов шкалы. Также в нее были включены: новая 8-ми-пунктная подшкала для оценки контроля над гневом и три взаимосвязанных компонента состояния гнева: ощущать себя в гневе (S-Anger/F), ощущать себя как при физическом выражении гнева (S-Anger/P), ощущать себя как при вербальном выражении гнева (S-Anger/V) [23].

Также в рамках клинического подхода, с целью диагностики гневных атак применяется Шкала самоотчета Гневных Атак [14].

Заключение

Подводя итог, хочется отметить, что в нашей стране серьезно изучение агрессивного поведения пока не адекватно важности проблемы, несмотря на то, что исследованию эмоциональных и мотивационных процессов в отечественной традиции уделялось много внимания. Анализируя методы, применяемые зарубежными психологами для исследования агрессии, враждебности и гнева удалось обнаружить более семидесяти методик. Арсенал отечественных исследователей, к сожалению, характеризуется отсутствием необходимого методического арсенала, адекватного современным представлениям об агрессивности.

Литература

1. Артемьева Е. Ю. Основы психологии субъективной семантики. М.: Наука; Смысл, 1999.
2. Ениколопов С. Н., Садовская А. В. Враждебность и проблема здоровья человека. Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. №10, 2000.
3. Ениколопов С.Н. Понятие агрессии в современной психологии. Прикладная психология. N 1, 2001, с.60-72.
4. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А.Басса и М.Перри. Психологический журнал, 2007,1,115-124
5. Насилие и его влияние на здоровье : докл. о ситуации в мире. Женева : ВОЗ. 2003.
6. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во Московского ун-та, 1980.
7. Тхостов А. Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях. Дисс. канд. психол. наук. М., 1980.
8. Barefoot J. C. Developments in the measurement of hostility. Hostility, coping and health. (Eds.) H. S. Friedman. Washington, DC: American Psychological Association. 1992.
9. Buss, A. H. Durkee, A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology. 1957, vol. 21, 343-349.
10. Buss, A.H. & Perry, M. The aggression questionnaire. Journal of personality and social psychology, 1992, 63, 452-459.
11. Caine, T. M., Foulds, G. A., Hope, K. Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ). London: University of London Press, 1967.
12. Cook, W. W., Medley, D. M. Proposed hostility Pharisaic virtue scales for the MMPI. Journal of Applied Psychology. 1954, vol.38, 414-418.
13. Dembroski T. M., Costa P. T. Jr. Coronary-prone behavior: Components of Type A pattern and hostility. Journal of Personality. 1987, vol. 55, 211-235.
14. Fava M, Rosenbaum J.F. Anger Attacks in Patients With Depression. Journal of Psychiatry 1999;60 [suppl. 15]:21-24
15. Han K., Weed N. C. Calhoun R. F., Butcher J. N. Psychometric characteristics of the MMPI-2 Cook-Medley Hostility Scale // Journal of Personality Assessment. 1995, vol. 65 (3), 567-585.
16. Haney, T. L., Maynard, K. E., Houseworth, S. J., Sherwitz, L. W., et al. Interpersonal Hostility Assessment Technique: Description and validation

- against the criterion of coronary artery disease // Journal of Personality Assessment. 1996, vol. 66 (2), 386-401.
17. Hecker, M., Chesney, M. A., Black, G. W., Frautschi, N. Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study. Psychosomatic Medicine. 1988, vol. 50, 153-164.
 18. Matthews, K. A., Glass, D. C., Rosenman, R. H., Bortner, R. W. Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. Journal of Chronic Disease. 1977, vol. 30, 489-498.
 19. Musante, L., McDougall, J. M., Dembroski, T. M., Costa, P. T., Jr. Potential for hostility and dimensions of anger // Health Psychology. 1989, vol. 8, 343-354
 20. Novaco, R. Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, MA: Lexington Books. 1975
 21. Shipman W. G., Marquette C. H. The manifest hostility scale: A validation study // Journal of Clinical Psychology. 1963, vol. 19(1), 104-106.
 22. Siegel S. M. The relationship of hostility to authoritarianism // Journal of Abnormal and Social Psychology. 1956, vol. 52, 368-372.
 23. Spielberger, C. D. Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1996.
 24. Watson, D., Clark, L. A. THE PANAS-X. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form. 1994

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

М.А. Кулыгина

МНИИ психиатрии Минздравсоцразвития, Москва

mkulygina@yandex.ru

Методы и принципы патопсихологии всегда имели особое значение для клинической практики, прежде всего в части распознавания и дифференциальной диагностики психических нарушений. Развитие концептуальных представлений о функциональной психической патологии, тесно связанное с понятием психопатологического диатеза [4], ставит как

перед врачами, так и перед клиническими психологами задачи квалифицированного выявления этой группы расстройств.

Как известно, психопатологический диатез характеризуется наличием сочетания трех факторов: 1) склонность к аутохтонным фазовым состояниям, 2) повышенная уязвимость к стрессовым воздействиям, 3) личностные аномалии, представленные транстипологическими признаками диссоциированности и дефицитарности [4]. Своевременная диагностика этих особенностей необходима для более глубокого понимания сути функциональных психических расстройств, для комплексной оценки клинического материала, обнаруживающей прогностическое значение, а также для выбора адекватной терапевтической стратегии, будь то фармако- или психотерапия. И если для установления фазового и реактивного компонентов необходимым и достаточным является клинко-психопатологический метод, то при диагностике личностного компонента зачастую возникают сложности, связанные с когнитивными затруднениями пациентов: слабостью рефлексии, алекситимией, бедностью самоотчета. В этих условиях требуется не только высокий профессионализм врача, но и значительные затраты времени, что делает актуальным привлечение дополнительных диагностических средств. Так, существенную помощь могут оказать психологические тесты, ориентированные на исследование личности, традиционно используемые в психодиагностике.

Как известно, в зависимости от процедуры обследования личностные тесты подразделяются на опросники, построенные на шкальном принципе, с описанием и последующей интерпретацией личностных шкал, проективные методы, предполагающие свободу выбора и самовыражения в заданных исследовательских рамках, а также специальные экспериментальные процедуры, моделирующие определенную ситуацию, в которой проявляются личностные особенности испытуемого. Большая группа экспериментальных психопатологических методик, имеющих заслуженную профессиональную репутацию, не стала объектом внимания в данной статье. Выбор был сделан из числа тестов, наиболее часто используемых в клинической практике и простых в обращении. В этот список вошли ММИЛ (методика многостороннего исследования личности в варианте Березина и Мирошникова) [1], 16-PF (16-факторный опросник Кэттелла) [2], проективное самоописание «Кто Я?» Куна и Макпартленда [3].

Как уже отмечалось, диагностика личностного компонента диатеза основывается на выявлении признаков диссоциированности и

дефицитарности [4]. О наличии диссоциированности свидетельствуют следующие клинические и психологические особенности:

- дизонтогенез развития (опережение развития одних психических функций и одновременно отставание других в процессе их становления, например, преобладание темпов развития моторной сферы над вербальным развитием или, наоборот, в раннем детстве);

- неравномерность сформированности разных сфер психики (как, например, развитость вербального интеллекта и недостаточность эмоций или невыразительность моторики; зрелость рациональных, логических построений и бедность самоотчета и представлений о своем Я, зрелость суждений и выраженный инфантилизм в поведении);

- амбивалентность потребностно-мотивационной сферы (в частности, сочетание мотивации избегания и достижения), межличностных отношений (конфликты по принципу любви-ненависти) и эмоциональных состояний;

- разнонаправленные поведенческие стили личностного реагирования (например, высокая степень личностной зависимости и, вместе с тем, склонность к доминированию и манипулированию);

- общая дисгармоничность личности, что выражается в сочетании взаимоисключающих личностных черт, приводящих к социальной дезадаптации и относящихся к разным личностным типам (например, демонстративность и интровертированность или эмоциональная неустойчивость и застреваемость);

- противоречивость в пределах одной личностной черты (тревожная мнительность и социальная смелость или яркость переживаемых эмоций и эмоциональная невыразительность, холодность).

Знаками личностной диссоциированности в отобранных тестах могут выступать: 1) определенное сочетание шкал; 2) наличие взаимоисключающих личностных черт; 3) противоречивые характеристики в самоописании и непоследовательность суждений в самоотчетах.

В тесте ММИЛ и других модификациях теста ММРІ окончательные результаты представлены в виде личностного профиля с определенным сочетанием оценочных и клинических шкал, которое и становится объектом интерпретации. В руководствах по применению этого теста неоднократно подчеркивалось, что значение имеют не цифровые выражения отдельных шкал, а их соотношение, позволяющее представить типичный стиль личностного реагирования [1].

Можно выделить некоторые варианты паттернов профиля шкал, свидетельствующие о выраженной диссоциированности личности. Так, о неравномерности в сфере общения можно судить при наличии верхнего пика по шкале аутизации (8) и низких показателях по шкале социальных контактов (0), что означает сочетание эмоциональной холодности, отгороженности, затруднений в доверительном межличностном общении, с одной стороны, и общительности, экстравертированности, непринужденности, стремлении к спонтанным социальным взаимодействиям, с другой.

Указанием на выраженную личностную дисгармоничность может быть сочетание пиков по шкалам демонстративности (3) и аутизации (8). В этом случае личностный профиль отражает разнонаправленные мотивационные установки на внешнюю оценку, общественное признание, одобрение окружающих и, вместе с тем, на опору на внутренние критерии, дистанцированность, отчужденность. Сниженные коммуникативные способности и стремление обратить на себя внимание приводят к нарушению адекватного эмоционального реагирования.

При высоких значениях шкал депрессии (2) и гипомании (9) отмечаются признаки амбивалентности самоотношения и аффективных тенденций. Собственное Я обследуемого при этом воспринимается им грандиозным и уязвимым одновременно. Потребность в социальной активности и достижениях блокируется ощущениями угрозы и тревоги, чувство уверенности в себе сопровождается самообвинениями и аутоагрессией.

Диссоциированность обнаруживается и при сочетании шкал 4 (выраженность эмоционального напряжения в непосредственном поведении) и 5 (выраженность мужских и женских полоролевых черт). Повышение шкалы 5 у мужчин и снижение ее у женщин свидетельствует о сверхнормативной сензитивности, ранимости, впечатлительности, мягкости – качествах, препятствующих непосредственному отреагированию агрессии и свидетельствующих о снижении ее уровня. Вместе с тем, пик по 4 шкале соответствует высокой возбудимости и эмоциональному напряжению, что свойственно при высокой агрессивной готовности.

Тест Кеттелла (16-PF опросник) диагностирует черты личности, которые дают представление об индивидуально-психологических особенностях человека [2]. По результатам этого теста личностная диссоциированность может быть установлена как при сочетании максимально или минимально выраженных факторов, характеризующих взаимоисключающие черты, так и

при изолированно низких оценках некоторых факторов. Так, наиболее показательными в этом плане могут считаться факторы С и Q3. При низких оценках фактора С речь может идти о внутренней нестабильности, непостоянстве, эмоциональной неустойчивости, переменчивости интересов, слабости Я, внутренней конфликтности. Низкие значения фактора Q3 отражают низкий самоконтроль, конфликтность самооценки, следование побуждениям, дезинтегрированность. В этих случаях психологические особенности, отраженные в интерпретации каждого из названных факторов, являются свидетельством выраженной личностной диссоциированности.

Из наиболее часто встречающихся сочетаний противоположных черт можно выделить следующие варианты. Высокие значения фактора Н, указывающие на социальную смелость, готовность к риску, непосредственность и раскрепощенность в поведении, вступают в противоречие с высокими значениями фактора О, отражающими выраженную тревожность, депрессивность, пессимистичность, ранимость. Реже встречается сочетание низких значений этих факторов, указывающее на наличие робости, застенчивости, осторожности (фактор Н) и спокойствия, уверенности, безмятежности (фактор О). Об амбивалентности в сфере общения свидетельствует сочетание низких показателей факторов I (суровость, черствость по отношению к окружающим, жесткость) и L (откровенность, доверчивость, благожелательность) или же наличие одновременно высоких значений этих факторов: I (мягкость, зависимость, способность к сопереживанию, сочувствию) и L (подозрительность, настороженность, эгоцентризм, большое самомнение). Одним из распространенных вариантов, указывающих на диссоциированность, является сочетание факторов G и Q2. При низких оценках этих факторов человек, с одной стороны, склонен к непостоянству, подвержен влиянию случая и обстоятельств, безответственен, неорганизован (G), с другой, зависим от группы, ищет социального одобрения, следует за общественным мнением (Q2). При высоких значениях факторов соблюдение норм и правил поведения (G) сочетается с независимостью, индивидуализмом, нонконформизмом (Q2).

Методика «Кто Я?» относится к неструктурированным проективным тестам [3]. Испытуемого просят составить 20 спонтанных письменных ответов на вопрос, начинающихся с местоимения «Я». При анализе результатов обращается внимание на содержание самоотчета: перечисление ролевых позиций, характерологических особенностей, оценочные суждения,

описание своего состояния, перечень желаний и предпочтений. Комплекс ответов свидетельствует о знакомом вербализуемом образе Я, хотя порядок высказываний, их эмоциональная окрашенность могут быть проявлением неосознаваемых установок, указывать на значимость тех или других определений Я.

О наличии личностной диссоциированности могут свидетельствовать противоречивые характеристики в самоописаниях испытуемых, указывающие на конфликтность самооценки, амбивалентность самоотношения. Так, преимущественно негативное отношение к себе может сочетаться с общей положительной оценкой (пациент Г.Д., 30 лет: «я – неудачник», «я – небоед», «я – тормоз» и тут же: «я – одаренный от Бога», «я – хороший друг», «я – добрый человек» или пациентка К.М., 25 лет: «я – мерзкая», «я – недобрая», «я – завистливая» и в том же протоколе: «я – воспитанная», «я – интеллигентная», «я – умная»). Могут встречаться прямо противоположные, взаимоисключающие характеристики в одном самоописании (пациент Б.В., 24 г.: «я – избегающий конфликтов» и через несколько позиций: «я – агрессивный» или пациентка Г.А., 37 лет: «я – глупая» и «я – умная», «я – красивая» и «я – уродка» или «я – никого не люблю, кроме себя» и в то же время: «я – люблю маму»).

Признаки дефицитарности обнаруживаются в обсуждаемых тестах при выявлении эмоционального обеднения (повышение по шкале 8 – аутизации – в ММРІ, низкие оценки фактора I в тесте Кеттелла, при которых человеку свойственны практичность, рассудительность, черствость, жесткость, суровость по отношению к окружающим, низкие значения фактора A, что соответствует замкнутости, безучастности, холодности, предпочтительности одиночества), а также мотивационного оскудения (низкие оценки фактора Q4, при которых человек характеризуется вялостью, ленностью, низкой мотивацией, безразличием).

Косвенные указания на снижение критичности могут содержаться в изолированном подъеме по шкале 9 (гипомании) и снижении по шкале 2 (депрессии) в ММРІ. При этом стиль личностного реагирования отличается выраженной самоуверенностью, возвеличиванием своего Я, преуменьшением или игнорированием реальных проблем и затруднений в психоэмоциональной и межличностной сферах. Обратное соотношение этих шкал (пик по шкале 2 и снижение по шкале 9) может свидетельствовать о парциальном эмоциональном дефиците как проявлении депрессивного аффекта и астенизации психики.

Как видно из продемонстрированного материала, прицельный поиск указаний на диссоциированность и дефицитарность личности в психодиагностических тестах осуществляется при сопоставлении личностных шкал, черт и характеристик как в рамках одной методики, так и при сравнении результатов нескольких тестов между собой и данными клинической беседы.

Следует подчеркнуть, что изучение транстипологических личностных особенностей приближает к пониманию механизмов формирования и функционирования аномальной личности в отличие от феноменологических подходов, акцентирующих внимание на перечислении отдельных характерологических типов. Используемый качественный принцип анализа отличает клинко-психологическую диагностику от стандартного шкального тестирования. Именно эта традиция, всегда присущая отечественной школе патопсихологии, требует своего сохранения и развития, так как в ней содержится богатый потенциал для квалификации психопатологических феноменов.

Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психологии) – М.: Медицина, 1976 – 186 с.
2. 2.Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Под ред. Райгородского Д.Я. – Самара: Бахрух, 1998 – 672 с.
3. 3.Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре – СПб., 2006. С.82-103.
4. 4.Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Фолиум, 2005. – 200 с.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

В.А. Урываев

редактор электронного журнала «Медицинская психология в России»,

Ярославль

ladoyar@mail.ru

Предлагая ту или иную классификацию методов психодиагностического исследования, автор, как правило, ставит перед собой некую «сверх»-задачу – «прагматическую» (группировка и упорядочивание разнообразных

методик, к примеру, классификация Р. Кеттела: L – life record data – «изучение поведения человека в реальной жизни»; Q – questionnaire data – «данные самоотчетов или опросов»; T – objective test data – «данные объективных тестов») или методологическую, к примеру, системное описание методов психологического исследования Б.Г. Ананьевым соотнесенных им с основными этапами научного исследования («методы организации исследования», «методы сбора эмпирического материала», «методы обработки данных», «интерпретационные методы»).

В своей работе мы хотели бы обратить внимание на перспективность создания группировки методов исследования психологической сферы личности, ориентированной на практику работы здравоохранения. Нам представляется целесообразным для упорядочивания разнообразия методов и методик, используемых в медицинской практике, разделить их в самом общем виде на, минимум, три основные группы.

«Общеклинические методы исследования» (применяемые практически всеми участниками лечебного процесса).

«Общепсихологические» методы исследования (применяемые практически всеми дипломированными психологами в самых различных сферах психологии, соответственно, и в клинической практике).

«Специальные методы исследования медицинских (клинических) психологов» (разработанные специально для клиники, построенные на клиническом материале, требующие в процессе овладения развернутой клинической практики).

1.

1.1. К первой группе методов исследования – «Общеклинические методы» – мы можем отнести те методы изучения поведения и личности человека, которые сопровождают работу клинициста в каждой сфере профессиональной деятельности врача (не обязательно в психиатрии). Это – «наблюдение», «беседа», «сбор анамнеза», «сенсibiliзирующие (функциональные) пробы», «скрининговые методики оценки состояния пациента». Сюда же можно отнести разнообразные формализованные системы оценок поведения пациента, число которых постоянно множится параллельно с проникновением в медицину количественных методик оценки состояния больных и развитием доказательной медицины.

Опытные клиницисты (в любой профессиональной области медицины) интуитивно используют мощные ресурсы упомянутых методов изучения

особенностей личности и познавательной сферы (тем успешнее, чем более вдумчивыми и наблюдательными были их наставники, учителя!).

1.2. Ко второй группе – «Общепсихологические методы» – можно отнести психодиагностические методики, которые родились вне клиники и должны использоваться в ней с известными ограничениями. Прямое использование таких методик – без «вторичной» адаптации, адаптации уже к условиям клиники – представляется крайне проблематичным, угрожающим надежности и валидности получаемых результатов.

Примером может служить тест на оценку уровня интеллекта Дэвида Векслера. В руководстве по внедрению в практику отечественной психиатрии стандартов МКБ-10 прямо указывается: «...приведенные психометрические стандарты уровней развития интеллекта (IQ) завышены на 10 ед., так как используемый в России адаптированный вариант методики Векслера, дает более высокие показатели при аналогичном уровне интеллекта, определяемом по клиническим критериям. Особенно это важно учитывать при диагностике более легких степеней умственной отсталости» [6]. Отечественные разработки в части психодиагностики невысоких и низких степеней развития интеллекта иллюстрируют тот факт, что методика Векслера в клинической клинике имеет весьма ограниченное значение, и требует подтверждения результатов (уточнения, верификации, коррекции) с использованием классических патопсихологических методик [2]. Подчеркнем, клинические возможности методик, созданных изначально для исследования внеклинических задач, всегда должны уточняться самым пристальным образом (что, естественно, не исключает и успешных вариантов внедрения, как например, созданная в рамках исследований по психологии труда методика – куб Линка).

Одновременно, хочется подчеркнуть, что эти («общепсихологические», как мы условились их называть, методы исследования) методики незаменимы при решении позитивных задач – в части оценки сохранных, адаптивных сторон психики пациента (как в личностных особенностях, так и в когнитивной сфере). К сожалению, при формулировке обобщающих выводов (под сильнейшим давлением «нозоцентрического» направления в медицине) сложилась не вполне адекватная практика написания заключения медицинским психологом. В рамках этой традиции отдается приоритет и подробно описываются исключительно дефицитарные особенности. Заметим, как раз в этой части бывает трудной превзойти опытного клинициста (особенно начинающему медицинскому психологу). Напротив, в части

квалифицированного описания (и количественной оценки) сохранных сторон механизмов психической регуляции личности – психолог имеет безусловное преимущество, и прекрасное диагностическое вооружение. Подчеркнем, что с нашей точки зрения назрела необходимость утвердить такие стандарты написания заключения психологом, в которых первая половина выводов посвящена изложению сохранных адаптационных возможностей психики и уже на этом (!) фоне следует давать изложение дефицитарных характеристик симптомов и функций.

Добавим к этому еще одно замечание. Возможности психолога становятся более чем убедительными и при развернутой оценке социально-психологических ресурсов адаптации личности (как деструктивных, так и адаптационных). К сожалению, не всегда это «заказывается» как предмет психодиагностики со стороны врачей, но практика однозначно свидетельствует в пользу роста и формирования данного направления психодиагностики. Сошлемся только на пример психодиагностики семьи и задач семейной психотерапии.

1.3. Третий блок психодиагностических методик – специальные медико-психологические методики – обсуждается с момента зарождения экспериментально-психологического направления в патопсихологии наиболее интенсивно и стал общепризнанным достижением психологии в медицинской практике.

В дополнении к патопсихологической диагностике, сильнейшую сторону медицинского психолога составляет нейропсихологическая диагностика, где, аналогично, коллеги-врачи признают незаменимость такого рода исследования, как на этапе диагностическом, так и на этапе реабилитационном.

Еще раз подчеркнем, что работа с методиками, помещаемыми в эту группу, не может быть эффективной без знания клиники (во многом из-за присущего медицине «индуктивного» характера знаний) и разработка этих методов вызывается потребностями («заказом») со стороны клиники.

2.

В дальнейшем изложении мы подробно остановимся на первом, выделенном нами, классе психологических методов исследования.

Здесь мы хотели бы подчеркнуть два самых общих момента.

Первое. Мы привлекаем внимание к данной группе методов, прежде всего как эффективному пути внедрения психологии в практику здравоохранения, что может считаться одним из важнейших направлений

работы медицинского (клинического) психолога. Обратим внимание на тот факт, что исследование «плацебо-эффекта» внесло существенные изменения даже в процедуры доказательной медицины. Отсюда, систематическое обращение психологов к врачам с комментариями «психологических предпосылок ошибочных установок восприятия в оценке личности», «субъективного характера переживания пациентом качества жизни» (и еще лучше обращение внимание на субъективный характер оценки пациентом «качества лечения»), «внушающего характера определенного типа задаваемых вопросов» и др. – безусловно, по мнению автора публикации, усиливает положительное отношение врачей к научной психологии и формирует запрос на работу психолога как специалиста. Коллеги-психологи в крупном кардиологическом центре Германии проводят тренинг операционных бригад по невербальному общению, отрабатывая взаимодействие всех членов хирургической бригады «до» операции, а не вынуждая их это делать «по ходу» проведения сложнейших манипуляций. В этом случае мы как раз и видим сформированность (в условиях неочевидности) запроса на психологическое знание со стороны практической медицины.

Второе – обсуждаемый список методов – это потенциальное поле эффективного взаимодействия между специалистами различного профиля, участвующих в лечебном процессе. Этот момент представляет особенно важным с точки зрения получения максимально полной информации о пациенте, многие личностные и интеллектуальные особенности которого проявляются в ситуациях, находящихся вне поля зрения медицинского (клинического) психолога или даже врача. К примеру, одна из схем психодиагностического наблюдения, подготовленная Р. Кэттеллом, опирается на желательность продолжительного наблюдения в ситуациях, где особенности больного могут раскрыться особенно ярко: 1) осмотр больного специалистом; 2) подготовка и проведение болезненных или ответственных процедур; 3) у госпитализированных больных – свидание с родными и близкими; 4) обстановка общения с другими больными, особенно с теми, кто болен тем же или сходным заболеванием; 5) моменты, когда больной узнает или становится непосредственным свидетелем неблагоприятного исхода у других больных, страдающих тем же или, с его точки зрения, сходным заболеванием (цит. по [3]).

Вовлечение в процесс психологической диагностики среднего медицинского персонала, специалистов узкого профиля, представляющих

«аппаратную» медицину, социальных работников и т.п., – позволит усилить обоснованность выводов и рекомендаций в оценке реакции личности на болезнь и прогнозу готовности к усилиям по преодолению недуга.

Дадим краткую характеристику основным подвидам группы методов, которые мы определили как «общеклинические».

2.1. «Наблюдение» в изучении личности пациента позволяет, как минимум, дать оценку таких личностных (характерологических) особенностей как: определенность конституциональной типологии (телесной конституции), с соответствующим прогнозом темпераментных и характерологических реакций (акцентуаций личности), во многом объясняющих природу «реакции личности на болезнь»; особенности поло-ролевого поведения (зрелость, адекватность, либо не адекватность поведенческих реакций, присущих паспортному полу); наличие/отсутствие социально-психологических по своему происхождению «ролевых хвостов» (привнесение в ситуацию обследования поведенческих стереотипов и привычек – чаще фиксированных в невербальных поведенческих стереотипах, стандартных для других ситуаций, но не требующихся в данной); эмоциональная устойчивость при возникновении сложностей при взаимодействии (можно оценить, в частности, выраженность вазомоторных реакций по ходу беседы на эмоционально значимые темы, что, в свою очередь, может служить оценкой и собственно эмоциональности, и качества произвольной регуляции поведения в целом, реакций на обсуждение отдельных тем); внешние признаки (символы) принадлежности к той или иной социальной группе (в том числе, маргинальной, анти-социальной) – значок о высшем образовании, обручальное кольцо, специфическая прическа, татуировки, пирсинг ...

Наблюдение, что важно подчеркнуть, позволяет дать оценку и особенностей интеллектуального развития (зрелости) пациента, к примеру: грамотное отношение к контексту ситуации обследования, понимание ролевых позиций и статусов исследователя и испытуемого; уместность наблюдаемых поведенческих реакций в ситуации обследования, контроль поведения; умение четко соблюдать требования инструкций при выполнении заданий; дифференцированность (разнообразие, уместность) мимических и пантомимических реакций, гармоничность движений (в значительной степени коррелирует со зрелостью высших корковых механизмов регуляции движений и, т.о., с отсутствием первичных препятствий к общему развитию со стороны «органического» компонента созревания); уместность в

«социальном оформлении внешности», учитывающую специфику ролей и статусов участников обследования...

С одной стороны, профессиональная подготовленность может существенно усилить эффективность наблюдения (знание того как выглядят пьющие или наркоманы «со стажем», как выглядит «бытовая запущенность», специфический запах бесприютных людей ...), с другой стороны, с опытом возникает опасность предвзятого суждения, наклеивания «ярлычков» («стигматизация») на людей малознакомых или совсем незнакомых.

Отсюда – требование обязательного подтверждения данных наблюдения – данными других методов.

В методических разработках по патопсихологии имеется прекрасный опыт количественной оценки многих особенностей поведения при использовании метода наблюдения, который можно использовать и врачам общей практики, в частности врачам-педиатрам [14, 16]

2.2. «Беседа». Чрезвычайно важны такие характеристики личности, сравнительно легко «читаемые» по ходу общения как: собственно готовность к установлению доверительных отношений, опыт доверительного общения; согласованность / рассогласованность вербальных и невербальных реакций по ходу коммуникации, особенно при обсуждении «горячих» тем; отношение к заболеванию, его развитию, возможному исходу; легкость и адекватность (с точки зрения психологических требований) вступления в контакт; «лингвистический портрет личности» (словарный, стилистический, акценты, сленг и проч.); инициативность в вопросах; умение / неумение посмеяться, подшутить над собой, что часто сопровождает адекватную самооценку (при неумении посмеяться над собственными промахами и недостатками встает вопрос о завышенной или заниженной самооценке)...

В оценке интеллектуальных возможностей, соответственно, важны: вопросы (количество и качество); словарный запас и грамотность речи; внушаемость; скорость ответов на вопросы (по существу, это скорость понимания сути вопроса и скорость подготовки ответа «по существу»); понимание подтекста, скорость понимания метафор, образов, сравнений; пассивность в беседе, удовлетворенность минимумом информации, безынициативность; наличие и точность чувства юмора.

Признаками невысоко интеллекта, фиксируемыми в беседе, можно считать: явное отсутствие системности в том, о чем говорит ваш собеседник, логика (цель, порядок аргументов, их полнота и проч.) высказываний не просматривается; поверхностный анализ фактов по обсуждаемой проблеме

(обращается внимание скорее на внешнюю, яркую, эмоциональную сторону событий, чем на их глубинный смысл); необоснованные заключения, ни из чего не вытекающие (логика желания заменяет логику рассуждений); выраженная примитивность заключений и выводов; противоречия собственным посылкам, на которых первоначально строился план рассуждений (соблюдение только внешнего сходства с рассуждениями и не понимание самой сути полемики), явно абсурдные заключения и выводы по обсуждаемым проблемам; необоснованная категоричность утверждений (желаемое «выдается» за действительное); чрезмерная обидчивость по незначительным поводам (невысокой общий уровень понимание, как правило, сопровождается напряжением, страхом быть осмеянным и повышенной подозрительностью; часто в качестве превентивной меры выбирается агрессия).

Как мы видим, собственно психодиагностические методик оценки интеллекта могут быть существенно верифицированы наблюдениями и беседой, подкрепленных результатами анамнестической беседы [4].

2.3. «Анамнез». Выраженные личностные характеристики можно оценить при изучении не только объективного анамнеза (истории развития личности), но и субъективного анамнеза (формирования личности и начала заболевания): субъективной оценки пациентом «благополучности» / «неблагополучности» судьбы (степень «пристрастности» в выборе тех или иных событий, объективно произошедших с пациентом); степени субъективной значимости тех или иных событий, внешне не носящих характер «объективных» (встреча с исключительным человеком, чтение определенных книг, просмотр фильмов и т.д.); мнения о том кто именно несет ответственность за происходящее (вклад собственных усилий в происходящее, в частности переживание наличия / отсутствия вины за начало заболевания...); субъективно переживаемых кризисов становления личности (совпадение / несовпадение их с кризисами, выделенными, к примеру, Э. Эриксоном); образа жизни, в рамках которого сформировалась личность пациента, «следы» этого в устройстве современной жизни; наличия / отсутствия «сети социальной поддержки» (родственники, друзья, знакомые ...), ее история, современное состояние, качество и проч.

Оценка развитости познавательной сферы может быть подготовлена анализом: широты кругозора, эрудиции (сформированности адаптационных умений в разных сферах жизни); глубины (развернутости, детализированности, обобщенности интереса в рамках конкретной темы)

познавательных интересов; наличия / отсутствия «познавательных» хобби; истории и планов профессионального роста; познавательной активности, стремления учиться там, где это удастся, а не только в рамках специальных учебных заведений; наличие / отсутствие размышлений о жизненной перспективе, о месте «сегодняшнего дня в обустройстве будущего...».

2.4. Психологические задания, построенные по типу «функциональных проб» [1, 8]. Как отмечают Л.И. Вассерман и О.Ю. Щелкова: «... одним из основных принципов проведения патопсихологического эксперимента является построение его по типу функциональной пробы, когда та или иная психическая функция изучается в условиях повышенной нагрузки на эту функцию. ... В отличие от тестов, использование функциональных психологических проб позволяет прибегать к гибкой тактике проведения исследования (например, менять инструкцию, оказывать больному дозированную помощь) и оценке его результатов» [3, С. 126].

В сфере психиатрии функциональные пробы сыграли важную историческую роль, послужив прообразом психодиагностического исследования. Мы бы хотели обратить внимание на то, что и в настоящий момент нет достаточных оснований отказываться от признания их целесообразности и прекращения усилий по дальнейшему психологическому изучению практики их применения. Проблемы исследования психического статуса больного остаются актуальными и в работе врачей-психиатров, и врачей-наркологов и врачей других специальностей.

Конкретными условиями, формирующими такой запрос могут быть, к примеру, условия отделений для хронически больных, работа в домах-интернатах различной направленности, при острых и подострых состояниях и др. Подчеркнем, потребность в применении указанных проб часто возникает в условиях, где нет возможности обратиться к медицинскому психологу.

Отдельной важной задачей, возникшей в настоящее время, становится вооружение врачей общей практики (врачей-педиатров, семейных врачей и врачей самых различных специальностей) «пропедевтическими навыками» применения тех или иных функциональных проб для решения задач, связанных с диспансеризацией. К примеру, в программах диспансеризации детей (в стандартных оценочных программах сформулирован специальный вопрос, на который должен быть дан обоснованный ответ) врач-педиатр поставлен перед проблемой оценки психического состояния ребенка в области эмоционального развития, развития познавательной сферы, развития

произвольной регуляции поведения. Чтобы вынести обоснованное суждение об имеющихся «отклонениях» или «нормальном развитии» психической сферы ребенка, врача-педиатра просто необходимо подготовить к применению таких функциональных проб (например, как проанализировать «рассказ по сюжетной картинке» или оценить доступный уровень абстрагирования). Подчеркнем, во-первых, осмотр каждого ребенка психологом или психиатром просто технически невозможен; во-вторых, в поле зрения работы врача-педиатра дети от рождения – до 18-лет! (больше половины кризисов формирования личности – по Э. Эриксону – приходится на этот возрастной промежуток) [7, 15].

Врачу, безусловно, предоставлена возможность направить ребенка на дополнительную консультацию и к психологу, и к психиатру, но, во-первых, всех детей не пошлешь к узким специалистам; во-вторых, и мы считаем это главным, врач должен «увидеть» (поставить перед собой) эти вопросы во всей их сложности, не ограничиваться поверхностными (житейскими, примитивными, поверхностными) суждениями.

Ряд ответов на поставленных нами в данной публикации вопросов был апробирован в разработке методических рекомендаций для проведения диспансеризации детей в 2003 году [9, 11].

Проблема оценки нервно-психического здоровья взрослых (при диспансерном осмотре населения) не менее актуальна, поскольку по этому направлению практически нет развернутых научно-методических разработок. Не смотря на то, что под эгидой ВОЗ прошел Всемирный год психического здоровья, практика внедрения медицинской психологии, элементов психиатрии, психотерапии (дисциплины, которая отсутствует в федеральном компоненте профессиональной подготовки врача) еще не сложилась. Соответственно, признаки депрессии, алкоголизации, пресуициальные состояния, дистрессовые переживания (являющиеся благодатной почвой для формирования психосоматических расстройств), состояния «психического выгорания», признаки «моббиинга» и проч. и проч., – остаются вне сферы профессиональных интересов врачей, проводящих диспансеризацию.

Мы убеждены, что в подобных вопросах необходимо создавать и развивать различные варианты профессионального взаимодействия между медицинскими психологами и врачами общей практики.

2.5. Скрининговые методики в последнее время, во многом благодаря внедрению принципов доказательной медицины, все шире используются врачами общей практики. Примерами могут служить инструментарий для

оценки риска хронической алкогольной интоксикации [12], уровня социальной фрустрированности [10], уровня психологического благополучия [13] и др.

В этом движении вновь возникает и становится актуальным вопрос о разграничении компетенций врача и медицинского (клинического) психолога. Скрининговые по своему характеру методики, широко проникающие в медицинскую практику, начинают конкурировать с психодиагностическим инструментарием профессионального медицинского психолога. К примеру, методика оценки «профиля» копинг-реакций (или, аналогично, оценка системы психологических защит личности) подается как разработки «для врачей и психологов»... Очевидно, что врачи, не имеющие в своей программе профессиональной подготовки (аналогично, и в программах профессиональной переподготовки), пропедевтических навыков психодиагностики могут использовать лишь «вершки», предлагаемых методик, обойдя вниманием «корешки» психологических концепций и теорий, из которых собственно и «растут» предлагаемые методы.

2.6. Стандартизированные оценочные шкалы.

Мы выделяем в отдельный подкласс «Общеклинических методов изучения личности» группу методов, которые в практике здравоохранения ставят задачу комплексной оценки состояния человека (на момент обследования) в широком жизненном контексте. Наиболее ярко эта проблема отражается в опросниках «качества жизни».

В таких случаях, несомненно, положительным является то, что мы видим жизненную ситуацию в целом. Например, опросник ВОЗКЖ-100: «Окончательная структура сфер, составляющих ядерный модуль, такова:

Г. Общее качество жизни и состояние здоровья.

I. Физическая сфера (F 1. Физическая боль и дискомфорт; F 2. Жизненная активность, энергия и усталость; F 3. Сон и отдых)

II. Психологическая сфера (F 4. Положительные эмоции; F 5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции); F 6. Самооценка; F 7. Образ тела и внешность; F 8. Отрицательные эмоции)

III. Уровень независимости (F 9. Подвижность; F10. Способность выполнять повседневные дела; F11. Зависимость от лекарств и лечения; F12. Способность к работе)

IV. Социальные отношения (F13. Личные отношения; F14. Практическая социальная поддержка; F15. Сексуальная активность)

У. Окружающая среда (F16. Физическая безопасность и защищенность; F17. Окружающая среда дома; F18. Финансовые ресурсы; F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество); F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков; F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование; F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность); F23. Транспорт)

УІ. Духовная сфера (F24. Духовность/религия/личные убеждения) [5].

Профессиональным психологам, как и всем, кто работает с пациентом в рамках бригадной формы оказания помощи, крайне важно видеть подобную картину в целом. Вместе с тем, возникает опасность «упрощенной» оценки собственно психологической составляющей. В некоторой степени это повторяет положение, которое нами уже было сформулировано: кажущаяся простота и очевидность описания «вершков» резко контрастирует с объективной сложностью понимания «корешков». Как следствие это приводит к крайнему упрощению (или даже неразборчивости) в выборе средств коррекционной программы помощи.

В заключении хотелось бы еще раз подчеркнуть, мы полагаем, что психологическое сопровождение психодиагностической (в широком смысле) деятельности врачей самых разных специальностей, обучение навыкам психологического анализа поведения личности среднего медицинского персонала, – может существенно повысить качество медицинской помощи за счет уточнения адресности усилий и выявления дополнительных направлений (мишеней) терапевтической работы.

Мы также убеждены, что дискуссии вокруг методов исследования в клинической психологии могут иметь целью не только «разведение» специалистов по своим сферам компетенции, но «сведение» их в одном общем процессе.

Литература

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под ред. И.А. Полещука, А.Е. Видренко. 2-е изд., перераб. и доп. – Киев: Здоров'я, 1979. – 124 с.

2. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клиничко-психологическая оценка уровня развития в клинической и судебно-психиатрической экспертной практике. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2003. – 128 с.

3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. – СПб.-М., 2003. – 736 с.

4. Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Беседа как интерактивный метод клинико-психологической диагностики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.08.2011)

5. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. Пособие для врачей и психологов. / Под ред. М.М. Кабанова. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 24 с.

6. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. – М., 1999. – 224

7. Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка – пациента соматической клиники. Практикум. Учебное пособие для студентов педиатрического факультета медицинских вузов. – Красноярск-Ярославль, КрасГМА-ЯГМА, 2006. – 88 с.

8. Медико-психологическая характеристика личности пациента психиатрической клиники. Учебное пособие для студентов лечебного факультета / Составители: Урываев В.А., Большакова Т.В.. – Ярославль: ЯГМА, 2005. – 88 с.

9. Медико-психологическая характеристика личности ребенка – пациента психиатрической клиники. Учебное пособие для студентов педиатрического факультета / Составители: Урываев В.А., Большакова Т.В.. – Ярославль: ЯГМА, 2006. – 92 с.

10. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение. Методические рекомендации / Авторы-составители: Вассерман Л.И. и колл. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. – 26 с.

11. Оценка нервно-психического здоровья детей в ходе диспансеризации. Учебное пособие для студентов педиатрического факультета / Составители: Урываев В.А., Черная Н.Л., Горохов В.А. – Ярославль: ЯГМА, 2005. – 80 с.

12. Петров Д.В. Диагностика, лечение и профилактика расстройств, вызванных употреблением алкоголя. – Ярославль, ЯГМА, 2003. – 136 с.

13. Петров Д.В. Использование скрининговой шкалы оценки субъективного благополучия в работе кабинета медицинской профилактики / Д. В. Петров, В. А. Урываев // Экология человека. – 2011. – №2. – С. 39-42

14. Психологическая дифференциация нарушений развития у старших дошкольников. Методические рекомендации. / И.А. Коробейников, В.И. Лубовский / Отв. ред. В.В. Ковалев – М. – 1982. – 34 с.

15. Урываев В.А., Ковалевский В.А. Введение в педиатрическую психологию. Практикум. Учебное пособие для студентов педиатрических факультетов медицинских институтов. – Ярославль-Красноярск: ЯГМА-КрасГМУ, 2009. – 88 с.

16. Экспериментально-психологическое исследование детей в период предшкольной диспансеризации. Методические рекомендации / Л.Н. Поперечная, И.А. Коробейников, С.Я. Рубинштейн, В.П. Зухарь / Отв. ред. А.А. Портнов. – М. – 44 с.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

О.Ю. Щелкова

Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии
Olga.psy.pu@mail.ru

Патопсихологические нестандартизованные методы, разработанные в школе Л.С. Выготского – А.Р. Лурия – Б.В. Зейгарник, составляют «золотой фонд» отечественной клинической психодиагностики. Они реализуют неформализованный индивидуализированный подход к выявлению механизмов нарушений познавательной деятельности и личности при психических заболеваниях и, несмотря на невозможность применения к ним психометрических критериев, позволяют получить объективные и диагностически значимые данные. Это объясняет их широкую востребованность в клинике.

В преддверии конференции, посвященной 100-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн, внесший огромный вклад в разработку, научное обоснование и практическое применение нестандартизованных методов патопсихологии, целесообразно рассмотреть, какое место занимают эти методы в системе современной медицинской психодиагностики.

На кафедре медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета в течение ряда лет проводится анализ методологии и методов современной зарубежной и отечественной психологической диагностики в приложении к медицине и здравоохранению [5, 18]. В этих исследованиях показано, что в современных

условиях клинического патоморфоза психических заболеваний, возрастания числа «стертых», атипичных, пограничных, а также психосоматических заболеваний, состояний предболезни и состояний, вызванных кризисными и экстремальными ситуациями, существенно возрастает внимание врачей и психологов к роли психических факторов в развитии и компенсации этих состояний. Очевидно, что роль психологических исследований в этих условиях повышается, и медицинская психодиагностика превращается в самостоятельную системную профессиональную деятельность психологов по изучению целостной личности человека и ее роли в возникновении, течении, лечении и профилактике разнообразных – традиционных и связанных с новым этапом развития цивилизации – заболеваний и состояний психической дезадаптации.

Методическую основу медицинской психодиагностики составляют разнообразные взаимодополняющие методы психологического исследования. Среди них – как специально разработанные, собственно медико-психологические методы, так и заимствованные из общей, социальной, дифференциальной и экспериментальной психологии. Многообразие методических подходов и методов обуславливает существование различных систем классификации, которые имеют не только прикладной характер, но и важное теоретико-методологическое значение. Как отмечал Б.Г. Ананьев [1], управление ходом развития науки, прогнозирование главных тенденций ее прогресса, планирование научных исследований требует фундаментального знания о реальном состоянии научного аппарата данной науки, его имеющихся возможностях и оптимальном соотношении различных методов в общей методологической структуре.

Одна из первых систематик методов психологического исследования была предложена С.Л. Рубинштейном [12], который выделял в качестве основных методов наблюдение и эксперимент. Эти методы и в настоящее время составляют основу всего научного и методического аппарата психологии и в литературе нередко обозначаются как клинко-психологический метод (клинический метод в психологии) и экспериментально-психологический метод [5]. Другая известная классификация, охватывающая практически весь диапазон методов психологической диагностики, выделяет два глобальных класса: стандартизованные (тестовые), измерительные методы и экспертные или клинические методы. Это разделение методов на измерительные и экспертные вытекает из двух известных в науке подходов к исследованию

реальности – номотетического и идеографического [3, 6, 9]. Номотетический подход предполагает существование некоторых общих законов, которым подчиняются все явления данной предметной области. В психодиагностике он опирается на количественные методы исследования. Идеографический подход вытекает из представления об уникальности, неповторимости каждой личности и предполагает описательные методы исследования. В соответствии с этим выделяют номотетические или измерительные методики и идеографические или описательные методики.

В определенном соответствии с приведенными методическими подходами разрабатываются классификации методов психодиагностики, основаниями которых служит мера «объективности – субъективности», которой обладают результаты психодиагностического исследования. В случае объективных методик (например, тесты интеллекта с выбором ответа, личностные тесты-опросники) влияние психолога на результаты минимально; в случае субъективных методик (например, проективные методики, метод наблюдения, психологическая беседа) результаты в значительной степени зависят от опыта психолога [17].

Нестандартизованные патопсихологические методы, разработанные и описанные в классическом руководстве С.Я. Рубинштейн [13], представляют особый класс методов психологической диагностики, одновременно являясь экспериментальными (предполагающими инструментальное оснащение и регламентированную процедуру проведения в лабораторных условиях) и построенными на экспертной оценке (субъективными, клиническими). Таким образом, эти методы, являясь экспериментально-клиническими, синтезируют особенности и достоинства двух психодиагностических подходов. Следует отметить также, что экспериментально-клинические методы патопсихологии являются одними из наиболее разработанных в теоретическом и практическом отношении среди других методов медико-психологической диагностики. Они объединяют в себе лучшие традиции классической психиатрии (ряд из них был предложен выдающимися зарубежными клиницистами Э. Крепелиным, К. Гольдштейном и др.) и клинической психологии (внимательное, сочувственное наблюдение, интуитивное понимание больного человека) с новаторскими тенденциями к опытному, экспериментальному исследованию психических функций и состояний.

Как известно, разработка обсуждаемых методов велась в определенных исторических условиях, когда психологическая наука находилась под жестким идеологическим прессом. Проведенный исторический анализ [18]

показывает, что и в этих условиях медицинская психодиагностика в нашей стране смогла сохранить и продолжить свои традиции. Ее существенной особенностью на всех этапах развития была и остается выраженная установка на многосторонность и целостность изучения психики в норме и патологии. Другой существенной особенностью является несхематический, индивидуализированный, диалогический характер проведения психологического исследования, а также содержательный, не ограниченный формализованными методами анализ получаемых данных, позволяющий выявить психологические механизмы нарушений психической деятельности. Эти особенности выражают устойчивые традиции отечественной медико-психологической школы, которые не были нарушены и в период изоляции от мировой науки и недоступности психометрических методов исследования.

Именно в этот период в Московской психологической школе был разработан класс клинико-экспериментальных нестандартизованных патопсихологических методов, построенных по принципу функциональной пробы, позволяющий анализировать не конечный результат исследования (как это происходит в психометрии), а сам ход решения мыслительных задач, динамику запоминания, избирательность внимания, неадекватность самооценки и эмоционально-личностного реагирования и тем самым выявлять специфические для отдельных нозологических форм патопсихологические синдромы [7]. Как отмечалось, огромный вклад в разработку этих уникальных методов исследования и принципов патопсихологического эксперимента внесла Сусанна Яковлевна Рубинштейн.

Несмотря на то, что патопсихологические методы создавались с определенными практическими задачами клиники, их существенной особенностью является истинная научность. Знакомство с руководством С.Я. Рубинштейн [13] убеждает, что разработка простых в применении методик патопсихологии опиралась на глубокое знание законов общей, дифференциальной и экспериментальной психологии, природы и структуры изучаемых психологических феноменов, на знании закономерностей процесса психологического исследования, включая социально-коммуникативные и этические аспекты взаимодействия психолога с испытуемым. Эта разработка основывалась также на представлениях современной науки о соотношении психической нормы и патологии, биологического и социального, осознанного и бессознательного в психической жизни человека. В ее основе лежали клинические представления о соотношении общемозговых и локальных, органических и

психогенных факторов в этиологии и патогенезе нарушений психической деятельности, о роли психологических факторов в лечении и социальной реабилитации больных.

В связи с этим можно считать, что значение методов патопсихологии – неформализованных и гибких, способных выявлять тонкие, едва намечающиеся нарушения психики при различных формах патологии, в настоящее время сохраняется и возрастает. Это возрастание во многом обусловлено современными тенденциями развития клинической психодиагностики на Западе и в нашей стране, которые, в свою очередь, отражают общие закономерности развития медицины и медицинской (клинической) психологии. К таким тенденциям, в частности, можно отнести смещение исследовательского интереса с больших нозологических форм к отдельным синдромам психических расстройств; доминирующие ранее теоретические модели сменяются новыми, связанными с конкретными клинически оформленными расстройствами и в этой ситуации наблюдается выраженная ориентация диагностики на лечение и реабилитацию, которые должны быть эффективными и экономичными. В этих условиях возрастания прагматичности психологической науки и практики особую ценность приобретают методы, предназначенные не для проведения массовых популяционных исследований, но позволяющие осуществлять анализ «конкретного случая» с опорой на современное психологическое знание, с одной стороны, интериоризованное в личном опыте клинического психолога, а с другой – опирающиеся на объективные критерии.

Таким образом, требование объективности и верифицированности данных выступает как одно из основных требований, предъявляемых сегодня к методам психологической диагностики, которая нередко отождествляется с психологическим тестированием, а под психодиагностическими методами понимаются только те, которые отвечают требованиям психометрии. В связи с этим в настоящее время приобретает особую остроту вопрос, к которому не раз обращались клинические психологи, – вопрос о возможности стандартизации патопсихологических методов. Рассмотрим, какие ответы на этот вопрос могут быть получены сегодня.

Известно, что нестандартизованные патопсихологические методы специально разрабатывались для исследования определенных нарушений познавательных психических процессов и личностно-мотивационной сферы и используются в психологическом эксперименте гибко и вариативно в связи с направленностью на решение конкретных клинико-диагностических задач.

Поскольку каждый клинический случай уникален, воспроизводимость результатов такого исследования затруднена. В связи с этим некоторые авторы говорят об известной ограниченности патопсихологических методов, о том, что при их использовании теряется одна из наиболее сильных сторон экспериментально-психологического исследования – возможность получения сопоставимых количественных данных у разных испытуемых и возможность выработки нормативов. В то же время создателями патопсихологического подхода нестандартизованность, возможность исключительно неформализованного, качественного анализа данных рассматривается не как уровень разработки методов, а как их принципиальная особенность – «нестандартизуемость» [7, 13]. В этих условиях, подчиняясь требованиям сегодняшнего дня (требованиям объективности и квантификации данных), невозможно просто провести стандартизацию патопсихологических методов, превратив их в тесты; это значительно снизило бы диагностические возможности и противоречило бы сути патопсихологических методов.

В лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург) предложен один из возможных подходов к обеспечению сопоставимости и надежности данных исследования мышления с помощью набора патопсихологических (нестандартизованных) методик, который предусматривают определенную схему проведения исследования. Эта схема, являясь довольно формализованной, позволяет, в то же время, сохранить их пластичность и индивидуализированность. Суть подхода состоит в том, что сопоставимость и надежность данных нестандартизованных методов исследования мышления обеспечивается 1) регламентацией процедуры исследования и 2) унификацией факторов анализа результатов исследования [10].

Регламентация процедуры исследования, способствующая повышению надежности психодиагностических методик, предполагает, прежде всего, единообразие хода исследования: одинаковые для всех испытуемых условия работы, временные ограничения, однотипный характер инструкции, способы и особенности контакта с испытуемым, порядок предъявления заданий, проведения опроса и коррекции решений испытуемого. Анализ результатов исследования также предполагает определенную процедуру, которая обеспечивает возможность однозначного оценивания ответов испытуемого, вне зависимости от специфики конкретного метода и установки экспериментатора; она формализует оценку первичного результата и

позволяет сопоставлять данные патопсихологического исследования мышления у отдельных больных.

При использовании унифицированной схемы (как и в случае традиционного проведения патопсихологического исследования) анализируются три группы факторов: статические (операциональные), динамические и эмоциональные характеристики мышления [10]. Статические характеристики включают анализ таких параметров как уровень абстрактности, стандартность и адекватность ответа испытуемого. Динамические характеристики мышления оцениваются согласно систематике нарушений мышления Б.В. Зейгарник [7]: оценивается темп мышления, последовательность суждений (устойчивость – лабильность), инертность – пластичность. Эмоциональные характеристики мышления отражают наполненность ответа испытуемого личностным содержанием: его сугубо формальный, либо, напротив, проективный, индивидуально-значимый характер.

На основании качественного анализа отмеченных характеристик мышления по всем трем факторам проводится формализованная оценка, которая является предпосылкой для последующего введения стандартизации. Таким образом, унифицированная процедура проведения и оценки результатов исследования с помощью нестандартизованных методов исследования мышления позволяет получить сопоставимые данные и приблизиться к выработке четких нормативных показателей для большинства методик. Многофакторная этапная схема интерпретации данных позволяет с достаточной полнотой проанализировать результаты исследования, не сужая спектр качественных характеристик. В целом, подход, предложенный Б.Г. Херсонским и И.Н. Гильяшевой [10] способствует более объективной и надежной оценке экспериментально-психологических данных. Этот подход, в частности, реализуется при проведении и анализе данных методики «Пиктограммы» [14].

Обобщая, можно сказать, что одной из важных и, на наш взгляд, позитивных сторон патопсихологического эксперимента является зависимость его результатов от личного опыта психолога. Присущий патопсихологическим методам исключительно аналитический, качественный способ обработки данных требует высокой квалификации и личной ответственности психолога. Современные тенденции к формализации процедуры патопсихологического исследования и анализа данных могут способствовать большей объективности получаемой информации, однако и в

этом случае роль психолога, осуществляющего анализ и интерпретацию результатов, остается значительно более ответственной, чем при использовании других психодиагностических средств, а требования к его квалификации – более высокими.

Говоря о современном статусе и перспективах развития патопсихологических методов в системе медицинской (клинической) психодиагностики, следует отметить, что диалектические процессы, происходящие во всех областях науки, тенденция к дифференциации и, одновременно, к интеграции научного знания, развитие новых междисциплинарных направлений исследований отразились и на психологической диагностике. В настоящее время эта прикладная научно-практическая дисциплина не только опирается на методологические принципы, теоретические и практические знания других областей науки, но активно взаимодействует с ними, привлекая свои – клинический (глубинный, идеографический) и экспериментальный, подходы к изучению познавательной деятельности, личности, поведения, психики в целом, как в норме, так и в патологии. Ярким примером интеграции наук и междисциплинарного подхода к решению практических задач в области медицинской психологии является компьютерная психодиагностика [15, 16].

На первый взгляд углубленное индивидуализированное патопсихологическое исследование, основным принципом которого является качественный анализ хода и результатов исследования, а важным диагностическим признаком – характер контакта с испытуемым [13], не совместимо с технизацией. Однако современные компьютерные технологии позволяют создавать психодиагностические информационные экспертные системы, существенно отличающиеся от разрабатываемых в предыдущие годы компьютерных версий психодиагностических методик, по сути, представляющих собой аналоги их бланковых вариантов. Технология искусственного интеллекта (в частности, технология инженерии знаний [15]) позволяет создавать компьютерные психодиагностические методики как экспертные системы, накапливающие и использующие опыт клинических психологов по исследованию больных. Такие компьютерные интеллектуальные психодиагностические системы осуществляют полный цикл психологического исследования, включая интерпретацию результатов с помощью «прошитога» в компьютер опыта работы клинического психолога.

В этих условиях недостатки внедрения компьютера в «таинство» классического патопсихологического эксперимента компенсируются все

возрастающими возможностями информационных систем. Следует учитывать, что патопсихологический диагностический эксперимент подчиняется общим законам психологического экспериментирования и предполагает искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека в норме и патологии. Для такого эксперимента характерно активное и целенаправленное воздействие исследователя на испытуемого с одновременной регистрацией изменений изучаемого психологического фактора. В клинической диагностике психологический эксперимент представляет известную модель жизненной ситуации, которая способна выявлять (объективировать) особенности и нарушения, как отдельных психических функций, так и личностных отношений, установок, мотивов деятельности [13]. Кроме того, проведение психологического эксперимента в клинике отличается от экспериментального исследования психически здоровых людей. Это отличие обусловлено измененным болезнью психическим состоянием испытуемого, накладывающим отпечаток на понимание и удержание в памяти инструкций, темп и другие динамические характеристики умственной деятельности (инертность, непоследовательность), понимание смысла вопросов, отношение к процедуре исследования [7, 13]. Таким образом, патопсихологический диагностический эксперимент предполагает сложную взаимосвязь множества факторов, которые должен учитывать психолог при обобщении материалов исследования. Такому всестороннему учету и анализу данных психологического исследования может способствовать быстрое действие компьютерной техники, а обобщению – экспертная психодиагностическая информационная система, интегрирующая и накапливающая опыт психологов по интерпретации данных психологического исследования.

Следующим шагом на пути развития компьютерной патопсихологической диагностики может стать разработка информационных систем, которые синтезируют в психодиагностическом заключении данные, полученные с помощью отдельных методик, и одновременно – данные, полученные клиничко-психологическим путем. Подобный синтез, безусловно, будет способствовать индивидуализации психологического исследования. В этом смысле сохраняет актуальность призыв к медицинским психологам, заключенный в названии статьи Л.И. Вассермана с соавт.: «Компьютерная психодиагностика: назад к клиничко-психологическому методу» [4].

Кроме того, важным является создание баз данных для отдельных диагностических групп больных. В этом случае индивидуальная психологическая диагностика сможет проводиться с использованием накопленной психодиагностической информации для целых клинических групп, а также с учетом пола, возраста, образования и других социально-демографических характеристик исследуемых лиц. Такой процесс может иметь воспроизводящийся (цепной) характер и в итоге привести к разработке самообучающихся компьютерных психодиагностических систем.

Перспективным направлением является также разработка таких компьютерных систем, в которых возможен диалоговый режим общения с психологом непосредственно в процессе индивидуальной психодиагностики., а также тестирование, позволяющее проследить процессуальную сторону выполнения мыслительных задач, выявлять индивидуальные стратегии принятия решений, анализировать затруднения, которые испытывает испытуемый при выполнении заданий различного типа [11]. Подобное компьютерное исследование моделирует процесс нестандартизованного патопсихологического исследования мышления и позволяет наметить пути дальнейшего развития изучения интеллектуальной деятельности с учетом не только уровневых, но и содержательных характеристик.

Таким образом, выделяя перспективы развития медицинской психодиагностики [8], можно с уверенностью сказать, что они во многом связаны с использованием новых информационных технологий, открывающих широкие возможности проведения принципиально новых видов психологического эксперимента (с использованием богатого разнообразия стимулов разной модальности и адаптирования их к возможностям испытуемого, с использованием обратной связи, информационного взаимодействия с испытуемым, моделированием процессуальной стороны принятия решений), а также новых методов обработки и анализа экспериментально-психологической информации вплоть до интерпретации полученных данных, построенной на основе использования экспертного опыта. В этом случае основные принципы патопсихологического эксперимента, сформулированные Б.В. Зейгарник [7] и С.Я. Рубинштейн [13], не нарушаются и сохраняют свою актуальность. Построенный на этих принципах патопсихологический эксперимент в полной мере может реализовать предъявляемые к медико-психодиагностическому исследованию требования – выявление и

сопоставление структуры как измененных, так и сохранных форм психической деятельности.

В заключение необходимо отметить, что, в области методологии современной медицинской психодиагностики остается немало проблем. В значительной степени это связано с периодом вынужденной изоляции отечественной психодиагностики от мировой. В то же время, следует еще раз подчеркнуть, что в период недоступности психометрических методов исследования в нашей стране не прекращались теоретические разработки в области изучения познавательной деятельности и психологии личности, поиски новых методологических подходов к их исследованию в норме и патологии, к сближению медицины и психологии. В области исследования нарушений психической деятельности при различных формах нервно-психической патологии это привело к возникновению самостоятельного класса нестандартизованных методов психодиагностики, анализирующих не конечный результат выполнения испытуемым экспериментальных заданий, а сам ход решения мыслительных и других познавательных задач, а также характер поведения, мотивации испытуемого в процессе исследования. Этот класс методик, сформированных по принципу функциональной пробы, был разработан школой пато- и нейропсихологии Московского университета и в течение долгих лет выступал как единственный приемлемый (разрешенный) и в то же время адекватный путь экспериментального исследования психической деятельности в клинике. Настоящий этап развития клинической психодиагностики требует их дальнейшего развития и интегрирования в мировую систему клинической психодиагностики.

Литература

1. Ананьев Б.Г. О методах современной психологии // Психодиагностические методы (в комплексном лонгитюдном исследовании студентов) / Под ред. Б.Г. Ананьева. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1976. – С. 13-35.
2. Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. – 7-е международн. изд. – СПб.: Питер, 2001..

3. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика. – СПб.: Питер, 2002..
4. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Компьютерная психодиагностика: назад к клинико-психологическому методу // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – С. 62-70.
5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. – СПб. – М.: Изд. Центр «Академия», 2003. –
6. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология: учебное пособие. – 2-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2006..
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учебное пособие / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ЭКСМО, 2008.
8. Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Перспективы развития медицинской психодиагностики с позиций системного подхода // Современная психология: методология, парадигмы, теория: Материалы научной конференции «Ананьевские чтения – 2009», – Выпуск 2. / Под ред. Л.А. Цветковой, В.М. Аллахвердова. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2009. – С. 317-320.
9. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. – СПб.: Питер, 2006.
10. Нестандартизованные психодиагностические методики исследования мышления – обеспечение сопоставимости и надежности данных: метод. пособие / Авторы-сост. Б.Г. Херсонский, И.Н. Гильяшева. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
11. Психологическая диагностика: учебное пособие / Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. – 2-е изд., испр. – М.: Изд-во УРАО, 2000.
12. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М.: Учпедгиз, 1940.
13. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Медицина, 1970.
14. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: «Сенсор», 2000. – 125 с.
15. Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. – М.: Изд. Центр «Академия», 2002.
16. Червинская К.Р., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Новые информационные технологии в клинической психодиагностике //

Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2004». – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2004. – С. 177-184.

17. Шмелев А.Г. и коллектив. Основы психодиагностики. – Ростов н/Д: Феникс, 1996.

18. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование): Автореф. ... докт. психол. наук. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2009. – 49 с.

МЕТОДОЛОГИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Ф.С. Сафуанов

Сербского, МГППУ, Москва

safuanovf@rambler.ru

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. В соответствии с уголовно-процессуальным (ст.201 УПК) и гражданским процессуальным (ст.82 ГПК) законодательствами и ст. 23 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» комплексной является комиссионная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей. Разграничение функций экспертов выражается в том, что эксперты проводят исследования только в рамках своей компетенции, указывая, какие исследования и в каком объеме он провел, какие факты установил и к каким выводам пришел. При этом каждый эксперт подписывает ту часть заключения комплексной судебной экспертизы, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность. Процессуальный статус комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) позволяет в экспертном заключении формулировать как интегративные (синтезирующие) выводы, так и выводы эксперта одной специальности. В первом случае формулируются выводы комплексного экспертного исследования, входящие в совместную компетенцию экспертов разных специальностей, а во втором – выводы, которые входят в компетенцию эксперта лишь одной специальности.

При проведении КСПЭ психолог выступает в двух ролях.

На **первом этапе** производства комплексной экспертизы психолог проводит экспериментально-психологическое исследование подэкспертного лица, и его письменное заключение по результатам экспериментального исследования может быть использовано судебно-психиатрическим экспертом для правильного решения диагностических и экспертных вопросов, относящихся к компетенции судебной психиатрии. Экспериментально-психологическое исследование дополняет клиническое исследование, реализуя естественнонаучный, экспериментальный подход к психике человека как целостной системе, при этом сочетая качественный и количественный анализ патопсихологических данных и учитывая не только измененные, но и сохраненные стороны психической деятельности обследуемого. Эффективное использование патопсихологического материала в клинических целях обусловлено и применением психологом в ситуации судебной экспертизы всестороннего методического арсенала: как правило, при экспериментально-психологическом исследовании психолог использует до 10-15 методик, направленных на изучение особенностей познавательной деятельности (восприятия, внимания, памяти, мышления) и динамики умственной работоспособности, набор ориентированных на исследование личностных особенностей проективных методов, опросников. Кроме того, необходимость решения экспертных клинических вопросов, касающихся каких-либо периодов жизни испытуемого, позволяет привлечь метод психологического анализа различных документов (материалов уголовного дела, медицинской документации, содержащих объективные данные об особенностях развития человека, о психическом состоянии в интересующий суд период времени).

Вместе с тем возможность с помощью психологических методов выявлять и описывать особенности структуры самосознания, мотивации, раскрывать психологические механизмы поведения обуславливает более точное решение экспертных вопросов, касающихся установления и юридических критериев в разных видах судебно-психиатрической экспертизы. Особо высока роль использования психологических данных при судебно-психиатрической оценке пограничной психической патологии, когда клиническая квалификация психического состояния подэкспертного в юридически значимой ситуации не позволяет однозначно и с очевидностью решать вопросы о наличии или отсутствии того или иного юридического критерия, интересующего суд.

Как правило, судебно-психиатрический эксперт ставит перед медицинским психологом две задачи.

Когда возникают сложности клинической нозологической диагностики, психолог должен предоставить **дополнительные патопсихологические данные в целях дифференциальной диагностики**. Эта задача решается путем выделения патопсихологических симптомокомплексов – совокупности особенностей и нарушений познавательных и эмоционально-волевых процессов, имеющей в своей основе определенные психологические механизмы и относительно специфичные для той или иной клинической нозологии.

Задача **определения степени выраженности (глубины) нарушений психической деятельности** ставится перед психологом в основном при сомнениях экспертов-психиатров не при диагностике, а при определении способности больного (чаще всего это лица с органическими психическими расстройствами, с умственной отсталостью) адекватно понимать значение своих поступков и осуществлять их полноценную регуляцию. Экспериментально-психологическое исследование наряду с определением патопсихологического симптомокомплекса психических расстройств при решении этой задачи включает выявление следующих обязательных компонентов:

1. Общий уровень развития познавательной сферы.
2. Объем общих сведений и знаний испытуемого.
3. Принципиальная способность испытуемого ориентироваться в практических, житейских ситуациях.
4. Степень обучаемости.
5. Уровень развития эмоционально-волевых структур.

На **втором этапе** психолог выступает как самостоятельный судебный эксперт, обладающий всеми процессуальными правами и обязанностями, и использует данные собственного экспериментально-психологического исследования в совокупности с итогами центрального метода судебно-экспертного психологического исследования – ретроспективного психологического анализа материалов уголовного или гражданского дела и приобщенных к нему материалов – для обоснования и формулировки ответов на вопросы органа или лица, назначившего экспертизу, относящиеся к его компетенции.

Этапы планирования психодиагностического экспериментального

исследования. Полноценное планирование психодиагностического исследования требует четкого понимания структуры и этапов взаимодействия эксперта-психолога с органом, назначившим экспертизу, с одной стороны, и с подэкспертным лицом – с другой (рис.).

На **первом этапе** определяется **задача** психодиагностического исследования. При судебно-психологической экспертизе в роли «заказчика», определяющего задачи исследования, выступают судебно-следственные органы. Данные психодиагностического исследования, сформулированные в заключении КСППЭ, используются судом для принятия судебного (правового, юридического) решения.



Рис. Структура психодиагностической деятельности судебного эксперта-психолога.

Это обстоятельство ставит перед экспертом-психологом довольно непростую проблему формулировки своего психодиагностического заключения на понятном для заказчика языке. Экспертные выводы должны быть представлены таким образом, чтобы их могли полноценно использовать судебно-следственные органы, и в то же время они не должны терять своей психологической сущности, адекватно отражая исследуемое явление на высоком научном уровне, которым может обладать только профессионал, владеющий специальными познаниями в психологии. Как справедливо пишут А.И. Винберг, Н.Т. Малаховская (1979), «унифицированный язык судебного эксперта должен быть одинаково понятным как судебным экспертам, так и следственным и судебным работникам».

На **втором этапе** производства экспертизы психолог выделяет *предмет* исследования, т.е. уясняет, какое явление необходимо диагностировать.

В общем случае предмет психодиагностического исследования определяется вопросами, заданными эксперту органом, назначившим экспертизу. В то же время важное значение имеет предварительное ознакомление с материалами уголовного дела с четким представлением фабулы происшедшего. Дело в том, что некоторые вопросы судебно-следственных органов могут быть сформулированы достаточно обобщенно, и эксперт-психолог, основываясь на своих специальных познаниях в теоретической психологии (психологии личности, психологии познавательной деятельности, психологии эмоциональных явлений и т.д.), должен самостоятельно выделить те аспекты изучаемого явления, которым он должен уделить основное внимание. Например, при задаче исследования индивидуально-психологических особенностей подэкспертного судебно-следственные органы, как правило, не конкретизируют, какие стороны личности (ценностная сфера, мотивационное строение личности, черты личности, характер, темперамент и т.п.) подлежат исследованию и в каком объеме – это решает сам эксперт-психолог, исходя из предварительного анализа фабулы уголовного дела и существенных для дела фактов.

Кроме того, эксперт-психолог имеет право делать экспертные выводы, касающиеся тех обстоятельств, относительно которых не были заданы вопросы – очевидно, что выделение этих обстоятельств, подлежащих экспертному исследованию, также является прерогативой самого эксперта-психолога и должно основываться на его опыте, степени владения специальными познаниями в психологии и анализе материалов уголовного дела.

На **третьем этапе** планирования производства экспертизы решается самый важный вопрос – как именно исследовать подэкспертное лицо, какие *методы* применить в конкретном экспертном исследовании?

Не существует и не может существовать заранее подготовленного универсального набора психодиагностических методик, который можно было бы применить ко всем подэкспертным лицам. Каждая судебно-психологическая экспертиза – это уникальная процедура психодиагностического исследования с выбором конкретных методов исследования, зависящим от множества факторов.

Перечислим наиболее важные из них.

1. **Профессиональные знания эксперта-психолога в психодиагностике**, в частности, – владение различными методами исследования и понимание их направленности.

Эксперт-психолог должен четко представлять возможности используемых психодиагностических методов, и в первую очередь – направленность метода, а также особенности технологии, процедуры психодиагностического исследования. Судебный эксперт-психолог должен применять в психодиагностической деятельности широкий спектр методов исследования, которые можно классифицировать следующим образом (Сафуанов Ф.С., 1998).

Биографический метод. Сбор объективного и субъективного анамнеза.

Наблюдение. Включает в себя наблюдение подэкспертного во время проведения экспертизы, а также просмотр различных видеоматериалов (если имеются видеозаписи допросов, выхода на место происшествия).

Диалоговые методы. Основной диалоговый метод – это беседа. Беседа строится обычно свободно и не директивно, не формализовано, но в ней обязательно должен присутствовать ряд компонентов. Наиболее важным из них являются, во-первых, опрос испытуемого по пунктам, имеющим значение для производства экспертизы: анамнез жизни, особенности самосознания, динамика психического состояния в юридически значимой ситуации, отношение подэкспертного к криминальной ситуации и к ситуации судебной экспертизы и т.п.; во-вторых, моделирование в рамках беседы разных ситуаций диалогового взаимодействия с регистрацией поведения испытуемого. Следует отметить, что эффективность наблюдения зависит от многих факторов, наиболее существенными из которых являются: квалификация эксперта-психолога; личность испытуемого (например, легче наблюдать экстравертированных, нежели интравертированных испытуемых); природа черт личности (например, такие явные черты, как импульсивность, властность, оцениваются точнее, чем скрытые черты – такие, как объективность-субъективность и др.). Это обстоятельство определяет еще одну необходимую функцию наблюдения – формулировку гипотез, которые могут подвергаться экспериментальной проверке и требуют применения соответствующих методов исследования.

Объективные тесты. Характеризуются наличием правильных или нормативных ответов. В деятельности эксперта-психолога обычно используются психометрические методы (типа тестов Векслера, Равена), позволяющие измерить уровень интеллектуального развития, и классические

патопсихологические методы исследования познавательных процессов – внимания, памяти, мышления (10 слов, Опосредованное запоминание по Леонтьеву, Пиктограмма, Классификация предметов, Исключение понятий, Исключение предметов, Сравнение понятий, Аналогии, Счет по Крепелину, Проба Бурдона, Отсчитывание, Таблицы Шульте и др.), с акцентом на качественном анализе данных, отличающихся от нормативных.

Тесты-опросники. Опросники могут основываться на клинико-психологической типологии личности (ММРІ), типологии черт личности (16-факторный опросник Кеттелла), характера (опросник Шмишека, ПДО А.Е.Личко), темперамента (опросник Стреляу, ЕРІ Айзенка), отдельных черт личности и психических состояний (опросник субъективной локализации контроля Роттера, агрессии Басса-Дарки, тревожности Спилбергера и др.).

Субъективное шкалирование. Чаще всего в судебно-психологической экспертизе применяют шкалы самооценки по Дембо-Рубинштейн или более сложные техники выявления личностных конструктов по Келли (репертуарные решетки и др.).

Проективные техники. а) Классическая словесная апперцепция. От испытуемых требуется дать вербальное описание достаточно неструктурированного неопределенного стимульного материала или составить на его основе рассказ (ТАТ, тест Роршаха, тест руки Вагнера и др.). б) Проективное предпочтение. Методы, основанные на выборе испытуемым одного или нескольких из предлагаемых стимулов (Цветовой тест Люшера, тест Сцонди, Цветовой тест отношений А.Эткинда и др.). в) Рисуночные тесты. Чаще всего используются рисунок человека, несуществующего животного, семьи. Применяется достаточно унифицированная стандартизированная схема интерпретации. Эффективен при работе прежде всего с малолетними и несовершеннолетними испытуемыми. г) Полупроjektивные тесты. К ним можно отнести тест Розенцвейга, методы незаконченных предложений, Пиктограмму.

Анализ продуктов творчества. Применяется в тех случаях, когда в распоряжении эксперта-психолога есть рисунки, картины, литературные произведения подэкспертного.

2. Возможность применения методов именно в КСППЭ. В определении специальных познаний эксперта-психолога мы не случайно подчеркивали, что методы психодиагностического исследования должны быть внедрены в практику судебной экспертизы. Методы психодиагностики, применяемые в судебно-психологической экспертизе, должны обладать

двумя основными характеристиками – валидностью и надежностью. При этом они должны быть валидными и надежными по отношению к экспертному контингенту испытуемых, чье психическое состояние часто осложнено различными реактивными наслоениями в результате привлечения к уголовной ответственности, а также наличием широкого репертуара смысловых установок – симуляции, аггравации и т.п.

3. **Процессуальное положение подэкспертного лица.** При планировании психодиагностического исследования и выборе конкретных методик эксперт-психолог должен обязательно учитывать процессуальное положение испытуемого.

4. **Половозрастные факторы.** Психодиагностические методы, как правило, валидизируются на определенных возрастных группах и с учетом половой дифференциации. Валидные и надежные методики обычно имеют различные нормативы обработки и интерпретации данных для определенных возрастных интервалов, содержат мужские и женские варианты. Некоторые методы можно применять только для определенного возрастного контингента испытуемых, другие – такие, как тест Векслера, тест Розенцвейга, опросник Кеттелла и др. – имеют варианты для каждого определенного возраста.

5. **Психические аномалии и умственное развитие подэкспертного лица.** Индивидуально-психологические (в том числе и психопатологические) особенности каждого конкретного испытуемого определяют возможность применения по отношению к нему той или иной методики.

6. **Вид экспертизы по месту и условиям проведения.** Этот фактор часто определяет трудоемкость проведения психодиагностического исследования.

Судебно-психологическая экспертная оценка психической деятельности подэкспертного. При производстве КСППЭ окончательные экспертные выводы складываются не только и не столько из данных экспериментально-психологического исследования, сколько требуют обязательного психологического анализа поведения и деятельности подэкспертного лица по всем имеющимся в распоряжении эксперта материалам. Только при сопоставлении и верификации данных анализа материалов уголовного дела с экспериментальными можно обоснованно формулировать экспертные выводы.

Ретроспективный судебно-экспертный психологический анализ является, по существу, разновидностью герменевтического подхода,

применительно к КСППЭ – метода понимания и интерпретации письменно зафиксированных проявлений психической деятельности и поведения подэкспертного лица (Сафуанов Ф.С., 2003). При производстве судебной экспертизы в качестве текста выступают материалы дела и приобщенные к нему документы: медицинская документация, продукты творчества подэкспертных (письма, дневники, литературные и художественные произведения), ауди- и видеозаписи допросов, следственного эксперимента, выхода на место происшествия и т.п. Все эти документы и образуют источники информации, с которыми непосредственно работает эксперт. Для понимания любого источника информации необходимо учитывать особенности исследуемого материала.

Уголовное или гражданское дело с приобщенными к нему материалами относится к типу текстов, в котором возможно выделить и *опорные точки*, и смысловой контекст. Исходя из задач конкретного судебно-экспертного исследования, при использовании метода психологического анализа из материалов дела извлекаются:

А. Данные о личности подэкспертного:

- а) особенности психического развития;
- б) устойчивые индивидуальные особенности;
- в) актуальное психическое состояние в юридически значимой ситуации;
- г) структура отражения и осознания юридически значимой ситуации и регуляции собственной деятельности (поведения).

Б. Данные о юридически значимой ситуации:

- а) развитие ситуации;
- б) взаимодействие личности и ситуации.

Однако, как при производстве очных, так и заочных (в том числе и посмертных) экспертиз не всегда удается в деле найти всю необходимую информацию, которая охватывала бы указанные искомые данные. Поэтому эксперты-психологи наряду с поиском опорных точек поставлены перед необходимостью выделения *информационных лакун*. Информационные лакуны – это прежде всего те данные, которые эксперт-психолог ищет в деле для анализа особенностей психической деятельности подэкспертного лица в юридически значимой ситуации и последующего обоснования судебно-экспертного заключения, но которых в деле не содержится. Другим вариантом информационных лакун выступают те данные в деле, которые допускают неоднозначное толкование или такие сведения, которые, характеризуя указанные выше данные о личности подэкспертного, его

психическом состоянии в юридически значимой ситуации, противоречат друг другу.

При решении судебно-экспертных психологических задач наличие информационных лакун в тексте уголовного или гражданского дела неизбежно. Уголовное или гражданское дело – это текст, созданный в первую очередь не для решений экспертных проблем, а для достижения иной, чисто правовой цели, и поэтому психологи поставлены перед задачей понимания фрагментов текста, либо не содержащих значимой для достижения целей экспертизы информации, либо требующих научной интерпретации. В этом смысле понимание текста может быть одновременно пониманием того, что в тексте непосредственно не дано.

Важная для психодиагностики информация, не содержащаяся в лакунах, может быть восполнена двумя способами. Лакуны в ходе экспертного исследования либо *заполняются*, либо *компенсируются*.

Заполнение лакун возможно при проведении очных экспертиз следующими способами: оно осуществляется в процессе клинико-психологической беседы, направленного наблюдения, экспериментального обследования подэкспертного, при участии в допросах в ходе судебного заседания, путем запроса дополнительных материалов перед судебными или следственными органами и т.п. При производстве заочных и посмертных экспертиз возможно использовать только последние два способа. При проведении экспертизы в суде эксперт-психолог имеет возможность заполнить отсутствующую в предварительном деле информацию путем участия в допросах свидетелей, а при проведении амбулаторной или стационарной (в случае комплексной психолого-психиатрической экспертизы) экспертиз – запросить дополнительные материалы, касающиеся свидетельских показаний. В последнем случае важно при ходатайстве о дополнительных допросах тех или иных лиц рекомендовать и конкретные вопросы, на которые нужно получить ответы.

Компенсация лакун – это перевод уже имеющихся данных уголовного дела на другой, психологический, язык. Формализованные алгоритмы заполнения лакун и их компенсации можно продуктивно использовать при разработке стандартов судебно-экспертного психологического исследования.

В целом, психологический анализ материалов уголовного дела состоит из следующих основных компонентов. Изучение *объективного анамнеза* жизни подэкспертного лица – по документам, отражающим его жизненный путь; показаниям родственников, друзей, сослуживцев и т.п.; медицинской

документации (истории болезни, медицинские карты, акты судебно-психиатрической экспертизы и др.). Изучение *субъективного анамнеза* жизни – по показаниям подэкспертного лица, клинико-психологической беседе. Изучение *динамики психической деятельности* подэкспертного лица в интересующий судебно-следственные органы период времени – по показаниям свидетелей; по показаниям подэкспертного лица во время следствия и судебного разбирательства (в случае, когда подэкспертный является обвиняемым или подсудимым – и по текстам явки с повинной и чистосердечного признания); по следственным экспериментам и выходу на место происшествия; по материалам других экспертиз (в первую очередь – судебно-медицинских и судебно-психиатрических).

Схема психологического исследования при производстве КСППЭ включает следующие *психодиагностические этапы*:

1. *Четкое уяснение фабулы дела.* Эксперт-психолог реконструирует временную последовательность событий, используя все имеющиеся в деле показания (обвиняемого, свидетелей, потерпевших), материалы выхода на место происшествия и следственных экспериментов, а также данные судебных экспертиз. В случае КСППЭ обвиняемого существенно облегчает понимание динамики ситуации и поведения подэкспертного текст обвинительного заключения, если оно имеется в уголовном деле.

2. *Психологический анализ индивидуально-психологических особенностей* подэкспертного по уголовному или гражданскому делу и приобщенным к нему материалам.

3. *Психологический (герменевтический) ретроспективный анализ динамики психического состояния и психической деятельности подэкспертного* по материалам дела.

4. *Проведение клинико-психологической беседы и экспериментально-психологического исследования* с одновременным наблюдением подэкспертного. Выявление индивидуально-психологических особенностей обвиняемого, особенностей его познавательных процессов.

5. *Сопоставительный анализ данных психологического изучения уголовного дела, данных беседы, наблюдения и результатов экспериментального исследования.*

6. *Анализ взаимодействия личности подэкспертного с юридически значимой ситуацией.* Может включать следующие стадии:

- на основании психологического анализа материалов уголовного дела и экспериментального исследования диагностика индивидуально-психологических особенностей и типа юридически значимой ситуации;
- исследование у подэкспертного лица специфики отражения, осознания, понимания, смыслового восприятия ситуации, произвольной волевой регуляции своих действий, контроля своего поведения, прогностических возможностей, степени опосредованности действий и других регуляторных психологических механизмов с учетом индивидуально-психологических особенностей, эмоционального и функционального состояния, уровня психического развития, характера психического расстройства.

7. Составление заключения КСППЭ с формулировкой экспертных выводов (ответов на вопросы судебно-следственных органов) с их обоснованием на основе психодиагностического исследования юридически значимых психических процессов, свойств и состояний подэкспертного лица, степени осознанной регуляции им психической деятельности, включающего ретроспективный психологический анализ уголовного дела и приобщенных к нему материалов и данные экспериментально-психологического исследования, проведенного в рамках КСППЭ.

Литература

1. Винберг А.И., Малаховская Н.Т. Судебная экспертология. Волгоград, 1979.
2. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. М., 1998.
3. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. М., 2003.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ В РЕШЕНИИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ В СУДЕБНОЙ СЕКСОЛОГИИ

Н.В. Дворянчиков

МГППУ, факультет Юридической психологии, Москва

dvorian@gmail.com

Изучение процессов психической адаптации и места психологического пола в ее структуре является актуальным для решения ряда научно-

практических задач, требующих междисциплинарного подхода и связанных с социализацией и регуляцией поведения. Пол, являясь фундаментальной характеристикой, обнаруживает специфические особенности на всех уровнях функционирования каждого индивида, а связанные с полом характеристики самосознания служат важным индикатором психологического здоровья и благополучия личности.

Чрезвычайно остро эта проблема стоит в области экспертной деятельности психолога, особенно когда существует необходимость в применении специального «направленного» психологического исследования, которое позволило бы более дифференцированно оценить нарушения сексуальной сферы, объяснить существующие поведенческие девиации, сформулировать прогноз регуляции сексуального поведения. Кроме того, методики исследования полового самосознания играют большую роль в решении вопросов юридического характера, в частности при исследовании способности к пониманию действий сексуального характера и сопротивлению у потерпевших и свидетелей. Применение таких методов может способствовать вынесению оценочных решений об их способности воспринимать обстоятельства сексуального деликта, понимать характер и значение совершаемых в отношении них противоправных действий.

В психологическом исследовании, обеспечивающем решение экспертно-диагностических задач в судебной сексологии, точкой отсчета является исследование психологических и психосексуальных особенностей индивида, которые, влияя на его процессуальные способности, могут приобретать юридическое значение в уголовно значимых ситуациях.

Важнейшее место в экспертном психологическом исследовании занимают, по мнению Ф.С. Сафуанова (2009), теоретические и методологические положения клинической психологии с достаточно разработанным аппаратом анализа познавательной деятельности и личности, сложившимся психодиагностическим инструментарием. Однако некоторые исследователи отмечают ограниченность использования в экспертном исследовании методов, рассчитанных на выявление способности или неспособности к осуществлению элементарных интеллектуальных операций. Для решения различных экспертных задач способность субъекта к владению этими операциями имеет вспомогательное значение. Так, по мнению О.Д.Ситковской (1998), предмет исследования эксперта-психолога должен быть релевантен уголовной ситуации и определяться специфическим кругом информационных объектов, содержание которых ориентирует поведение и

протекание психических процессов в уголовно-значимых ситуациях. Данные объекты представляют собой совокупность устных, письменных, графических знаковых систем, фиксирующих определенные правила, запреты, последствия их нарушения. Иными словами, в психологическом экспертном исследовании должны использоваться экспериментальные ситуации, моделирующие определенные аспекты деятельности, релевантные юридически значимым процессам.

В психологическом исследовании в сексологии (в том числе и судебной) возникает необходимость рассмотрения тех самых «информационных объектов», имеющих отношение к психосексуальности (например, представление о полоролевых стереотипах поведения, возможность отклонения от них за счет сниженного эмоционального к ним отношения или же за счет их искаженности или недифференцированности). Закономерно также исследование особенностей полового самосознания, полоролевой «Я-концепции» как относительно устойчивых представлений индивида о самом себе (в большей или меньшей степени осознанных), участвующих в регуляции его поведения и протекании психических процессов в ситуациях, релевантных половому самосознанию, например в ситуациях, когда требуется участие определенных полоролевых стереотипов. В частности, недифференцированность по маскулинной составляющей, диффузность «Я-концепции», фемининность «Я-реального» не способствует гибкому поведению у мужчин, ограничивая доступность паттернов полоролевого поведения, а недостаточная интериоризированность полоролевых нормативов может, в свою очередь, ограничивать выбор стратегий взаимодействия в тех ситуациях, когда необходима динамичная актуализация в поведении полоролевых стереотипов (Дворянчиков Н.В., 1998).

Применение психологических методов исследования аспектов полового самосознания в рамках судебной сексологии определяется экспертными задачами, стоящими перед психологом в следующих формах: 1) в рамках сексологической экспертизы (сексолого-психиатрическая); 2) в рамках комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы.

В первом случае психологическое исследование носит направленный характер и выполняет задачи сексологического обследования. Направленное психологическое исследование позволяет не только объективировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: личностных смыслов, отношений, установок. В этих случаях задачи,

стоящие перед психологом, прежде всего диагностические, целью которых является уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения. Однако это также и изучение «информационных объектов», связанных с сексуальностью. Это исследование личностных смыслов, обусловленных психосексуальными ориентациями, представлениями о полоролевых нормативах, включенностью их в систему личностных смыслов, ценностей. Таким образом, исследователь получает данные, которые могут быть недоступны в рамках сексологического исследования, и в этом плане не только верифицируют и объективируют его, но и существенно дополняют.

Во втором случае перед психологом стоят специфические задачи как перед полноправным участником комплексной экспертизы. Он реализует свою компетенцию во всем объеме (Сафуанов Ф.С., 2009), но в ходе всего исследования естественным образом интегрирует данные направленного психологического исследования в совокупности с данными стандартного патопсихологического экспертного исследования.

Направленное психологическое исследование позволяет определить уровни собственно личностной регуляции поведения в ситуациях, релевантных половому самосознанию (например, в ситуациях, требующих участия определенных полоролевых стереотипов). Кроме того, комплексный анализ специфики восприятия различных особенностей объекта сексуального влечения наряду с учетом особенностей полового самосознания позволяет выделить и проанализировать совокупность психологических факторов, препятствующих нормативному удовлетворению сексуального влечения, а также обозначить особенности полового самосознания и восприятия объекта сексуального влечения, сопутствующие различным формам аномального сексуального влечения.

Таким образом, в рамках психологического исследования в сексологии возникает необходимость изучения таких аспектов личности самосознания и саморегуляции, которые релевантны значимой ситуации, имеющей отношение именно к половой сфере. Здесь особое значение приобретают изучение полового самосознания, половозрастных норм, особенностей их усвоенности, возможности их участия в регуляции поведения.

Методы направленного психологического исследования в судебной сексологии

Опыт психологического обеспечения решения различных экспертных и научно-практических задач позволил разработать батарею методов включающую в себя как модифицированные так и оригинальные инструменты направленного исследования сексуальной сферы успешно используемую с 1994 года по настоящее время. Описание данных методов представлено в изданиях Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. (2001), Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. (2011).



Далее раскрываются возможности применения указанных методов в решении научно-практических задач возникающих в судебно-сексологической практике.

Полоролевая идентичность при аномалиях сексуального влечения

В нашем исследовании, направленном на изучение полоролевой идентичности у лиц с аномальным сексуальным поведением (Н.В.

Дворянчиков, 1998), на основе данного комплекса методик были показаны специфические нарушения полоролевой идентичности у лиц с парафилиями. Полученные результаты позволили установить роль нарушений половой идентичности в онтогенезе как одного из условий формирования аномалий влечения. При аномалиях сексуального влечения были выявлены структурные и содержательные искажения полоролевой идентичности: фемининность полоролевой идентичности, идентификация с женскими полоролевыми стереотипами, недостаточная эмоциональная усвоенность мужской половой роли (формальность представлений об образе мужчины, расхождение полоролевых предпочтений и стереотипов), недифференцированность паттернов полоролевого поведения по маскулинности. Однако нарушение именно регулятивных аспектов полового самосознания – изменение полоролевых предпочтений, стереотипов – может отражаться на нарушении собственно поведенческих паттернов полового поведения в сексуальной сфере. Показана роль стереотипов полоролевого поведения, полоролевой «Я-концепции» в саморегуляции. Согласно полученным результатам, участие полоролевых стереотипов (норм) в регуляции активности снижается при наиболее глубоких формах аномалий влечения, затрагивающих личность, иерархию ее мотивационно-потребностной сферы. Такие формы изменяют эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам, а также к запрещенным в обществе способам реализации сексуального влечения. В тех же случаях, когда самоотношение не так сильно искажено, ведущие личностные установки сохранены, полоролевые стереотипы могут оказывать сдерживающее влияние, приводя к борьбе мотивов, конфликтам в аффективно-мотивационной сфере.

В диссертационном исследовании Н.А. Исаева (2002), выполненном под нашим руководством, были изучены психологические аспекты полового самосознания при психических аномалиях у **лиц, совершивших изнасилования**. Обнаружилось, что половое самосознание у лиц с псевдопарафильным синдромом характеризовалось фемининным типом полоролевой идентичности, отсутствием эмоциональной и смысловой интериоризации мужской половой роли, при сохранности нормативных представлений; отсутствием регуляции поведения мужским полоролевым стереотипом. Было установлено, что для данной категории в структуре полового самосознания характерен базовый внутриличностный конфликт, который заключается в переживании собственной несостоятельности,

выражающемся в чрезмерном рассогласовании между актуально переживаемым Я-образом и идеальным.

Для полового самосознания лиц с «диссоциированным» атипичным алкогольным опьянением оказалось характерным: фемининный тип полоролевой идентичности; когнитивная интериоризация мужской половой роли при отсутствии эмоциональной и смысловой составляющих; отсутствие регуляции поведения мужским полоролевым стереотипом; предпочтение в качестве сексуального объекта, обладающего сходной структурой полоролевой идентичности, что можно интерпретировать как аутоэротические тенденции.

Особенностями полового самосознания лиц с парафилией явились: выраженность фемининной составляющей полоролевой идентичности, зависимость от социального окружения, отсутствие эмоциональной и смысловой интериоризации мужской половой роли. Учитывая свойственные для лиц с парафилиями трансформированность образа Я, переживание его нестабильности, механизмом изнасилования в данном случае может являться стабилизация «образа-Я».

Полового самосознания у лиц без парафилии характеризовалось фемининным типом полоролевой идентичности (на границе с недифференцированным), отсутствием когнитивной и смысловой интериоризации мужской половой роли, при сохранности эмоциональной; регуляция поведения мужским полоролевым стереотипом. Сфера сексуальных предпочтений характеризуется относительной бесконфликтностью. Сексуальные предпочтения согласуются с представлениями о женской половой роли, что свидетельствует о предпочтении женщины в качестве сексуального партнера. Для данных лиц также характерна на эмоциональном уровне ассоциации понятий «секс» – «женщина».

Таким образом, самыми сохранными в плане возможной осознанной и произвольной регуляции поведения оказались лица без парафилии. У лиц с псевдопарафильным синдромом и «диссоциированным» атипичным алкогольным опьянением ограничена возможность участия полоролевого стереотипа в регуляции (т.е. страдает преимущественно волевой компонент), у лиц же с парафилиями страдают как волевой компонент, так и интеллектуальный (осознанность поведения и прогнозирования его последствий).

При исследовании полоролевой идентичности у лиц с аномалиями влечения, страдающих шизофренией, был описан спектр искажений полового самосознания – от диспропорции черт маскулинности/феминности до искажения структур, участвующих в регуляции полового поведения (Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А., Ипатов М.Ю., 2001).

Были получены результаты, которые подтвердили гипотезу о том, что при аномалиях влечения при шизофрении выражен целый спектр нарушений полового самосознания. Это, прежде всего – смещение пропорции маскулинных/феминных качеств к феминному типу, что может быть индикатором дезадаптации лиц с шизофренией. Обнаружено также выраженное рассогласование между полоролевой идентичностью и полоролевыми предпочтениями, что соответствует трудностям усвоения мужской половой роли. Однако образ мужчины сохраняет для таких испытуемых привлекательность, лица с парафилиями стремятся к обладанию маскулинными характеристиками, что может также показывать значимость для них представлений о мужской половой роли. В меньшей степени полоролевые предпочтения в группе лиц с расстройствами сексуального влечения ориентированы на взаимодействие с окружающими, что отражает их слабое участие в межполовом и однополном взаимодействии и соответственно – недостаточную адаптированность в межличностном взаимодействии, где таким больным доступны эмоционально безличные формы взаимодействия.

В диссертационном исследовании Хавкина А.Ю. (2003) (выполнено под нашим руководством) было проведено исследование особенностей полового самосознания, интериоризированности половой роли, паттернов полоролевого поведения, особенности возрастного самосознания, а также восприятие объекта сексуального влечения у лиц, совершивших **сексуальные деликты**. В работе использованы методы направленного психологического исследования сексуальной сферы и программно-аппаратного комплекса «Дельта» в отношении сексуальных правонарушителей с расстройствами сексуального влечения, с диагнозом «установочное поведение» и с псевдопарафильным синдромом. Работа представляла интерес в связи с необходимостью уточнения диагностических критериев с помощью параклинических и психологических методов для оценки симптоматики лиц, постановка диагноза которым осложнялась симуляцией или нечеткостью клинко-сексологической симптоматики.

Исходя из полученных данных, можно говорить о наличии полоролевого конфликта, в основе которого лежат нарушения полоролевой идентичности, у всех испытуемых. Однако, подэкспертные с расстройством сексуального влечения, наряду с этим, характеризовались нарушением интериоризации мужской половой роли; выраженной незрелостью возрастного самосознания; неустойчивостью образа «Я», проявляющегося в ощущении собственной уязвимости и незащитности; склонностью к идентификации себя с образом ребенка; отсутствием стремления ориентироваться на оценку мужской группы в регуляции своего поведения; предпочтением инфантильного и низкомаскулинного сексуального партнера.

Для испытуемых без клинически подтвержденных парафилий наряду с нарушением полоролевой идентичности было характерно искажение интериоризации мужской половой роли; формальное, атрибутивное восприятие образа мужчины; наряду с этим, для них было свойственно отождествлять себя с образом мужчины на эмоциональном уровне; ориентироваться на оценки мужской референтной группы в регуляции поведения; стремление демонстрировать маскулинное поведение; отмечалось несоответствие реального сексуального партнера, который характеризовался выраженными маскулинными качествами, и идеального сексуального партнера, наделявшегося ими фемининными качествами (Дворянчиков Н.В., Введенский Г.Е., Хавкин А.А., 2003).

Полоролевая идентификация лиц, совершивших противоправные агрессивно-садистические действия сексуального характера

В отношении лиц с агрессивным сексуальным поведением были получены свидетельства нарушений полоролевой идентичности, причем структура и степень выраженности особенностей полоролевой идентичности оказались различными в выделенных клинических и экспериментальных группах (Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., 1998).

Получены данные о фемининности «образа-Я», выразившееся в пересечении образов «Я»-«женщина», что могло отражать искажение половой идентичности при расстройствах сексуального влечения агрессивного круга. Это соотносится с данными о том, что лица с расстройствами сексуального влечения (парафилия) характеризуются значительной выраженностью психологических фемининных черт.

Искажения структуры половой идентичности при парафилиях с агрессивно-садистическим компонентом не выступали изолированно. Были отмечены такие особенности самосознания указанных лиц, мы полагаем, что

они затрагивают структуры идентичности, формирование которых предшествует формированию ролевых, социальных идентичностей. Это феномен «трансформированности образа-Я», заключающийся в неустойчивости, диффузности переживания «Я». Характерной особенностью этого феномена является, многообразие и изменчивость переживания «Я-образа», стремление к смене «форм, оболочек».

Были также получены результаты о расхождении между ценностно-регулятивной и нормативно-ролевой составляющими полоролевого самосознания (соотношение «Я-идеального» и «Мужчина должен быть»), что, возможно, свидетельствует об искажении этапа становления ролевой устойчивой самоидентичности в подростковом периоде (феномен «трансформированности», неустойчивости «Я-образ») и отражают трудности интериоризации мужских полоролевых норм. Вероятно этому этапу предшествует онтогенетически более ранние нарушения половой идентичности (что отражается, в пересечении образов «Я»-«женщина»).

Полученные данные о недостаточной дифференцированности представлений о полоролевых особенностях, несформированности собственных морально-нравственных критериев и оценок по отношению к образам «Мужчины» и «Женщины», характеризующихся неустойчивостью и поверхностностью суждений о полоролевых нормах, свидетельствуют о недостаточной целостности, нечеткости, полового самосознания.

Таким образом, особую роль тех же механизмов идентификации и Я-концепции можно предположить у лиц с садизмом, учитывая полученные данные о особенностях самосознания.

Девиантная активность лиц с парафилиями с агрессивно садистическим компонентом проявляется в сексуальной сфере, это дает основание предполагать, что именно половая идентичность или компоненты полового самосознания релевантны данной активности и актуализируется в ситуациях реализации девиантных актов, и вероятно, каким-то образом отражаются на структуре и содержании этих действий. Но недифференцированность, диффузность Я-концепции не способствует гибкому поведению, ограничивая доступность поведенческих паттернов, а недостаточная интериоризированность полоролевых нормативов, может в свою очередь, ограничивать выбор стратегий взаимодействия в ситуациях, требующих динамичной актуализации в поведении полоролевых стереотипов.

Было предположено, что при неразвитом уровне эмоционального социального контроля, такие испытуемые фиксированы на более

примитивных уровнях эмоциональной саморегуляции и переносят их в социальное взаимодействие для восстановления «привычного взгляда на себя» в патологической форме, аномальной форме саморегуляции. Поскольку половая роль включает в себя кроме самооценки – некоторые стереотипы взаимодействия с другими (мужчинами и женщинами), идентификация с этими стереотипами или образом действия с объектом сексуального предпочтения может играть роль для восстановления целостной самоидентичности. Такое взаимодействие отражает фиксированность на стереотипах «маскулинного» поведения, которые детерминированы тем, что – у садистов – образ «мужчины» – характеризуется формальностью, атрибутивностью, недостаточной дифференцированностью. Это определяет построение контакта в ситуации требующей участия полоролевых стереотипов в рамках строгого стереотипа взаимодействия со стремлением занять в нем доминирующую позицию и получить возможность ограничивать активность своего партнера. В то же время, это объясняет тот факт, что вне таких ситуаций садист может не проявлять ни властности, ни брутальности, поскольку основные личностные нарушения касаются преимущественно сферы полового самосознания.

Таким образом, половое самосознание и ее основные структуры у лиц с садизмом обладают определенной спецификой: фемининной половой идентификацией, нечеткостью представлений о полоролевых стереотипах, повышенным чувством собственной недостаточности, неполноценности, стремлением к аномальной (искаженной) самоидентификации, самоутверждением в мужской сексуальной роли, которые могут существенно влиять на особенности регуляции непосредственной садистской активности.

В сопоставительном исследовании **лиц с гомоцидным сексуальным поведением** и лиц, совершивших сексуальные агрессивные противоправные действия без убийства [14](Ткаченко А.А., Герасимов А.В., Дворянчиков Н.В. 2000) были получены данные, свидетельствующие о наличии существенных барьеров, затруднений в межличностном общении, ограниченности опыта межличностного взаимодействия; о чувстве неуверенности, собственной неполноценности, тревожности по поводу своего полоролевого статуса, проявляющегося в повышенной сензитивности, тревожности при взаимодействии с сексуальным партнером, страхе перед возможной или реальной негативной оценкой собственных маскулинных качеств со стороны женщин (сексуального партнера) позволяет говорить о существовании специфического межличностного конфликта в полоролевой

сфере, осложняющего установление адекватных и равноценных субъект-субъектных отношений сексуальных убийц с потенциальным или имеющимся сексуальным партнером.

Были выявлены существенные искажения паттернов полоролевого поведения, заключающиеся в слабой усвоенности эмоционального компонента мужской половой роли, формальности представлений о полоролевых нормах, способствующих тому, что в качестве образца, эталона мужественного поведения для данных испытуемых выступали только формальные, атрибутивные, внешние псевдомаскулинные признаки поведения.

В качестве аномальной гиперкомпенсаторной функции, связанной с повышением собственной значимости, своего полоролевого статуса выступала жесткая фиксация на гипермаскулиной стратегии межличностного и межпартнерского взаимодействия, что существенно ограничивало выбор каких-либо иных способов решения конфликтной ситуации.

Полученные нами данные позволили говорить не только о снижении эмоциональной валентности, эмоционального безразличия по отношению к партнеру сексуального взаимодействия (женщине) сексуальных убийц, но и о наличии более существенных и глубоких нарушений как когнитивных, так эмоциональных аспектов сопереживания, сочувствия вообще по отношению к ценности и значимости «Я» другого человека. Можно предполагать, что существование таких нарушений эмпатии является следствием отвержения и неприятия феминности, и ориентированности на искаженную модель гипермаскулинности.

Неусвоенность, искаженность полоролевых норм, отсутствие ориентировки на адекватные полоролевые стереотипы, снижение эмоциональности, сопереживания, деформация и незначимость ценности образа "Я" другого, не является изолированным нарушением, но отражает более универсальный характер "независимости", отрешенности сексуальных убийц от окружающего мира, от общепринятых морально-этических ценностей, что может вести к существенным нарушениям регуляции поведения.

Исследование полоролевой идентификации у несовершеннолетних с отклоняющимся поведением

Исследование, проведенное в отношении несовершеннолетних лиц, совершивших сексуальные противоправные действия позволило

получить данные о том, что в основе формирования аномального сексуального поведения у подростков, лежат такие факторы как: 1) недостаточная эмоциональная значимость мужской половой роли, нечеткость когнитивной составляющей (формальность, атрибутивность, искаженность представлений о мужской роли), низкая включенность в представления об "идеальном образе Я" мужского полоролевого эталона находят отражение в недостаточной интериоризации мужской половой роли и в ее низком участии в регуляции поведения; 2) внутриличностный конфликт (переживание собственного несоответствия мужским половым стереотипам, стремление к соответствию и одновременно избегание мужской половой роли) в ситуациях, релевантных половому самосознанию, приводит к искажениям сексуальных предпочтений, а регуляция поведения осуществляется с искажением в звене критичности к ненормативному объекту или способу реализации (совершение первого полового контакта в деликте с отсутствием предпочтений как по полу, так и по возрасту); 3) маскулинное восприятие объекта сексуального предпочтения, наряду с негативным эмоциональным восприятием мужской половой роли и отрицательным восприятием образа женщины, находит отражение в выборе гомосексуального объекта; 4) приписывание образу женщины инфантильных, детских черт, инфантильное представление о мужской половой роли свидетельствуют о конфликтности в сфере сексуальных предпочтений и находят отражение в выборе незрелых и недифференцированных объектов; 5) фемининность представлений об идеальном сексуальном партнере, т.е. предпочтение пассивных, зависимых, но при этом очень эмоциональных субъектов, характерно для лиц с садистической активностью; 6) отсутствие нормативных проявлений межполовой агрессии с высоким уровнем дифференцированных представлений о половых ролях, достигающих максимальной степени выраженности полоролевых черт (гипермаскулинных в представлении о мужчине и гиперфемининных в представлении о женщине), облегчает совершение агрессивно-садистических действий; 7) деперсонифицированный характер восприятия объекта (неодушевленный, обезличенный) свидетельствует о снижении уровня сопереживания и облегчает осуществление как агрессивно-садистических действий, так и убийства; 8) диффузность в сфере сексуальных предпочтений находит отражение в формировании расстройств сексуального влечения (Белопасова Е.В., Дворянчиков Н.В., 2005).

Описанные нарушения самосознания, полоролевых стереотипов, нарушения коммуникации и восприятия объекта сексуального взаимодействия оказались сопряженными с нарушением прогностических и критических способностей. Данные экспертного исследования в сочетании с анализом нарушений психосексуальной сферы у несовершеннолетних лиц, совершивших сексуальные правонарушения, позволили прийти к выводу, что нарушение способности осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими связано с искажением полоролевых эталонов и глубиной нарушений половой идентичности. Об этом свидетельствуют недостаточная интериоризация мужской половой роли и внутриличностный конфликт, нарушения эмпатии, недифференцированность, несформированность представлений о паттернах полоролевого поведения и формально-атрибутивный характер полоролевого стереотипа, в результате ограничивающие выбор стратегий поведения в ситуации межполового взаимодействия с некритичностью к "искаженным" паттернам поведения.

Было отмечено, что дифференцированный подход к экспертной оценке должен включать анализ коморбидных взаимодействий основных форм психических расстройств с вариантами сексуального дизонтогенеза; учет прогностических, критических способностей в отношении своего психического состояния, включая девиантные побуждения: сексуальные и несексуальные, степени интериоризированности полоролевых норм поведения; способности/неспособности к осознанию несоответствия своего поведения социальным стандартам; нарушений волевой регуляции поведения.

В совместном исследовании с К.В. Сыроквашиной, нацеленном на выявление особенностей содержания и структуры полоролевой идентичности **у подростков с делинквентным поведением** по сравнению с подростками с нормативным поведением, и выделение мишеней психокоррекционной работы, было проведено исследование несовершеннолетних с делинквентным поведением, воспитанниц специального закрытого учебно-воспитательного учреждения №1 г. Покров и воспитательной колонии для несовершеннолетних г. Рязани, а также воспитанников специальной закрытой школы г. Шексна. Подростки помещались в закрытые учреждения в связи с совершением правонарушений различной степени тяжести (кражи, грабежи, нанесение легких и тяжких телесных повреждений, убийства).

Полученные в результате эмпирического исследования данные свидетельствуют, что полоролевая идентичность и полоролевые образы у

делинквентных мальчиков и девочек отличаются от аналогичных у их сверстников с нормативным поведением, затрудняют формирование целостного и непротиворечивого самосознания, и могут оказывать влияние на их саморегуляцию и способствовать формированию девиантного поведения.

У девочек с просоциальным поведением полоролевые образы более согласованы на когнитивном и эмоциональном уровнях, являются более современными, стремление к соответствию женскому полоролевому стереотипу сочетается с более гибкими способами взаимодействия с окружающими обоих полов.

Для делинквентных девочек характерна более жесткая и традиционная ориентация полоролевых образов в сочетании с доминирующим влиянием эталона мужчины, что свидетельствует о стремлении к идентификации прежде всего с мужской фигурой. При этом на уровне эмоционального отношения девочки с делинквентным поведением отрицательно оценивают фигуру мужчины, что демонстрирует наличие внутреннего конфликта в структуре полоролевой идентичности.

У мальчиков с нормативным поведением значимо больший выбор фемининных качеств идентичности в сочетании с участием обоих гендерных стереотипов в ее формировании может свидетельствовать о критическом характере данного возрастного периода в контексте формирования гендерного самосознания.

Мальчики с делинквентным поведением при преимущественной маскулинности реальной идентичности демонстрируют слабую интериоризацию гендерных стереотипов в когнитивную структуру самосознания в сочетании с недифференцированностью и противоречивостью самовосприятия на уровне эмоционально-смыслового отношения. (Сыроквашина К.В., Дворянчиков Н.В., 2007)

В совместном исследовании с М.А. Жумагалиевой направленном на изучении взаимосвязи представлений о гендерных стереотипов и склонности к агрессии у **несовершеннолетних правонарушителей мужского пола** (отбывающих наказание в Можайской воспитательной колонии) был обнаружен ряд закономерностей. Установлено, что независимо от типа гендерной идентичности наблюдаются различия в представлениях о собственном полоролевом поведении между правонарушителями и контрольной группой в целом. Так, правонарушители в большей степени стремятся нивелировать собственные маскулинные черты в

демонстрируемом мужчинам поведении, а также проявлять паттерны поведения более соответствующие собственным полоролевым предпочтениям, чем «реальному Я». Данный факт объясняется необходимостью повышенного контроля над собственным поведением и взвешенной оценки своих действий в условиях нахождения в местах лишения свободы, что помогает избежать неприятных последствий. У правонарушителей и испытуемых, не совершавших преступлений, не было обнаружено различий в степени выраженности инструментального, аффективного и когнитивного компонентов агрессии, что может быть связано со стремлением правонарушителей давать социально желательные ответы на прямые вопросы опросника-самоотчета.

Представляют интерес выявленные особенности полового самосознания испытуемых, определяющие агрессивные проявления. Так, у субъектов с отсутствием противоправного поведения склонность к аффективным и инструментальным проявлениям агрессии связана с предпочтением мужской половой роли, традиционные представления о которой рассматривают агрессию как ее неотъемлемый атрибут.

У несовершеннолетних правонарушителей связи склонности к агрессии с особенностями полового самосознания более разнообразны. Помимо принятия мужской половой роли определяющим для агрессивных проявлений является наличие полоролевого конфликта, выражающегося в расхождении между представлениями о себе и полоролевыми предпочтениями. Необычным является результат, свидетельствующий о связи склонности к физической агрессии с необходимостью демонстрировать мужчинам паттерны поведения, не соответствующие собственным представлениям о стереотипе маскулинности. Возможно, в данном случае склонность к агрессии порождается недовольством вынужденным контролем над своим поведением, обусловленным нахождением в местах лишения свободы.

Исследование психологических особенностей лиц совершивших противоправные сексуальные действия в отношении несовершеннолетних и потерпевших от сексуальных деликтов

В диссертационном исследовании Н.А. Радченко (выполнено под нашим руководством) у лиц, совершивших сексуальные действия с детьми, были изучены особенности полового самосознания, интериоризированности половой роли, паттернов полоролевого поведения, особенности возрастного

самосознания, а также восприятия объекта сексуального влечения (Радченко Н.А., Дворянчиков Н.В., 2003).

На основе полученных данных, можно говорить о наличии полоролевого конфликта у испытуемых как с аномалиями сексуального влечения так и без него, в основе которого лежат нарушения полоролевой идентичности обследованных (низкая маскулинность, выраженная фемининность). Однако, подэкспертные с расстройством сексуального влечения, наряду с этим, характеризуются нарушением интериоризации мужской половой роли; выраженной незрелостью возрастного самосознания; неустойчивостью образа «Я», проявляющегося в ощущении собственной уязвимости и незащитности; склонностью к идентификации себя с образом ребенка; отсутствием стремления ориентироваться на оценку мужской группы в регуляции своего поведения; низкомаскулинным поведением, как в женской, так и в мужской группе; предпочтением инфантильного и низкомаскулинного сексуального партнера. Для испытуемых без парафилий наряду с нарушением полоролевой идентичности было характерно искажение интериоризации мужской половой роли; формальное, атрибутивное восприятие образа мужчины. Для них было свойственно отождествлять себя с образом мужчины на эмоциональном уровне; ориентироваться на оценки мужской референтной группы в регуляции поведения; демонстрировать маскулинное поведение в мужской и женской группах; отмечалось несоответствие реального сексуального партнера, который характеризовался выраженными маскулинными качествами, и идеального сексуального партнера, наделявшегося ими фемининными качествами.

В совместном с Д.А. Карповой исследовании направленном на изучение особенностей полового самосознания и сексуальных предпочтений с помощью инструментального метода (процедуры MindReader) у лиц **совершивших сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних** были выделены общие тенденции для всех испытуемых данной группы: 1) отсутствие четких представлений о себе как о представителе мужского пола, о типичном для данного пола поведении и реализующихся в нем функциях; 2) формальность представлений о мужской половой роли, и эмоционально-нейтральное восприятие женщины; 3) стремление демонстрировать окружающим как черты маскулинности, так и фемининности. 4) представления о поведении и функциях, характеризующих мужчин у испытуемых недостаточно дифференцированы и

интериоризированны, нет идентификации с данными представлениями, они слабо усвоены эмоционально; 5) обнаружен конфликт в сфере сексуальных предпочтений, который проявляется в выборе незрелого сексуального партнера – ребенка.

В результатах методики компьютерного психосемантического анализа в процедуре MindReader были обнаружены значимые реакции на объекты сексуального характера, связанные с ребенком, с образом «Я», с понятиями феминности и маскулинности, с образами Мужчины и Женщины. (Дворянчиков Н.В., Карпова Д.А., 2009).

В совместном исследовании с А.А. Ткаченко и Ю.В. Ковальчук (2000) были изучены паттерны межпартнерского семейного взаимодействия, особенности полового самосознания, интериоризированности половой роли, паттернов полоролевого поведения, а также восприятие объекта сексуального предпочтения у **лиц, совершивших инцестные действия** с биологическими и небιологическими детьми.

Проведенное исследование позволило говорить о «полифункциональности» инцестуозного поведения, которое выступало своеобразной попыткой решить ряд психологических и психосексуальных проблем насильника.

Было показано, что неуверенность в собственном полоролевом статусе, формальность усвоенности мужской роли, сниженный порог восприятия эмоциональных проявлений партнера с одной стороны создают предпосылки для ощущения некомпетентности субъекта в системе семейных отношений со зрелым партнером, в которых он чувствует себя неадекватно. При этом инцестуозные действия выполняют функцию эмоциональной саморегуляции перпетратора, когда доминирование снимает чувство некомпетентности в области управления ситуацией в семье.

С другой стороны, сексуальное поведение инцестуозного отца включено в «воспитательный» процесс, в ходе которого из ребенка формируется «идеальный сексуальный партнер», лишенный феминных качеств, то есть со сниженной эмоциональной экспрессией, легко контролируемый.

Таким образом, в качестве одного из механизмов инцестуозного поведения было предположено механизм восстановления и сохранения чувства компетентности за счет размывания традиционных внутрисемейных ролей и установления собственной иерархии в отношениях, которая направлена на установление полного контроля в системе семьи, выполняя, таким образом, функцию саморегуляции.

Формальная интериоризированность полоролевых стереотипов делает возможным реализацию архаических социогенитальных стереотипов поведения. Этот паттерн отношений – доминирование через сексуальное насилие, создавая иллюзию контроля межпартнерских отношений, распространялся на все остальные аспекты отношений в семье (материальные, экономические). Тем самым создавалась иллюзия баланса и стабильности в семье, которую инцестуозный отец не может строить, ориентируясь на тонкие эмоциональные проявления партнера, традиционные распределение ролей и внутрисемейную иерархию. (Ткаченко А.А., Ковальчук Ю.В., Дворянчиков Н.В. 2000).

В совместном исследовании с М.А. Догадиной и А.А.Ткаченко было проведено изучение структурных и содержательных составляющих полового самосознания, особенностей усвоенности половой роли, а также особенности регулятивной роли полоролевой идентичности **у несовершеннолетних потерпевших от сексуальных правонарушений**. Применение батареи методов направленного исследования сексуальной сферы позволило рассмотреть комплекс факторов, отражающих "возрастной", а также "личностный" и "дизонтогенетический" аспекты уровня сформированности личностных структур, релевантных половому самосознанию (Ткаченко А.А., Догадина М.А., Дворянчиков Н.В., 1999).

Было выявлено, что испытуемые, у которых сформирован только этап полового самосознания, характеризуются формальностью, атрибутивностью восприятия полоролевых стереотипов (образов мужчины и женщины), их субъективные представления о паттернах полоролевого поведения и полоролевые предпочтения детерминированы оценками окружающих без дифференцирования по половым качествам (т.е. идеальное «Я» в равной степени определяется как оценками мужчин, так и женщин). Образ «Я» таких испытуемых характеризуется недостаточной дифференцированностью по полоролевым качествам. Полученные результаты свидетельствовали о несформированности базовых структур половой идентичности в этой группе подэкспертных.

Девочки, находящиеся на этапе полоролевого поведения, характеризовались более четким восприятием образа женщины (женский полоролевой стереотип — пропорция М/Ф соответствовали культуральной), однако их субъективные представления о собственных паттернах полоролевого поведения оказались недостаточно дифференцированы. Была отмечена также поверхностность представлений об образах мужчин и

женщин, восприятие и категоризация которых производилась преимущественно с опорой на эмоционально нейтральные качества. Таким образом, была выявлена недостаточная сформированность базовых структур половой идентичности, паттернов полоролевого поведения при большей определенности "женских" полоролевых стереотипов.

Испытуемые, пребывавшие на этапе психосексуальных ориентаций, четко понимали инструкции к предложенным заданиям. Образ «Я» был четко дифференцирован по полоролевым качествам, представление об образе женщины соответствует нормативным. Испытуемые этой группы демонстрируют более четкий паттерн полоролевого поведения, их восприятие «мужской» и «женской» половой роли не атрибутивно и не формально по сравнению с представителями остальных групп и в меньшей степени определено внешними оценками окружающих, что отражает большую степень интериоризации половой роли. Поэтому можно говорить о сформированности базовых структур половой идентичности у данных испытуемых.

Таким образом, использование направленного психологического исследования позволило более дифференцированно подойти к изучению как становления этапа психосексуального развития потерпевших, так и сформированности базовых структур половой и полоролевой идентичности, их влияния на становление полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций.

В этом же исследовании была предпринята попытка определить влияние степени сформированности структур полового самосознания на способность к восприятию и пониманию характера и значения действий обвиняемого также позволяет соотнесение возрастного и личностного факторов с ситуативным.

В отношении испытуемых, у которых отмечается несформированность базовых структур половой идентичности (недифференцированность представлений о полоролевых стереотипах, ориентировка на внешние атрибутивные признаки роли мужчин и женщин, зависимость полоролевого предпочтения от мнения как мужчин, так и женщин, недифференцированность полоролевой идентичности образа "Я"), выносилось экспертное заключение о способности восприятия ими лишь внешней стороны противоправных действий, констатировалось и отсутствие способности понимать характер и значение направленности сексуального деликта. Подобная однородность экспертных оценок определялась и

особенностями психосексуального развития потерпевших, которые владели лишь информацией о формальном различии полов и по данному признаку относили себя к одному из них, понятийная фаза формирования сексуальности была ограничена формальными представлениями.

Те испытуемые, в отношении которых выносилось экспертное заключение о наличии у них способности к правильному восприятию направленности сексуального деликта, при экспертной квалификации их способности понимать характер и значение противоправных действий были неоднозначны. При сформированности базовых структур половой идентичности у испытуемых данной группы (девочек) было отмечено преобладание фемининных черт над маскулинными, дифференцированность полоролевой идентичности образа «Я», независимость полоролевого предпочтения от мнения окружающих как мужчин, так и женщин и четкий паттерн полоролевых стереотипов. Неоднородность экспертных оценок в отношении способности потерпевших понимать характер и значение направленности деликта в этих случаях может объясняться различной степенью асинхронии психосексуального развития, которое в данном случае сопровождается дисгармоничным становлением психических структур, участвующих в формировании базовых основ полоролевой идентичности, и, следовательно, понятийного компонента сексуальности.

Заключение

Представленный методический подход продемонстрировал широкие возможности при установлении различных функций полового самосознания при разных дезадаптивных состояниях. Он используется при выявлении различных дизонтогенетических факторов, затрудняющих полоролевою социализацию у лиц с аномалиями сексуального предпочтения, установлении регулятивных возможностей структур полового самосознания в регуляции поведения в криминальной ситуации. Применение данных методов позволяет определить различные механизмы криминального поведения у различных типов сексуальных правонарушителей. Кроме того, применение этих методов успешно используется при проведении экспертного исследования различных групп потерпевших от противоправных действий сексуального характера обеспечивая оценку способности понимать характер и значение действий сексуального характера так и при установлении их клинико-сексологической квалификации. Важную роль применение данных методов играет при решении экспертно-диагностических и коррекционных задач клинике

дезадаптивных состояний связанных с нарушением полоролевой идентификации у больных разных нозологий.

Литература

1. Дворянчиков Н.В, Ткаченко А.А. Некоторые дизонтогенетические механизмы формирования садизма. Российский психиатрический журнал. № 3, 1998 г., с.4-9.
2. Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением. Автореф. дисс. канд. психол. наук, МГУ им М.В.Ломоносова. -М., 1998.
3. Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А., Ипатов М.Ю. Психологические механизмы аномального сексуального поведения у больных шизофренией. Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 1
4. Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Ильенко А.А. Особенности эмоционального восприятия у лиц с девиантным сексуальным поведением. Сексология и сексопатология. № 4, 2003 сс. 17-24
5. Дворянчиков Н.В., Введенский Г.Е., Хавкин А. Ю. Психофизиологические аспекты нарушений сексуального предпочтения. Гл.4, в книге Аномальное сексуальное поведение. Под ред. А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенского -. СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003.- 657 с. (сс 345-400)
6. Дворянчиков Н.В., Введенский Г.Е., Исаев И.А. Насильственные сексуальные действия в отношении женщин. Гл.3 в книге Аномальное сексуальное поведение. Под ред. А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенского -. СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003.- 657 с. (сс 223-345)
7. Дворянчиков Н.В., Радченко Н.А., Противоправные сексуальные действия в отношении детей. Гл.2 в книге Аномальное сексуальное поведение. Под ред. А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенского -. СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003.- 657 с. (сс 70-223)
8. Дворянчиков Н.В., Жумагалиева М.Ю. Взаимосвязь представлений о гендерных стереотипах и склонности агрессии у несовершеннолетних правонарушителей. Юридическая психология. №3, 2009
9. Исаев Н.А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая оценка лиц с психическими аномалиями, совершивших изнасилования. Автореф. дисс.на соискание уч.ст. канд мед наук. Москва, 2002, с.20

10. Сафуанов Ф.С. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие. Под ред Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2009. – 606 с.
11. Ситковская О.Д. Психология уголовной ответственности. – М.: Норма, 1998, с.285
12. Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Догадина М.А. Онтогенетические механизмы формирования способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия. Российский Психиатрический Журнал, № 2, 1999 г.. с. 13-18,
13. Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Ковальчук Ю.В. Механизмы инцестного поведения. Российский Психиатрический Журнал, N 1, 2000, 6-13.
14. Ткаченко А.А., Герасимов А.В., Дворянчиков Н.В. Некоторые механизмы гомицидного садистического поведения. Российский Психиатрический Журнал, № 5, 2000 год. с. 26-31
15. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. М., Медицина, 2001, с. 546
16. Хавкин А.Ю. Комплексная диагностика нарушений сексуального предпочтения (клинико-психопатологический, психофизиологический и психологический аспекты). Автореф. дисс.на соискание уч.ст. канд мед наук. Москва, 2003, с.21
17. Радченко Н.А. Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших противоправные сексуальные действия в отношении несовершеннолетних. Автореф. дисс.на соискание уч.ст. канд мед наук. Москва 2002, с 20
18. Белопасова Е.В., Дворянчиков Н.В. Психосексуальное развитие и полоролевая идентификация у несовершеннолетних, совершивших сексуальные правонарушения. – Сексология и сексопатология. – 2005. – №2. – С.32-37.
19. Сыроквашина К. В., Дворянчиков Н. В. Гендерная идентичность у подростков с делинквентным поведением. Вестник Санкт-Петербургского Университета. Серия 6, выпуск 12, 2007, сс.222-228

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ ПОД УГЛОМ

ЗРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ПСИХОДИАГНОСТИКИ, РАЗВИТЫХ

С.Я.РУБИНШТЕЙН

А.Б. Холмогорова

МГППУ, Москва

zar-victor@yandex.ru

Одна из задач психодиагностики, решению которой посвятила немало времени и сил С.Я.Рубинштейн, связана с проблемой диагностики умственной отсталости. Принцип диагностики психического развития ребенка, который С.Я.Рубинштейн считала основополагающим – это ***принцип диагностики в процессе деятельности, а не по ее результату***. Отношение к тестам, игнорирующим процесс порождения результата, у нее всегда было очень отрицательным, что привело к ожесточенным спорам с представителями Ленинградской школы, которые активно разрабатывали тесты для диагностики умственного развития детей.

Важно отметить, что вторым важнейшим принципом диагностики, прямо связанным с первым, был ***принцип опоры на зону ближайшего развития ребенка***. Это понятие, введенное в детскую психологию Л.С.Выготским, Сусанна Яковлевна считала ключевым для изучения проблем психического развития и его диагностики.

Следуя идеям и разработкам Л.С.Выготского, не менее важным принципом при диагностике умственной отсталости она считала ***принцип учета социальной ситуации развития ребенка***.

Три вышеуказанных принципа С.Я.Рубинштейн считала важнейшим завоеванием отечественной детской патопсихологии и неукоснительно следовала им в своей практической и теоретической работе. Вместе с Б.В.Зейгарник ей пришлось выдержать немало боев и с медиками, нередко недооценивавшими потенциал и пластичность детской психики, влияние средовых условиях на интеллектуальное развитие, а также возможности компенсации отставания при целенаправленной психологической работе с ребенком.

Ученики и последователи С.Я.Рубинштейн, среди которых особо хотелось бы отметить И.А. Коробейникова, продолжившего разработки проблемы умственной отсталости, приложили немало усилий, чтобы отладить и описать процедуры диагностики на основе этих принципов и сделать их достоянием широкой практики. Однако современная ситуация в этой области вызывает серьезное беспокойство.

Вряд ли Сусанна Яковлевна могла представить себе, что число беспризорников и социальных сирот в России в 1990-е гг. превысит послевоенные показатели и застынет на тревожной цифре, приближающейся к миллиону. Вряд ли она могла себе также представить, что проблема дифференциальной диагностики этих детей с целью помещения их в образовательные учреждения разного вида станет столь широко обсуждаться в обществе.

Как показали исследования И.А. Коробейникова, проведенные в 1990-е гг., после перестройки и распада СССР, практика диагностики умственной отсталости в СССР, несмотря на великолепную теорию и методологические принципы, мягко говоря, оставляла желать лучшего (4). Наука и реальная жизнь находились в явном противоречии. Обследование было проведено при поддержке Министерства просвещения РФ, всего было обследовано 200 человек, помещенных в учреждения для детей с легкой степенью умственной отсталости. Диагноз умственная отсталость мог быть достоверно подтвержден лишь в половине случаев, но имели место другие диагнозы – педагогическая запущенность, различные невротические состояния. Несмотря на неоднократные попытки автора изменить недопустимую ситуацию с ошибками в диагностике детского развития, она с тех пор практически не изменилась.

Так, в 2009 г. Н.М. Иовчук сообщает также о большом числе детей с неправильным диагнозом в интернатных учреждениях 8-го вида. «Причины задержек психического развития и умственной отсталости, распространенной среди детей–социальных сирот, по существу совпадают с таковыми при раннем резидуально-органическом поражении ЦНС и дополняются рано перенесенными депривационными депрессиями. Впрочем, диагноз умственной отсталости среди воспитанников сиротских учреждений ставится значительно чаще, чем это есть в действительности, что подтверждается комплексным квалифицированным медико-психолого-дефектологическим обследованием. Об этом свидетельствует ряд сплошных обследований воспитанников вспомогательных интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Так, при проведенном нами обследовании одного из московских интернатов для детей со сниженным интеллектом диагноз легкой умственной отсталости подтвердился лишь в 35% случаев» (3, с.8). Н.М.Иовчук отмечает: «Современное позорное явление социального сиротства в России, приобретающее характер настоящей национальной катастрофы, продолжает нарастать и до сих пор не получило

ни внятной научной интерпретации, ни обоснованных организационно-методических разработок, способных сократить этот рост и обеспечить позитивную социализацию детей, оставшихся без попечения биологических родителей» (3, с.6).

Специалистами и представителями общественных организаций, работающими с детьми сиротами, отмечается крайне неэффективная организация комплексной диагностики, направленной на определение умственного развития ребенка. В настоящее время она приводит к систематической гипердиагностике умственной отсталости. Как показывает статистика с 1995 по 2008 г. число детей с диагнозом умственная отсталость выросло более, чем в два раза. Рост числа детей с умственной отсталостью отмечается на фоне стойкой тенденции к депопуляции – уменьшению общего числа детей в нашей стране (2, 5).

Наиболее уязвимой группой оказываются дети-сироты, интересы которых некому защитить. Постановка диагноза умственной отсталости второй степени означает автоматический перевод детей-сирот из образовательных учреждений в ПНИ, где они оказываются лишенными возможности получить образование, жилье и быть полноценными членами общества. Диагностика проводится, как правило, с грубым нарушением научных принципов культурно-исторической психологии, без развернутого экспериментально-психологического исследования, без учета зоны ближайшего развития и социальной ситуации развития ребенка. Помимо недопустимого нарушения прав детей, которых некому защитить, описанная ситуация оказывает крайне неблагоприятное влияние на статус психиатрии и психологии в нашем обществе.

В докладе Дементьевой Н.Ф. (1) говорится, что в реальности практически все дети, находящиеся в специализированных домах-интернатах для лиц с интеллектуальной недостаточностью, по достижении 18 лет автоматически переводятся в ПНИ для взрослых. Только 20,4% лиц из ПНИ трудоустроены. Причем большинство из них трудоустраиваются администрацией в штат этого же интерната (1). Это совершенно не способствует реабилитации и социализации человека (за счет постоянного пребывания в обедненной социальной среде), а также открывает простор для различных злоупотреблений (нарушения прав человека, трудовая и экономическая эксплуатация и др.). В прессу попадают материалы дел о злоупотреблениях администраций различных ПНИ, жестоком обращении, не оказании помощи пациентам, больным хроническими или тяжелыми

соматическими, психическими заболеваниями, насильственной стерилизации пациентов и др. Т.о. в таких условиях жизни, с подобными злоупотреблениями может столкнуться любой ребенок, которого медико-психолого-педагогическая комиссия направит для проживания сначала в детский ПНИ, из которого он автоматически попадет во взрослый ПНИ. Однако известно, что именно по отношению к детям-сиротам такие комиссии часто допускают гипердиагностику (7).

По инициативе директора одного из ПНИ под руководством сотрудников детского отделения Московского НИИ психиатрии д.м.н. Н.К.Сухотиной и к.м.н. И.Л.Крыжановской (6) было проведено тщательное медико-психологическое обследование 62 детей, проживающих в этом государственном учреждении общей численностью 145 детей и подростков от 8 до 18 лет. Более половины из них находились в ПНИ 4 года и больше. В результате экспертной оценки у 37,1 % обследованных детей была зафиксирована ошибка в диагнозе: у 3 детей степень умственной была оценена как субнорма, а у 20 – как легкая степень. Еще 10 человекам (16% от обследованной выборки) был поставлен диагноз легкая степень умственной отсталости на грани с умеренной, т.е. они составили спорную группу. ***Значит, в более половине случаев из числа обследованных детей речь шла о сомнительном диагнозе, поставленном ПМПК.*** Эти цифры красноречивее всего свидетельствуют о несовершенстве нынешней системы диагностики, которая ломает и поломала судьбы многим детям-сиротам. Как минимум 23 воспитанника, а возможно и больше, потенциально способных к обучению и адаптации в обществе, ошибочно были направлены на проживание в ПНИ, где «не получили адекватного их познавательным способностям образования, трудовых навыков, навыков социального общения» (6, с.47). Таким образом, на основе использования большого количества методов и всесторонней оценки учебных навыков и психического состояния детей, находящихся в одном из ПНИ, ведущими экспертами в области детской психиатрии показано, что как минимум 32,3% от числа обследованных и 16% от общего числа, проживающих в данном конкретном ПНИ детей и подростков (всего 23 воспитанника) «по уровню своего развития не должны были находиться в ПНИ» (6, с.46).

Ученые-эксперты проанализировали также причины перевода детей и подростков в ПНИ из детских домов и школ-интернатов. ***В качестве самой частой причины перевода в ПНИ указывается дезадаптация ребенка в различных социальных ситуациях (проблемы в общении со сверстниками***

и педагогами, школьные проблемы), проявляющаяся невротическими и поведенческими расстройствами. Психическая травматизация как результат тяжелой жизненной истории таких детей делает эти нарушения понятными и неизбежными. Таким образом, в ПНИ в значительном проценте случаев переводятся «трудные» дети, с которыми педагоги не смогли наладить взаимодействие. *«Диагностика выраженности умственной отсталости и сформированности познавательных способностей, определившая их дальнейший жизненный путь проводилась без участия психолога. Соответственно, им не проводилась развернутая экспериментально-психологическая оценка уровня их интеллектуального развития и типа нарушений познавательной деятельности, так же как и психодиагностическое исследование собственно психологических проблем, стоящих за фасадом учебной неуспеваемости и нарушении поведения»* (6, с.47, выделено авторами статьи).

Н.М.Иовчук ставит вопрос о необходимости и доступности медицинской и психологической помощи детям-сиротам, проживающим в интернатах: *«В случаях пограничной психической патологии у воспитанников сиротских учреждений очень важным и прогностически благоприятным является правильное, целенаправленное, последовательное, переменное лечение в детском и пубертатном возрасте (ноотропные препараты, дегидратация, седативные травы, витамины, корректоры поведения), что позволяет купировать основные психопатологические расстройства к юношескому возрасту. Между тем условия интернатного учреждения не позволяют проводить такое лечение, подкрепленное квалифицированной психологической поддержкой.* Как правило, при декомпенсации, а в основном при усилении поведенческих расстройств ребенка стационарируют в психиатрическую больницу, часто недостаточно обоснованно. Там он всесторонне обследуется и принимает лекарства, но после выписки не получает поддерживающей, профилактической или необходимой курсовой терапии или получает без учета изменившегося состояния однообразное лечение, рекомендованное врачами стационара. *До сих пор в некоторых интернатных учреждениях бесконтрольно и необоснованно, часто без врачебного назначения детям производятся инъекции нейролептиков (как правило, аминазина) при нарушениях поведения и оппозиционных реакциях»* (3, с.1, выделено мной – А.Х.).

Из частных бесед со специалистами-психологами, непосредственно работающими в данной системе, выяснено, что в настоящее время во многих

учреждениях в качестве основной методики используется тест Векслера, и при постановке диагноза комиссия опирается на набранное число баллов, хотя совершенно очевидно, что в случае педагогической запущенности (а это общая проблема детей-сирот) методом Векслера нельзя оценивать умственные способности ребенка. Как правило, диагноз ставится на основе однократного обследования, при этом ребенок беседует со всей комиссией сразу, что совершенно недопустимо, учитывая свойственные этим детям трудности контакта и неустойчивость эмоционального и психофизического состояния.

Таким образом, диагностика, как правило, проводится с грубым нарушением научных принципов культурно-исторической психологии, без развернутого экспериментально-психологического исследования, без учета зоны ближайшего развития и социальной ситуации развития ребенка. Приходится констатировать, что ***золотые правила отечественной научной клинической диагностики не определяют практику в области психодиагностики.***

Причины такого положения вещей, конечно, очень сложны и за ними стоит целый ряд социальных факторов. Тем не менее, мне представляется, что лучшее, что мы можем сделать для памяти С.Я.Рубинштейн в этот знаменательный юбилейный год – это что делать для изменения сложившейся нетерпимой ситуации.

Подводя итоги сказанному следует подчеркнуть ряд наиболее важных задач реорганизации существующей системы диагностики.

Диагноз умственной отсталости должен ставиться только в процессе динамического наблюдения, обучения, коррекционно – развивающей работы с ребенком, исследования его возможностей, что требует создания специальных условий.

Необходимо разработать проект Реабилитационного образовательного учреждения на базе детских домов 8-го вида с индивидуализированными учебными программами и специальным штатным расписанием, включающим клинических психологов, специализирующихся в области психологической коррекции и психотерапии, а также врачей-психиатров (в настоящее время врачи, работающие в учреждениях образования, теряют надбавки, поэтому заинтересованность в такой работе у них небольшая). Для разработки указанного проекта конструктивным представляется создание экспериментальных площадок на базе детских домов с наиболее прогрессивно настроенными директорами.

На базе детских домов создавать необходимо создавать службы семейного жизнеустройства с обязательным психологическим сопровождением семей, принявших ребенка (детей) на воспитание.

В качестве механизма общественного контроля за правильностью решений ПМПК важно использовать правовой механизм независимых проверок с участием гражданского сообщества с целью обеспечения прав и законных интересов детей, находящихся в организациях. С этой целью в состав таких комиссий включать специалистов в области психолого-медико-педагогической диагностики, которые в состоянии оценить соответствие поставленного ПМПК диагноза состоянию ребенка.

Литература

1. Дементьева Н.Ф. Проблемы соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах детских-домах интернатах // В сб.: Права человека и психиатрия в Российской Федерации: доклад по результатам мониторинга / отв. Ред. А.Новикова – М.: Хельсинская группа, 2004. – 297с.
2. Дети в России. 2009.: Стат. Сб. / ЮНИСЕФ, Росстат, М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – 121с.
3. Иовчук Н.М. Особенности психических расстройств и их прогноз у детей-сирот в интернатных учреждениях и замещающей семье // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М. – 2009. – №2. – С.6-13.
4. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
5. Лукин В.П. О соблюдении прав детей-инвалидов в Российской Федерации (спец. Доклад Уполномоченного по правам человека в РФ) / М.: ИД «Юриспруденция», 2006. – 120с.
6. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л. Результаты психолого-психиатрического обследования воспитанников одного из детских психоневрологических интернатов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М. – 2003. – №5. – с.44-48
7. 3.4.10.1111Чепурных Е.Е. Дети с особыми нуждами: социальная и педагогическая поддержка // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. – М., 1998. – с. 3-8

ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Н.В. Зверева

НЦПЗ РАМН, МГППУ, Москва

nwzvereva@mail.ru

С.Я.Рубинштейн заложила основные принципы патопсихологической диагностики аномальных детей. Это прекрасно описано в ее знаменитом труде «Психология умственно отсталого школьника». [11]. На сегодняшний день работа психолога в различных клиниках и консультативных центрах востребована еще больше, чем раньше. Отечественная школа психологической диагностики в детской клинической психологии связана с такими именами, как В.М. Бехтерев, Г.И. Россолимо, Г.Я.Трошин, Л.С. Выготский, Н.И. Озерецкий, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, М.П. Кононова, Н.П. Морозова и другими [3.4.10.11]. В практике отечественной детской и подростковой психиатрии уже более полувека используется патопсихологическая дифференциальная диагностика. Фундаментом этого служат клинические работы Г.Е. Сухаревой, Т.П. Симсон, М.С. Певзнер, М.О.Гуревича, С.С. Мнухина, А.В. Снежневского, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалева, К.С. Лебединской, Г.К.Ушакова, Д.Н. Исаева, В.М. Башиной, И.А. Козловой, Н.М. Иовчук, М.Я. Цуцукельковской и других. [3.4.15.16.17] На современном этапе психологическая дифференциальная диагностика развивается в работах В.И. Лубовского, Н.Я. Белопольской, О.С. Никольской, Г.А.Ариной, Т.К. Мелешко, Э.С.Мандрусовой, С.М.Алейниковой, Л.С.Печниковой, Ю.С. Шевченко, И.М. Никольской, Р.А. Туревской, Л.П.Лассан, И.И. Мамайчук, Е.И.Морозовой, А.Л.Венгером, И.Ю.Левченко и многих других [2.3.6.8.9.10.11.13].

Детскому патопсихологу, клиническому психологу необходимо четко представлять принципы и средства диагностики психологических особенностей больного и/или здорового ребенка, учитывать влияние болезни или выраженной индивидуальности на развитие психики ребенка. Патопсихологическая дифференциальная диагностика опирается на различные стратегии обследования в зависимости от задач диагностики, типа дизонтогенеза, возрастных и социокультурных особенностей, а также состояния психического здоровья ребенка. Специалисту необходимы навыки наблюдения, проведения и протоколирования обследования, интерпретации экспериментальных и диагностических данных. Для детей с разными формами умственной отсталости, (недоразвитие как тип дизонтогенеза) и

сенсорными нарушениями (дефицитарный тип дизонтогенеза по В.В.Лебединскому) можно выбрать диагностическую методологию из богатого арсенала дефектологии и специальной психологии (В.И.Лубовский, Н.Л.Белопольская, И.Ю.Левченко, И.И.Мамайчук и др.). [3]. Иная ситуация складывается при диагностической работе с детьми и подростками с эндогенной патологией. Особое внимание должно уделяться квалификации нарушений и диагностике уровня психического развития (отклонений от нормы) при различных видах эндогенной патологии детского возраста (шизофрения, шизотипическое расстройство, возрастнo-специфические виды патологии) и вариантах дезадаптации, связанных с нарушением психического здоровья у детей. В настоящее время очевидна нехватка пособий и методических рекомендаций по этим направлениям детской патопсихологии. В наличии имеются методики, предложенные С.Я.Рубинштейн, С.Д.Забрамной, Н.Л.Белопольской, М.М. и Н.Я.Семаго [3,10,13], однако для проведения психологической дифференциальной диагностики и описания патопсихологических синдромов или разнообразных видов отклоняющегося развития (дизонтогенеза) этого недостаточно. Встают вопросы: в каких случаях и какими средствами проводить психологическую дифференциальную диагностику при наличии эндогенной психической патологии, сочетаниях органических и невротических расстройств, аффективной патологии, формировании психопатии и неблагоприятных социальных условиях и т.п. Как проводить дифференциальную диагностику разных форм детского аутизма и эндогенной психической патологии (шизотипическое расстройство, шизофрения, психопатия)? Возможно ли применение одних и тех же методик для диагностики разных нарушений развития? Каким образом использовать современные (и не очень) западные и отечественные методики, например тест Розенцвейга, проективные методики типа Детского апперцептивного теста, разнообразные шкалы развития (от Н.Озерецкого до Н.Бейли и О.В.Баженовой), тесты интеллекта (шкалы Д.Векслера, шкалы Кауфмана и т.п.)?

Многие годы работы автора в детской клинике Научного центра психического здоровья РАМН показали пути развития подобной диагностики. В отделе медицинской психологии (лаборатории патопсихологии) были выработаны средства для ее проведения, включающие как отечественные наработки, так и современные зарубежные методики. Очевидно, что необходим баланс методик, в которых основным является преимущественно качественный или преимущественно количественный

анализ. В течение более 30 лет в детской клинике НЦПЗ РАМН патология психического развития в детском и подростковом возрасте изучается в тесном сотрудничестве клиницистов и психологов, в котором каждая из сторон имеет свой фронт работ и арсенал средств, необходимых для оптимального сотрудничества в интересах ребенка. Сопоставление данных о специфике становления психики в условиях патологии (поврежденного, искаженного или дефицитного развития по В.В. Лебединскому) с характером развития психических образований в естественных условиях, вне данного вида болезненных проявлений, позволяет судить о вкладе болезни в трансформацию развития психики ребенка, искажение его «зоны ближайшего развития» по Л.С. Выготскому. Именно поэтому в научно-практической работе всегда присутствует контрольная группа «практической нормы», чтобы иметь правильную точку отсчета для выносимых диагностических суждений. Необходимо помнить, что социальная ситуация меняется и для нормативной выборки и, следовательно, возникает потребность в регулярном обновлении и пересмотре методического арсенала и, особенно, нормативных данных.

Проведение нозологической дифференциальной диагностики на современном этапе требует участия психологов. Самый простой пример – диагностика умственной отсталости и ее форм опирается на количественную [IQ] и качественную оценку (структура дефекта), проводимую специалистами клиническими психологами. Динамическое психологическое наблюдение делает возможным прогноз течения заболевания и социальной адаптации больного ребенка, а также определение характера особенностей познавательного, эмоционального и личностного развития [3,6,10].

Возможные практические направления дифференциальной диагностики:

- применение врачами психологической квалификации нарушений (патопсихологические синдромы, или патопсихологические симптомокомплексы) по данным патопсихологического обследования при проведении нозологической диагностики в психиатрической клинике;

- совершенствование диагностических средств, используемых в детской патопсихологии;

- работа по оценке динамики состояния пациентов (в рамках оценки эффективности лечебных мероприятий, коррекционной и психотерапевтической работы).

В настоящее время постоянное сотрудничество специалистов смежного профиля для оптимального разрешения многих вопросов, касающихся

диагностики и лечения больных детей, стало реальностью, это касается как отечественной, так и западной науки и практики [3,4,6,10,17,18,19,20]. Психиатрическое курирование ребенка в условиях стационара имеет свои особенности. Введение должности медицинского (клинического) психолога в детских отделениях психиатрических клиник способствовало улучшению лечебно-педагогического процесса. Психологи также участвуют в решении вопросов, связанных с дифференциальной диагностикой сложных случаев.

Типы задач, которые встречаются в психологической дифференциальной диагностике, можно разделить по запросам, средствам и условиям проведения. В этом контексте уместно выделить работу психолога в психиатрической клинике, в неврологической больнице, в консультативных центрах, в дневных стационарах, особняком стоит работа по экспертному запросу. Применение патопсихологической диагностики требуется для решения дифференциально-диагностических задач, оценки интеллектуально-личностного состояния ребенка и его динамики, актуальных и потенциальных возможностей его обучения. Диагностика особенностей психического развития аномальных детей лежит в основе психологической квалификации определенного типа отклоняющегося развития – психического дизонтогенеза. Примерами выступают дифференциальная диагностика эндогенных расстройств и проявлений резидуального органического расстройства; эндогенных и невротических расстройств, психогенных нарушений и патологического развития личности, патологически протекающих возрастных кризов и экзацербаций заболевания, аффективной патологии и естественных форм эмоционального реагирования и др. Каждому виду диагностики соответствуют варианты психологических заключений по данным экспериментального психологического диагностического исследования.

Конкретный подбор методик, определение времени и процедуры исследования осуществляется индивидуально в соответствии с запросом врачей, и других специалистов, квалификацией диагноста-психолога и особенностями ребенка, требуется сочетание количественных методов современной «доказательной» медицины и психологии с качественным анализом нарушенного развития в его многообразных проявлениях. Пример подобного сочетания диагностических процедур при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра в рамках эндогенной патологии приведен в диссертационном исследовании А.А.Коваль-Зайцева [5].
Технология диагностики - создание комплекса экспериментально-

психологических методик в сочетании с готовыми психодиагностическими тестами, психиатрическими психометрическими шкалами, материалами проективных методик и техник, данными истории болезни и материалами параклинических исследований.

В ходе проведения диагностики необходима оценка выполнения методик в «широкой» и «узкой» направленности, возможно использование моделирования (модификаций) известных методик под задачи исследования и особенности состояния пациентов. Некоторые примеры возможного моделирования методик:

- таблицы Шульте (совместный с психологом и индивидуальный счет, введение мотивирующей инструкции на последней таблице);
- исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн (введение дополнительных шкал, временной размах самооценок от прошлого до будущего, идеальная и реальная самооценка и т.п.),
- методика на распознавание жестов (глухая и распространенная инструкция, расширение или сужение процедуры оценки полученных данных);
- методика РАТ (разные инструкции, процедура проведения и степень активности испытуемого);
- рисуночные пробы (различные модификации инструкции, например, к «автопортрету» или «рисунку семьи», применение цветных карандашей и т.п.) и др.

Существенным подспорьем в проведении психологической дифференциальной диагностики является использование новых специализированных и междисциплинарных средств диагностики отклоняющегося развития, например, использование нейрофизиологических показателей в психологической диагностике и т.п.[5,10,14].

Создание современных отечественных баз данных по материалам стандартизованных и экспериментальных исследований детей с различными видами психической патологии и представителей нормативной выборки того же пола и возраста, их регулярное обновление необходимо для адекватного применения нормативных данных, соответствующих определенным социокультурным и временно-возрастным срезам, в образовательных, диагностических и прогностических целях.

Медицинская и психологическая квалификация проявлений болезни, осуществляется по-разному. Для врачей важна клиническая картина,

ведущие симптомы и синдромы, их сочетание и динамика, наличие позитивной и негативной симптоматики.

Психологи оценивают:

- уровень когнитивного функционирования (состояние отдельных психических процессов - мышления, памяти, внимания);
- уровень работоспособности и внимания; своеобразие эмоциональной, личностной, волевой сфер,
- особенности общения,
- эмоционально-личностные особенности;
- состояние волевой и мотивационной сфер;
- особенности самооценки и т.д..

Существенной является оценка динамики нарушений (или их проявлений) в обострении состояния, при становлении ремиссии. Это требует изучения специфики проявлений и баланса психологических, социальных, биологических, генетических этиологических факторов, в том числе взаимосвязи болезни и критического периода развития психологической функции (ретардации, акселерации, диссоциации, других проявлений асинхронии развития). Отдельное направление исследований, напрямую связанное с дифференциальной диагностикой в детской патопсихологии, касается механизмов формирования дефекта, определения его структуры для построения прогноза течения заболевания и его исхода, изучения динамики заболевания на отдаленных этапах (вариант катамнеза) с учетом социальной адаптации детей. Для того, чтобы выявить потенциальный ход развития болезни, необходим качественный и количественный анализ связи факторов возраста начала заболевания, тяжести его течения и типологии дефекта при различных нозологических вариантах. По данным разных специалистов - психологов, нейрофизиологов, неврологов, психиатров - возрастные кризисы развития при психической патологии могут быть изменены, поэтому важной становится оценка преформации (изменения) возрастных кризисов в условиях болезни. [4,10,12].

В рамках научных исследований проводится изучение взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей пациентов и вида нарушения адаптации, вида психопатологических расстройств, которые могут у него возникнуть. Примерами такой взаимосвязи могут выступать: поиск соответствия личностных особенностей (характера, акцентуации и т.п.) и типа психопатологического расстройства (например, типа невротических

реакций); изучение когнитивного стиля (нейрокогнитивного дефицита) и типа формирования дефекта (Сидорова, 2005). [14]

Патопсихологическая квалификация нарушений психической деятельности, наблюдаемых при одном и том же синдроме, диагностированном в рамках различных нозологических единиц - также одно из перспективных направлений развития дифференциальной диагностики в детской патопсихологии. В качестве примера можно привести синдром патологии влечения, встречающийся при различных заболеваниях: в зависимости от основного заболевания, иным будет и характер ведущих психологических нарушений и структура дефекта. (Лусс, 1996) [7].

Рассмотрим еще один пример – научную клинико-психологическую работу по дифференциальной патопсихологической диагностике больных с гипоманиакальными расстройствами у детей. По результатам проведенного совместно с психиатрами исследования были получены следующие характеристики психической деятельности детей с затяжными гипоманиакальными состояниями при шизофрении: дети обнаруживали особенности познавательной деятельности, свойственные лицам шизоидного круга (диссоциированное ее развитие, нарушение избирательности мышления и восприятия). У детей с гипердинамическим синдромом вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы не было выявлено подобной диссоциации, а обнаружен невысокий уровень овладения перцептивными действиями и мыслительными операциями, не выявлялись нарушения избирательности познавательной деятельности. У экспансивных шизоидов, в отличие от больных шизофренией с затяжными гипоманиакальными состояниями, высокая продуктивность интеллектуальной деятельности сочеталась с ускоренным и относительно гармоничным развитием познавательных процессов. Таким образом, экспериментально-психологическое исследование выявляет различия между разными клиническими группами детей с затяжными гипоманиакальными состояниями, которые могут и должны быть использованы в патопсихологической дифференциальной диагностике. При малопрогрессирующей шизофрении больные с непрерывной формой течения болезненного процесса показывают более низкие результаты, чем дети с «нажитой» гипоманией в рамках малопрогрессирующего приступообразного течения. При этом развитие последних характеризуется более выраженной диссоциацией операционного и предметно-содержательного планов познавательной деятельности и нарушениями избирательности. Получены

клинико-психологические данные о влиянии повышенного аффекта на возможности адаптации больных в зависимости от формы течения болезни. Для детей с непрерывным течением процесса повышенный аффект является скорее неблагоприятным признаком, тогда как у детей с приступообразным течением гипомания способствует реализации потенциальных возможностей личности и достаточно хорошей социальной адаптации (Буреломова, Алейникова, Зверева, 1998).[1]

Итогом проводимой диагностики является психологическое заключение по данным обследования. Рассмотрим некоторые примеры из клинической практики автора.

Пример 1. Гриша, 10 лет. Даты обследования: 04.02.03 и 13 и 20.03.03

Мальчик обследован в клинике. Неохотно вступает в контакт, немного смущается как будто побаивается и исследования, и психолога. Волнуется, избегает глазного контакта, раскачивается на стуле, теребит пальцы, а в конце исследования начинает царапать щеку. Исследование проводилось в присутствии группы психологов, мальчик реагирует на других людей, поначалу замыкаясь, но затем возвращается к обычному для него типу взаимодействия. Общий фон настроения ровный, мимика маловыразительная, нет выраженной реакции на успех-неуспех при выполнении экспериментальных заданий на познавательную деятельность, однако мальчик чуток к оценке его моральных качеств и межличностных контактов. Понимание инструкций не вызывает затруднений, старается по мере возможности им следовать. Критичен к допущенным ошибкам, но в основном после указания на них психологом, хотя способен организовать и контролировать свою деятельность. Темп работы равномерно замедлен, к концу устает и пресыщается, возникает раздражение.

Результаты. Исследование выявляет невысокий объем непосредственной слухоречевой памяти, трудности заучивания, отсроченное воспроизведение выше первоначального объема (3 5 7 6 7, отсрочено 5). Введение сильных смысловых связей немного улучшает результат запоминания, но более отдаленные связи не влияют на объем – мальчик не имеет подходящих интеллектуальных средств для оптимальной адекватной организации стимульного материала, оценивает оба стимульных ряда как сложные для запоминания. Опосредствование принципиально доступно, однако испытывает трудности при подборе соответствующего образа для абстрактных понятий, кроме того, не знает некоторые из предложенных понятий (справедливость, отчаяние). Характер связей варьирует от адекватного до эгоцентричного и инфантильного. Рисунки мелкие, стереотипные, с множественными повторениями (свидетельство тревожности), нажим неровный. Исследование познавательной деятельности показывает неширокий кругозор, при достаточном по возрасту развитии основных мыслительных операций анализа и синтеза, отмечается специфическое снижение уровня обобщения с элементами искажения, нарушения избирательности мышления в виде актуализации необычных свойств предметов. В перцептивной деятельности – отставание в развитии действия отнесения к эталону, гностических нарушений не обнаружено.

Внимание снижено, отмечаются трудности переключения. В ситуации совместной деятельности недостаточно ориентируется на партнера, формален. Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) отличается своеобразием. Наряду с адекватными встречаются особые формулировки (иногда до неадекватности конкретные – «она мне показывает, что я дурак»), а также инфантильные ответы и необычные сочетания вариантов ответов. Знание символических жестов близко возрастным показателям, но у мальчика очень своеобразные формулировки. Среди эмоционально окрашенных ответов чаще всего встречаются тревожные, защитные, отрицательные переживания и агрессия.

В проективных методиках получено следующее. В незаконченных предложениях – реакция на недостаточность общения с отцом, потребность в добром и ласковом отношении, сочетание страхов и запретов со стремлением быть и выглядеть лучше. В методике РНЖ – инфантильность, потребность в защите, снижение эмоционального и «энергетического» фона. Самооценка по-детски высокая, самописание представлено положительными и социально приемлемыми чертами («хорошо себя веду», добрый, ласковый и т.п.), однако собственно социальные роли себе мальчик не приписывает, т. е. он - вне социума.

Резюме: на первый план выступают эмоционально-личностные особенности (тревожность, тенденция к аутоагрессии, пониженный фон настроения), инфантилизм, особенности контактов. Выявляется тенденция к диссоциированному познавательному развитию с проявлениями негрубой педагогической запущенности (невысокий общий уровень знаний) у мальчика со сложной семейной и социальной ситуацией. Отмечается положительная динамика фона настроения, принятия себя.

В данном случае в психологическом обследовании получены свидетельства диссоциированного психического развития, что говорит в пользу шизотипического радикала в болезни мальчика. Ребенок впервые попал в психиатрическую клинику и на высоте остроты состояния. По мере лечения, с увеличением срока пребывания в клинике, выявлена положительная динамика ряда психологических показателей. Повторная госпитализация через 2 года подтвердила правильность сделанных выводов относительно шизофренического патопсихологического синдрома у больного. Имеющиеся в первой госпитализации указания на психогенный характер переживаний мальчика впоследствии не подтвердились. Выявленные нарушения развития по шизоидному типу сохранились и при повторной госпитализации.

Пример 2. Юлия, 10 лет 7 мес. Дата обследования: 16.02.07.

Использовались методы (наблюдение, беседа, психодиагностика, эксперимент) и методики:

1. заучивание 10 слов
2. парные ассоциации (вариант В.П.Критской)
3. малая предметная классификация

4. включение подкласса в класс
5. конструирование объекта
6. рисунок человека (автопортрет)
7. фигуры Липера
8. распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)
10. тест Векслера (интеллектуальная шкала Векслера для детей)

Девочка обследована амбулаторно в первой половине дня в присутствии матери. Продолжительность работы – 1 час 40 минут. Девочка выглядит младше своего паспортного возраста. В контакт вступает легко, инфантильна, немного стеснительна. Понимание инструкций в ряде случаев затруднено, требует повторения и разъяснения со стороны психолога. Старательна, темп работы и продуктивность деятельности средние. Задания в основном не вызывают познавательного интереса, более привлекательными в глазах девочки и неустойчивыми, по ее словам, представляются методики, где больше наглядно-действенных компонентов деятельности, чисто вербальные задания вызывают утомление и пресыщение. Фон настроения нейтральный, адекватно реагирует на похвалу, шутку. На протяжении исследования поведение девочки не менялось, сохраняла чувство дистанции, к концу работы стала более открыта в общении.

Результаты. Запас знаний и сведений в пределах невысокой житейской нормы. Объем непосредственного запоминания в слухоречевой модальности (на примере методики «Заучивание 10 слов») снижен, заучивание неуспешное, отсроченное удержание материала выше первоначального объема (кривая запоминания 4 5 7 8 8, отсрочено 6). При воспроизведении отмечаются единичные вербальные и литеральные парафазии. При заучивании пользуется пальцами рук, чтобы проконтролировать количество слов. Введение сильных смысловых связей значительно увеличивает объем удержанного материала (до 10 единиц), тогда как более отдаленные связи ухудшают показатели объема удержанного материала (до 3 единиц). Можно говорить о некоторых трудностях включения в деятельность, эта особенность прослеживается во всех заданиях – начальный уровень выполнения всегда хуже. По данным выполнения классификации можно говорить о сформированности основных обобщающих понятий, необходимых к этому возрасту (на уровне конкретных понятий), однако более высокий уровень обобщения пока малодоступен (только в зоне совместной с психологом работы). Операция включения подкласса в класс не сформирована. Недостаточное владение анализом и синтезом, в методиках, требующих предметно-содержательного анализа малопродуктивна, дает ответы с опорой как на конкретные, так и на несущественные признаки. Гностических нарушений не обнаружено. Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) доступно, ответы поначалу скупые, затем становятся более развернутыми. Девочка знает основные символические жесты, имеются адекватные эмоциональные интерпретации. Рисунок человека в пределах возрастных показателей по качеству, рисует правой рукой, старательна, пользуется ластиком, изображение портретное - только лицо, - расположение на листе центральное, размер средний, с особой тщательностью вырисованы глаза и прическа (признаки пола).

Интеллектуальная шкала Векслера доступна. Интерес вызывают невербальные задания, в вербальных выявляются трудности формулировок, маленький словарный запас.

Получены следующие значения IQ: вербальный КИ – 81 единица, оценка невербального КИ – 82 единицы. В вербальных заданиях наиболее успешным был арифметический субтест, наименее успешны субтесты словарь и понятливость. В невербальных субтестах самым успешным является выполнение шифровки, наиболее трудными – субтест последовательность картинок (невысокий темп работы) и лабиринт (трудности удержания инструкции, снижение темпа деятельности по мере усложнения задания). Полный коэффициент интеллекта – 80, что соответствует нижней границе нормы для ее возраста.

Резюме: на первый план выступает невысокий уровень интеллектуального развития (негрубая ретардация), недостаточное по возрасту развитие мыслительных операций, маленький словарный запас. Трудности включения в работу компенсируются устойчивостью деятельности. Эмоциональное развитие по возрасту. Особенности психической деятельности укладываются в картину сочетания резидуальной органики и педагогической запущенности.

Девочка проходила экспертное обследование по запросу организации. Очевидно, что использованного инструментария было достаточно для проведения психологической диагностики, основные выделенные проблемы – наличие резидуально-органических проявлений и педагогическая запущенность, которые создают определенные трудности в учебе ребенка.

Пример 3. Сергей, 16 лет 6 мес. Даты обследования: 11, 23 и 25.03.2011

Подросток обследован в стационаре за несколько встреч с психологом по дополняющим программам, а также в связи с диагностикой меняющегося состояния.

Подросток вступает в контакт формально, следит за тем, чтобы во время общения к нему обращались только по полному имени и не прикасались к нему. В ходе первой встречи не удерживает позу, сидя на стуле, практически ложится на стол, частые действия по выдергиванию волос, касанию лба кулаком. Во второй встрече поведение было более упорядоченным, лучше удерживал позу, контактировал, меньше совершал касаний лба. В третьей встрече состояние было более тяжелым – постоянно бил себя кулаком в лоб, давил на глазные яблоки, эти действия неоднократно прерывали ход выполнения заданий в рамках обследования. Понимание инструкций в ряде случаев вызывает трудности, требуется повторение, контроль со стороны психолога. Речь смазанная, тихая, нечеткая с особыми интонациями. В тех случаях, когда подросток хочет, чтобы его услышали – говорит громко и отчетливо. Продуктивность интеллектуальной деятельности снижена, темп работы невысокий. Имеются трудности включения в работу.

Результаты. Исследование произвольной слухоречевой памяти показывает снижение объема непосредственного запоминания, трудности заучивания, сниженный объем отсроченного удержания (3,5,6,6,7, отсрочено – 2), имеются устойчивые вербальные парафазии. Введение сильных смысловых связей увеличивает объем удержанного материала, более отдаленные – оставляют его неизменным (6 и 3). Исследование мышления выявляет сформированность основных обобщающих понятий, снижение продуктивности в методиках, требующих предметно-содержательного анализа. Так, в сравнении понятий актуализирует очень мало свойств, среди которых – категориальные, латентные, конкретные. Есть трудности синтеза, выраженные

динамические нарушения мышления, при этом подросток, хотя и с напряжением, но обучаем новым формам деятельности. Исследование восприятия показывает возможности распознавания изображений в условиях стимульной неполноты, однако гипотезы не соответствуют возрасту. Грубое снижение выполнения методики на идентификацию формы, здесь можно говорить и о нарушениях целенаправленности деятельности. Внимание грубо нарушено, выявлены проявления утомления, пресыщения и нарушений произвольной регуляции деятельности. Время поиска чисел значительно возрастает от пробы к пробе, существенно превышая возрастные нормативы.

Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) с элементами гностических нарушений (не все понимает), много обезличенных ответов, повышение количества описательных ответов по типу «мужчина», «женщина, ладони у лица». Знание символических жестов ниже возраста, можно говорить о проблемной социализации. В ответах представлены оба полюса эмоций, практически отсутствуют агрессивные интерпретации

Исследование самооценки показывает разные уровни самооценки при шкальной оценке и при выборе из утверждений и самоописании. В самоописании – только негативные характеристики, при выборе из утверждений самооценка нестабильна, есть очень низкие выборы, также встречаются относительно высокие позиции. Наиболее дисгармоничной выглядит шкальная оценка по Дембо-Рубинштейн: подросток дает себе практически по всем шкалам (ум, характер, счастье) самые низкие оценки, при этом идеальная самооценка относится к максимально высоким. Полярные данные получены по шкале «Здоровье», где подросток оценивает себя актуально очень высоко, но хотел бы оказаться на самом низком уровне: «хочу быть ближе к больным, потому что не люблю себя». Самооценка в конкретной деятельности резко снижена. Т.е. можно говорить о снижении и неустойчивости самооценки, негативном отношении к себе и разным своим проявлениям. Проективный рисунок небольшого размера, по качеству соответствует границам возраста, однако подросток отказывается его завершить, прерываясь, едва закончив рисовать голову и плечи, расположение на листе лево-центральное. Обращает на себя внимание сильный и жесткий нажим. Исследование фрустрационных реакций (тест Розенцвейга, подростковый вариант) показывает, что значительная часть ответов – нейтральной направленности, подросток демонстрирует социальную неосведомленность, характерна реакция с фиксацией на самозащите, причем в этих случаях – с разными вариантами направленности, большая часть – экстрапунитивные (на окружение). У подростка высокий уровень агрессии и аутоагрессии (самоповреждений) по результатам специализированных опросников.

Резюме: при психологическом обследовании на первый план выступают нарушения операционного и динамического компонентов психической (мыслительной) деятельности, снижение произвольной регуляции и волевых процессов, часть наиболее грубых нарушений может быть обусловлена остротой состояния. Кроме познавательной сферы грубо страдает личностная сфера, обращает на себя внимание невысокая, дифференцированная только по отрицательным качествам самооценка, недостаточная социализация, склонность к аутоагрессии. Следует обратить внимание на яркость проявлений психопатологической симптоматики. Рекомендуется наблюдение в динамике.

В данном случае мы видим много проявлений остроты состояния и, возможно, формирующегося дефекта (мотивационно-личностного, прежде всего). Больной поступил в клинику НЦПЗ после стационарного лечения в другой психиатрической больнице. Очевидно, что столь подробное психологическое обследование на данном этапе является избыточным, т.к. в силу остроты болезни, необходимо наблюдение в динамике. Однако использование широкого набора средств позволит более точно провести оценку динамики состояния при последующей диагностике, сделать более аргументированный вывод о когнитивном дефиците и личностном дефекте.

Приведенные примеры показывают, что патопсихологическая дифференциальная диагностика является неотъемлемой частью практической работы клинического психолога. Она приносит пользу как медикам, так и самим пациентам, способствуя уточнению их диагностики и подбору лечения, формулировке рекомендаций по образовательной стратегии.

Литература

1. Буреломова И.В., Зверева Н.В., Алейникова С.М. Затяжные гипоманиакальные состояния у детей: клиническое и психологическое исследование//Аффективные и шизоаффективные психозы. Сборник материалов научной конференции. Москва, 1999.
2. Зверева Н.В., Горюнов А.В. Место патопсихологического метода в нозологической диагностике первых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте.// Психиатрия, 2003, № 2.
3. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. М.:издательский центр Академия, 2008.
4. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. - М.: Питер, 2006.
5. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами. Автореф. дисс...канд.психол.наук. - СПб, 2010.
6. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический проект, 2011.

7. Лусс Л.А. Особенности синдрома патологии влечений при шизофрении и резидуально-органическом поражении ЦНС у детей и подростков. Автореф.дис. ...канд.мед.наук. - М., 1996.
8. Мандрусова Э. С., Райская М. М Клинико-психологический анализ диагностически сложного случая. Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1968.
9. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. / Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/под ред. М.Ш.Вроно. - М., 1986.
10. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – С-Пб.: прайм Еврознак, 2003.
11. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. - М., 1979.
12. Сахаров Е.А. Значение возрастного фактора в возникновении и развитии психических расстройств в детском возрасте (на модели лонгитюдного исследования детских возрастных психологических кризисов) //Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». - Казань, 2006.
13. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога 3-е изд. испр. и доп. - М., 2003.
14. Сидорова М.А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом. Автореф дис... канд.психол.наук. – М., 2005.
15. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. - М., 1948.
16. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы.- М.: Медицина, 1974.
17. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2-х тт.- М., Медицина, 1999.
18. Krevelevan van Arn. D. Problems of differential diagnosis between mental retardation and Early Infantile autism//Acta Paedopsychiatrica. — 1977. — Vol. 39.

19. Niemi L.T., Suvizaari M., Tuulio-Henriksson A. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. / Schizophrenia Research, 60 (2003).

20. Ott S.L., Roberts S., Rock D. et al. Positive and negative thought disorder and psychopathology and childhood among subjects with adulthood schizophrenia. / Schizophrenia Research, 58 (2002).

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЭМПАТИИ У ДЕТЕЙ С ЗПР

Т.Г. Горячева, А.В. Синельникова

РГМУ им. Н.И. Пирогова, ф-т клинической психологии и социальной работы,

МГППУ, Москва

goriatcheva_tg@mail.ru

С.Я. Рубинштейн уделяла особое внимание изучению особенностям формирования личности умственно отсталого ребенка: В своей книге «Психология умственно отсталого школьника» [11] ею описаны особенности волевых качеств личности умственно отсталых детей, особенности их эмоциональной сферы. Анализируется формирование самооценки, формирование характера детей с умственной недостаточностью, возможности их социальной адаптации.

В настоящее время в связи с ухудшением экологической обстановки и общего уровня здоровья населения наблюдается увеличение роста патологии беременности, родов и послеродового развития. Это создает предпосылки для возникновения различных видов дизонтогенеза, в т. ч. и задержки психического развития детей, что без серьезной дефектологической и психологической работы может приводить к умственной недостаточности и вследствие этого социальной дезадаптации. Распространенность ЗПР в нашей стране составляет от 1,2% до 8-10% от числа всех зарегистрированных психических заболеваний. Синдром ЗПР в структуре других заболеваний встречается еще чаще. Проблеме исследования ЗПР посвящено много работ, при этом большая часть из них освещает нарушения познавательных функций и их коррекцию. Значительно меньше внимания исследователи уделяют вопросу социальной адаптации детей с ЗПР. Однако вопрос этот крайне важен, т.к. вследствие социальной дезадаптации ЗПР может являться предпосылкой для патохарактерологического формирования личности.

Возможна и обратная зависимость. Все это приводит к выводу о необходимости исследования развития социальной компетентности и навыков общения у детей с ЗПР.

Важным аспектом социальной компетентности является эмпатия. Ее изучением у детей с ЗПР занимались такие исследователи как В. П. Кузьмина [9], Глоба Н. В. [8], Е. Н. Васильева[2] и др. Авторы подчеркивают значимость эмпатии для социальной адаптации. При этом проблема факторов, определяющих развитие эмпатии, является на данный момент слабо разработанной. Поэтому изучение влияния детско-родительских отношений на формирование эмпатии у детей с ЗПР является, на наш взгляд, необходимым и перспективным направлением исследований.

В связи с вышесказанным целью нашей работы явилось изучение как непосредственно особенностей самого процесса эмпатии у детей с ЗПР, так и исследование связи детско-родительских отношений с формированием эмпатии.

Сам термин «эмпатия» за рубежом не имеет строгого определения. Наиболее часто он понимается, как способность понимать состояние другого человека, как способ познания внутреннего мира других людей (Т. Липпс, А. Бен, Э. Титченер) [6,7], способность разделять переживания других (С. Аш, Ф. Олпорт) [6,7]. Многие авторы подчеркивают динамический характер эмпатии как в фило- так и в онтогенезе, ее развитие от простейшего эмоционального заражения до отзывчивости и альтруистического поведения (Мак-Дауголл, В. Штерн, А. Валлон) [1, 6, 10]. Выделяются основные компоненты эмпатии: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Акцентируется значимость эмпатии для развития социальных эмоций, и роль социума в формировании эмпатии у ребенка (А. Мерфи, S. Preston и F. de Waal) [12, 18].

Большинством отечественных исследователей эмпатия также рассматривается как основа социальных эмоций, имеющая, как и в зарубежных исследованиях, три компонента: когнитивный, аффективный и поведенческий (Д. Б. Эльконин, Б. М. Теплов, Т. П. Гаврилова, Е. Н. Васильева, В. П. Кузьмина и др.) [9]. Большинство авторов в качестве ведущего фактора формирования эмпатии называют отношения с микросоциальной средой, особенно с матерью (Л. С. Выготский, Л. П. Выговская, Г. Г. Филиппова) [3, 4, 13].

Таким образом, как в отечественной, так и в зарубежной психологии подчеркивается значимость взрослого, особенно родителя, для развития

способности к эмпатии у ребенка. Причем, влияние родителя на эмоциональную сферу ребенка можно проследить и на психологическом, и на физиологическом уровнях (согласно результатам исследований Brazelton et al. 1974; Levin 1990; Stern 1974; 1977) [18]. S. Preston и F. de Waal приводят пример влияния состояния матери на состояние ребенка: в исследовании взаимодействия депрессивных матерей с их детьми было обнаружено снижение активности левого полушария и нарушения общего неврологического статуса у детей от 3 до 6 месяцев. Результаты данных исследований позволяют сделать вывод об огромном влиянии состояния матери на развитие ребенка, особенно на его эмоциональную сферу и на эмпатию, как предпосылку для формирования отношений с другими людьми.

Приведенные данные позволяют предполагать, что качество эмоционального контакта родителя с ребенком во многом определяет развитие эмпатии последнего в норме. При этом эмоциональный контакт и отношения в целом между родителем и ребенком с ЗПР имеют свои особенности. Так, по результатам проведенного С. Н. Сорокоумовой [12] исследования можно сделать вывод о том, что отношение родителей к детям с задержкой психического развития имеет выраженные особенности: нестабильность восприятия и эмоциональной поддержки ребенка, сниженное стремление к тактильному контакту. Привязанность к детям также имеет свои особенности: она либо снижена, либо имеет симбиотический характер со сверхконтролем. Часто к детям предъявляются завышенные требования. Кроме исследования Сорокоумовой С. Н. проблема детско-родительских отношений при ЗПР практически не изучалась. Данная тематика была затронута в исследовании Е. Н. Васильевой [2], но в контексте формирования отношения ребенка к взрослому.

Имеет свои особенности и эмпатия детей, страдающих ЗПР. Дети с ЗПР по данным исследований способны к эмпатии. Но она имеет свои особенности в каждом аспекте: когнитивном, эмоциональном, поведенческом, динамическом. Отличается она и по темпу формирования. На когнитивном уровне дети с задержкой развития хуже, чем их здоровые сверстники, опознают эмоции и понимают их причины (С. Н. Сорокумова, Хасанова Р. И.) [12, 14]. На эмоциональном уровне (по косвенным данным) эмпатия детей с ЗПР характеризуется меньшей интенсивностью, на динамическом – устойчивостью. Отмечено, что при усложнении условий эмпатийность ниже. Поведенческий уровень специфичен меньшей активностью и инициативностью детей с ЗПР по сравнению со здоровыми

детьми. Также отмечается замедленный темп ее формирования (Глоба Н. В.) [8].

Таким образом, по данным исследователей дети с задержкой развития имеют выраженные особенности эмпатии, которые препятствуют успешной социальной адаптации. Также имеются данные о том, что детско-родительские отношения при ЗПР весьма специфичны. Что позволяет предположить наличие связи между особенностями детско-родительских отношений и спецификой эмпатии детей с ЗПР.

Среди всех характеристик детско-родительских отношений многими авторами в качестве наиболее значимых для формирования эмпатии называются такие характеристики, как эмоциональное принятие, качество эмоционального контакта, понимание ребенка родителем. С другой стороны, эти характеристики часто являются нарушенными в отношениях родителей и детей с задержкой психического развития. При этом проблема роли особенностей детско-родительских отношений в формировании эмпатии у детей с ЗПР является малоизученной на данный момент. Поэтому в нашей работе мы изучали связи особенностей детско-родительских отношений с формированием эмпатии у детей с ЗПР.

В результате анализа имеющихся в литературе данных были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Дети с ЗПР менее эмоционально откликаемы и хуже опознают эмоции, чем их здоровые сверстники;
2. Эмоциональная откликаемость как здоровых детей, так и детей с ЗПР связана с особенностями детско-родительских отношений;

В связи со сформулированными целями и гипотезами были поставлены задачи:

1. Исследование когнитивного и эмоционального компонентов эмпатии у детей с ЗПР;
2. Выявление особенностей детско-родительских отношений у детей с ЗПР;
3. Изучение связи определенных параметров детско-родительских отношений с особенностями когнитивного и эмоционального компонентов эмпатии у детей с ЗПР;

Программа исследования включала в себя следующие методики:

1. Нейропсихологическая диагностика;
2. Экспериментальный метод (предъявление эмоционально насыщенных видео отрезков);

3. Тест Люшера в модификации Л. Н. Собчик (оценка бессознательного эмоционального отклика);
4. Самооценка ребенком своего эмоционального отклика с помощью шкал эмоционального состояния;
5. Рисунок семьи;
6. Методика PARI Е.Шеффер и Р.Белла в адаптации Т.В.Нещерет;

Для статистической обработки результатов использовался U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента и корреляционный анализ Спирмена. Обработка была выполнена с помощью программы Statistica 6.1.

В исследование было включено две группы: экспериментальная и контрольная. Экспериментальная группа включала в свой состав 20 детей 6-7 лет с задержкой психического развития церебрально-органического генеза (15 мальчиков и 5 девочек) и их родителей. Отбор детей в экспериментальную группу проводился по результатам прохождения ребенком ПМПК и по результатам нейропсихологического обследования. В структуре нейропсихологических нарушений преобладали нарушения динамического компонента, а также недостаточная сформированность моторных функций и вербального интеллекта. 9 детей имели неполную семью.

Контрольная группа включала в свой состав 23 ребенка (15 девочек и 8 мальчиков) 6-7 лет и их родителей. Дети не имели задержки темпов психического развития и иных вариантов дизонтогенеза, а также тяжелых соматических заболеваний на момент проведения исследования. Среди детей контрольной группы 5 человек имели неполную семью.

Исследование проводилось на базе детского сада №936 г. Москвы, коррекционной группы детского сада № 94 г. Перми и гимназии им. М. И. Пинаевой «Ювента» г. Перми.

В результате проведенного исследования были обнаружены достоверные различия по анализируемым параметрам эмпатии ($p < 0,05$) между группами. Дети контрольной группы демонстрировали большую эмоциональную откликаемость и способность к опознанию эмоций, чем дети экспериментальной группы. При этом интенсивность эмоций у детей с ЗПР была больше, чем у условно здоровых детей (см. рис. 1).

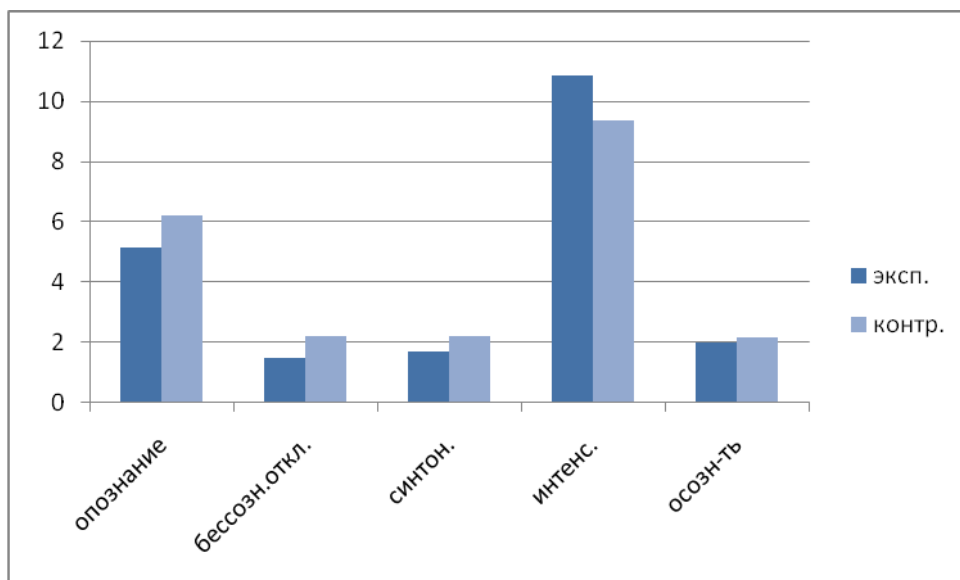


Рис. 1. Значение параметров анализа эмпатии в экспериментальной и контрольной группах. (по горизонтали – параметры; по вертикали – интенсивность)

По анализируемым параметрам детско-родительских отношений также были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами. (см. рис. 2)

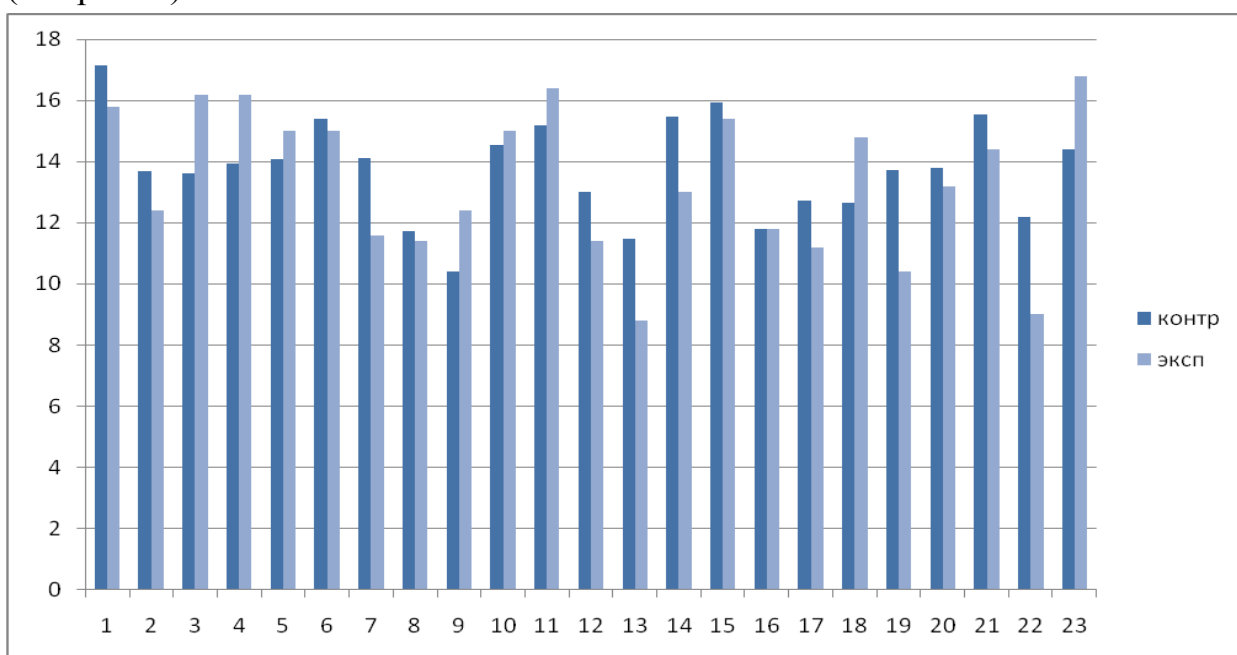


Рис. 2. Распределение значений параметров по результатам методики «PARI» в экспериментальной и контрольной группах. (по горизонтали – шкалы опросника; по вертикали – кол-во баллов).

Группа нормы характеризовалась большими значениями по таким параметрам, как «благоприятная семейная обстановка», «тревожность» и «конфликтность», по сравнению с экспериментальной группой, в которой более выраженными параметрами оказались «враждебность» и «чувство неполноценности». Статистически значимые ($p < 0,05$) различия по методике

PARI между группами были обнаружены по следующим шкалам: «вербализация», «зависимость от семьи», «подавление воли», «семейные конфликты», «сверхавторитет родителей», «неудовлетворенность ролью хозяйки», «партнерские отношения», «подавление сексуальности», «доминирование матери», «стремление ускорить развитие ребенка» и «несамостоятельность матери». Т.е. матери здоровых детей достоверно больше склонны стимулировать отстаивание своей точки зрения ребенком. Они менее зависимы от семьи и более самостоятельны, чаще устанавливают партнерские отношения с детьми, но менее удовлетворены ролью хозяйки. Также в семьях здоровых детей сильнее выражена конфликтность. Матери здоровых детей чаще, чем матери детей с ЗПР стремятся ускорить развитие ребенка. Матери детей с ЗПР более склонны к подавлению воли ребенка и установкам на сверхавторитет родителей. При этом установка на доминирование матери у них выражена достоверно меньше, чем у родителей здоровых детей.

Корреляционный анализ показал наличие связей в контрольной группе между параметрами: «конфликтность» и «опознание эмоций» ($r = 0,477$); «благоприятная семейная обстановка» и «бессознательный эмоциональный отклик» ($r = 0,488$). В экспериментальной группе была обнаружена положительная корреляция между параметрами: «интенсивность эмоций» и «благоприятная семейная обстановка» ($r = 0,497$); «синтонность» и «враждебность» ($r = 0,559$); «синтонность» и «суммарный фактор неблагополучия» ($r = 0,61$). Корреляционной связи между эмоциональной откликаемостью и факторами детско-родительских отношений в экспериментальной группе обнаружено не было.

В связи с полученными результатами можно сформулировать следующие выводы:

1. Дети с ЗПР менее эмоционально откликаемы по сравнению с детьми группы нормы;
2. Дети с ЗПР испытывают трудности в опознании эмоций по сравнению со здоровыми детьми;
3. Матери детей с ЗПР в большей степени, чем матери здоровых детей, несамостоятельны и зависимы от семьи. Т.е. можно предположить, что их собственная сепарация с родителями была каким-то образом нарушена;
4. Матери условно здоровых детей склонны строить более партнерские отношения с детьми, они менее раздражительны и не проявляют

- выраженных установок на подавление воли, сексуальности или агрессивности ребенка. При этом они более самостоятельны и менее зависимы от семьи, что говорит в пользу опыта успешной сепарации;
5. Здоровые дети в семье признаются субъектом взаимодействия, в то время как дети с ЗПР являются скорее объектом и вынуждены приспосабливаться к такой ситуации развития;
 6. В связи с указанными особенностями детско-родительских отношений у здоровых детей формируется отношение к другим как к субъектам взаимодействия, а у детей с ЗПР как к объектам, что во многом обуславливает особенности эмпатии;
 7. Особенности отношения матерей к детям обусловлены в т.ч. и их собственным опытом сепарации.

Полученные результаты направляют дальнейшие исследования данной проблемы по пути изучения положения ребенка в семье в качестве объекта воздействия, а также возможных причин такого положения – проблем сепарации матери ребенка от ее собственной родительской семьи.

Литература

1. Валлон А. Психическое развитие ребенка. М. 1967. – 196с.
2. Васильева Е. Н. Особенности формирования положительного эмоционального отношения у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития к близким взрослым и сверстникам. Дис. канд. псих. наук. – Нижний Новгород, 1994. – 223 с.
3. Выговская Л.П. Эмпатийные отношения младших школьников, воспитывающихся вне семьи. //Психологический журнал. 1996. Т. 17, № 4. С. 55-65.
4. Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики /Под ред. А.М. Матюшкина. М.: Педагогика, 1983. – 368с.
5. Выготский Л.С. Основные положения плана педологической исследовательской работы в области трудного детства //Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М., 1995. – С. 139-146.
6. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии //Вопросы психологии. 1975. №2-С. 147-157.
7. Гаврилова Т.П. Анализ эмпатийных переживаний младших школьников и младших подростков //Психология межличностного познания. /Под ред. А.А. Бодалева. -М., 1981.-С. 122-139.

8. Глоба Н. В. Психологический анализ эмпатии у детей с задержкой психического развития: младший школьный возраст. Дис. . канд. псих. наук. – Москва, 2008. – 182с.
9. Кузьмина В.П. Формирование эмпатии у младших школьников к сверстникам в зависимости от детско-родительских отношений в семье. Дис. . канд. псих. наук. -Н. Новгород, 1999. – 137с.
- 10.Мак-Дауголл. Основные проблемы социальной психологии. М.: Комсомол, 1916.-281 с.
- 11.Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М.: 1986.
- 12.Сорокоумова С. Н. Развитие эмпатии у старших дошкольников с задержкой психического развития к сверстникам через оптимизацию детско-родительских отношений. Дис. . канд. псих. наук. -Н. Новгород, 2005. – 339с.
- 13.Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии //Вопросы психологии. 2001. №2. С. 22-36.
- 14.Хасанова Р. И. Особенности эмпатии у дошкольников с нарушением интеллектуального развития. – Санкт-Петербург, 2009. – 204с.
- 15.Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие. – М.: Фолиум, 1996. – 156 с.
- 16.Barett-Leonard Godfrey. The phases and focus of empath British //Journal of Medical Psychology. 1993. – Vol. 66. № 1. – P. 3-14.
- 17.Jones, N. A., Field, T., Fox, N. A., Davalos, M., Lundy, B. & Hart, S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed //Infant Behavior & Development. -1998. – p.537-541., 21.
- 18.Preston, Stephanie D. and de Waal, Frans B. M. Empathy: Its ultimate and proximate bases. – (Unpublished) Department of Psychology, University of California at Berkeley. – 2000

**МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ КАК
ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

И.М. Никольская

кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования,

Санкт-Петербург, Россия

imn_marо@inbox.ru

Сближение и синтез клинической психодиагностики и психотерапии диктует необходимость создания интегративных технологий, которые в конкретной ситуации обращения клиента к психологу и психотерапевту могли бы одновременно решать задачи психологического исследования, консультирования и психотерапии. Особое значение это имеет для теории и практики нового раздела медицинской (клинической) психологии – клинической психологии семьи и детства, предметом которой являются особенности психической деятельности и семейного функционирования ребенка в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и членов их семей. Примером такой технологии выступает метод серийных рисунков и рассказов – оригинальная психолого-диагностическая и консультативно-коррекционная технология работы с детьми от 6 лет и их родителями, а также подростками и взрослыми в системе оказания лечебно-профилактической помощи.

Процедура использования метода состоит в следующем. В течение одного сеанса ребенку предлагают создать серию проективных рисунков на заданные темы, а затем составить в диалоге с психологом устные или письменные рассказы о том, что на них изображено. Цель – отражение в продуктах творческой деятельности особенностей внутреннего мира и системы отношений ребенка: представлений о себе и окружающих; желаний, стремлений и фантазий; внутриличностных и межличностных конфликтов; психотравмирующих переживаний; механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения; перспективы будущей жизни. Результат – осознание и отреагирование своих проблем посредством их визуализации, вербализации, обсуждения и разделения с другим человеком; определение мишеней для последующей психотерапии и сопровождения.

Темы для рисования задаются («навязываются») ребенку психологом. Они сформулированы от первого лица и эмоционально насыщены.

После того, как сделан рисунок, с помощью уточняющих вопросов ребенка побуждают составить по нему рассказ. Психолог задает вопросы по типу: «Что тут на рисунке происходит?», «Где ты (этот человек) находится?», "Что ты (этот человек) делаешь (-ет)?" «Какое у тебя (у этого человека) здесь настроение?», «О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?» и пр. При работе с детьми психолог фиксирует свои вопросы и ответы ребенка, при работе с подростками и взрослыми клиент нередко сам дает письменные ответы на

вопросы психолога. Таким образом, рассказы по рисункам создаются в диалоге.

После завершения работы происходит совместное обсуждение и обобщение проделанной работы.

Важнейший принцип взаимодействия психолога с клиентом в процессе серийного рисования – безусловное одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности, независимо от их содержания, формы и качества. Получая безусловное положительное подкрепление, обычно с третьего – четвертого рисунка втягиваются в работу, начинают рисовать быстро, уверенно и сами дают комментарии. В какой-то момент они могут отказаться рисовать очередной рисунок и просто рассказывают или записывают рассказ на заданную тему.

Метод серийных рисунков и рассказов используется как однократная процедура (все рисунки и рассказы создаются в течение одного сеанса). Однако затем полученные материалы могут использоваться на других сеансах, в течение длительного времени, для детальной проработки вскрытых проблем и отслеживания динамики изменений.

В настоящее время технология работы на сеансе структурирована и включает три этапа. Определена примерная очередность заданий, которые предлагаются ребенку.

1 этап. Рисунки и рассказы на тему "Мой автопортрет в полный рост", "Моя семья" («Семейная социограмма»), "Если бы у меня была волшебная палочка..." Они позволяют: а) познакомиться с ребенком, б) исследовать его образ-Я, представления о семейном окружении и самочувствии в семье, в) осуществить присоединение за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий, г) ввести в работу, то есть создать определенный настрой.

2 этап. Рисунки и рассказы на тему "Я переживаю", "Я боюсь", "Сон, который меня взволновал", "Я об этом не хочу вспоминать". Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и стимулируют проявление интенсивных чувств и воспоминаний. С их помощью происходит выявление отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты осуществляется отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

3 этап. Рисунки и рассказы на тему "Я такой довольный, я такой счастливый", "Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе» (для детей)», «Светлое будущее" (для взрослых). Они направлены на снятие возникшего напряжения, дают заряд оптимизма, чувство уверенности в себе, формируют образ позитивного будущего.

Список тем и их формулировки могут изменяться с учетом анамнеза, индивидуально-психологических особенностей ребенка и значимой проблематики, выявляемой в ситуации "здесь и теперь". Чаще изменения имеют место на втором этапе рисования. Однако важно, чтобы была соблюдена последовательность выше перечисленных этапов, которая продуцирует у клиента определенную динамику эмоционального состояния. Задача первого этапа – присоединиться к ребенку и ввести его в работу, задача второго – «заставить» переживать», задача третьего – вывести из мира переживаний, снять эмоциональное напряжение предыдущего этапа и создать позитивный настрой.

С методической точки зрения метод серийных рисунков и рассказов можно рассматривать как проективную методику, арт-терапевтическую технологию и метод психологического консультирования. Как диагностическую процедуру, метод серийных рисунков и рассказов можно отнести к классу проективных методик, которые обращены к пониманию неосознаваемых, трудно контролируемых и одновременно значимых эмоционально-мотивационных проявлений личности. Проективные методики побуждают клиента актуализировать такую вербальную или графическую продукцию, которая дает возможность специалисту вскрыть содержание и смысл его значимых проблем и конфликтов и прийти к объективной информации о клиенте через его субъективность – образы фантазий, нюансы переживаний, характеристики отношений. Вместе с тем, проективные методики выполняют не только роль инструмента исследования, но и роль клинической процедуры, укрепляющей отношения между специалистом и клиентом.

Метод серийных рисунков и рассказов также определяется как арт-терапевтическая технология, поскольку рисование и сочинение историй – широко известные методы лечения искусством и творческим самовыражением. Эффективность включения искусства в контекст терапии основана на том, что оно позволяет экспериментировать с эмоциями, их исследовать и выражать на символическом уровне. Преимущественное использование "языка" визуальной и пластической экспрессии дает

возможность сделать зримыми и доступными для понимания даже те стороны внутреннего мира человека, которые не всегда можно выразить (описать) словами.

Помимо этого, метод серийных рисунков и рассказов выступает как специфический метод психологического консультирования, при котором используется не обычная, а особая арт-терапевтическая беседа – прямое или косвенное получение сведений путем описания рисунков в общении. Преимущества арт-терапевтической беседы в том, что она конкретна (обсуждаются определенные рисунки), носит отстраненный характер (касается не самого клиента и его системы отношений, а клиента, изображенного на рисунке), структурирована (имеет определенную логику) и оказывает психотерапевтический эффект (облегчает процесс выражения, осознания и отреагирования скрытых эмоций, проблем и конфликтов).

Наиболее важные приемы ведения арт-терапевтической беседы: построение диалога по рисункам с помощью техники постановки вопросов на основе соотнесения невербального (изображение) и вербального (словесное описание) контекстов; направленное использование письменной речи; введение дополнительных заданий, исходящих из контекста; обязательное соблюдение последовательности этапов реализации метода, что продуцирует у клиента определенную динамику эмоционального состояния.

Теоретической основой метода серийных рисунков и рассказов является психодинамический подход к психологическому консультированию и психотерапии, который целенаправленно интегрируется с элементами суггестивного, нарративного и семейного подходов.

В рамках психодинамического подхода внимание сосредоточено на исследовании отрицательных переживаний, конфликтов, сновидений, образов воображения. Проводится анализ типичных для клиента процессов адаптации к стрессу по схеме: «конфликт – эмоция – психологическая защита – совладание». С помощью направленного использования механизмов сублимации и катарсиса ведется работа по выявлению и отреагированию подавленных психотравмирующих переживаний. Защитный механизм отчуждения дает клиенту возможность выйти за пределы психотравмирующей ситуации и взглянуть ее со стороны, отсоединиться от значимых фигур из прошлого опыта, разделить когнитивные и эмоциональные элементы переживаний.

В рамках использования техник суггестивного подхода, прежде всего, за счет «навязывания» определенного ритма и содержания работы, у клиента

формируют состояние выраженной концентрации внимания. Это укрепляет связь (словесный контакт) между ним и специалистом. Благодаря этому прорабатываемая тема начинает занимать все поле сознания клиента, вытесняя другие, в данный момент незначимые, чувства и мысли. Такая «поглощенность внутренними восприятиями» побуждает «Я» клиента проявляться автоматически, что можно трактовать как достижение измененного или трансового состояния сознания.

Суггестивные техники также применяются при построении диалогов между клиентом и значимыми фигурами из его окружения, изображенными на рисунках (живыми и умершими).

Элементы нарративного (повествовательного) подхода используются при создании рассказов по рисункам в диалоге клиента с психологом. Смысл нарративных рассказов зависит не от реальности, а от ее интерпретации двумя лицами (Я-рассказчика и/или Я-слушателя/читателя) и обретается ретроспективно, после того, как событие, о котором повествуется, уже произошло. Важная особенность диалога по рисункам – постоянный учет контекста происходящего в ситуации «здесь и теперь», воплощенный в словесных описаниях клиента. Обращая внимание на незначительные детали рисунка и рассказа, расшифровывая скрытые значения образов и слов («что это означает?»), по-новому центрируя текст, придавая ему новые значения, – психолог создает условия для достижения клиентом инсайта и катарсиса. В результате взаимно созданного и взаимно разделяемого контекста переживаний между специалистом и клиентом возникает близость, поддержка и понимание.

Теория семейной психотерапии используется для диагностики положения клиента в системе семейных взаимоотношений и выявления возможной роли семьи в происхождении его симптомов, при интерпретации материала, полученного в ходе применения метода серийных рисунков и рассказов и определении последующих мишеней семейной психотерапии.

Цели использования метода серийных рисунков и рассказов:

- изучение внутреннего мира
- выявление и отреагирование скрытых проблем и конфликтов
- исследование механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения
- определение психологических причин трудностей в межличностном взаимодействии (в том числе, в детско-родительских, супружеских и семейных взаимоотношениях)

- дифференциальная клиническая психодиагностика
- кризисное консультирование и психотерапия (в том числе, психологическая помощь в ситуации переживания утраты и психотерапия лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами).

Клинический случай

На консультацию к психологу мама, 37 лет, привела сына Леню, 9 лет, ученика 3 класса. Мать и сын проживают вдвоем.

После процедуры знакомства мать в присутствии сына озвучила жалобы: неусидчивость, несамостоятельность, игровые интересы, слабость учебной мотивации, плохая успеваемость Лени. Сын по характеру конфликтный: «хочет быть лидером, но жажды победы у него нет, ведет себя, не как мужчина – скорее мягкий, ласковый и больше играет с девочками». Запрос к психологу – определиться, «как Леню к лучшему изменить, помочь ему стать мужчиной?»

Леня рассказал, что «мама строго воспитывает, кричит. Когда приходит домой – или спит, или работает, на помощь не приходит. Если деление в столбик не получается – злится, психует.»

Далее с согласия мальчика психолог разделила членов семьи. Она предложила Лене порисовать, а его маме – в соседней комнате и заполнить опросник АСВ (Анализ семейных взаимоотношений).

Приводим стенограмму взаимодействия психолога и Лени.

Психолог: (дает Лене лист бумаги формата А4 и шариковую ручку): Нарисуй свой портрет в полный рост, как ты стоишь.

Леня рисует первый рисунок «Автопортрет»

П.: Как тебя здесь, на рисунке зовут? – Л. (пишет): Леонид. – П.: Сколько тебе тут, на рисунке, лет? – Л. (пишет): 7 лет. – П.: Ты где тут на рисунке стоишь? – Л. (далее дает устные ответы, их в свой протокол записывает психолог): Стою на улице. – П.: Когда ты здесь, на улице стоишь, – какое у тебя настроение? – Л.: Веселое. – П.: Веселое – почему? – Л.: Деревья, травка. – П.: Еще почему? – Л.: Ездил на теннис. – П.: О чем ты тут на рисунке думаешь? – Л.: Думаю о весне. – П.: Когда ты думаешь о весне, тебе что хочется сделать? – Л.: Хочется нарвать травку маме. – П.: Что тебе мама скажет, когда увидит травку? – Л.: Мама скажет: «Спасибо».

П. хвалит Леню, забирает рисунок и дает мальчику следующий лист бумаги со словами: «Нарисуй свою семью»

Леня выполняет задание.

П.: Подпиши, кто тут нарисован.

Л. (пишет): Дедушка Вася, мама, я, кот.

П.: Вы где? – Л.: В парке. – В парке – где? – Л.: В Стрельне. Там дедушка живет. – П.: Как там, в Стрельне? – Л.: Там хорошо, там мама меня выпускает гулять с девочкой Ксюшей с первого этажа. На детскую площадку. Дедушка сейчас в больнице. Я к нему всегда приезжаю на каникулы. – П.: Как тебе с дедушкой? – Л.: С дедушкой хорошо – он родной человек.

П.: Какое у вас тут настроение на рисунке? – Л.: Дедушка веселый, мама тоже веселая, я тоже веселый, но не очень. – П.: Не очень – почему? – Л.: Я боюсь, что Мурзик убежит. Он же без ошейника.

Психолог забирает рисунок про семью и дает мальчику очередное задание – выполнить рисунок на тему «Если бы у меня была волшебная палочка». Леня изображает мобильный телефон и собачку.

П.: Что ты тут нарисовал? – Л.: Я хочу хорошо закончить триместр в школе и получить мобильный телефон. Папа на это деньги копит.

Еще я хочу собачку таксу черную. Люблю собак. Но боюсь, что Мурзик будет все крушить. – П.: Зачем тебе собака? – Л.: С собакой веселее. С собакой можно себя защищать. – П.: От кого тебе надо себя защищать? – Л.: От врагов. Меня Дима Ступин и Боря бьют в школе.

П.: Рисуй – меня бьют в школе (забирает рисунок про волшебную палочку, дает чистый лист бумаги).

Леня выполняет задание. На его картинке «Меня бьют в школе» изображено, как один мальчик ударил другого, и тот упал.

П.: Тут что на рисунке происходит? – Л. (пишет): Дима обзывается. – П.: Где кто? Подпиши.

Леня под фигурой стоящего мальчика пишет – «Дима», под фигурой лежащего – «я».

П.: Что тут, на картинке, происходит? – Л.: Ступин начал меня обзывать. Бьет меня. – П.: Почему? – Л.: Он мой враг. Он меня раздражает. – П.: Враг – почему? – Л.: Обзывает матом. Обижает девочек.

П.: Кто тебя может защитить? – Л.: Ульяна – друг. И Артем, Илья, Ваня.

П.: О чем ты думаешь, тут, на рисунке, когда лежишь? – Л.: Поскорее бы кто-то рассказал учителю, и учитель поставил Ступину в дневник двойку.

П. дает следующее задание – рисунок «Я боюсь». Леня отказывается рисовать, рассказывает.

Л.: Когда я на велосипеде еду, боюсь что полечу в канаву. – П.: Еще чего боишься? – Л.: Боюсь, когда меня бьют. – П.: Давно бьют? – Л.: Со 2 класса. – П.: Часто? – Л.: Через 2 дня.

П.: Еще чего ты боишься? – Л.: Темноты. – П.: Почему? – Л.: Олеська говорит, что Баба Яга и Кащей Бессмертный могут съесть.

П.: Еще чего? – Л.: Дома оставаться один – страшно. Боюсь, когда что-то горит, когда шум. – П.: Что ты делаешь, чтобы было не так страшно? – Л. Кота поглажу, и тогда легче.

П.: Еще чего-то боишься? – Л.: Боюсь двойку получить, боюсь, что будут ругать.

Психолог предлагает сделать рисунок на тему «Сон, который меня взволновал». Мальчик опять рисовать отказывается, рассказывает.

Л.: Снилось – что мама гоняет по улице на машине, что мы попали в аварию. – П.: Мама что – быстро ездит на машине? – Л.: Да. Уже попадали в аварию. – П.: Когда? – Л.: В 5 или 6 лет. – П.: Что тогда случилось? – Л.: Мы врезались в Жигули. – П.: И что? – Л.: И я боялся этого звука, боялся, что мы погибнем.

П.: Этот сон – когда снился? – Л.: 10 дней назад. Боюсь, что дедушка умрет в больнице. Когда мама едет, когда машины перестраиваются, мне кажется, что мы в них врежемся.

П.: Рисуй – я об этом не хочу вспоминать.

Леня выполняет задание и изображает дедушку, лежащего на кровати (комментарий – «теперь я понял, как надо рисовать людей на кровати, дедушку буду рисовать»).

П.: Что тут на рисунке? – Л.: Когда у дедушки был в больнице, я плакал. – П.: Плакал – почему? – Л.: 10 дней назад его вырвало. – П.: И что? – Л.: Повезли в больницу, делали операцию.

П.: Что с тобой было, когда ты это узнал? – Л.: Плакал, потом уши заложило. Боялся. – П.: Что тебя больше всего испугало? – Л.: По телевизору показывают – врачи ошибаются, и люди умирают. Боялся, что врачи ошибутся. Бабушка – умерла, я по ней скучаю. – П.: Умерла – когда? – Л.: В

1-м классе. – П.: Бабушка была – какая? – Л.: Бабушка была со мной. Водила в школу. Добрая была. Когда мама была – я у нее жил, она меня утешала.

П.: Рисуи: Я плачу, моя бабушка умерла.

Леня изображает, как он стоит у могилы с крестом. На могиле – цветы. На небе – облако. С облака на внука смотрит бабушка, улыбается.

П.: Когда ты тут стоишь и плачешь, что ты хочешь сказать бабушке? Напиши.

Л. (пишет): Бабушка, я тебя люблю.

П. (вслух читает, написанное Леной): Бабушка, я тебя люблю.

П.: Бабушка – что может сказать в ответ?

Л. (пишет от имени бабушки): Я тебя тоже.

П. (повторяет): «Я тебя тоже».

П.: Что еще ты можешь ей сказать?

Л.: Не знаю. – П.: Что ты скучаешь? – Л.: Да. – П.: Пиши: я по тебе скучаю.

Л. (пишет): Я очень по тебе скучаю.

П. вслух повторяет: Я очень по тебе скучаю.

П.: Что может ответить бабушка?

Л.: (от имени бабушки пишет): Я тоже скучаю по тебе.

П. повторяет: «Я тоже скучаю по тебе».

П.: Еще что ты хочешь ей сказать?

Л. (пишет): Я стараюсь хорошо учиться.

П. повторяет: Я стараюсь хорошо учиться.

П.: Что бабушка скажет в ответ? Как она тебя называла?

Л. (пишет): Ленечка, я тебе желаю хорошей учебы.

П. повторяет: Ленечка, я тебе желаю хорошей учебы.

П.: Хочешь ей сказать, что ты ее помнишь?

Л. (пишет): Я просматриваю твои фотографии и всегда помню тебя.

П. (повторяет): Я просматриваю твои фотографии и всегда помню тебя.

П.: Что говорит бабушка на это?

Л. (пишет): Молодец, старайся, молодец.

П. повторяет: Молодец, старайся, молодец.

П.: Когда ты просматриваешь фотографии, как тебе на душе? – Л.: Просматриваю фотографии, вспоминаю и прекращаю плакать.

П.: Рисуи – «Я такой довольный, я такой счастливый!»

Нарисован план Лениной комнаты.

П.: Что ты тут нарисовал? – Л. (показывает на рисунке): Мне купили полочку для будильника и телефона. Еще купили стоечку – когда дедушка из больницы придет, он приделает туда лампу!

П.: А сейчас самое последнее задание «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе»

На картинке мальчик изобразил стол с компьютером и кресло.

Л.: Я хочу работать бухгалтером, как мама. – П.: Ты какой закончил институт? – Л.: Хороший институт. – П.: Ты где будешь работать? – Л.: В фирме. – П.: Кем? – Л.: Главным бухгалтером.

П.: Тебе 25 лет, ты работаешь главным бухгалтером. Ты уже женат, у тебя есть дети? – Л.: Женат. – П.: И у тебя есть дети? – Л.: Пять детей. – П.: Кто – девочки, мальчики? – Л.: Три девочки и два мальчика. – П.: Как зовут твою жену? – Л.: Ксюша. – П.: Вы где живете? В квартире, в доме? – Л.: У нас отдельный дом. – П.: А где живет твоя мама? – Л.: С бабушкой и котом. Мы навещаем маму.

После того, как Леня выполнил все задания, психолог его похвалила за проделанную работу, разложила перед ним его рисунки и кратко прокомментировала, что было сделано. Затем попросила Леню отметить, какие рисунки ему рисовать было приятно, какие – неприятно. Леня плюсиком («понравилось») отметил рисунок «Моя семья», где он с бабушкой, мамой и котом гуляет в парке. Минусом («не понравилось») – рисунки «Я об этом не хочу вспоминать» (комментарий – «бабушка в больнице») и «Я плачу, моя бабушка умерла» (комментарий – «бабушка умерла»).

На вопрос, как изменилось его самочувствие, сказал, что улучшилось.

Психолог спросила, хочет ли он показать свои рисунки маме. Леня согласился и сам за ней ходил. В присутствии матери и сына психолог еще раз выразила свое восхищение тем, как «хорошо Леня выполнил все предложенные задания», показала матери его рисунки и прочла рассказы. После этого мальчику предложили подождать в соседней комнате, пока психолог будет «проверять, как его мама ответила на 130 вопросов».

Далее в беседе с матерью был собран краткий анамнез. Мать рассказала, что сын родился в браке, от первой запланированной беременности. Однако были перинатальные осложнения – гипоксия плода, низкая масса тела, родовая травма шейного отдела позвоночника. До 1 месяца мальчик был в мягком корсете. До 1 года – наблюдался невропатологом.

С 3 лет Леня грызет ногти. Именно в это время произошел развод его родителей. Мать рассказала: «Я была занята болезнью ребенка, переживала, а муж в какой-то момент он начал пить, гулять. Сейчас с ребенком не общается, ему не до этого. Да и вообще он боится общаться с ребенком.»

После развода мать отдала Леню на попечение своих родителей, которые жили в пригороде, и с головой ушла в работу. Таким образом, до школы Леня практически все время находился с бабушкой и дедушкой. Его мать жила в городе, много работала, с сыном виделась по выходным.

Мать забрала Леню в город, когда он должен был идти в 1 класс. Они стали жить вдвоем. Однако бабушка и дедушка дочери помогали – поочередно забирали внука из школы, увозили к себе на выходные.

Когда бабушка умерла, функция основного воспитателя перешла к дедушке. Теперь, когда он заболел, возникла кризисная ситуация – мать с Ленией впервые осталась «один на один». Сын сразу стал хуже учиться, и у женщины «опустились руки». Она пошла на консультацию к психологу.

На вопрос психолога, видится ли сын с отцом, мать ответила, что в последнее время их общение восстановилось, хотя она сама «никогда этот процесс не стимулировала», была обижена на поведение мужа. На вопрос, можно ли в сложившейся ситуации обратиться за помощью к бывшему супругу, ответила утвердительно. Однако добавила, что ей бы этого не хотелось, потому что она боится, что сын от нее отдалится и привяжется к отцу. Хотя бывший муж за это время действительно стал более ответственно относиться роли родителя.

Далее по опроснику АСВ были проанализированы и интерпретированы воспитательная практика и личностные проблемы матери, затрудняющие процесс воспитания: воспитательская неуверенность, тенденция к расширению сферы родительских чувств, признаки незрелости родительских чувств.

С учетом всей полученной информации психолог и мать еще раз просмотрели рисунки и рассказы Лени и акцентировали следующие моменты.

1. На рисунке «Автопортрет» Леня дал себе 7 лет. Это означает, что он чувствует себя младше по возрасту, чем это есть на самом деле. Это может быть связано с разными факторами: последствием родовой травмы, ситуацией болезни с режимом ограничений и запретов, в которой Леня находился в раннем детстве, разводом родителей, смертью бабушки,

болезнью дедушки, особенностями семейного воспитания по типу гиперпротекции.

2. Из-за того, что Леня чувствует себя младше, чем другие дети, ему трудно наладить отношения с более сильными сверстниками. Чувствуя слабость Лени, они его превращают в жертву, а он не умеет дать им отпор, за себя постоять. Мальчик ждет, что кто-то со стороны ему поможет. На вопрос психолога, о чем мальчик думает, когда его бьют в школе, он отвечает: «Поскорее бы кто-то рассказал учителю, и учитель поставил Ступину в дневник двойку.» Наверное, поэтому, Леня мечтает о собаке: «С собакой веселее. С собакой можно себя защищать.»

3. Рассказ Лени о том, как его со второго класса каждые два дня бьют в школе, а он это терпит, полностью подтверждает тревогу матери о том, что у Лени «нет жажды победы». И здесь очень печально, что эту неприятную ситуацию мальчик от матери скрывает. Возможно потому, что он не ждет от мамы защиты, ведь та не только его «строго воспитывает», но даже от бессилия и неуверенности может поднять на него руку. В то же время Леня любит маму, хочет сделать ей приятное («нарвать травку»), чтобы заслужить ее благодарность.

3. У Лени много страхов: страх, что его опять побьют в школе, страх наказания из-за плохой отметки, страх упасть с велосипеда, страх одиночества. Но самый на этом фоне значимый страх – страх смерти. У детей олицетворением страха смерти часто выступает страх темноты. Разговаривая о нем с психологом мальчик связывает темноту с Бабой Ягой и Кощеем Бессмертным, «которые могут съесть».

Страх смерти также проявляется в сновидении Лени, когда он рассказывает, что после аварии, «когда мама едет, когда машины перестраиваются», боится, что «мы в них врежемся», «мы погибнем». Еще Леня боится, что «дедушка умрет в больнице», как уже умерла бабушка. Тем более что по телевизору показывают – врачи ошибаются, и люди умирают. Теперь Леня боится, «что врачи ошибутся».

4. Страх смерти более частый и выраженный у тех детей, которые пережили смерть близкого родственника или переживают его болезнь. Именно в такой «двойной» ситуации находится Леня, у которого умерла бабушка («была со мной», «добрая», «когда мама была – утешала») и болеет дедушка («с дедушкой хорошо – он родной человек»).

Переживающих утрату детей отличают сниженный фон настроения, тревожность и напряженность, чувство одиночества и незащищенности,

фиксация на прошлом, замкнутость, отстраненность, тенденция к жертвенному поведению. Им трудно за себя постоять, и потому нужна особая поддержка близких членов семьи. Может быть, поэтому самым важным для Лени оказался рисунок «моя семья», а не рисунки «довольный, я такой счастливый», «волшебная палочка» и «будущее».

5. С учетом того, что Леня до сих пор переживает смерть бабушки, которая у него прямо связана со страхом за жизнь дедушки, важным элементом работы психолога с Леной стала помощь в отреагировании утраты. Она включала искусственную процедуру оплакивания (рисунок «Я плачу, моя бабушка умерла») и воображаемый диалог внука с бабушкой, которые состоялись с участием психолога. Это позволило Лене выразить переживания, показать бабушке свою любовь и получить от нее поддержку и веру в его добрые начинания, что способствовало облегчению психического состояния.

После обсуждения всех полученных материалов психолог и Яна Владимировна пришли к общему выводу, что проблемы Лени носят комплексный характер. В их основе лежат перинатальные факторы (история рождения и болезни), развод родителей, страхи, возникшие в результате аварии, смерть бабушки, болезнь дедушки, воспитательная неуверенность мамы, личностные проблемы мальчика и хроническая психотравмирующая ситуация в школе. С учетом этого было принято решение о необходимости психологического наблюдения и сопровождения семьи в районном психолого-медико-социальном центре. Матери также была дана рекомендация продумать, как можно улучшить отношения с бывшим супругом, чтобы наладить с ним сотрудничество по воспитанию сына.

Литература

1. Никольская И.М. Арт-методы в семейном консультировании и психотерапии // Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – С.223-268.
2. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов // Психотерапия. Ежемесячный научно-практический журнал. – 2008. – №12 (72). – С. 34-40.

3. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. Учебное пособие. – СПб.: Издательство СПб МАПО, 2009. – 51 с.
4. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в клинической психодиагностике // Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал. – 2009, №2. – С. 35-44; 2011, №1. – С. 11-23..
5. Никольская И.М. Серийные рисунки и рассказы в психологическом консультировании детей и родителей // Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2010. – С. 215-232.

РЕАКЦИЯ НА ФРУСТРАЦИЮ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л.С. Печникова

МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва

pech56@mail.ru

При проведении исследования психически неблагополучного ребенка или подростка перед детским патопсихологом стоят те же задачи, что и перед патопсихологом, изучающим взрослых пациентов. И тому, и другому важно правильно квалифицировать психическое расстройство, определить степень его выраженности и, по возможности, описать его структуру. Основу этой деятельности составляют методы, разработанные в отечественной психологии при участии С.Я.Рубинштейн.

Несомненной заслугой С.Я.Рубинштейн перед детской патопсихологией является использование «обучающего эксперимента» с четко прописанной процедурой его проведения для определения умственного развития аномального ребенка. Оценка обучаемости ребенка, его потенциальных возможностей, «зоны ближайшего развития» (Л.С.Выготский) важна не только для постановки дифференциального диагноза (например, между умственной отсталостью и задержкой психического развития), но и для того, чтобы определить прогноз и подобрать оптимальные коррекционные

мероприятия и виды обучения, способствующие успешному развитию ребенка.

В основу нашей работы легли представления С.Я.Рубинштейн о том, что реакции на фрустрирующую ситуацию (в эксперименте – «неуспех») различаются у пациентов с теми или иными нарушениями эмоционально-волевой сферы, а также зависят от личностных особенностей испытуемых, в частности, от привычных способов реагирования на тревожные, беспокоящие обстоятельства.

В течение нескольких лет нами (студентами и аспирантами под моим руководством) проводятся исследования эмоционально-личностных особенностей у подростков с психической патологией, таких как тревожность, страхи, агрессия и агрессивность, фрустрации и копинг-стратегии.

Подростковый возраст представляет собой начало длительного и сложного периода взросления, в процессе которого решаются важные задачи развития самоидентичности, социального интеллекта и умения справляться с трудностями социального взаимодействия. Ребенок подходит к этому возрасту с определенным соматическим, когнитивным и эмоциональным багажом, куда относится и опыт преодоления трудностей, с которыми он сталкивается в процессе обучения или общения.

Развитие адекватных стратегий преодоления трудностей и рост устойчивости к фрустрации являются важными для успешной социализации и в дальнейшем способствуют конструктивному разрешению серьезных жизненных проблем.

Пубертатный кризис – довольно распространенное явление, и иногда бывает трудно различить кризис, протекающий в рамках нормального возрастного развития, от проявлений психопатологического процесса. Кризис сам по себе может стать причиной различных форм отклоняющегося поведения и личностных нарушений, которые в норме заканчиваются по мере взросления. Однако он же в некоторых случаях является пусковым моментом серьезной психопатологии, и именно в этот период может проявиться наследственная предрасположенность и манифестируют тяжелые заболевания, такие как депрессия, шизофрения и т.д. В этом случае может нарушаться способность подростка к адекватному восприятию ситуации и снижаются возможности выработки оптимальной стратегии преодоления трудностей и поиска конструктивного разрешения тех или иных проблем, что

становится серьезным препятствием для участия подростка в типичных для его возраста формах активности и взаимодействия с окружающими.

Подростки с расстройствами поведения (РП), попадающие в поле зрения психиатров, не представляют собой однородную группу. Сюда относятся и те, у которых наблюдались поведенческие проблемы в раннем детстве, и те, у кого эти проблемы появились с наступлением подросткового возраста. Конфликтность и асоциальные действия этих детей (бродяжничество, кражи, драки) создают впечатление, что в основе этого поведения лежит высокий уровень базовой агрессивности. Однако, проведенные исследования (Л.С.Печникова, 2010; О.В.Уманова, 2009; И.Р.Статникова, 2005) показали, что лишь 10% девиантных подростков демонстрируют высокие показатели агрессии. Большинство (около 90%) имеют predisposition враждебности, сформированную установку, что окружающие стремятся причинить им вред. В сочетании с высоким уровнем тревожности (более трети подростков), усиливающейся в ситуациях самораскрытия, необходимости демонстрации своих возможностей окружающим, установка враждебности может приводить к отклоняющемуся, асоциальному поведению. Результаты теста фрустрационных реакций С.Розенцвейга показали, что подросткам с расстройствами поведения более всего свойственны внешненаправленные реакции, характеризующиеся открытым выражением агрессии, направленной на безличные обстоятельства, предметы или социальное окружение. Пытаясь добиться желаемого, они часто игнорируют существующие препятствия и склонны фиксироваться на самозащите, либо на удовлетворении потребности.

Было также установлено, что практически для половины выборки (48% подростков с РП) характерен низкий уровень приспособляемости к ситуациям стрессогенного характера и отсутствие адекватных механизмов, позволяющих приспособляться к таким ситуациям.

Умение правильно реагировать на фрустрирующие высказывания окружающих людей повышает гибкость и устойчивость подростка, с одной стороны, а с другой, – обеспечивает вариативность поведения подростка в разных социальных обстоятельствах.

С целью изучения типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации межличностного взаимодействия нами был проведен сравнительный анализ эмоционального и поведенческого реагирования на фрустрацию у подростков с расстройствами поведения и у подростков, больных шизофренией (Е.В.Левикова, 2011). Было обследовано 150

подростков 13-15 лет, которые составили три группы: 50 чел. – здоровые подростки, 50 чел. – подростки с расстройствами поведения (диагноз по МКБ-10: F 90 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском или подростковом возрасте», а именно «расстройства поведения» (F 91), 50 чел. – подростки, больные шизофренией (диагноз по МКБ-10: F20, в т.ч. параноидная шизофрения (F 20.0), гебефреническая (F 20.1), простая (F 20.6), недифференцированная (F 20.3). Исследование подростков с психической патологией проводилось на базе детской психиатрической больницы № 6 г. Москвы (3,4 и 5 отделения) и психиатрической больницы № 15 г. Москвы (15, 16 и 22 отделения) в течение 2007-2010 гг.

Для определения способов реагирования в ситуациях фрустрации в общении с разными оппонентами (мать, отец, подруга, друг, директор, уличные контакты) был использован Фрустрационный вербальный тест (ФВТ) Собчик (Л.Н.Собчик, 2002). Эта методика позволяет выявить особенности вербального реагирования в ситуации фрустрации и эмоционального отклика на стрессогенные высказывания окружающих. Для обработки полученного материала нами была разработана собственная схема кодирования и анализа ответов, основанная на экспертном мнении профессионалов и аналогичная предложенной Е. Т. Соколовой (Соколова, Е.Т. «Из истории проективных методик» и «Совместный тест Роршаха в диагностике нарушений семейного общения» //«Основы психодиагностики» /Под ред.А.А.Бодалева и В.В.Столина. – М.: Изд-во Моск.ун-та, 1987; Соколова, Е.Т. Модификация теста Роршаха для диагностики нарушений семейного общения. //Вопросы психологии. – 1985. – N4. с.145-151; Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – С. 174 – 207 (Стили детско-родительского общения в экспериментальной ситуации совместного теста Роршаха). Авторская схема обработки результатов по ФВТ выглядела следующим образом:

Типы реакций	ПЕРСОНАЖ					
	Отец	Мать	Подруга	Друг	Директор	Уличные контакты
	Словесное реагирование (%)					
Прямая агрессия						
Уход от конфликта						
Согласие						
Настаивание						

на своём						
	Эмоциональное реагирование (испытываемые чувства) (%)					
Негативные						
Нейтральные						
Позитивные						
Подмена чувств						

Результаты, полученные по этому тесту, позволяют увидеть типичный паттерн поведения в ситуации фрустрации межличностной коммуникации, выделить значимые фигуры для подростков с различной психической патологией, обозначить гендерные особенности их поведенческого и эмоционального реагирования на значимых персонажей.

Анализ особенностей **паттерна поведения в ситуации фрустрации** показал, что только здоровые подростки демонстрируют характерные для подросткового возраста реакции эмансипации, четко сформированную ориентацию на различные референтные группы.

Подростки, больные шизофренией, сохраняют большую близость с матерью, чем остальные подростки, хотя при этом испытывают по отношению к ней негативные чувства, а подростки с расстройствами поведения чаще демонстрируют негативистическую и агрессивную позицию по отношению к любым участникам общения.

Мать является исключительной фигурой в жизни подростка. С одной стороны, она в большинстве случаев является самым близким человеком для подростка, который лучше всех его знает и понимает. Но, с другой стороны, в процессе взросления в подростковый период социальная ситуация развития подростка резко меняется. Прежние авторитеты перестают играть ключевую роль в их жизни, им на смену приходят новые авторитеты, кумиры, ключевую роль начинает играть новая референтная группа, группа сверстников. Подростки активно демонстрируют реакцию эмансипации (В.В. Ковалев, 1985; А.Е. Личко, 1983; И.С. Кон, 1989). Разница в типе поведенческого реагирования при взаимодействии с матерью показывает, как в сравниваемых группах идет процесс смены авторитетов.

Подростки, больные шизофренией, чаще внутренне соглашаются с высказываниями матери и реже уходят от открытого конфликта. В группе подростков с расстройствами поведения картина как раз противоположная: они чаще уходят от конфликта, но при этом не соглашаются с мнением матери. Здоровые подростки занимают промежуточное положение между

обеими клиническими группами. Полюса, которые задают клинические группы, позволяют сделать вывод о том, что для подростков, больных шизофренией, мнение матери имеет большее значение, чем для всех других подростков, что позволяет предположить, что наблюдаемая смена авторитетов в меньшей степени выражена именно у этих подростков. Характерная для подросткового возраста реакция эмансипации слабо выражена у подростков, больных шизофренией, что может свидетельствовать о трудностях переориентации на другие, отличные от семьи, референтные группы.

Здоровые подростки наибольшее количество нейтральных чувств испытывают только по отношению к «другу» и «подруге», при этом они стремятся соглашаться с высказываниями друга и настаивают на своём, если в диалог вступает «подруга». Такие чувства и реакции могут быть объяснены самими особенностями подросткового возраста и основной ориентацией подростка на «референтные» группы, на мнение своего социального окружения, а не на авторитет родителей или директора в школе.

В случае, если в диалог с подростками вступает отец или мать, они испытывают негативные чувства по отношению к ним и стремятся настоять на своём мнении. Такой результат вполне объясним с точки зрения особенностей подросткового возраста – реакцией эмансипации, выражающейся в стремлении к независимости от родителей, поиске своего места в социуме, поиске своей идентичности. По мнению многих авторов (в частности, И.С. Кон, 1989; М.Н. Григорьева, 1989; Н.М. Мельникова, 1992), потребность в признании сверстников, выражающаяся в стремлении к более высокому статусному положению в группе и в стремлении к общению с лидером и звездами, становится одной из важнейших социально-психологических потребностей в подростковом возрасте. Согласно исследованиям Д.Т. Юлдашбаевой, 1991; Н.П. Воробьевой, 1989; П.К. Медведева и Г. Кулема, 1986; неудовлетворение потребности статусных притязаний приводит к различным нарушениям в сфере межличностных отношений школьников, в том числе старшеклассников. В исследовании В.М. Галузинского (1974) к трудностям в общении с одноклассниками приводит и снижение референтности класса для его сверстников.

Говоря о гендерных различиях, надо заметить, что девочки в целом демонстрируют большую вариативность, как в поведенческом, так и в эмоциональном реагировании, по сравнению с мальчиками из этих же групп,

они варьируют своё поведение и испытываемые чувства в зависимости от оппонента диалога.

Для мальчиков обеих клинических групп особую важность представляет фигура отца. Учитывая, что все исследуемые подростки живут в полных семьях, предположение о том, что отец должен играть ключевую роль в их жизни, весьма оправдано. Мальчики с расстройствами поведения испытывают максимальное количество «негативных чувств» по отношению к отцу, что может быть связано с ограничительной ролью отца в их жизни, попыткой навязать им своё мнение, подчинить их поведение своей воле, которая идет вразрез с их негативистической реакцией на авторитетность и силу.

Мальчики, больные шизофренией, испытывают чаще нейтральные чувства по отношению к отцу, что может свидетельствовать о недостаточной значимости фигуры отца в их жизни.

Девочки демонстрируют разные типы словесного реагирования в ситуации фрустрации межличностного взаимодействия. Девочки, больные шизофренией, чаще настаивают на своём, пытаются убедить своих оппонентов в собственной правоте. Они испытывают трудности при рассмотрении разных вариантов поведения. Девочки с расстройствами поведения чаще проявляют несдержанность и импульсивность в разговоре с разными персонажами, реагируют прямой агрессией, что свидетельствует о низком уровне самоконтроля и самообладания. Здоровые девочки реже склонны соглашаться с мнением всех персонажей, за исключением «директора». Этот результат, с одной стороны, свидетельствует о реакции эмансипации, о желании проявить себя, о желании быть замеченной и высказать своё мнение, а, с другой стороны, в случае диалога с «директором» о высоком уровне самоконтроля и самообладания.

Что касается типичных паттернов эмоционального реагирования, то девочки, больные шизофренией, являются лидерами по количеству испытываемых негативных чувств и позитивных чувств, что свидетельствует о грубом дефекте поляризации эмоций, который мы не наблюдали у мальчиков, больных шизофренией. Полученный нами результат согласуется с результатами исследований Н.Г. Гаранян (1988), Н.С. Курека (1998), которые подчеркивали специфическую полюсность эмоций у больных шизофренией. Здоровые девочки чаще испытывают нейтральные чувства по отношению к оппонентам диалога, что свидетельствует о том, что они

оказываются более устойчивы к фрустрации в ситуации межличностного общения.

Девочки с расстройствами поведения склонны прибегать к подмене чувств, что свидетельствует о трудностях выражения своего состояния на языке эмоций. Заметим, что выраженные трудности вербализации собственного эмоционального состояния являются отличительной особенностью не только девочек с расстройствами поведения, но характерны для всех подростков с расстройствами поведения.

Анализируя **типы поведения** в ситуации фрустрации межличностных коммуникаций, можно сказать, что все подростки практически одинаково реагируют на высказывания всех персонажей, за исключением «матери». Поведенческое реагирование девочек различается при смене 4-х из 6-ти персонажей («отец», «мать», «директор», «уличные контакты»), что указывает на их большую пластичность и чувствительность к смене статуса говорящего, по сравнению с мальчиками. У мальчиков различия в поведенческом реагировании появляются только в случае, когда оппонентом является «друг», что характерно для всей группы в целом. Важную роль для мальчиков обеих клинических групп приобретает фигура «отца».

Разница в **эмоциональном реагировании** на все персонажи получена как при сравнении групп между собой, так и при гендерном сравнении подростков. Эмоциональное реагирование варьирует в большей степени, чем поведенческое реагирование, тем самым эмоциональное реагирование оказывается более индивидуальным. Выделяя ключевые особенности эмоционального реагирования, отметим, что характерным для группы больных шизофренией, является преобладание негативных эмоций вне зависимости от говорящего персонажа, а также специфическая полюсность эмоций (негативные и позитивные эмоции), которая исчезает в группе мальчиков, больных шизофренией. Этот результат может свидетельствовать об особенностях категоризации чувств и эмоций, их полюсного деления в сознании девочек, больных шизофренией.

Для подростков с расстройствами поведения характерной является неспособность вербализировать своё эмоциональное состояние на языке эмоций, а для здоровых подростков характерным является преобладание нейтральных чувств, связанное, скорее всего, с выраженной реакцией эмансипации и высокой фрустрационной устойчивостью.

В целом можно сказать, что здоровые подростки отличаются большей независимостью, самостоятельностью и вариативностью реакций на

фрустрацию в межличностных коммуникациях, что делает их менее уязвимыми при столкновении с трудностями пубертатного возраста.

Подростки с расстройствами поведения часто испытывают predisposиционную обиду, подозрительность и тревожность в ситуациях общения, что приводит к трудностям различения своего эмоционального состояния и сужению диапазона реагирования.

Подростки, больные шизофренией, характеризуются высокой фрустрационной нагруженностью любых социальных контактов, независимо от степени близости респондента. Сохранение нейтральной позиции или уход от общения позволяют им разрядить внутреннее напряжение, возникающее при любых взаимодействиях.

Девочки всех групп демонстрируют большую вариативность эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации, чем мальчики.

Полученные результаты позволяют поставить задачи для дальнейшей разработки обозначенной проблемы. В первую очередь это касается создания программы профилактики различных форм социально-психологической дезадаптации в подростковом возрасте, ориентированной на расширение представлений подростков о собственных эмоционально-поведенческих возможностях реагирования в стрессовой ситуации.

Литература

1. Е.В.Левикова. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией. – Дисс. На соискание ученой степени канд.психол.наук. МГУ, 2010.
2. Л.С.Печникова. Факторы риска девиантного поведения подростков. //Тезисы международной конференции Коченовские чтения. «Психология и право в современной России», Москва 14.16 октября 2010г., с. 31-33
3. Л.С.Печникова. Самоотношение девиантных подростков с эмоциональной депривацией. //Материалы ХУ съезда психиатров России 9-12 ноября 2010 г., Москва, 2010 г., с. 322-323.
4. И.Р.Статникова. Соотношение агрессии и страхов в эмоциональном развитии подростков с психической патологией //Дип.работа. МГУ, 2005.
5. О.В.Уманова. Тревожность подростков с девиантным поведением //Дип.работа. МГУ, 2009.

К ОПЫТУ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Коваль-Зайцев
МГППУ, НЦПЗ РАМН, Москва
koval-zaitsev@mail.ru

Патопсихологическая диагностика используется в практике отечественной детской психиатрии довольно давно. Ее фундаментом служат клинические работы Г.Е. Сухаревой, Т.П. Симсон, С.С. Мнухина, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалева, В.М. Башиной, И.А. Козловой, и других. Психологическая диагностика строится на базе, заложенной трудами В.М. Бехтерева, Г.И. Россолимо, Л.С. Выготского, Н.И. Озерцкого, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн [2].

Патопсихологическая диагностика традиционно используется для решения ряда дифференциально-диагностических задач, таких, как оценка интеллектуально-личностного состояния ребенка, его динамики, актуальных и потенциальных возможностей обучения и адаптации. Диагностика особенностей когнитивного развития детей с аутистическими расстройствами связана с психологической квалификацией типа когнитивного дизонтогенеза [1, 2]. Диагностические задачи решаются с помощью комплекса диагностических средств: экспериментально-психологических методик в сочетании с готовыми психодиагностическими тестами, психиатрическими психометрическими шкалами, материалами проективных методик и техник, данными истории болезни и материалами параклинических исследований специалистов-смежников. При этом применяются методы современной «доказательной» медицины и психологии наряду с качественным анализом нарушенного когнитивного развития.

Основными направлениями проведения клинической патопсихологической диагностики у детей с аутистическими расстройствами являются:

- количественная оценка коэффициента интеллекта (IQ);
- качественная оценка структуры дефекта;
- проведение динамического психологического наблюдения, с работой по оценке динамики состояния пациентов в рамках оценки эффективности лечения, коррекционной и психотерапевтической работы.

Указанные направления патопсихологической диагностики в клинике дают возможность определить характер особенностей познавательного, эмоционального и личностного развития, оценить прогноз течения заболевания, построить индивидуальные программы социальной адаптации для каждого обследованного ребенка с аутистическими расстройствами.

В настоящее время существует целый ряд опросников, шкал и методик, направленных на проведение диагностики аутистических расстройств и применяющихся в научных исследованиях. В данном контексте можно упомянуть о следующих методиках: шкалы измерения интеллекта Дэвида Векслера (WISC), опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (Autism Diagnostic Interview — ADI-R), шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule — ADOS), поведенческий опросник для диагностики аутизма (Autism Behavior Checklist – ABC) [8], количественная шкала оценки выраженности детского аутизма («Childhood Autism Rating Scale – CARS) (Schopler E. et al.,1988), психологообразовательный тест (Psychoeducation Profile, PEP) (Schopler E., Reichler R. et al., 1979,1987,1995) [6, 7].

В последние годы в Научном центре психического здоровья РАМН для решения обозначенных выше диагностических задач патопсихологического обследования детей с эндогенными заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами, широко используются шкалы CARS и PEP [3, 4].

Количественная шкала оценки выраженности детского аутизма («Childhood Autism Rating Scale – CARS) – Рейтинговая шкала детского аутизма, стандартизированный инструмент [8]. В ее основе – непосредственное наблюдение за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях:

- взаимоотношения с людьми;
- имитация;
- перцепция (зрительный контакт реакция на слуховые раздражители, вкус, обоняние и осязание);
- эмоциональный ответ;
- тревожные реакции и страхи;
- моторика, координация движений;
- игра (использование предметов);
- адаптация к изменениям;
- вербальная коммуникация;

- невербальная коммуникация;
- уровень активности;
- уровень и постоянство интеллектуальных ответов;
- общее впечатление.

Каждый из 15 параметров оценивается по 4-балльной шкале (1- 4 балла), возможные итоговые суммарные оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, 30-36 баллов – легкому/умеренно выраженному аутизму,

37-60 баллов – тяжелому аутизму. В диапазоне тяжелого аутизма в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм (42-60 баллов) [7].

Психологообразовательный тест (Psychoeducation Profile, PEP) [6] применяется для динамической оценки сформированности психических функций, наличия когнитивных нарушений и выраженности патологических сенсорных знаков. Шкала PEP, разработанная специально для оценки психического возраста и развития детей с аутистическими расстройствами, умственным недоразвитием, позволяет определить степень зрелости 7 когнитивных сфер и параметров психической деятельности ребенка: подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, когнитивных представлений, вербальной сферы. Наряду с указанной оценкой, PEP позволяет оценить выраженность аутистических расстройств по 5 аутистическим сферам: аффект, взаимоотношения, использование материала, сенсорные модели, особенности речи.

7 когнитивных сфер представлены следующими сферами:

•Сфера «Подражание». Включает 10 заданий, которые позволяют выявить способность ребенка имитировать по заданию экспериментаторы как вербально, так и двигателью. Определение уровня развития подражания имеет большое значение для разработки индивидуальной обучающей программы, использования правильных педагогических подходов, а также оказывает дополнительную помощь при определении психопатологической структуры состояния ребенка.

•Сфера «Восприятие». Включает 11 тестовых заданий, позволяющих оценить функционирование двух анализаторов – зрительного и слухового. Поскольку перцептивные умения являются основой обучения и включают способность быть внимательным, отсортировать и систематизировать поступающие из окружающей среды стимулы, эта шкала особенно важна.

•Сфера «Тонкая моторика». Включает 10 заданий для определения координированности тонких движений губ, пальцев рук и кисти.

•Сфера «Крупная моторика». Включает 11 заданий. Специальная тренировка навыков крупной моторики не только улучшает координацию, но и, поскольку эти умения не требуют использования речи, являются источником радости для большинства детей.

•Сфера «Зрительно-двигательная координация». Определяется развитие оптико-пространственной деятельности. Включает 14 заданий.

•Сфера «Когнитивные представления». Для правильного выполнения заданий данной субшкалы необходимо понимание устной речи, но при этом не требуется ответ ребенка в словесной форме. Включает 20 заданий.

•Сфера «Вербальная». Сходна со сферой «когнитивные представления», но при выполнении заданий требуется словесный ответ ребенка. Включает 19 заданий.

5 аутистических сфер представлены следующими сферами:

•Аффект – оценивается эмоциональная стабильность либо эмоциональная нестабильность реакций ребенка при выполнении РЕР.

•Взаимоотношения – оценивается адекватность взаимодействия и коммуникация с экспериментатором при выполнении РЕР

•Использование материала – оценивается адекватность использования материала ребенком, отсутствие или напротив, наличие протопатических форм реагирования (облизывание, обнюхивание и т.п.) при выполнении РЕР

•Сенсорные модели – оцениваются особенности органов чувств ребенка при выполнении РЕР

•Особенности речи – оценивается наличие или отсутствие патологических знаков в речи ребенка (эхолалии, нечеткость звуков, персеверация звуков и т.п.).

Таким образом, РЕР представляет собой одну из наилучших моделей для комплексной оценки когнитивных функций и выраженности аутистических расстройств по 12 описанным субшкалам. Общий балл, полученный в результате выполнения 12 субшкал РЕР, отражает когнитивное (познавательное, интеллектуальное) развитие и возможности социальной адаптации, коммуникации у больных с аутистическими расстройствами [6].

В период с 2005 по 2011 годы в НЦПЗ РАМН при помощи РЕР и CARS обследовано свыше 180 больных с различными формами эндогенной психической патологии, протекающей с аутистическими расстройствами.

Результаты. Основная оценка полученных результатов по CARS и PEP проводилась по стандартной процедуре, описанной авторами. Кроме того, для сопоставления всех полученных данных исследовательского комплекса, был специально разработан интегративный показатель отдельно для CARS и сфер PEP, позволяющий сопоставить все полученные данные в едином векторе и числовом масштабе и представить особенности развития в унифицированном профиле.

Психологообразовательный тест позволяет оценить уровень когнитивного развития ребенка с аномальным развитием. Результаты выполнения Психологообразовательного теста оценивались соответственно набранным балам по каждой из выделенных сфер. Если ребенок выполнял предлагаемые задания, то в таком случае результат оценки был положительным и входил в комплексную оценку. В случае невыполнения ребенком предлагаемого задания, результат оценивался как отрицательный, согласно такой оценке ребенок может, как опережать возрастную норму, так и отставать от нее, или демонстрировать более сложный диссоциированный вариант развития, сочетающий элемент отставания и опережения. Так как PEP включает когнитивные и аутистические сферы, то оценка общего профиля может сопоставляться как с патопсихологическими методиками, направленными на когнитивную сферу, так и с данными инструментальной оценки посредством шкалы CARS.

Итоговая комплексная оценка по результатам выполнения Психологообразовательного теста (PEP) разделила всех обследованных больных вошедших в экспериментальную группу, на три подгруппы с разным уровнем когнитивного развития. Следует отметить, что общим для всех больных детей было разной степени выраженности отставание по сфере мелкой моторики PEP, тогда как выполнение субтестов по остальным сферам PEP различалось. Варианты когнитивного развития были представлены диссоциированным сочетанием нормативного и опережающего развития с элементами отставания (первая подгруппа); диссоциированным отставанием от нормативного развития по некоторым сферам (вторая подгруппа); грубым отставанием от нормативного развития по всем сферам (третья подгруппа).

Дети первой подгруппы обнаружили по количественным показателям PEP психическое развитие, которое близко нормативному, а по отдельным сферам немного опережает нормативное. Несмотря на высокие средние оценки уровня психического развития, у детей данной подгруппы имеется диссоциация в развитии отдельных сфер психической деятельности. Развитие

когнитивных представлений и вербальной зоны достигает высокого уровня, но отличается выраженной дезинтегративностью (несоответствие уровня развития отдельных сфер). Восприятие и крупная моторика оцениваются, как близкие к норме либо развиваются с опережением. Развитие тонкой моторики и зрительно-двигательной координации приближается к возрастному значению, тогда как развитие подражания отстает. Количество заданий, выполнение которых было этим детям недоступно, минимальное. Все дети обнаруживали хороший темп работы, высокую продуктивность, интерес к предложенным заданиям.

Дети второй подгруппы показали, что психическое развитие по количественным показателям РЕР отстает от нормативного развития. Наблюдается выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности. Отставание отмечается в сферах подражания и когнитивных представлений (т.е. в коммуникации). При этом сфера когнитивных представлений отличается выраженной дезинтеграцией. Развитие тонкой моторики, зрительно-двигательной координации и вербальной зоны отстает в меньшей степени. Восприятие и крупная моторика развиваются с минимальной задержкой. С заданиями, требующими участия произвольного внимания и выполнения последовательности из нескольких действий, большинство больных справляются не всегда. Дезинтеграция выражается в попытках детей частично выполнять задания различной сложности, в то время как с полным выполнением даже простых заданий они не справляются. Темп работы и продуктивность деятельности больных данной подгруппы были низкими.

Дети третьей подгруппы продемонстрировали выраженную диссоциацию в развитии отдельных сфер, дезинтеграция проявлялась преимущественно в развитии когнитивных представлений. Максимально низким уровнем отличается развитие таких сфер, как подражание, когнитивные представления и вербальная зона. Большинство детей данной подгруппы редко используют фразовую речь, произнося фразы только в состоянии эмоционального напряжения, или вообще не пользуются фразовой речью. Для больных данной подгруппы характерна бездеятельность, редукция энергетического потенциала, отсутствие мотивации к какой-либо деятельности, за исключением стереотипного манипулирования стимульным материалом с использованием протопатических форм восприятия (облизывания, обнюхивания, трясения перед глазами). Темп работы и

продуктивность деятельности больных данной подгруппы были очень низкими.

На основании анализа результатов, полученных испытуемыми трех описанных подгрупп, каждая из них была отнесена нами к разным вариантам когнитивного дизонтогенеза (нарушение познавательного развития). В соответствии с этим были выделены следующие виды:

- искаженный вид когнитивного дизонтогенеза (первая подгруппа);
- дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза (вторая подгруппа);
- регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза.

Результаты проведенного исследования показывают, что дети с эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с расстройствами аутистического спектра, не представляют собой единую группу по уровню когнитивного развития. Психологообразовательный тест позволяет выделить разные виды когнитивного дизонтогенеза у данной категории больных.

Существенной характеристикой всех обследованных испытуемых было наличие аутистических расстройств разной степени выраженности. Степень выраженности аутизма может ассоциироваться с прогрессивностью заболевания. Соответственно чем выше балл по шкале CARS, тем более выражена глубина аутистических расстройств и тем выше прогрессивность эндогенного психического заболевания [5].

Оценка выраженности глубины аутизма посредством CARS показывает, что этот вид нарушений имеется во всех группах когнитивного дизонтогенеза, однако качественная квалификация глубины аутизма различна. Для искаженного вида когнитивного дизонтогенеза выраженность аутизма по шкале CARS колебалась от 30 до 36 баллов, и в среднем составила 33.03 (легкий/умеренно выраженный аутизм). Таким образом, у больных с искаженным видом когнитивного дизонтогенеза тяжелые формы аутизма не встречаются. Для дефицитарного вида когнитивного дизонтогенеза выраженность аутизма по шкале CARS была от 37 до 45 баллов, 40.09 в среднем (тяжелый и крайне тяжелый аутизм). Таким образом, большинство больных с дефицитарным видом когнитивного дизонтогенеза имели тяжелые формы аутизма по шкале CARS. Для регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза выраженность аутизма по шкале CARS была от 42 до 50 баллов, 45.13 в среднем (крайне тяжелый аутизм). Таким образом, больные с регрессивно-дефектирующим видом когнитивного дизонтогенеза имели крайне тяжелую форму аутизма по шкале

CARS. Проведенное исследование дает основание рассматривать степень выраженности аутизма как показатель тяжести заболевания. Выделенные виды когнитивного дизонтогенеза характеризуются разным уровнем выраженности аутизма [3].

Также на основании материалов PEP и CARS выявлялась «зона ближайшего развития» (удовлетворительный результат выполнения субтеста для той или иной психической функции детей) больных аутизмом и создается индивидуальная коррекционная программа. Такой подход позволил проводить целенаправленную точечную коррекционную работу в рамках абилитации [4].

Таким образом, опыт применения методик PEP и CARS в клинике психозов детского возраста Научного Центра психического здоровья РАМН показал их широкие диагностические, исследовательские и коррекционные перспективы.

Литература

1. Зверева Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте, «В.М.Бехтерев и современная психология» Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Казанский госуниверситет, 29-30 сентября 2005 г., Казань, Центр инновационных технологий, с.138-144, (тезисы доклада).
2. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г Патопсихология детского и юношеского возраста. М.: Издательский центр «Академия», 2008.
3. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дисс... канд. псих. наук – Спб., 2010.-28с.
4. Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В. Коррекция когнитивных нарушений у детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза //В кн.: «Психиатрия и современное общество». Материалы III Съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь, 3 – 4 декабря 2009г., с.286-288.
5. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте.: Автореф. дисс...докт.мед наук.-М.,2006.- 44с.
6. Schopler E., Reichler R.: Psychoeducation Profile. Baltimore, University Park Press (1979).

7. Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). The Childhood Autism Rating Scale. Los Angeles: Western Psychological Services.
8. Trevarthen G., Aitken K., Papoudi D., Robarts J. Children with autism. London, 1996

ВРОЖДЕННЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ

Л.А. Троицкая

доктор психологических наук, профессор Московского городского
психолого-педагогического университета

t-luba@mail.ru

Актуальность работы

В современном мире появляется всё больше детей с различными нарушениями в развитии. Немалую часть их составляют дети с генетической патологией. Формирование психики ребенка обусловлено метаболическими расстройствами, недостаточностью структур головного мозга, влиянием биологических, психологических, и социальных факторов. Как результат, высшие психические функции данной группы детей развиваются в специфических условиях и имеют свои особенности.

Основное направление борьбы с распространением наследственной патологии в обществе в течение ряда лет было тесно связано со сложными вопросами диагностики врожденных и наследственных болезней и дефектов. Достижения различных научных дисциплин — молекулярной и медицинской генетики, биохимии, иммунологии и др. — обусловили практическую возможность своевременной идентификации значительного числа наследственных нарушений. Появились реальные предпосылки для подхода к разрешению многообразных задач медицинской и социально-психологической реабилитации пораженных этой патологией детей.

Создание генетического регистра семей с наследственными заболеваниями, эффективное про- и ретроспективное генетическое и психологическое консультирование является неотъемлемой частью диспансерного наблюдения.

Реализация практических усилий по оказанию целенаправленной медицинской и психологической помощи детям с наследственной патологией сталкивается с рядом объективных трудностей:

- большое число нозологических форм, относительная редкость каждой из них, выраженный клинический полиморфизм наследственных нарушений, значительное число фено- и генокопий
- необходимость использования в процессе диагностики и плановых диспансерных осмотров сложных методов лабораторного и функционального обследования, рядом которых до настоящего времени не располагает практическое здравоохранение
- недостаточный уровень знаний практических врачей-педиатров, клинических психологов и педагогов в области выявления, лечения и профилактики и реабилитации наследственных болезней у детей
- недостаточная изученность психологических подходов определения особенностей формирования и развития высших психических функций детей с наследственной патологией
- характер когнитивного дефицита определяется в общих чертах или не устанавливается вовсе, поскольку эта категория пациентов практически оставалась без внимания клинических психологов, педагогов и дефектологов.

К настоящему времени созданы диагностические программы, базирующиеся на совокупности результатов клинико-генеалогического, лабораторно-функционального и психолого-педагогического обследования пробандов, определены организационные формы текущего диспансерного наблюдения за детьми. В первую очередь, это касается частоты наблюдения, которая строго дифференцирована и зависит от характера той или иной патологии, возраста и состояния ребенка.

Совсем недавно стали использоваться различные виды психодиагностических, пато- и нейропсихологических методов исследования, позволяющих выявить психологические особенности формирования и развития когнитивных функций, оценить степень их нарушений, наметить пути устранения обнаруженных дефектов у детей, имеющих наследственные синдромы.

Интерес исследования заключается в анализе структуры мышления и познавательной сферы у детей с генетическими синдромами (на примере аминокислотопатий, соединительно-тканной патологии, рахитоподобного заболевания) и мышечной дистрофией. Оценка особенностей мышления детей этих групп и проведение адекватной психологической коррекции необходимы для обеспечения оптимального процесса их образования, для улучшения адаптации и интеграции в обществе. Следует подчеркнуть, что

психодиагностика и психолого-педагогическая коррекция детей с наследственными заболеваниями в настоящее время развита недостаточно.

Изучение структуры мышления у детей с наследственными синдромами проведено традиционными методами, предложенными С.Я.Рубинштейн, которые совсем недавно нашли свое применение в генетической клинике, открывая новые научно-практические возможности.

Клиническая характеристика детей с наследственными нарушениями обмена аминокислот

Среди обширной группы наследственных болезней особого внимания заслуживают такие нозологические формы, для которых разработаны принципы достаточно эффективной терапии, предотвращающей поражение различных органов и систем организма больного ребенка. Именно к таким состояниям относится большинство заболеваний, связанных с наследственными нарушениями метаболизма аминокислот и, в первую очередь, фенилкетонурия (ФКУ) в силу наибольшей распространенности (частота среди новорожденных 1:10000) и достаточной изученности. Массовый скрининг, проводимый во многих странах, позволяет рано диагностировать ФКУ и, следовательно, своевременно лечить. Часть больных, к сожалению, по-прежнему выявляется по программам селективного скрининга среди детей с задержкой психического развития.

У детей с наследственными нарушениями обмена аминокислот отмечается тяжелое поражение нервной системы. В клинической картине большинства из них наблюдается судорожный синдром. Нарушения когнитивных функций у этой группы детей обусловлены энзимными дефектами метаболизма. На возможность метаболической природы судорожного синдрома указывают такие признаки, как дебют заболевания в раннем возрасте, миоклонический характер пароксизмов, резистентность приступов к антиконвульсантам, а также прогрессирующее течение заболевания. Биохимические расстройства у детей с ФКУ наступают вскоре после рождения и приводят к преимущественному поражению головного мозга и умственной отсталости.

Большинство исследователей солидарно в том, что центральная нервная система при ФКУ страдает вторично. При этом основная патогенетическая роль отводится метаболическим нарушениям.

Первые признаки болезни начинают обнаруживаться на 4-6 месяцах жизни в виде задержки развития статистических, моторных и психических функций. Дети становятся малоактивными. Перестают улыбаться,

интересоваться игрушками, отмечается нестойкость эмоционального состояния – возбуждение сменяется апатией и наоборот. Кроме того, наблюдаются общие симптомы: рвота, экзематозные изменения кожи, специфический запах мочи и другие. Следует иметь в виду, что дети с ФКУ имеют характерный внешний вид: светло-русые волосы, слабопигментированная кожа, голубые глаза. Ведущими симптомами поражения нервной системы при фенилкетонурии являются умственная отсталость, судороги и психотические расстройства.(2)

Экспериментальные методы исследования познавательной деятельности детей с фенилкетонурией

Глубина психического дефекта у детей с фенилкетонурией (ФКУ), имеющих умственную недостаточность, проводилась с помощью специально разработанного «Профиля психического развития» на основе методик, применяемых в патопсихологии и адаптированных для данной категории больных. Примененный метод позволил оценить состояние психических функций и определить уровень недостаточности их развития. (3)

Количественный показатель складывался из оценок степени развития отдельных психических процессов, таких как общение, эмоционально-волевая деятельность, состояние моторных функций, предметно-конструктивного праксиса, игровой деятельности, а также навыки самообслуживания и личной гигиены. Задача качественного анализа заключалась в определении первичного дефекта, лежащего в основе нарушения функции.

Такой анализ позволил оценить тип расстройства с точки зрения различных компонентов, составляющих его структуру. Количественный анализ проводился путём сравнения конкретных результатов исследования больных детей с полученными нормативами. Нормативы развития всех выбранных для анализа реакций были ранее изучены и описаны психологами в конкретных возрастах (С.Я. Рубинштейн, Л.А. Венгер и др.). (4) Всего в «Профиль психического развития» для детей 3-7 лет вошли 32 пробы, которые стали основными экспериментальными приёмами выявления симптомов нарушения психического развития.

Анализировались оценки, полученные детьми за выполнение вошедших в схему проб, и определялся как контрольный уровень выполнения каждой пробы, так и контрольный уровень развития отдельных психических сфер. За контрольный уровень выполнения был выбран балл, названный контрольной оценкой (КО), который получили не менее 85% детей одного возраста при

выполнении данного задания. Эти оценки были внесены в протокол исследования и использовались как нормативы реакций в контрольных возрастах. С их помощью производилось вычисление индекса развития отдельных психических сфер. Контрольный уровень развития каждой сферы характеризовался суммой контрольных оценок за выполнение соответствующих этим сферам заданий. Для каждой сферы вычислялся индекс развития (ИР), представляющий собой отношение действительного уровня развития к контрольному. Суммы контрольных оценок за выполнение заданий были внесены в карту обследования, позволяющую проводить как одноразовое, так и многократное обследование умственного развития детей.

В ней сгруппированы по сферам все выбранные для изучения реакции, для которых в соответствующих контрольных возрастах представлены КО. Карта также содержала суммы КО, отражающие количественное выражение уровней развития различных психических сфер в разные контрольные возрастные периоды. Результаты исследований отображались графически в виде профилей развития. Длина столбика в профиле соответствовала величине индекса психического развития анализируемой сферы. По этой системе балл 3 означал грубую степень выраженности дефекта, 2 – умеренную, 1 – лёгкую, 0 – безошибочное выполнение.

Дети, страдающие ФКУ, были объединены в три группы:

- первая группа – дети с умственной отсталостью в стадии имбецильности,
- вторая группа – дети с умственной отсталостью в стадии выраженной дебильности,
- третья группа – с незначительным когнитивным дефицитом.

Динамика психического развития детей с ФКУ после проведенной медикопсихологической коррекции

После проведенного комплекса медико-психологических мероприятий дана оценка динамики психического развития детей трех групп по всем анализируемым сферам.

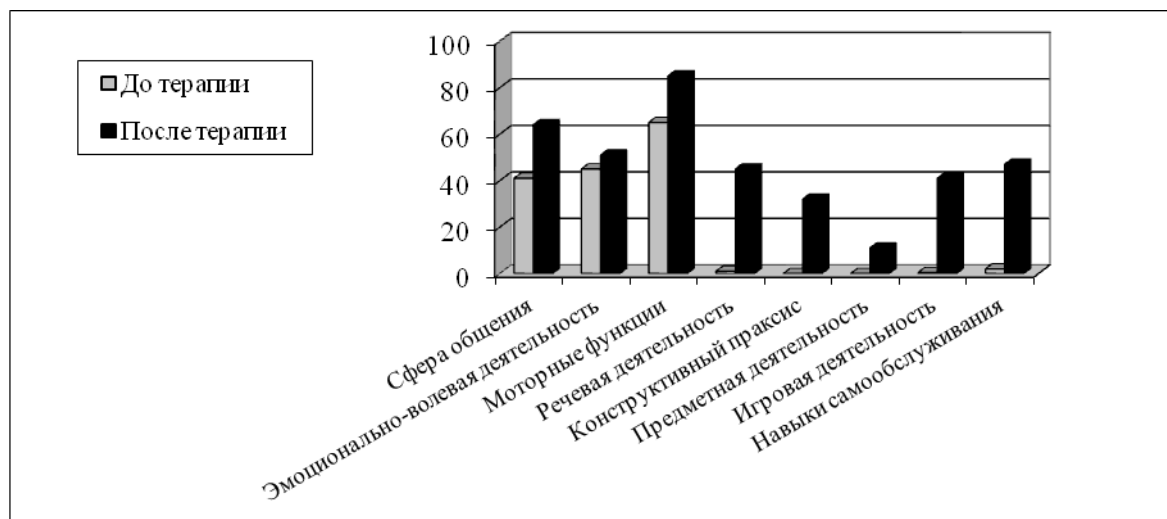


Рис. 1. «Профиль психического развития» детей с ФКУ первой группы до и после проведённой медико-психологической коррекции.

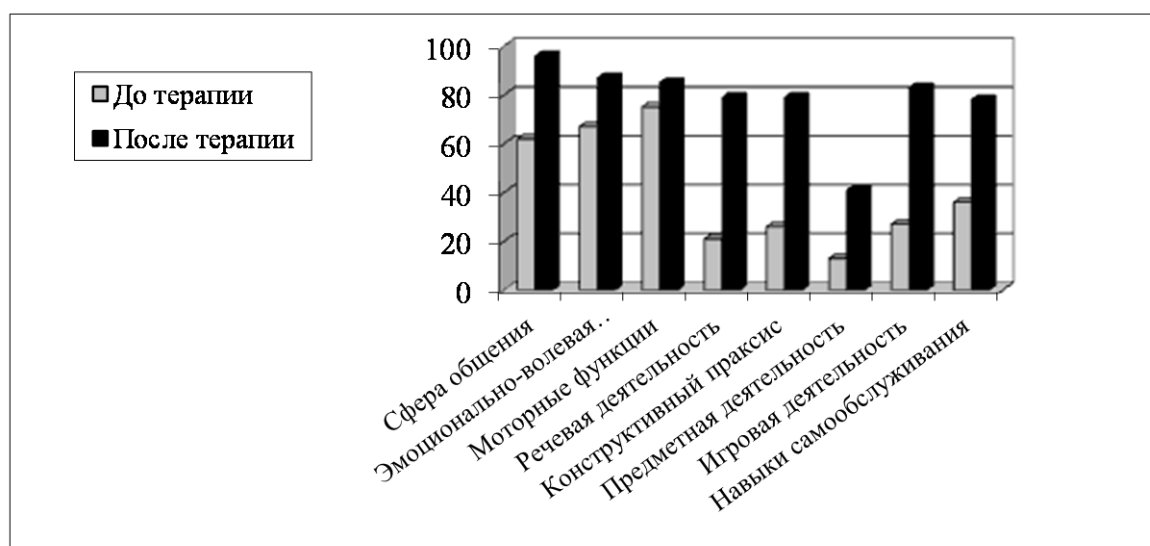
В результате проведенного комплекса медикаментозного и психолого-педагогического воздействия у детей 1-й группы отмечалась четкая положительная динамика. Существенное улучшение произошло в сфере общения: все дети стали доступны контакту, пониманию обращенной речи в виде отдельных бытовых команд и элементарных инструкций к заданию. У 25 детей, прежде даже не реагирующих на имя родителей, появился адекватный уровень реакций и снижение эгоцентрических эмоций, у 15 этих же детей – зрительное сосредоточение и произвольное внимание. В двигательной сфере наблюдалось улучшение моторных функций: 15 детей группы до начала лечения самостоятельно не ходили, из них 9 – спустя три месяца после начала лечения начали ходить самостоятельно, остальные – спустя 6 месяцев. У 12 детей отмечался регресс двигательных стереотипов и насильственных действий. Удалось сформировать навыки самообслуживания и личной гигиены. Появились элементы предметной и игровой деятельности. В структуре речевой деятельности у детей также отмечались заметные успехи. Если до начала лечения у всех детей этой группы экспрессивная речь отсутствовала полностью, то после проведения медико-психологической коррекции у 12 пациентов появилась фразовая речь в виде простых предложений (из 3-4 слов). У одного ребенка фразовая речь сформировалась полностью, остальные дети первой группы могли произнести только отдельные слова и слоги. Пассивный словарный запас у детей всей группы увеличился.

Таким образом, положительная динамика психического развития детей 1-й группы была очевидной, общий коэффициент психического развития увеличился с 21,6 до 45 ($p=0,05$).

Тем не менее, полностью устранить имеющиеся когнитивные нарушения не удалось. Дети, у которых появилась фразовая речь, имела различные логопедические дефекты: дизартрии, аграмматизмы, литеральные и вербальные парафазии, нарушения фонематического строя речи. Смыслообразующая функция речи практически не сформировалась, уровень обобщений отсутствовал, тенденция образования понятий прослеживалась только у незначительной группы детей.

Динамика психического развития детей 2-ой группы до и после проведённой медико-психологической коррекции

Достигнутый уровень активности познавательной деятельности детей второй группы включал улучшенную умственную работоспособность, произвольное внимание и заинтересованность в результатах выполнения задания. Вследствие комплексного медикаментозного и психолого-педагогического воздействия удалось почти полностью устранить речевые нарушения в виде дефектов произношения, недостаточности развития фонематического слуха, трудности расчленения слов на звуки. Отмечалось совершенствование грамматического строя речи и увеличение активного словарного запаса. Существенные успехи наблюдались в улучшении психических функций (внимания, устной и письменной речи, предметной и конструктивной деятельности), которые непосредственно связаны с возможностью обучения ребенка, формированием личностных качеств и приобщением к дальнейшей трудовой деятельности. Средний коэффициент



психического развития увеличился с 40, 6 до 78 ($p=0,05$).

Рис. 2 «Профиль психического развития» детей с ФКУ второй группы до и после проведённой медико-психологической коррекции.

У детей 2-й группы оставались проблемы, связанные с решением вербальных и конструктивных задач. Как показали исследования, у детей была сохранна почти вся структура интеллектуального акта – ориентировочная основа действия, умение удерживать конечную цель и контроль своих действий, однако, нарушение ориентировки в образе, отсутствие анализа исходных данных приводили к нарушению общей стратегии в решении вербальных задач. При выполнении экспериментального задания, направленного на развитие мышления, детям было сложно выделить главные признаки предмета, которые наиболее полно раскрывают понятие, их решения носили конкретно-ситуационный характер, уровень обобщений был снижен.

Динамика психического развития детей третьей группы до и после проведённой медико-психологической коррекции

У детей третьей группы после проведенного комплекса медико-психологических мероприятий в структуре психических функций удалось устранить нейродинамические нарушения, т.е. нормализовать общее функциональное состояние, повысить умственную работоспособность, скорость и продуктивность выполнения задания, снизить неустойчивость и колебания внимания, преодолеть нарушения чтения и письма. Результаты динамического наблюдения представлены на рисунке 3.

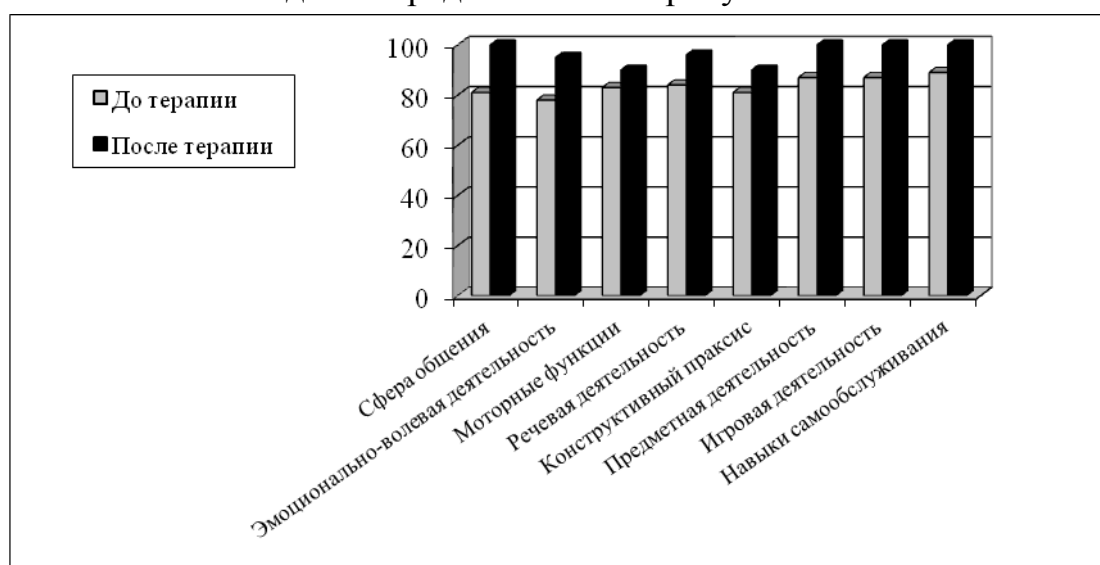


Рис.3 «Профиль психического развития» детей с ФКУ третьей группы до и после проведённой медико-психологической коррекции.

Полученные данные динамического наблюдения детей с ФКУ после направленной медико-психологической коррекции позволяют сделать вывод, что предложенный метод «*Профиль психического развития*» позволяет дать адекватную оценку состояния разных компонентов психической сферы

(общение, эмоционально-волевая деятельность, моторные функции, предметно-конструктивный праксис, игровая деятельность), проследить динамику изменения анализируемых функций. Необходимо отметить, что комплексное медико-психологическое воздействие обеспечило существенное преодоление когнитивного дефицита у детей с ФКУ, что является очень важным для качества жизни и дальнейшего прогноза развития пациентов.(5)

Клиническая характеристика детей с наследственными болезнями соединительной ткани, рахитоподобным синдромом и мышечной дистрофией

Наследственные болезни соединительной ткани относятся к наиболее распространенным генетическим синдромам.

1. Синдром Элерса -Данлоса

Синдром Элерса – Данлоса является гетерогенной группой наследственных заболеваний соединительной ткани, в основе которых лежит недостаточное развитие коллагеновых структур в различных системах организма. Проявляется патологией кожи, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, глаз. Синдром встречается в популяции с частотой 1:100000 человек, но ряд авторов считают, что синдром, вероятно, встречается чаще, т.к. существуют и «стертые формы болезни», которые не всегда диагностируются. Синдром Элерса-Данлоса относится к моногенным заболеваниям с различными типами наследования: аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным и X-сцепленным. Генерализованность клинических проявлений при синдроме Эллерса-Данлоса обусловлена тем, что элементы пораженной соединительной ткани присутствуют практически во всех тканях и системах организма. Основным клиническим признаком синдрома является гиперрастяжимость кожи (взятая в складку кожа легко оттягивается и быстро возвращается в исходное положение). Кожа человека с синдромом Элерса-Данлоса тонкая, нежная, бархатистая на ощупь, слабо соединена с подлежащими тканями, на ладонях и подошвах заметны морщины. Повышение растяжимости кожи может отмечаться с момента рождения ребенка или проявиться в дошкольном возрасте, эластичность кожи с возрастом снижается. Для синдрома Элерса – Данлоса характерна также сверхрастяжимость слизистых оболочек (больной легко достает кончиком языка до носа). Патология сердечно-сосудистой системы характеризуется разнообразными врожденными пороками сердца, пролапсом митрального клапана, аневризмами сосудов, в т.ч. головного мозга, разрывом сосудов

крупного, среднего и мелкого калибра, варикозным расширением вен. Умственное развитие больных в большинстве случаев соответствует возрасту. (6)

2. Рахитоподобные заболевания

Характерными особенностями правильного развития ребенка являются динамичный рост и интенсивный обмен веществ, направленные на совершенствование функционирования органов и систем на соответствующем каждому возрастному периоду уровне. Ведущее место в обменных процессах отводится формированию костной ткани. Поэтому особое значение приобретает своевременное выявление расстройств обмена витамина D (рахит и рахитоподобные заболевания) и снижения костной массы (остеопения). Ведущие клинические проявления витамин-D-резистентного рахита: искривления скелета, преимущественно нижних конечностей, по типу варусных деформаций; общий остеопороз. Отмечается задержка физического развития и нарушения походки («утиная»). Поражения скелета без лечения прогрессируют, способствуют задержке становления статико-моторных функций ребенка. Интеллект у детей, как правило, не нарушается. Первые признаки заболевания появляются обычно на 2-м году жизни и носят прогрессирующий характер. Возможны ранняя (в конце 1-го года жизни) и поздняя манифестация (4—10 лет) болезни. Имеет аутосомно-рецессивный тип наследования, однако встречаются и спорадические случаи заболевания, обусловленные, видимо, свежими первичными мутациями. (8)

3. Мышечная дистрофия

Прогрессирующая мышечная дистрофия, или миопатия – это широкая группа заболеваний, характеризующихся первичным дистрофическим процессом в мышечной ткани. Мышечная дистрофия относится к наиболее часто встречающимся хроническим заболеваниям нервно-мышечного аппарата и носит наследственный характер. Различные экзогенные вредности (травмы, инфекция, интоксикация) могут выявить имеющуюся патологию или вызвать ухудшение текущего процесса. Исследования нервной системы не выявляют каких-либо характерных изменений у больных с мышечной дистрофией. В редких случаях можно найти незначительное уменьшение клеток передних рогов спинного мозга, а иногда – изменения в двигательных нервных окончаниях в виде набухания миелиновой оболочки, изменения осевых цилиндров. Грубые изменения выявляются в поперечнополосатых мышцах. При этом мышцы характеризуются истонченностью, большая часть волокон замещена соединительной тканью и жиром. Характерна также

неравномерность отдельных мышечных волокон. Часть волокон уменьшена, другая, наоборот, резко увеличена. Нормальные, атрофированные и гипертрофированные волокна располагаются беспорядочно. В настоящее время патогенез мышечной дистрофии недостаточно изучен. Первичный биохимический дефект не установлен.

В клинической картине миопатий отмечается нарастающая атрофия произвольной мускулатуры. Параллельно с этим появляются парезы, однако мышечная слабость обычно выражена меньше, чем степень атрофии. В связи с медленным прогрессированием процесса и неравномерностью поражения отдельных мышечных групп и даже участков мышц становится возможной относительная компенсация двигательного дефекта: больные с мышечной дистрофией длительное время остаются трудоспособными и могут себя обслуживать. (9)

Все описанные три группы детей проводят много времени в больницах и различных медицинских учреждениях, часто лежат в стационарах. Это влияет не только на социализацию и эмоционально-личностную сферу ребёнка. У таких детей ограничен круг общения, они часто пропускают школьные занятия и имеют пробелы в своём образовании. Некоторые из них в силу своего физического состояния находятся на надомном обучении.

Цель данного исследования – выявление особенностей мышления (операциональной, динамической и личностной его сторон) подростков с генетическим синдромом (на примере соединительно-тканной патологии, рахитоподобных заболеваний и мышечной дистрофии). Получение новых знаний необходимо для улучшения качества образования, социальной адаптации и интеграции детей с наследственными заболеваниями в обществе. К сожалению, в настоящее время психологическая помощь и психокоррекция данной группы детей не проводится в достаточной мере.

Для оценки особенностей мышления подростков, с наследственными заболеваниями были взяты методики, широко применяемые С.Я.Рубинштейн:

- 1) Пиктограммы
- 2) Сложные аналогии
- 3) «Пропущенные слова» по Эббингаузу. (9)

Анализ и сравнение полученных результатов

1. Результаты исследования по методике «Сложные аналогии».

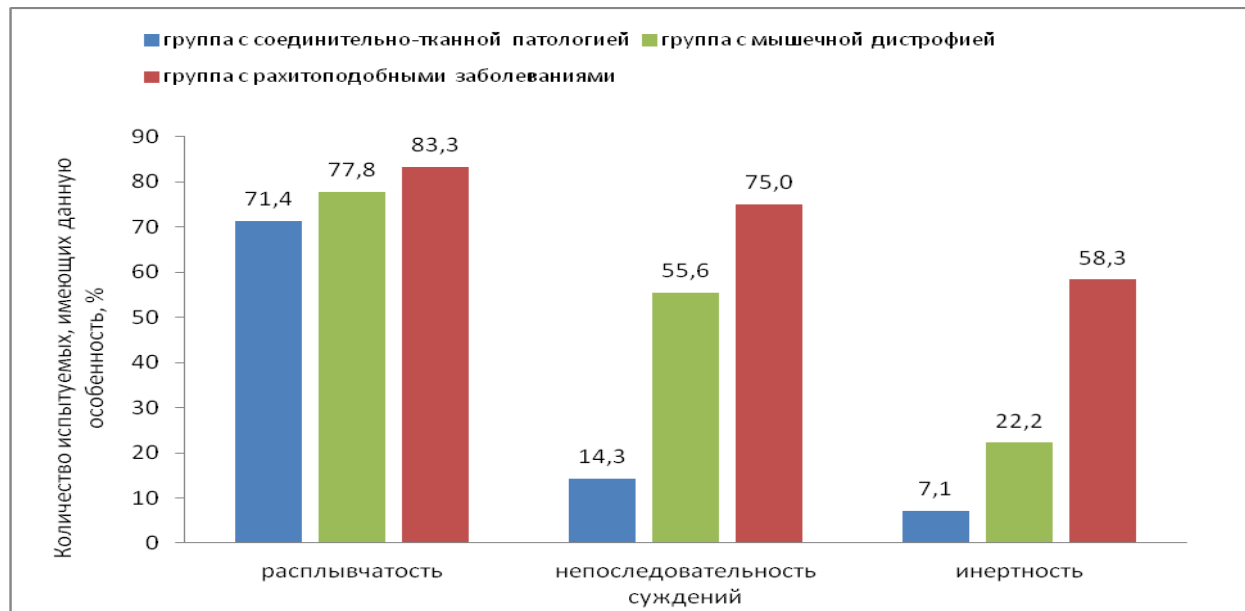
По результатам методики «Сложные аналогии» был проведён качественный анализ полученных данных, который позволил выделить

следующие особенности в мышлении: расплывчатость, непоследовательность суждений, инертность. Для удобства обработки данных были составлены таблицы с данными, полученными по результатам выполнения методики в трёх группах, где 1=наличие выделенного признака, 0=отсутствие выделенного признака.

У большей части подростков с соединительно-тканной патологией наблюдается расплывчатость мышления (71,4% группы). Непоследовательность суждений и инертность мышления в целом не характерна для данной группы.

Для группы подростков с мышечной дистрофией характерна расплывчатость мышления (77,8%), непоследовательностью суждений. Мышление 22,2% испытуемых с мышечной дистрофией характеризуется инертностью.

В группе с рахитоподобными заболеваниями у 83,3% испытуемых выявляется расплывчатость мышления, у 75% испытуемых выявлена непоследовательность суждений, у 58,3% испытуемых присутствует инертность мышления. Наиболее выраженные нарушения мышления выявляются в группе подростков с рахитоподобными заболеваниями. Это можно наглядно представить в виде гистограммы.



Гистограмма 1. Особенности мышления, выявленные по методике "Сложные аналогии" в трёх группах (%).

Статистически значимых различий между группами с соединительно-тканной патологией и с мышечной дистрофией не обнаруживается. Таким образом, группы с соединительно-тканной патологией и с мышечной дистрофией не различаются по характеристике расплывчатости мышления.

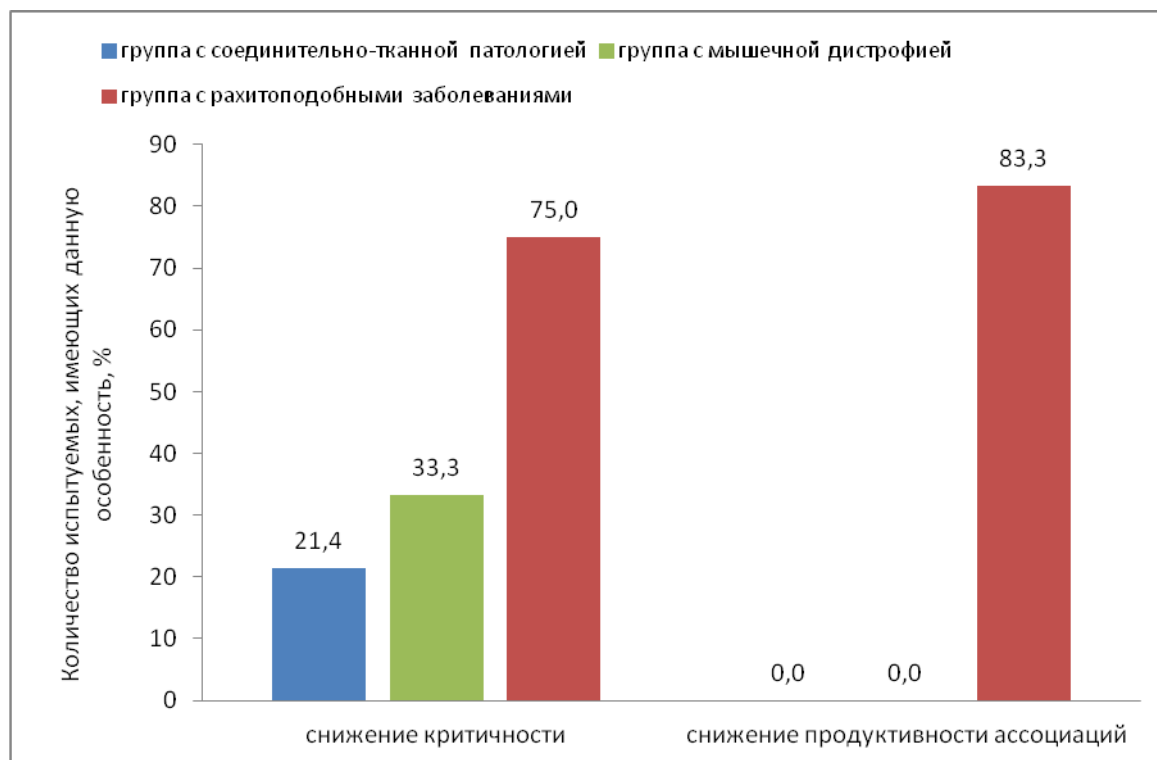
Группа с рахитоподобными заболеваниями статистически значимо отличается от двух других групп по характеристике расплывчатости.

2. Результаты исследования по методике «Заполнение пропущенных в тексте слов» по Эббингаузу.

В группе подростков с соединительно-тканной патологией не выражены особенности мышления по данной методике. Только у трёх испытуемых (21,4% выборки) есть снижение критичности мышления.

Из полученных данных видно, что по данной методике не выявляется выраженных нарушений мышления у подростков с мышечной дистрофией. Только у 22,2% испытуемых выявлено нарушение критичности мышления.

Группа подростков с рахитоподобными заболеваниями отличается большей выраженностью особенностей мышления по данной методике. У 75% испытуемых снижена критичность мышления, у 83,3% наблюдается снижение продуктивности ассоциаций. При снижении критичности мышления испытуемые вставляли слова, которые имели смысл только в рамках словосочетания и не соотносились с общим контекстом рассказа. При снижении продуктивности ассоциаций подобранные слова были стереотипны, повторялись у большинства испытуемых, не были оригинальными, а также часто не соотносились с контекстом фразы. В целом подбор слов представлял сложность для испытуемых с рахитоподобными заболеваниями. Они достаточно долго думали перед тем, как вставить слово, часто говорили, что не могут ничего придумать, просили совета у экспериментатора. После совместного обсуждения испытуемые вставляли подходящее слово, однако далее в самостоятельной работе подбирают слова, не соотнося их с контекстом. При этом наводящие вопросы экспериментатора не помогают им увидеть ошибку.



Гистограмма 2. Процентное соотношение особенностей мышления по методике "заполнение пропущенных в тексте слов" по Эббингаузу для трёх групп.

Таким образом, группа подростков с соединительно-тканной патологией и группа с мышечной дистрофией не находят различий между собой. Группа подростков с рахитоподобными заболеваниями достоверно отличается от других групп на статистически значимом уровне.

3. Результаты исследования по методике «Пиктограммы».

Для удобства обработки данных были составлены таблицы с данными, полученными по результатам выполнения методики в трёх группах, где 1=наличие выделенного признака, 0=отсутствие выделенного признака. Данные в группах различаются.

Результаты выполнения методики «Пиктограммы» в трех группах

Табл.1

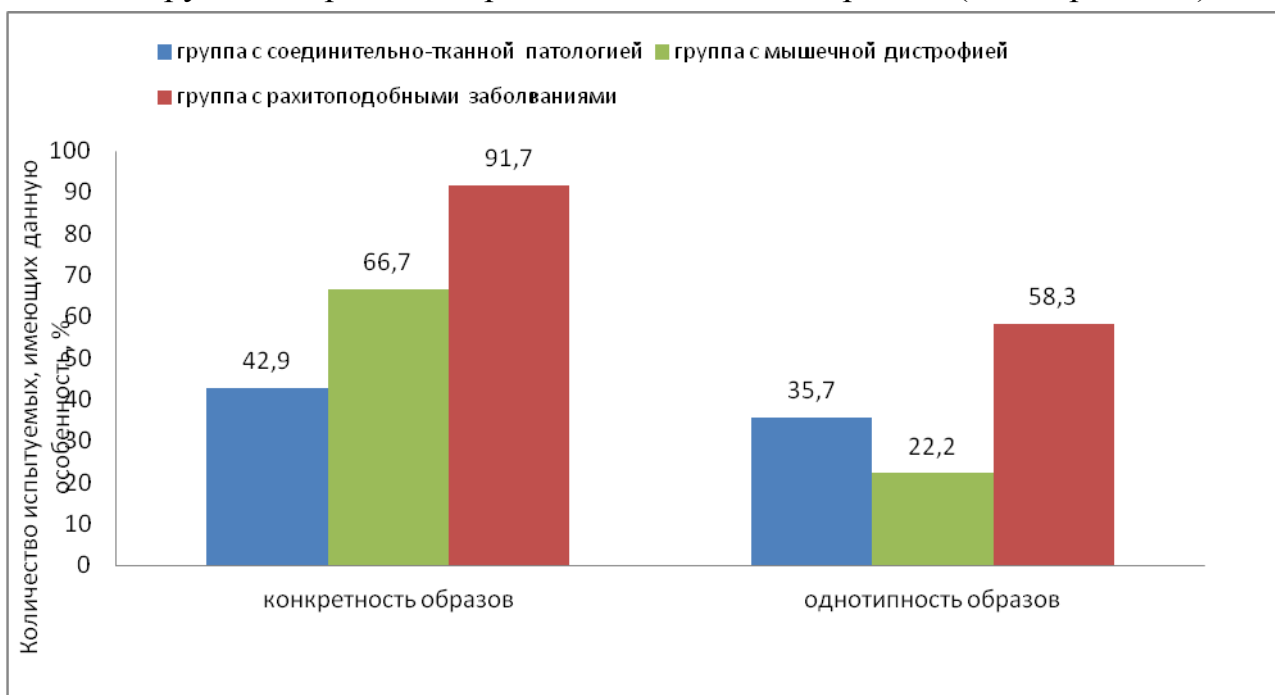
группа подростков	% испытуемых, имеющих:	
	конкретность образов	однотипность образов
соединительно-тканная патология	57,1	35,7
мышечная дистрофия	66,7	22,2
рахитоподобный синдром	91,7	58,3

Из данной таблицы видно, что у подростков с соединительно-тканной патологией методика выявляет наличие особенностей в мышлении. У 57,1% наблюдается конкретность образов. Все рисунки у них ситуативные, конкретные. У 35,7% наблюдается однотипность образов, то есть все рисунки похожи между собой, неоригинальны.

У подростков с мышечной дистрофией также наблюдается конкретность представлений (66,7% испытуемых имеют данную характеристику). Однотипность образов не характерна для данной группы – только у 22,2% испытуемых выявлена данная особенность.

Из таблицы видно, что у 91,7% испытуемых с рахитоподобным синдромом отмечается конкретность рисунков, у 58,3% отмечается однотипность образов.

В целом можно сказать, что по данной методике выявляется наличие конкретности мышления во всех трёх группах, а однотипности образов в только в группе подростков с рахитоподобным синдромом (гистограмма 3)



Гистограмма 3. Процентное соотношение особенностей мышления, выявленных по методике "Пиктограммы" для трёх групп.

Расчёт критерия Хи-квадрат по характеристике конкретности образов для трёх групп по результатам методики «Пиктограммы».

Табл.2

Нозология	Соединительно-тканная патология	Мышечная дистрофия	Рахитоподобные заболевания
Хи-квадрат	,286 ^a	1,000 ^b	8,333 ^c
Асимпт. знч.	,593	,317	,004

По характеристике конкретности образов имеется достоверное отличие группы подростков с рахитоподобными заболеваниями на высоком уровне статистической значимости $p \leq 0,05$. Две другие группы не имеют статистически значимых различий по данной характеристике. По характеристике однотипности образов не выявляется значимых различий между группами.

Выводы:

- 1) Структура мышления у подростков с генетическими заболеваниями имеет характерные особенности. Выявляются качественные различия операциональной, динамической и личностной сторон мышления у подростков с разным типом заболевания.
- 2) В группе подростков с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией проявляется недостаточность динамической стороны мышления (расплывчатость, непоследовательность суждений, ригидность, бедность речевой продукции).
- 3) У подростков с рахитоподобными заболеваниями выражена недостаточность операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и абстрактно-логического мышления, имеется также недостаточность динамической характеристики мышления (ригидность, расплывчатость, непоследовательность суждений) и личностной стороны мышления (снижение критичности).
- 4) В двух приведенных исследованиях впервые разработаны и применены критерии количественной и качественной оценки состояния высших психических процессов больных с генетическими синдромами. Получены новые данные о специфике интеллектуальных нарушений у детей с разными формами наследственных заболеваний.
- 5) В работе показано, что структура познавательной деятельности претерпевает качественные и количественные изменения с течением болезни на примере детей с фенилкетонурией. Была предпринята оценка динамики психического развития детей с аминокислотопатиями после направленной медикаментозной терапии и психологической коррекции с учетом степени выраженности заболевания и уровня умственного развития.
- 6) Характер нарушений высших психических функций у детей с наследственной патологией позволяет дать прогноз дальнейшего умственного развития ребенка и подобрать адекватные методы медико-психологического воздействия.

7) Внедренные в практику способы направленной медикаментозной и психологической коррекции помогут улучшить психическое развитие и уменьшить степень инвалидизации пациентов с генетическими синдромами.

Литература

1. Вельтищев Ю.Е., Темин П.А. Наследственные болезни нервной системы. М., Медицина, 1998. – 496 с.
2. Николаева Е.А. Наследственные нарушения обмена аминокислот и органических кислот, сопровождающиеся судорожным синдромом. – В сб. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. Под ред. П.А.Темина, М.Ю.Никаноровой. – М., «Медицина», 1999 - 414-485 с.
3. Троицкая Л.А. Динамика психического развития детей с фенилкетонурией под воздействием медико-психологической коррекции: Дисс. кан. псих. наук.- М., 1993 – 160 с.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты // ред.-сост. Д.Я. Райгородский. Самара. Бахрах-М. 2006
5. Казанцева Л.З., Николаева Е.А., Троицкая Л.А. и другие. Новые способы лечения наследственных аминокислотнопатий у детей. М. 2003.
6. Казанцева Л.З., Антошечкин А.Г., Николаева Е.А. Клинико-биохимическая диагностика наследственных форм органических ацидемий у детей //Вопросы охр. мат. и дет. -1992. - № 2-3.- с.21
7. Чурилина А.В., Москалюк О.Н. Нарушение метаболизма соединительной ткани при некоторых патологических состояниях у детей. Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького.2002
8. Вельтищев Ю.Е., Казанцева Л.З., Семячкина А.Н. Наследственные болезни обмена веществ: Наследственная патология человека / под ред. Ю.Е. Вельтищева, Н.П. Бочкова. – М., 1992. – Т.1. – с. 41-101.
9. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника Москва. «Просвещение», 1986 г.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РОДИТЕЛЕЙ И ШКОЛЫ: РОЛЬ ПСИХОЛОГА

Е.Г. Каримулина

МГППУ, факультет клинической и специальной психологии, ГОУ ЦО 1811

Измайлово, Москва

karimulina@list.ru

Основной задачей школьной психологической службы является помощь в решении конкретных проблем, связанных с обучением и поведением детей в школе. Субъектами воздействия являются дети, коллектив класса, педагоги, родители детей. Профессиональное владение патопсихологическим экспериментом предполагает знание арсенала методик, принципов построения и проведения эксперимента, способов варьирования эксперимента, грамотную качественную интерпретацию результатов, соблюдение морально-этической стороны в работе с субъектами образовательного процесса. Одним из основных принципов построения патопсихологического эксперимента в клинике, сформулированный С.Я.Рубинштейн, является принцип моделирования психической деятельности, которую человек осуществляет в реальной жизни (на работе, в семье, учебе). Необходимость в патопсихологическом эксперименте в школе возникает на разных этапах работы: диагностика, коррекция, сопровождение. Моделирование психической деятельности в практической работе психолога помогает решать не только диагностические задачи, но также задачи коррекции отклонений в развитии и выстраивании взаимодействия родителей с ребенком и школой в целом.

Несколько подробнее остановимся на работе школьного психолога с семьей в решении проблем, связанные с обучением и поведением в школе. Эта работа ведется на протяжении нескольких этапов, каждый из которых имеет свои задачи и способы оценки эффективности работы.

Чтобы помочь родителям построить эффективное взаимодействие со своим ребенком и школой в целом, на **первом** этапе в работе с родителями решаются такие задачи:

1. дать представление о возрастных, личностных особенностях учащихся начальной и средней школы
2. дать инструменты для оценки собственной родительской мотивации по принципу активной конструктивной позиции и «обратного хода».

На этом этапе обозначаются проблемы детей и подростков в школе, кроме того, обозначаются проблемы, возникающие у родителей, на пути решения проблем своего ребенка. Основная работа ведется с проективными,

моделирующими реальными событиями, ситуациями. Задача для участников: оценить, как должен вести себя взрослый (описать, что он *переживает*), что и как взрослый *отвечает* ребенку и что планирует *делать* в ближайшее время. Пример задания родителям: дать три ответа: переживание взрослого, его слова и его действия.

1. Ребенок подходит к папе и говорит: «Я взял решать эту задачу на дом, и у меня ничего не получилось».
2. Мама видит замечание в дневнике от учителя о том, что ее сын/дочь выкрикивал на уроке и мешал вести урок.
3. Мальчик рассказывает о том, что побил одноклассника за то, что тот дразнил его.
4. Девочка подходит к маме со словами «Я опять боюсь. У нас завтра контрольная по математике, ты же знаешь, что у меня опять будет два».
5. Ребенок, систематически опаздывающий на урок, получает замечание в дневник. Дома мама видит эту запись. Ребенок говорит: «Я не опоздал, Мария Викторовна видела, что я был в классе, но вышел, чтобы надеть кофту. В классе холодно».
6. После родительского собрания, на котором он узнал, что сын прогулял урок, отец приходит домой. Сын объясняет, что все прогуляли этот урок, никто не любит этого учителя, что не хотел «быть белой вороной».

В ответах может быть выявлена активная конструктивная позиция. Критерии оценки активной конструктивной позиции:

не менее половины ответов по проективным ситуациям должна включать:

1. описание переживания должно относиться к эмоционально-чувственной сфере, а не к сфере вербально-коммуникативной. Ответы должны содержать и соотноситься с сопереживанием ребенку.
 - 1) Огорчение, печаль, выражение неодобрения ситуации.
 - 2) Огорчение, переживание, раздражение.
 - 3) Радость по поводу того, что ребенок может за себя постоять.
 - 4) Переживание за ребенка.
 - 5) Переживание за ребенка, чувство унижения.
 - 6) Чувство досады, гнев на учителя и ребенка.
2. ответы ребенку («вербальная продукция»). Как на вербальном уровне вы можете выразить сопереживание ребенку – умение «отзеркаливать» чувства ребенка и «Я-позиция».

- 1) Ты очень стараешься. Давай посмотрим, что за задача.
 - 2) Расскажи, что было на уроке. Расскажи, как это случилось.
 - 3) Да, это унижительно, когда тебя оскорбляют.
 - 4) Тебе страшно. Ты уже заранее нервничаешь.
 - 5) Тебе было холодно.
 - 6) Ты хотел со всеми выразить протест. Хочется быть со всеми, иметь друзей.
3. действия родителей – активность позиции заключается в совместном решении, как выходить из сложившейся ситуации.
- 1) Задача решается совместно. Возможно, что предлагается решить самостоятельно похожую задачу.
 - 2) Давай вместе учиться быть сдержанными. Мы можем с тобой поиграть дома в учителя и ученика.
 - 3) Поучение родителя, как себя вести. Можно ли выйти из ситуации по-другому?
 - 4) Включает предложение прорепетировать контрольную, предложить имитировать ситуацию, дать возможность прощупать свои слабые стороны.
 - 5) Давай будем вставать раньше, где обязательно подчеркивается роль совместных усилий.
 - 6) Будем учиться жизни. Что важнее? Выбор за человеком. Когда выбор сделан, ответственность ложится на самого человека. Умение просчитывать негативные последствия самостоятельных решений.

Активный конструктивный родитель – это родитель:

1. умеющий встать на позицию ребенка;
2. умеющий выражать сочувствие своему ребенку, умеющий быть на эмоциональной волне с ребенком;
3. умеющий выработать **совместные** пути решения проблемы, привлечь ресурсы ребенка (если дело касается учебных достижений) и **целенаправленно** работать на устранение негативного опыта.

Итоги работы:

1. умение различать активного и пассивного родителя в ходе консультативной работы
2. получить навыки работы на уровнях оценки эмоционального, вербального и поведенческого взаимодействия

Второй этап предполагает овладение некоторыми приемами помощи себе и ребенку в решении конкретных учебных задач (связанных с учебным процессом и овладением конкретного учебного материала).

На данном этапе раскрываются некоторые представления из области нейропсихологии, в частности, когнитивный стиль, ведущая репрезентативная система, латеральность психических функций. На примере решения Павловской задачи для определения ведущей сигнальной системы. Предлагается разбить на три группы слова: окунь, волк, бегать, чешуя, перья, летать, плавать, ворона, шерстью. Интерпретация: Ведущая сигнальная система, или преобладание типа мышления (наглядно-образное, вербально-логическое, рефлексивное). Возрастные особенности классификации и индивидуально обусловленные.

Основная задача данного этапа: как помочь ребенку учиться в школе?

Принцип «обратного хода». Стать ребенком – задача родителя. Психологические предпосылки у ребенка:

- особенности внимания (сложности концентрации, переключаемость и др.)
- особенности памяти (объем запоминания, вербальной памяти, особенности номинативной функции фонематический слух, сенсорные компоненты речи и др.)
- особенности мышления (сложности различения существенных и несущественных признаков предметов и явлений, сложности понимания обобщающих понятий и др.)
- утомляемость, проблемы, связанные со здоровьем
- слабая (незрелая) учебная или школьная мотивация

Умение работать на равных с ребенком – что это значит. Совместно с психологом пытаемся ответить на вопрос: почему есть трудности с обучением и поведением. Для чего нужно индивидуальное обследование.

Мир глазами ребенка предполагает наличие некоторых качеств восприятия окружающего мира и его интерпретации, которые с возрастом утрачиваются. Работа с ранними впечатлениями взрослых людей. Положительный и отрицательный опыт детства. Самое яркое впечатление. Что запомнилось лучше: сильное негативное и сильное позитивное впечатление в моем детстве. «На горшке» придумано. Различия в особенностях восприятия ребенка необходимо сформулировать совместно:

Отсутствие свежести (как новизны) восприятия у взрослого.

Отсутствие целостности (синкретичности) восприятия у взрослого. Слияние неслиянного, отрицание очевидного, доверие лжи и искренность чувств как особенности детского мировосприятия и отношения.

Отсутствие фантазии и творческого подхода у взрослых.

Существуют определенные приемы «обратного хода»:

1. использовать мнемотехнику (по типу аббревиатуры или акронима: каждый охотник желает знать, где сидит фазан, Российский флаг – красный (К). голубой (Г), белый (Б) – КГБ; рифмовки – «Биссектриса – это такая крыса, которая бегаёт по углам и делит угол пополам».)
2. оживление неодушевленного (Африка о себе)
3. использование сказок (сказка для запоминания сложных понятий, например, для запоминания компонентов сложения – *слагаемое слагаемое сумма* – или вычитания – *уменьшаемое вычитаемое разность*)
4. использование символов, жестов, жестикуляции
5. использование игровых приемов из социоигровой педагогики (по типу игра в города, разыгрывание по ролям, составление диалогов «Разговор глагола и прилагательного»)
6. использование игровой мотивации для поощрения выполнения заданий, метафор, пословиц («берем крепость», «проплыли рифы»)

Третьим этапом работы является закрепление приемов активной конструктивной позиции родителя и использование приемов помощи «обратного хода».

Создание проективных ситуаций в работе с детьми по разным темам:

Сочини сказку «Почему ЖИ пишется с буквой «И» или сказка «Кто всех важнее: точка, восклицательный знак или вопросительный знак?»

Как помочь ребенку дифференцировать понятия «часть речи» и «член предложения».

Составь диалог имени существительного и глагола.

Разыграй сценку: «Как поссорились две семьи Сложение и Вычитание».

Разыграй пантомиму Сложение и Вычитание.

Переход через десяток (счет в пределах 20). Разыграй по ролям счетные операции при переходе через десяток.

Заключительный этап. Подведение итогов. Обратная связь.

Опыт использования моделирующего эксперимента в работе психолога с родителями и педагогами показал его эффективность. Принятие своего ребенка, адекватное понимание трудностей обучения и поведения, а главное

– активная позиция в преодолении этих трудностей являются существенными достижениями в практической работе психолога.

Литература

1. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., Апрель-Пресс, 1999
2. Вачков И.В. Психологические сказки как инструмент работы практического психолога с детьми с ограниченными возможностями – Настоящее и будущее практической психологии в России: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 17-19 октября 2000 г. Часть 1. – Оренбург: Издательство ОГПУ, 2000.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ АДАПТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ТРУДНЫМ СИТУАЦИЯМ

Л.М. Колпакова

Академия Социального Образования, факультет педагогики и психологии,
Казань,

kolpakova.ludmila@gmail.com

Для исследования адаптивного отношения к трудным ситуациям на базе разработанной концепции «восходящего равновесия» нами была создана методика для определения субъектной формы активности человека. Методика создавалась в рамках изучения проблемы феноменологических проявлений личности в трудных ситуациях, где эмпирическим объектом выступали матери детей с двигательной патологией (детский церебральный паралич). Детский церебральный паралич (ДЦП) относится к наиболее распространенной патологии ЦНС у детей (Окунева Г.Ю., 1991; Davis D.W., 1997) и ситуация воспитания такого ребенка объективно классифицируется как трудная. Трудной ситуацией называется ситуация «объективно нарушающая жизнедеятельность..., либо субъективно воспринимаемая как сложная и не может быть преодолена самостоятельно» (из выдержки федерального закона «Об основах социального обслуживания населения в РФ», №195-ФЗ). Аспект проблемы, где в центре внимания оказываются матери детей с ДЦП, остается малоизученным, хотя практика фиксирует распространенность клиники пограничных психических расстройств среди этой популяции людей.

Цель составления методики, в соответствии с традициями отечественной патопсихологии, не выявление клинических симптомов, а, напротив, выявление ресурса, определяющего потенциальные возможности матерей, у которых заболевание детей изменило внутренний и социальный статус. Методологическую основу построения концептуального аппарата методики составили базисные принципы системно-динамического и субъектно-деятельностного подхода, где в качестве основополагающего принципа использован субъектный принцип, сформулированный С.Л.Рубинштейном и развитый К.А.Абульхановой.

Ключевыми понятиями являются: «адаптивность», «личностная адаптивность», «субъектная адаптивность». Адаптивность мы рассматриваем как интегральное свойство личности в соотнесенности с субъектностью, отражающей ее целостность и специфичность единством противоречивых проявлений ее сущности (адаптивность – дезадаптивность–адаптивность).

Для понимания содержательно-действенных характеристик «субъектной» адаптивности» в отличие от «личностной адаптивности» на основе обобщения теоретического материала и эмпирических исследований, нами были разведены понятия «личностное» и «субъектное». Разведение вводимых нами понятий послужило методологическим основанием для их определения.

Личностная адаптивность – это формируемые в процессе социализации способности, определяемые стремлением достичь функционального равновесия по социально заданному эталону востребуемых обществом качеств, что, по словам А.Н.Леонтьева, – есть *«активное приспособление к будущему....как высшего поведения человека»*.

Субъектная адаптивность – высшая форма поведения человека, динамическое образование, проявляемое в специфических характеристиках самосознания, «автономно ориентированной» осознанной регуляции и организации жизнедеятельности. Она определяется динамическими смысловыми системами, ведет к функциональному равновесию по восходящей (развивающей) траектории развития в изменяющихся условиях жизни и деятельности.

Адаптивность как системное интегративное свойство личности в ее феноменологических проявлениях в виде «субъектной» и «личностной» адаптивности, представляет собой относительно устойчивое образование. С одной стороны функционально обеспечивает адаптацию, следствием которой является инвариантность, вопреки воздействиям психогенных факторов

внешней среды, а с другой – обеспечивает высочайшую пластичность и гибкость в освоении и проявлении сложных форм активности при преодолении трудной ситуации для достижения адаптации.

Оценка адаптивности возможна через оценку уровня развития индивидуально-психологических характеристик личности, наиболее значимых для регуляции деятельности и процесса адаптации в разнообразных ситуациях жизнедеятельности. Чем значительнее выражена «субъектная адаптивность», тем выше вероятность достижения оптимума функциональной устойчивости человека.

Состояние дезадаптированности в идеальном случае «субъектной адаптивности» это не просто отсутствие приспособленности, а нечто большее, так как в норме этот случай предусматривает переходы от адаптивного к дезадаптивному состоянию. Интервал изменений состояний «адаптации – дезадаптации» определяется не только социальной средой, но и индивидуально-психологическими особенностями личности, ее способностями, что проявляется, прежде всего, в устремленности личности, т.е. в ее мотивационно-смысловой системе. Именно это и может быть диагностировано у лиц, находящихся в трудной ситуации.

На основе изложенных положений и полученных эмпирических данных предлагается методика, которая публиковалась в 2006, 2007 и 2011 гг. по мере ее доработки и коррекции (Колпакова, 2009). На протяжении последних лет она корректировалась в процессе решения как исследовательских задач, так и задач консультативной практики.

МЕТОДИКА

***Инструкция:** В своей жизни каждый человек может оказаться в ситуациях, которые переживаются им как трудные. К одним из них приходится приспосабливаться, другие же требуют многих усилий для того, чтобы их преодолеть, чтобы сохранить то, что для себя важно и ценно. Прочтите ниже приведенные вопросы, отражающие ситуации, в которых Вы бы могли оказаться. Оцените себя, насколько трудно было бы Вам их преодолеть, используя следующую шкалу:*

- 7 – очень трудно;
- 6 – трудно;
- 5 – скорее трудно, чем не трудно;
- 4 – нейтрально;
- 3 – скорее не трудно, чем трудно;
- 2 – не трудно;

1 – совсем не трудно.

Отметьте на бланке для ответов знаком (х) в той графе, который будет соответствовать вашему выбору

Текст опросника

Во время работы полезно к каждому вопросу вслух проговорить фразу «Мне трудно...»

1. Пойти в компанию, где будут люди, которым Вы неприятны?
2. Решиться на действия, которые не все одобряют?
3. Оказаться смешным в глазах других?
4. Поступать вопреки мнению большинства?
5. Включаться в совместную деятельность, зная при этом, что кто-то против этого?
6. Браться за дело, хотя есть вероятность, что Вас не поймут?
7. Оказаться в одиночестве?
8. Осуществлять действия ради того, чтобы достичь желаемого будущего, хотя не знаешь, будет ли положительным результат?
9. Оказаться в ситуации осуждения со стороны ваших знакомых?
10. Оказаться в разлуке с близким человеком?
11. Отказаться от общения со своими приятелями?
12. Совершать неординарные действия и поступки, зная, что это не может не сказаться на Вашем здоровье, репутации?
13. Переехать в квартиру с меньшими удобствами?
14. Справиться с незаслуженной обидой?
15. Изменить мнение окружающих?
16. Заниматься проблемами близких людей, понимая, что на благодарность лучше не рассчитывать?
17. В случае необходимости сознательно «урезать» рацион своего питания?
18. Общаться с противоположным полом?
19. Обсуждать темы, которые эмоционально затрагивают Вас?
20. Смириться с неудачей, хотя было потрачено так много сил, чтобы этого не произошло?
21. Общаться с людьми, которые за спиной посмеиваются над Вами?
22. Смириться с высокомерием и грубостью?
23. Переехать в незнакомый город?
24. Оказаться в ситуации чрезмерного внимания окружающих?
25. Общаться с человеком, который Вас подвел?

26. Поддерживать отношения с людьми, подчеркивающими перед Вами свое превосходство?
27. Вести деловые отношения с человеком, которого Вы не хотели бы видеть?
28. Сдерживать свое раздражение?
29. Подчиняться приказам других людей?
30. Смолчать, если Вы считаете, что с Вами поступают несправедливо?
31. Быть вежливым с грубым или непонятливым, как Вам кажется, человеком?
32. Делать одну и ту же работу изо дня в день?
33. Обращаться к родителям или другим авторитетным людям, прежде чем принимать решение, связанное с семейными проблемами?
34. Обращаться с просьбой, зная, что Вам могут отказать?
35. Уделять больше времени и внимания близким людям, нуждающимся в опеке?
36. Включаться в деятельность, ранее несовместимую с вашими прежними жизненными целями?
37. Солгать, уговаривая себя, что именно это тот случай, когда ложь во благо?
38. Использовать чужой секрет?
39. Оказаться в центре внимания?
40. Приспосабливаться к новым людям и новым условиям?
41. Оказаться в ситуации, требующей от Вас самостоятельного выбора действий для ее разрешения?
42. Придерживаться во всем безукоризненного порядка?
43. Осуществлять деятельность, требующей от Вас терпения и настойчивости?
44. Планировать действия на много шагов вперед?
45. Позволять себе мечтательное настроение?
46. Преодолевать плохое настроение?
47. Оказаться в проблемно-конфликтной ситуации, выход из которой требует именно от Вас безошибочного решения?
48. Совершать монотонную механическую работу?
49. Отказаться от своего любимого занятия?
50. Выполнять дело, о котором заранее знаешь, что это "пустая трата времени"?
51. Выполнять формальные действия?
52. Идти на вынужденный компромисс?
53. Делать одновременно несколько дел сразу?

54. В ответственный момент быть собранным, чтобы достичь нужного результата?
55. Быть в центре происходящих событий?
56. Сказать другому человеку, что он поступает неправильно?
57. Оказаться в ситуации непонимания человека, от которого зависишь?
58. Смириться с мыслью, что шанс, который был для исправления ситуации безвозвратно потерян?
59. Оказаться в компании с незнакомыми людьми?
60. Переносить разлуку, хотя жизненные обстоятельства того требуют?
61. Не обижаться на человека, который своим поведением демонстрирует свое неуважение к Вам?
62. Добиваться нужного результата?
63. Сделать ответственный выбор в ситуации спора, если при этом имеешь особенную привязанность к кому-либо, или к чему-либо?
64. Быть в ладу с теми, кто вас младше?
65. Оставаться верным своим принципам, хотя ситуация меняется?
66. Пойти на разрыв с человеком, от которого зависите?
67. Пойти на обман ради сохранения благополучия?
68. Пользоваться местами общественного пользования?
69. Терпеть людей, которые, не считаясь с другими, решают только свои интересы.

КЛЮЧ

1. Невозможность / способность к изменению стереотипа презентации (когнитивно-эмоциональный компонент адаптивности)
– 3. 11. 15. 17. 18. 21. 37.42
2. Неготовность / способность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий –13. 30. 44. 48. 50. 51. 52. 57. 58. 61:
(рефлексивно-оценочный компонент адаптивности)
3. Автономность/зависимость от внешних установок: 1. 2. 4. 12. 25. 33. 55.
59. 62. 66. (мотивационно-смысловой компонент адаптивности)
4. Эффективность (способность к гибкому поведению)» /
неэффективность (дефицит поведенческой мобильности):
29.39.47.49.53.56.60. (поведенческий компонент адаптивности)
5. Позитивизм/ негативизм: 5. 6. 7. 8. 9. 16. 19. 67. 36. (мотивационно-
смысловой компонент адаптивности)

6. Толерантность (открытость социальному опыту) / интолерантность (закрытость социальному опыту): 14.24.27.31.35.45.52.61.65.68. (рефлексивно-оценочный компонент адаптивности)
7. Доминирование / приемлемый компромисс: 22. 23. 26. 28. 34. 38. 52. 63. 64. 69. (поведенческий компонент адаптивности)
8. Невротичность (страх перед потерями, изменениями в жизни) / Эмоциональная устойчивость: 10. 20. 32. 40. 41. 43. 46. 54. 55. 62. (когнитивно-эмоциональный компонент адаптивности).

Для индивидуальной формы исследования количественные показатели по каждой из восьми шкал будут варьировать от 1 до 7 баллов.

Принято считать: Значения от 1 до 3 баллов – низкими; от 3 до 5 баллов – средними; от 5 до 7 баллов – высокими.

Вариант оценочных шкал по методу сигмальных отклонений для выборки N=50 (для группового исследования)

	Уровни					Среднее X	Ср.кв.др. Отклонени S
	низкий	ниже седнего среднего	средний	выше среднего	Высоки й		
1.	< 15,5	15,6 – 23,7	23,8 – 31,9	32,0 – 40,0	> 40,1	27,7800	6,1222
2.	< 18,9	19,0 – 29,5	29,6 – 40,2	40,3 – 50,8	> 50,9	34,8800	7,9786
3.	< 28,1	28,2 – 37,3	37,4 – 46,7	46,8 – 56,9	> 60,0	42,0800	6,9542
4.	< 28,1	30,6 – 42,4	42,5 – 54,3	54,4 – 66,1	> 66,2	48,4200	8,8689
5.	< 21,9	22,0 – 32,7	32,8 – 43,7	43,8 – 54,5	> 54,6	38,2000	8,1691
6.	< 13,8	13,9 – 22,6	22,7 – 31,5	31,6 – 40,3	> 40,4	27,0800	6,6297
7.	< 15,0	15,1 – 25,2	25,3 – 35,4	35,5 – 45,5	> 45,6	30,2600	7,6260
8.	< 18,1	18,2 – 29,0	29,1 – 40,0	40,1 – 50,0	> 50,1	34,5000	8,1847

СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛ:

1. Невозможность /способность к изменению стереотипа презентации:

А) *Невозможность изменения стереотипа презентации* – в основе лежит страх несоответствия социальной идентичности, и оказаться в группе, отмеченной стигмой. Чаще всего, к людям, не вписывающимся в контекст

социального ожидания, отношение со стороны окружающих носит характер социальной дискриминации и обусловлено бессознательной реакцией инстинкта самосохранения индивида на любое отклонение, а в некоторых случаях может вызывать и агрессию. Поэтому, зачастую, человек, оказавшийся в нестандартной жизненной ситуации, начинает вести себя вопреки «себя», но так «как принято, как положено», в соответствии стереотипа социального ожидания, в основе которого лежит страх социальной оценки.

Б) *Способность к изменению стереотипа презентации.* Противоположный вариант выявляет креативные способности находить выход из кажущейся безвыходной ситуации, используя обстановку, предметы и обстоятельства вопреки сложившемуся стереотипу социального ожидания за счет мыслительной переработки произошедших событий, предвосхищений будущего и изменений собственной системы отношений.

2. Неготовность / способность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий.

А) *Неготовность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий* – характеризует уход от проблемы, – такая личностная позиция блокирует активность, адекватное восприятие реальности, нарушает критичность, что приводит к неадекватным действиям, поступкам, а то и невозможности решать задачи реальной ситуации.

Б) *Способность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий* – указывает на способность человека к изменению, являясь результатом сложных переживаний, связанных с проживанием критической ситуации как «особой деятельности по перестройке психического мира», направленной на осмысление того что случилось, принять то что невозможно уже исправить, и проявить готовность решать поставленные ситуацией задачи с учетом тех жизненных изменений, что произошли.

3. Автономность/зависимость от внешних установок.

А) *Зависимость от внешних установок* – показывает отсутствие внутренней свободы и напряженность, как следствие стремления соответствовать ожиданиям социального окружения, введенным правилам и нормам. Проявляется у лиц чаще всего социоориентированных, обладающих обостренным чувством ответственности и зависимостью от нормативных требований ситуации.

Б) *Автономность*, – характеристика способности регулировать свое поведение и проявления человеческой свободы, включает: умение оставаться

самим собой и в то же время чутко реагировать на все требования ситуации; быть требовательным и, не бояться отказываться от собственных требований; обладать самоуважением и устанавливать принципы, ценности, смыслы, веровательные установки в своей жизнедеятельности.

4. Неэффективность /Эффективность

А) Неэффективность (дефицит поведенческой мобильности. Эта характеристика отражает презентацию, чаще всего, неосознанно, собственной неуспешности, несогласованности, неорганизованности, непоследовательности в своих поступках, неумения быстро и гибко ориентироваться в изменяющихся условиях ситуации. Проявляется или как психологическая стратегия защиты «Я» личностью, или как осознанная манипуляция, которая может принести социальные «дивиденды».

Б) Эффективность (способность к гибкому поведению) – характеризует способность применять различные варианты поведенческих стратегий для решения проблем в динамичных условиях среды с учетом прогнозирования развития ситуации, творческого подхода к решению возникающих трудностей.

5. «Позитивизм – негативизм». Выявляет индивидуальное отношение к выбору своих действий, поступков с учетом требований ситуации и собственных мотивов и смыслов.

А) Позитивизм – характеризует способность сохранять открытость, общительность, оптимизм, позицию ответственности за происходящее, рассудительность, логичность и ясность при принятии решений в конфликтно-проблемной ситуации; умение планировать будущее, опираясь на свой опыт, ошибки, знания свои и других. В норме проявляется как «здоровое» отношение к происходящему, ориентацией на благополучный результат происходящих событий.

Б) «Негативизм» – характеристика, отражающая эгоцентризм, неконформность установок, в других случаях циничный взгляд на происходящие события.

6. Толерантность / интолерантность .

А) Толерантность (открытость социальному опыту) – выявляет характеристики терпимо-уважительного отношения к другому человеку, способного адекватно выстраивать взаимодействие с другими на основе нравственных императивов и активных устремлений к со-бытийности, со-действию и со-переживанию. Толерантность помогает управлять своими

эмоциями, чувствами в ответ на внешнюю и внутреннюю агрессию, характеризует способность к социальному общению.

Б) «Интолерантность (закрытость социальному опыту)» – низкие результаты от средней нормы указывают на дефицитарность способности к социальному общению, может проявляться в представлениях о себе и своих поступках в категориях или «собственной исключительности», или «собственной незначительности», чаще всего сопровождающихся тревожностью и стремлением переносить ответственность на окружающих, делением мира на «своих» и «чужих».

7. «Доминирование / приемлемый компромисс»:

А) *Доминирование* – характеристика внешне демонстрируемой уверенности, компенсирующая внутреннюю неуверенность, чаще всего, являясь проявлением «невротического характера». Доминантное поведение усиливает давление невротического круга и носит психозащитный характер. Такой человек защищается от мысли, что он слаб, мыслью о том, что другие слабее чем он.

Б) *Приемлемый компромисс* – характеризует способность личности к групповой идентификации при сохранности собственного Я. Умение находить приемлемый компромисс указывает на способность личности принять свои недостатки, понять и принять другого. Как правило, позиция такого человека – это готовность признать в чем-то превосходство у других, но стараться показать и свое превосходство в тех областях, где он, действительно успешен.

8. Невротичность / эмоциональная устойчивость.

А) *Невротичность (страх перед потерями и изменениями в жизни)* – эта характеристика отражает неотрефлексированное состояние в трудных ситуациях, изменяющих привычный стиль жизни.

Б) *Эмоциональная устойчивость* – характеристика способности личности к осознанной регуляции состоянием, что позволяет в полной мере использовать свое время, энергию, знания, умения и справляться со стрессами в жизни.

Результаты эмпирического исследования динамических тенденций показали существенные различия у матерей, обладающих разным уровнем развития функциональной активности как субъекта своей жизнедеятельности. Так, обнаружено, что у матерей с субъектной адаптивностью в динамике происходили мотивационные сдвиги, повышалась потребность в социальном взаимодействии, снижалась актуальность

механизмов защиты (проекции, реактивных образований и вытеснения), при этом актуализировались поиск социальной поддержки, принятие ответственности, положительная переоценка прежних воззрений. Клинико-психологическое обследование характеристик личности в динамике (4 года) показало, что в профиле показатели стенического и гипостенического регистра в динамике имеют тенденцию «восходящего равновесия».

Предложенная методика может быть использована не только в работе с матерями, имеющими детей с ДЦП, но и с матерями, дети которых страдают другими видами врожденной или приобретенной патологии.

Литература

1. Абульханова-Славская, К.А. Проблема определения субъекта в психологии / //Субъект действия, взаимодействия, познания: Психологические философские, социокультурные аспекты. – М.: МПСИ.- Воронеж. – С. 36–52.
2. Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: Переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т.15. № 1. – С. 3-18
3. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общечеловеческого анализа / А.Г. Асмолов. – М. – 416 с.
4. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1998.
5. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях //Психологический журнал. – 2001. – Т.22. – № 1. – С. 16-24.
6. Колпакова Л.М. Личностно-типологические особенности матерей в ситуации трудноизлечимого ребенка (на материале изучения матерей детей с двигательными нарушениями): монография /Л.М.Колпакова. – Набережные Челны, 2009.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЗДНЕГО ОНТОГЕНЕЗА: ИСТОКИ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина

МГУ имени М.В. Ломоносова, МГППУ, НЦПЗ РАМН, Москва

eblashova@yandex.ru, ifroshchina@mail.ru

Для отечественной клинической психологии с самого момента ее возникновения как области научного знания всегда был актуален вопрос о способах получения эмпирических данных, с помощью которых можно судить об изменениях психической деятельности при органических поражениях мозга и при психических заболеваниях. Признавая важность и необходимость клинической беседы и наблюдения за поведением пациента в процессе обследования и во время пребывания в стационаре, психологи, тем не менее, настаивали на принципиальной роли эксперимента (Бехтерев, 1954; Корсаков, 1954; Зейгарник, 1962, 1986; Рубинштейн, 1969; Лурия, 1962). Именно объективные экспериментальные методики могли дать более детальную информацию о состоянии психических функций и эмоционально-личностной сферы больного.

Интерес к этой прикладной проблематике был настолько велик, что многие корифеи клинической психологии посвящали описанию и анализу методик обширные разделы своих книг или даже целые книги. Наиболее яркие примеры – это монография А.Р. Лурии «Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга» (1962), в которой третья часть (более 150 страниц) посвящена описанию методов нейропсихологического обследования, и монография С.Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» (1969).

Неослабевающее внимание к вопросам методического обеспечения клинико-психологических исследований сохраняется и сегодня. Круг этих вопросов чрезвычайно широк. Как соотносится в современных научных исследованиях и в клинической диагностике качественная интерпретация эмпирических данных и их количественная оценка? Как адекватно интегрировать в отечественный методологический контекст западные тестовые методики? Какие аспекты нарушений психических функций и личности изучает та или иная методика? Существуют ли данные о том, как ее выполняют психически здоровые испытуемые? Насколько она чувствительна к действию гендерных, образовательных, социо-культурных факторов? Обладает ли она экологической валидностью и надежностью?

В последние десятилетия все большее звучание приобретают возрастные аспекты клинико-психологических исследований, связанные с активным развитием не только детской патопсихологии и нейропсихологии, но и с изучением периода позднего онтогенеза. К сожалению, отечественные клинические психологи обратились к теме старости и старения несколько позже их зарубежных коллег. Например, во Франции оригинальная традиция психологических исследований патологического старения возникла еще в конце 19 столетия благодаря работам Т. Рибо (1881, 1882, 1885). В середине 20 столетия психологами школы Ж. Пиаже был выполнен обширный цикл работ, посвященных изучению нарушений интеллектуальных операций, восприятия пространства и времени при дегенеративных деменциях позднего возраста (Mouren et al., 1964; Ajuriaguerra et al., 1967; Voehme, 1973). В 60-е – 90-е гг. в США и в Западной Европе выполняются сотни и тысячи исследований, в которых описываются и анализируются разнообразные изменения психических функций и поведения при нормальном и патологическом старении, изучаются проблемы работы стареющего мозга. Однако, тот факт, что в России клиническая психология старения в качестве самостоятельного научного направления стала складываться только в 80-е гг. (см. Поляков и соавт., 1985; Корсакова, 1996), отнюдь не означает, что ранее российских клинических психологов не интересовали те проявления распада познавательной деятельности, которые могут возникать при неблагоприятном психическом старении.

Так, в монографии Б.В. Зейгарник «Основы патопсихологии» (1986), обобщившей результаты нескольких десятилетий работы целой плеяды выдающихся отечественных патопсихологов, мы находим ряд обращений к анализу нарушений различных психических функций при патологическом старении.

Например, в разделе, где речь идет о нарушениях восприятия, специально и подробно рассматриваются т.н. «псевдодиагнозы», возникающие при органических деменциях позднего возраста. Эти расстройства восприятия выражаются, по мнению Б.В. Зейгарник, в диффузности, недифференцированности гностической деятельности, в трудностях узнавания «силуэтных и пунктирных рисунков, ситуационных картинок» (Зейгарник, 1986, с. 137). Блюма Вульфовна пишет о том, что слабоумные больные, не понимая смысла сюжета, часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Предмет

узнавания обуславливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание (там же). Ссылаясь на описание Г.В. Биренбаум (1934, 1935), Блюма Вульфовна упоминает о том, что у некоторых больных органической деменцией наблюдаются не только перечисленные выше симптомы, но и нарушения восприятия структуры и формы объектов, сочетающиеся с дефицитом оптического внимания. Трудности узнавания у слабоумных больных может вызывать и необычная пространственная ориентация изображений (Зейгарник, 1986).

Б.В. Зейгарник указывает, что при сосудистых заболеваниях головного мозга (особенно характерных для пожилого и старческого возраста) нарушается умственная работоспособность. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных резко замедляется или делается крайне неравномерным темп поиска чисел в таблицах Шульте. Эти изменения умственной работоспособности могут быть, по мнению Б.В. Зейгарник, одной из причин неравномерности выполнения интеллектуальных заданий, могут приводить к колебаниям уровня достижений или к истощаемости.

Внимание Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и их коллег привлекали и изменения при патологическом старении таких принципиальных для реализации психической деятельности функций, как память и мышление. В исследованиях больных в возрасте от 60 до 83 лет (Зейгарник, 1962) были констатированы грубые нарушения опосредованного запоминания, снижение объема и прочности запоминания при заучивании 10 слов, отвлекаемость, соскальзывание на побочные ассоциации, неадекватность и нелепость суждений. Было также выявлено, что нарушения памяти и мышления часто сопровождаются амнестической дезориентировкой в месте и времени.

С.Я. Рубинштейн, исследуя у таких пациентов оптико-моторные координации и другие навыки, пришла к выводу о наличии у них нарушений динамических параметров психической деятельности, колебаний умственной работоспособности, трудностей сосредоточения и распределения внимания (Рубинштейн, 1965).

Таким образом, и за рубежом, и в России в 21 веке клиническая психология старения (в тесном контакте с геронтопсихиатрией) продолжает давнюю и плодотворную традицию многоаспектных научных исследований. Изучая характерные для периода позднего онтогенеза системные изменения психической деятельности и возрастные перестройки отдельных психических функций, психологи и психиатры неизбежно сталкиваются с

необходимостью разработки и использования отвечающих разнообразным диагностическим задачам методических приемов.

В современной геронтопсихиатрии для оценки когнитивной сферы у больных в позднем возрасте с мнестико-интеллектуальным снижением и деменциями различного генеза применяются методы: клинико-психопатологический, нейровизуализационный, нейропсихологический. Клинико-психопатологический метод, кроме сбора анамнеза и описания психического статуса пациента, включает использование клинических шкал, оценивающих наблюдаемые у него симптомы. Нейропсихологическое обследование сегодня является необходимым компонентом исследования пациентов с когнитивным снижением. Оно может быть как комплексным (т.е. полным), так и носить скрининговый характер.

Скрининговые методики позволяют довольно быстро (за 10-20 минут) получить количественные данные о состоянии когнитивных функций у больного. Эти методики отличаются небольшим набором проб и системой количественной оценки, которая указывает на степень мнестико-интеллектуального снижения пациента. Среди скрининговых методик наиболее часто используются такие методики, как Минитест оценки психического статуса (MMSE, Mini Mental State Examination), Монреальская шкала когнитивной оценки (MOCA), Шкала оценки деменции Маттиса (MDRS, Mattis Dementia Rating Scale), Тест рисования часов (CDT, Clock Drawing Test), Тест лобной дисфункции (FAB, Frontal Assessment Battery) (Гаврилова, 2003). Методика MMSE представляет собой набор из 30 проб на ориентировку в месте и времени, память, счет, речь, конструктивный праксис, понимание, письмо, чтение. Если испытуемый набирает по результатам MMSE меньше 26 баллов, то можно предполагать наличие когнитивного дефицита. Шкала MOCA построена аналогично, но включает более сложные пробы на ориентировку в месте и времени, внимание, память, речь, оптико-пространственную деятельность, вербальное мышление. Данная методика учитывает уровень образования пациента (к сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет менее 12 лет образования). Максимальное количество баллов – 30; психически здоровые испытуемые обычно набирают 26 баллов или больше. CDT направлен на диагностику одного конкретного вида оптико-пространственной деятельности, которая снижается или нарушается практически при любом типе деменций позднего возраста. MDRS включает довольно много заданий на внимание, память, речь, мышление, конструктивный праксис, произвольную регуляцию

деятельности, что позволяет количественно оценить больше составляющих когнитивной сферы, чем вышеперечисленные методики. . Методика FAB была предложена для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной.

Все разработанные в зарубежных странах шкалы для оценки мнестико-интеллектуального функционирования в позднем возрасте обладают определенными достоинствами. Прежде всего, они позволяют оценить когнитивную сферу посредством использования портативных методик. Кроме того, эти шкалы могут быть применены для оценки динамики психической сферы и поведения в ходе заболевания. Вместе с тем, комбинация из двух-трех методик для разграничения нормы и патологии, особенно на ранних стадиях развития процессов, ведущих к слабоумию, является недостаточной с позиций развиваемого отечественной нейро- и патопсихологией синдромного (системного) анализа изменений психической деятельности (Лурия, 1962; Зейгарник, 1986).

В России интерес к клинико-психологическим аспектам нормального и патологического старения сегодня выражается не только в постоянном поиске новых методических приемов, позволяющих исследовать различные аспекты функционирования психики при старении, но и в попытках создания оригинальных концептуальных теоретических моделей позднего онтогенеза (Корсакова, 1996; Корсакова, Московичюте, 2003; Корсакова, Рощина, 2009). Специфика российского подхода к разработке этой проблематики состоит, на наш взгляд, именно в неразрывной связи методологических и методических аспектов изучения старения. По убеждению, унаследованному авторами от наших мудрых учителей Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и А.Р. Лурии, за любой методикой стоит теория, т.е. способы получения и интерпретации эмпирических данных должны логично вытекать из определенной концептуальной модели психики.

Так, в рамках нейрокогнитивного подхода к исследованию позднего онтогенеза (Корсакова, Рощина, 2009, 2010) рассматриваются идеи о том, что нормальное старение, наряду с возрастными ограничениями всех психических процессов, характеризуется наличием компенсаторных феноменов, гетерохронностью, гетеротопностью и гетеродинамичностью изменений психики, наличием индивидуальных различий, обусловленных влиянием биологических и средовых (в том числе, социокультурных факторов). Таким образом, методики, с помощью которых исследуются лица

пожилого возраста, одновременно должны быть: 1) чувствительны к выявлению индивидуальных паттернов сохранных и уязвимых звеньев психической деятельности; 2) адресованы не к одной психической функции, а к совокупности психических процессов, чтобы позволить реализовать их комплексный синдромный анализ; 3) способны улавливать динамические параметры изменений в работе мозга и психики. При патологическом старении (т.е. при деменциях различного генеза и при аффективных расстройствах) имеют место достаточно выраженные нарушения различных компонентов и уровней когнитивной сферы, заметное сужение спектра компенсаторных возможностей, вовлечение в патологические процессы многих зон и систем головного мозга. Это диктует дополнительные требования к используемым диагностическим приемам. Они должны быть в достаточной степени портативными, учитывать характер и степень когнитивного снижения больных, ограничения их нейродинамического, операционального и регуляторного потенциала.

Все эти принципы реализуются в ряде новейших методик, разработанных в контексте идей А.Р. Лурии отечественными нейропсихологами. В качестве показательных примеров можно упомянуть Шкалу количественной оценки нарушений высших психических функций (ВПФ) у больных позднего возраста (Рощина, 1993; Рощина, Жариков, 1998; Рощина, Гаврилова, Федорова, 2007) и Экспресс-методику оценки когнитивной сферы при старении (Корсакова, Балашова, Рощина, 2009).

Шкала количественной оценки нарушений ВПФ построена на основе концепции о трех структурно-функциональных блоках мозга А.Р. Лурии. Нейропсихологическое исследование включало оценку операциональных и регуляторных компонентов психической деятельности. При оценке регуляции психической активности учитывались активационное обеспечение деятельности и ее динамические параметры, которые связаны с работой 1 блока мозга согласно структурно-функциональной модели мозга А.Р. Лурии (глубинные структуры). Также оценивались программирование, контроль и произвольная регуляция деятельности, связанные с работой 3 блока мозга (лобные структуры). Исследование операциональных составляющих психической деятельности включало оценку всех компонентов праксиса, гнозиса, оптико-пространственной деятельности, импрессивной и экспрессивной речи, различных сторон мнестической деятельности, интеллектуальных операций. Количественной оценке подвергались все выполняемые пробы, где 4 балла – невозможность выполнения самого

элементарного задания, а 0 баллов – самостоятельное безошибочное выполнения задания. В зависимости от количества и качественной характеристики совершаемых ошибок в задании ставятся 1, 2 или 3 балла. Использование данной шкалы специалистом – клиническим психологом позволяет описать структуру дефекта и степень нарушения регуляторных, нейродинамических и операциональных составляющих психической деятельности у больных с разными вариантами когнитивного снижения в позднем возрасте.

Экспресс-методика оценки когнитивной сферы при старении включает 12 заданий, часто применяемых в отечественной и зарубежной нейропсихологической и патопсихологической диагностике и направленных на исследование разных аспектов мнестической и интеллектуальной деятельности. В методике исследуются: слухоречевая память (объем и скорость запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации, а также прочность его сохранения в памяти), зрительно-пространственная деятельность и зрительно-пространственная память, возможности избирательной актуализации из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, и знаний, упроченных, в том числе и в прошлом опыте, а также процессы вербального мышления в операциональном, дискурсивном и динамическом аспектах.

Применение Экспресс-методики дало возможность получить интересные данные о возрастных различиях. Они позволили заключить, что самые существенные изменения в мнестико-интеллектуальной сфере происходят в возрастном диапазоне от 20-30 до 50-64 лет. Достаточно заметны и изменения, протекающие в интервале от 50-64 до 76-90 лет. Период от 65 до 75 лет, напротив, характеризуется относительной стабильностью большинства показателей мнестико-интеллектуальной деятельности. Поэтому предложенная Экспресс-методика, безусловно, может быть использована как для изучения динамики возрастных изменений, так и для дифференциальной диагностики состояния мнестических и интеллектуальных функций при различных вариантах нормального старения. Результаты исследования показали наличие существенных индивидуальных различий у психически здоровых испытуемых, обусловленных кристаллизованным индивидуальным опытом жизни; они свидетельствуют о важности этого параметра при описании когнитивных особенностей стареющих людей. Экспресс-методика чувствительна к выявлению не только сохраненных, но и дефицитарных звеньев познавательных процессов. Это

открывает возможности для ее применения в отношении патологического старения. Опыт применения Экспресс-методики у больных с болезнью Альцгеймера указывает на возможность оценки у них степени и структуры когнитивных нарушений. Особенности выполнения субтестов Экспресс-методики позволяют проводить анализ структуры когнитивного дефекта у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения.

В последние годы также ведется интенсивная разработка диагностических нейропсихологических шкал, позволяющих оценивать текущий когнитивный статус и прогноз состояния больных при аффективных расстройствах, в частности, депрессиях позднего возраста. Применение таких специальных шкал, оценивающих степень подкорковой, лобной и височной дисфункции, дает возможность реализовать балльную оценку нарушений работы тех мозговых зон и систем, которые в максимальной степени вовлечены в перестройки церебрального функционирования при поздних депрессиях (Балашова, Ряховский, Щербакова, 2011). Результаты показывают, что больные с неблагоприятным исходом депрессии демонстрируют более значительную степень выраженности симптомов мозговых дисфункций. Катамнестическое наблюдение выявляет более заметное уменьшение частоты проявлений и степени тяжести нейропсихологических симптомов у больных с благоприятным исходом заболевания.

Заметим, что, наряду с созданием методик, интегрирующих приемы, направленные на комплексное исследование целостной психической деятельности, разрабатываемый отечественными учеными системный подход открывает широкую перспективу эмпирического исследования тех когнитивных процессов, которые пока недостаточно изучены. В качестве примера следует указать на цикл работ, посвященных изучению психологических закономерностей и мозговых механизмов изменений и нарушений психического отражения пространства и времени при нормальном и патологическом старении (Балашова, 1996, 1998; Портнова, Балашова, 2006; Сурнов и соавт., 2007; Балашова, Ковязина, 2011). В этих работах получен обширный пласт эмпирических данных об особенностях восприятия пространства и времени, пространственной памяти, пространственной и временной организации произвольных движений у психически здоровых людей пожилого и старческого возраста, о нарушениях этих процессов при атрофических и сосудистых деменциях и при депрессивных расстройствах.

Представляет несомненный интерес и изучение часто возникающих в позднем возрасте неврологических заболеваний, связанных с поражением подкорковых структур мозга. Благодаря исследованиям болезни Паркинсона стали понятнее и вклад субкортикальных образований мозга в реализацию психических функций, и возрастные особенности возникающих при этом заболеваниях нейропсихологических расстройств, и закономерности формирования внутренней картины болезни, и пути оптимизации качества жизни больных (Корсакова, Московичюте, 1985; Глозман и соавт., 1994; Левин, Глозман, Лычева, 2003).

Таким образом, клинико-психологическая диагностика позднего онтогенеза не только обладает богатыми и разнообразными традициями, но и характеризуется поступательным и интенсивным развитием, в котором сочетаются различные методологические и методические подходы. Вероятно, ряд полученных данных еще не до конца понятен исследователям; некоторые методики не лишены определенных недостатков. Тем не менее, личные примеры отношения к науке и к жизни наших выдающихся учителей – Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, А.Р. Лурии, их всегда актуальная помощь, безусловно, позволят нам постепенно продвинуться дальше на пути познания психологических и мозговых механизмов позднего онтогенеза.

Литература

1. Балашова Е.Ю. Особенности пространственной организации произвольных движений при старении // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1996. №2. С. 37-46 .
2. Балашова Е.Ю. Роль пространственных расстройств в формировании нарушений психической деятельности при деменциях позднего возраста // Доклады 1-й Международной конференция памяти А. Р. Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 273-276.
3. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Восприятие времени при нормальном старении и аффективных расстройствах в позднем возрасте // «Нейрореабилитация-2011». Материалы III-го Международного конгресса. М., 2011. С. 12-14.
4. Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. К вопросу о значении нейропсихологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте / «Нейрореабилитация-2011». Материалы III-го Международного конгресса. М., 2011. С. 14-15.

5. Бехтерев В.М. Избранные произведения. М., 1954.
6. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М., 2003.
7. Глозман Ж.М., Артемьев Д.В., Дамулин И.В., Ковязина М.С. Возрастные особенности нейропсихологических расстройств при болезни Паркинсона // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1994. № 3. С. 25-37.
8. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М, 1962.
9. Зейгарник Б.В. Патофизиология. М., 1986.
10. Корсаков С.С. Избранные произведения. М., 1954.
11. Корсакова Н.К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1996. № 2. С.32-37.
12. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Том 109. № 2. С. 44-50.
13. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М., 1985.
14. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 2003.
15. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
16. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном старении и при болезни Альцгеймера. Нейродегенеративные заболевания. Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. академика М.В. Угрюмова. М., 2010. С. 304-312.
17. Левин О.С., Глозман Ж.М., Лычева Н.Ю. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с болезнью Паркинсона / «А.Р. Лурия и психология XXI века». Доклады Второй международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р. Лурия. Под ред. Т.В. Ахутиной и Ж.М. Глозман. М., 2003. С. 114-121.
18. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
19. Поляков Ю.Ф., Корсакова Н.К., Щербакова Н.П., Концевой В.А., Медведев А.В., Верещагин Н.В., Вавилов С.Б. Нейропсихологический подход в комплексном изучении деменций позднего возраста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1985. № 9. С.1349-1357.

20. Портнова Г.В., Балашова Е.Ю. Возрастные особенности психического отражения времени // Психология зрелости и старения. 2006. № 3. С. 5-23.
21. Рощина И.Ф. Структура и динамика нейропсихологического синдрома при сенильной деменции. Автореф...канд. психол. наук. М. 1993.
22. Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б. Нейропсихологическая структура и прогноз синдрома мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте // Психиатрия. 2007. № 2. С.42-49.
23. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98. № 2. С. 34-39.
24. Рубинштейн С.Я. Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста / Вопросы экспериментальной психологии. Под ред. Б.В. Зейгарник. М., 1965.
25. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., 1970.
26. Сурнов К.Г., Балашова Е.Ю., Ковязина М.С., Портнова Г.В. Часы как предмет культуры: попытка психологического анализа // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 99-105.
27. Ajuriaguerra J., Boehme M., Sinclair H., Tissot R. Desintegration des notions de temps dans les demences degeneratives du grand age // L'Ehcephale. 1967. v.56. № 5. P.385-438.
28. Boehme M. La deterioration dans la demence senile. Neuchatel, 1973.
29. Mouren P., Tatossian A., Serratrice G., Verne P. Les facteurs de la desorganisation de l'espace visuelle // Annales medico-psychologiques. 1964. v.2. № 2. P.169-204.
30. Ribot Th. Les maladies de la mémoire. Paris, 1881.
31. Ribot Th. Les maladies de la volonté. Paris, 1882.
32. Ribot Th. Les maladies de la personnalité. Paris, 1885.

Научное издание

Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. К 100-летию С.Я.Рубинштейн.

Под редакцией:

кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой
кандидата психологических наук, доцента И.Ф. Рожиной.

Компьютерная верстка А.И.Хромова