

**ГБОУ Московский городской психолого-педагогический университет  
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН**

***К 85-летию Юрия Федоровича Полякова***

**Теоретические и прикладные проблемы  
медицинской (клинической) психологии**

Материалы Всероссийской научно-практической  
конференции 14-15 февраля 2013года

**Москва**

**2013**

УДК 159.9:61

ББК 88.4

Т33

*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

**Т33 Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии.**

Научное издание. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)», состоявшейся 14-15 февраля 2013 г. в ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН / Под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рощиной. – Москва, 2013 – 197 с.

ISBN 978-5-94051-124-4

Сборник сформирован по материалам Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф.Полякова)», состоявшейся 14-15 февраля 2013 г. в ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. В работах авторов рассматриваются общие проблемы клинической психологии (методология, диагностика, экспертиза и т.д.), исследования в области патопсихологии, психосоматики, психологии аномального развития, нейропсихологии.

Для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов, обучающихся по специальности «психология», а также для специалистов, работающих в области здравоохранения, социальной защиты населения и системе образования.

**ISBN978-5-94051-124-4**

УДК 159.9:61

ББК88.4

Т33

© ГБОУ Московский городской психолого-педагогический университет

© ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

© коллектив авторов

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОТ РЕДАКЦИИ</b> .....	9
<b>РАЗДЕЛ 1</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ</b> .....	10
<b>Зинченко Ю.П., Первичко Е.И.</b> Постнеклассическая эпистемология в клинической психологии: возможности и перспективы .....	10
<b>Исурина Г.Л.</b> Возможности создания интегративной модели психотерапии .....	13
<b>Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Абрамова А.А., Ефремов А.Г.</b> Психологические особенности исследования косвенной агрессии .....	14
<b>Логина И.О.</b> Использование интерактивных технологий в процессе профессиональной подготовки клинических психологов: опыт реализации .....	15
<b>Мандрусова Э.С., Савина Е.А., Саркисова Т.А.</b> К вопросу о подготовке клинических психологов для работы в психиатрических учреждениях .....	16
<b>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</b> Особенности когнитивной сферы у детей и подростков больных с болезнью Альцгеймера в зависимости от APOE-4 генотипа .....	18
<b>Сорокин В. М.</b> К вопросу контекстуальной дифференциации предметного содержания специальной и медицинской психологии .....	19
<b>Тимченко Г.Н., Харитонов А.Н.</b> Психологическая помощь семье: роль психоаналитической психодиагностики и психологического семейного диагноза .....	20
<b>Бардадымов В.А.</b> Перспективы использования обучающихся компьютерных систем в психологической диагностике .....	22
<b>Балашова Т. Н., Исурина Г. Л., Цветкова Л. А., Боннер Б.Л.</b> Методология разработки профилактических программ в области здоровья (на примере программы профилактики ФАС) .....	24
<b>Котова А.В.</b> Исследование стилей переживания беременности женщинами с разным детским опытом отношений с матерью .....	25
<b>Алфимова М.В., Голимбет В.Е., Абрамова Л.И., Аксенова Е.В., Анисеева К.Э., Савельева Т.М.</b> Молекулярно-генетическое исследование аффилиативного поведения при шизофрении: роль полиморфизма рецептора вазопрессина .....	27
<b>Белякова М.Ю., Булыгина В.Г.</b> Исследование когнитивных подпроцессов саморегуляции, связанных с социальной апперцепцией, у лиц с психической патологией, совершивших общественно опасные деяния (ООД) .....	28
<b>Ермакова А.А., Лысов А.А., Молодцов М.А.</b> Роль медицинского психолога-эксперта при производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном судопроизводстве .....	29
<b>Морозова М.В., Савина О.Ф.</b> Проблемы дифференциальной диагностики умственной отсталости в экспертной практике .....	31
<b>Скалон А.Д.</b> Личностные особенности и криминальное мышление у осужденных женщин .....	33
<b>Москвина Н.В., Москвина К.В.</b> Коррекция социальной адаптации детей с умственной отсталостью методами нейропедагогики .....	34
<b>Новотоцкая-Власова Е.В., Булыгина В.Г.</b> Оценка эффективности реабилитационного процесса .....	35
<b>Тюрин А.В.</b> Система комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями опорно-двигательной системы .....	36
<b>Шлыкова Н.Л.</b> Психологические условия профессиональной адаптации юношей и девушек с нарушением зрения в условиях образовательного процесса .....	37

<b>Ананьева С.В.</b> Психологическое сопровождение медицинских работников скорой помощи .....	39
<b>Грибков Н.Б.</b> Влияние тяжести состояния больных на эмоциональное выгорание медицинских работников .....	40
<b>Ермакова А.А., Лысов А.А., Молодцов М.А.</b> Чувство юмора и самоактуализация в профилактике синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров и медицинских психологов .....	42
<b>Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А.</b> Представления психологов о депрессиях (на примере Самарского региона) .....	43
<b>Плющева О.А.</b> Опыт организации супервизорской поддержки на рабочем месте специалиста.....	45
<b>Сороколетова И.Е., Лукьянов В.В.</b> Структура и взаимосвязи симптомов выгорания у педагогов различных образовательных учреждений .....	47
<b>РАЗДЕЛ 2</b>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПАТОПСИХОЛОГИИ .....</b>	
<b>Бузина Т.С.</b> Мотивационная сфера как психологическая мишень профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ .....	49
<b>Виноградова М.Г., Ермушева А.А.</b> Категоризация телесных ощущений у больных с дерматозойным бредом .....	50
<b>Виноградова М.Г.</b> Перспективы исследования особенностей когнитивных процессов при расстройствах личности .....	52
<b>Ениколопов С.Н., Рассказова Е.И., Бархатова А.Н., Голубев С.А.</b> Особенности когнитивного инсайта при психических заболеваниях .....	53
<b>Жигэу Е.И.</b> Особенности смысловой переработки информации в норме и патологии .....	55
<b>Завязкина Н.В.</b> Патопсихологическая диагностика при острых психотических состояниях (случай из практики) .....	56
<b>Зверева Н.В., Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Горюнов А.В., Хромов А.И., Жукова О.Н.</b> Междисциплинарное взаимодействие психологов и врачей в детской психиатрической клинике .....	58
<b>Иванова Е.М., Стефаненко Е.А., Пройер Р.Т., В. Рух, Ениколопов С.Н.</b> Апробация опросника отношения к юмору и смеху PhoPhiKat<45> на российской выборке .....	59
<b>Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г.</b> Расстройства шизофренического спектра: специфика нейрокогнитивного дефицита при разных формах шизофрении .....	61
<b>Каримулина Е.Г., Будай Н.Н.</b> Современные представления о патопсихологическом диагнозе.....	62
<b>Каткова М.Н., Стоянова И.Я.</b> Особенности мышления пациентов с шизотипическим расстройством в контексте патопсихологического исследования.....	63
<b>Кобзова М.П., Николаева Н.О.</b> Влияние культурно-исторической среды на изменение актуализируемых признаков в методике «Четвертый лишний» в современной выборке здоровых испытуемых.....	64
<b>Колпаков Я.В., Ялтонский В.М.</b> Оценка прокрастинации и защитно-совладающего поведения у лиц, зависимых от психоактивных веществ.....	66
<b>Кораблина Ю.В.</b> Образ Другого и патология коммуникации у больных шизофренией.....	67
<b>Королёв А. А.</b> К вопросу об эффективности применения патопсихологических методик при диагностике коморбидных форм психических заболеваний (на примере сочетания невротической депрессии и экзогенно-органических заболеваний головного мозга).....	69
<b>Кузнецов И.В.</b> Психологические аспекты дифференциальной диагностики бреда.....	70
<b>Кузнецова С.А., Стеценко Е.Е.</b> Исследование различных аспектов мотивационной сферы у больных алкоголизмом .....	72

<b>Куканов А.А.</b> Доминирующие личностные ценности у женщин с депрессией .....	73
<b>Ларионова Л.Г.</b> Сравнительный анализ вербально-логического и наглядно-образного мышления у учащихся с расстройствами аутистического спектра .....	75
<b>Лас Е.А., Васильева В.О.</b> Психометрический анализ русскоязычной версии методики оценки темперамента TEMPS-A .....	76
<b>Ласовская Т.Ю., Ларин А.В., Яичников С.В.</b> Определение ретроспективной валидности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства .....	77
<b>Ласовская Т.Ю., Яичников С.В., Жовнер И.В., Шамсутдинов Я.В., Лычагина Е.В.</b> Диагностика пограничного личностного расстройства у лиц с алкогольной аддикцией .....	79
<b>Леонтьева Е.М.</b> Особенности стратегий ценностного мышления больных шизофренией .....	80
<b>Лепилкина Т.А.</b> Влияние фактора пола на выраженность познавательных нарушений у больных параноидной шизофренией .....	81
<b>Максимова Е.В.</b> Коррекционная работа с детьми, имеющими нарушения аутистического спектра, на основе теории построения движений Н.А.Бернштейна .....	83
<b>Мелёхин А.И.</b> Проблемы исследования клинко-психологических особенностей восприятия времени у больных шизофренией .....	84
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г.</b> Скрининговые и базовые психодиагностические методики в диагностике синдрома деменции .....	86
<b>Остапенко А.В., Янин К., Колов С.А.</b> Семейно-партнерские взаимоотношения и боевое посттравматическое стрессовое расстройство .....	87
<b>Румянцева Е.Е.</b> Снижение понимания эмоциональной экспрессии у больных заболеваниями круга шизофрении .....	88
<b>Рупчев Г.Е.</b> Психофармакотерапия, как инструмент исследования когнитивной дисфункции при шизофрении .....	89
<b>Рыжов А.Л.</b> Анализ содержательной стороны нарушений мышления при шизофрении .....	90
<b>Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.</b> Социальная ангедония и нарушения социальной направленности при шизофрении .....	92
<b>Савина Т.Д., Орлова В.А., Муртазаева Д. Э., Губский Л.В., Анисимов Н.В., Корниенко В.Н., Арутюнов Н.В., Михайлова И.И., Кретова Ж.Ю.</b> Морфологические основы нарушений памяти при шизофрении .....	93
<b>Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.</b> Организация познавательной деятельности в условиях оценочного стресса: патопсихологическая модель социального тревожного расстройства .....	95
<b>Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.</b> Роль руминаций и самофокусировки внимания в формировании и поддержании социального тревожного расстройства (социофобии) .....	97
<b>Семакова Е.В.</b> Ранняя диагностика нарушений развития личности .....	98
<b>Семенова Н.Д.</b> Мотивация и личностно-социальное восстановление при шизофрении .....	100
<b>Семенова О.Ф.</b> Особенности психологического времени жизни медитирующих .....	101
<b>Соколова Е.Т., Иванищук Г.А.</b> Нарушения интенционального аспекта коммуникации .....	103
<b>Солондаев В.К., Сенин И.Г.</b> Вспомогательный психометрический критерий диагностики легкой умственной отсталости .....	104
<b>Стефаненко Е. А., Ениколопов С. Н., Иванова Е. М.</b> Исследование гелотофобии у больных психическими расстройствами .....	106
<b>Сюняков Т.С., Шабанова А.А.</b> Характеристика нарушений когнитивных функций у больных с тревожными расстройствами при терапии анксиолитиком афобазолом .....	108

<b>Терещенко В.В.</b> Структурно-содержательные характеристики взросления и личностного развития подростков с психическими расстройствами.....	109
<b>Толмачева Е.А.</b> К проблеме изучения восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией .....	111
<b>Харисова Р.Р.</b> Типология патопсихологического синдрома при параноидной шизофрении .....	112
<b>Хромов А.И.</b> К проблеме качественной и количественной оценки динамики познавательного развития детей и подростков с эндогенной психической патологией .....	113
<b>Чебакова Ю.В.</b> К проблеме критериев патопсихологической диагностики характеристик эмоционально-личностной сферы при малопрогрессирующих формах шизофрении .....	114
<b>РАЗДЕЛ 3</b>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ.....</b>	
<b>Атаманов В.М.</b> Отношение пациентов к болезни и психологический профиль.....	117
<b>Васина А.Н.</b> Психологические аспекты бесплодия .....	118
<b>Венгер А.Л., Лазуренко С.Б., Свиридова Т.В.</b> Стратегия психологической помощи подросткам с тяжелыми хроническими заболеваниями (на примере неспецифического язвенного колита и болезни Крона) .....	119
<b>Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А.</b> Социокультурные стандарты привлекательности, их связь с формированием образа тела и пищевого поведения у девушек .....	120
<b>Желонкина Т.А.</b> Тревога о здоровье и телесный образ Я у больных ишемической болезнью сердца .....	121
<b>Иванова Е.В., Рощина И.Ф., Любаева Е.В.</b> Качество жизни пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и дисциркуляторной энцефалопатией .....	122
<b>Исмагилова А.Г., Федулеева А.Г.</b> Перфекционизм как условие для возникновения психосоматических расстройств.....	123
<b>Курганова Ю.Е., Казакова М.Ю.</b> Страхи и ночные кошмары детей младшего школьного возраста с различными соматическими заболеваниями.....	125
<b>Лапанов П.С.</b> Психологические особенности приверженности к лечению больных эссенциальной артериальной гипертензией.....	127
<b>Любаева Е.В.</b> Опыт применения Методики оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС) в практике клинического психолога туберкулезного стационара.....	128
<b>Мотовилин О.Г., Луныкина О.В., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю.</b> Отношение к заболеванию и психологическое благополучие больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.....	129
<b>Николаева В.В., Арина Г.А.</b> Проблема синдромного анализа в клинической психологии телесности..	131
<b>Николаева Н.О., Алимова М.А.</b> Риск нарушений пищевого поведения и уровень жизнестойкости .....	133
<b>Первичко Е.И.</b> Психосемантическое исследование интрацептивного опыта у больных с пролапсом митрального клапана .....	135
<b>Попенко Н.В.</b> Психологические особенности жизнестойкости у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей .....	138
<b>Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В.</b> Структура и диагностика репрезентации болезни при соматических заболеваниях: результаты пилотажного исследования .....	139
<b>Русина Н.А.</b> Реакции адаптации пациентов онкологической клиники в ситуации необходимой по жизненным показателям операции .....	140
<b>Сирота Н.А., Московченко Д.В.</b> Совладающее поведение у женщин при онкологических заболеваниях репродуктивной системы .....	142

<b>Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н.</b> Клинико-психологические проявления анозогнозии у больных туберкулезом легких.....	143
<b>Чефанова Н. В.</b> Некоторые психологические особенности больных остеохондрозом позвоночника ....	145
<b>Ярославская М.А.</b> К вопросу о внедрении психологической службы в практику работы лечебных учреждений соматического стационара .....	146
<b>РАЗДЕЛ 4</b>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ .....</b>	
<b>Акопова М.М., Давиденко Н.В.</b> Специфика обучения ВИЧ-инфицированных младших школьников..	148
<b>Бартош Т.П.</b> Выраженность тревожных реакций у старшеклассников сельской и городской популяции Магаданской области.....	149
<b>Буслаева А.С.</b> Направления психологической помощи детям с тяжелым течением болезни в процессе восстановительного лечения .....	151
<b>Вейц А.Э.</b> Соотнесение защитного поведения и особенностей фрустрационного реагирования у детей с неврозоподобными нарушениями и неврозами .....	152
<b>Вещикова М.И.</b> Методика исследования восприятия опасности подростками в норме и при психической патологии.....	153
<b>Горячева Т.Г., Синельникова А.В.</b> Экспериментальное исследование особенностей эмпатии у детей с ЗПР .....	155
<b>Дементьева Л.А.</b> Эмоционально-личностные особенности инфантильных подростков с психическими расстройствами .....	156
<b>Дьяченко А.С.</b> К вопросу о квалификации содержания фантастических и устрашающих образов, выявляемых у детей во время патопсихологического исследования.....	158
<b>Ерохина В.А.</b> Особенности когнитивной сферы у детей и подростков с прогрессирующими миодистрофиями и врожденными структурными миопатиями .....	159
<b>Зверева Н.В., Тутукова Е.А.</b> Экспериментальный подход к исследованию памяти и восприятия в разных модальностях при шизофрении у детей .....	160
<b>Ильхамова Д.И.</b> Клинико-психологические особенности детей с хронической гастродуоденальной патологией .....	162
<b>Калинина М.А, Баз Л.Л.</b> Специфика детско-родительских отношений у детей с соматоформными расстройствами вегетативной нервной системы .....	163
<b>Клипинина Н.В., Ханн А.Е., Стефаненко Е.А., Евдокимова М.А., Орлов А.Б., Шуткова Е.С., Кудрявицкий А.Р.</b> Основные принципы и задачи работы медицинского психолога в клинике детской онкологии/гематологии .....	165
<b>Коваль-Зайцев А.А., Тыдень Е.А.</b> Динамика внимания у подростков с эндогенными психическими заболеваниями, находящимися на стационарном лечении .....	166
<b>Лазуренко С.Б.</b> Семейно-центрированный подход к оказанию комплексной медико-психолого-педагогической помощи ребенку с расстройствами психики.....	168
<b>Литовченко И.С., Белопольская Н.Л.</b> Психологический и телесный возраст у подростков с дисморфофобией.....	169
<b>Орлова М.А., Троицкая Л.А.</b> Особенности эмоционально-личностной сферы у детей и подростков с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией .....	171
<b>Панова К.А., Шайдукова Л.К.</b> Особенности интерпретации родителями поведения детей, страдающих аутистическими расстройствами .....	172
<b>Пережигина Н.В., Куксова Ю.Ю.</b> К вопросу о роли эмоциональной родительской компетентности в закладке и формировании синдрома нарушения внимания с гиперактивностью.....	174

<b>Сокинина А.А.</b> Изучение особенностей эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста...	175
<b>Султанова А.С., Иванова И.А.</b> Особенности стилей воспитания в семьях с детьми, имеющими негрубое перинатальное поражение нервной системы .....	176
<b>Туревская Р.А., Косырева Е.Н.</b> Системный подход к исследованию симбиотических отношений в детском возрасте .....	178
<b>РАЗДЕЛ 5</b>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ</b> .....	180
<b>Rosas Alvarez D., Solovieva Y. &amp; López Cortés V.A.</b> Rehabilitation of intellectual activity in a young patient with Brain Injury .....	180
<b>Ароян Л.Х., Харламенкова Н.Е.</b> Особенности и динамика мотивационной сферы личности (на примере больных, перенесших операцию по удалению опухоли головного мозга) .....	181
<b>Герасимова О.В., Орехов И.Н., Михайлова И.И., Орлова В.А., Минутко В.Л., Савина Т.Д.</b> Нейропсихологические синдромы, связанные с патологией мозжечка, при шизофрении .....	183
<b>Горячева Т.Г., Никитина Ю.В.</b> Использование принципов нейропсихологического анализа при диагностике детей, имеющих расстройства аутистического спектра .....	184
<b>Подольская О.Г. А.Р.</b> Лурия и возможность синтеза психоаналитических и общепсихологических идей .....	185
<b>Синицкий И.В., Дзеружинская Н.А.</b> Нейропсихологический метод оценки когнитивных функций в клинике шизофрении .....	187
<b>Цветкова Л.С., Сергиенко А.А.</b> Особенности развития мнестических процессов у детей младшего школьного возраста (нейропсихологический анализ) .....	189
<b>СПИСОК АВТОРОВ</b> .....	191



## От редакции

Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф.Полякова)» включает более 100 работ, присланных участниками юбилейной конференции из разных городов РФ, Украины, Белоруссии, Молдавии, Мексики, Швейцарии, США и др. Они объединены в 5 разделов, соответствующих основным направлениям научной и практической деятельности медицинских (клинических) психологов и специалистов смежных областей: клиническая психология, патопсихология, детская клиническая психология, психосоматика, нейропсихология.

Наибольшее число работ включает раздел «патопсихология», что естественно, т.к. конференция посвящена юбилею выдающегося отечественного психолога, работы школы которого относятся преимущественно к патопсихологическому направлению медицинской (клинической) психологии. Можно отметить, что в этом разделе собраны результаты исследований с использованием как традиционных патопсихологических методов, так и новых подходов к разным видам психической патологии и не исследованным ранее феноменам психики человека.

В разделе «клиническая психология» представлены исследования по широкой тематике: вопросы диагностики, клинико-психологической экспертизы, проблемы реабилитации, клинико-психологические исследования профессиональной деятельности и перинатальной психологии, а также современные мультидисциплинарные исследования.

Психосоматический раздел объединяет разнообразные материалы, соответствующие широкой клинико-психологической тематике этого направления медицинской (клинической) психологии.

В разделе детской клинической психологии содержатся исследования по патопсихологии, нейропсихологии и психосоматике детского и подросткового возраста, кроме того представлены результаты клинико-психологических работ в психологии образования.

Заключает сборник раздел «нейропсихология», в который включены исследования по клинической нейропсихологии, нейрогеронтопсихологии, нейрореабилитации и применению нейропсихологической диагностики в психиатрии.

Широкий спектр представленных в сборнике трудов в достаточной степени отражает современное состояние преимущественно отечественной медицинской (клинической) психологии. Ю.Ф.Поляков в беседах с коллегами и учениками, обсуждая будущее состояние медицинской (клинической) психологии, представлял ее все более широкое применение в сфере здравоохранения, образования и социальной помощи населению. Ученики и последователи научной школы Юрия Федоровича Полякова развивают эти идеи, реализуя разносторонние научные исследования и осуществляя практическую деятельность в клинической (медицинской) психологии.

Выражаем благодарность нашим информационным спонсорам: сайты МГППУ [mgppu.ru](http://mgppu.ru) ([mgppu.ru](http://mgppu.ru)) и [psyjournals.ru](http://psyjournals.ru), сайт сетевого издания «Медицинская психология в России» [medpsy.ru](http://medpsy.ru) (главный редактор – Урываев В.А.), сайт Ассоциации детских психиатров и психологов [acpp.ru](http://acpp.ru) (президент – Северный А.А.), без поддержки которых география участников данного сборника была бы не столь обширной.

## Раздел 1 Клиническая психология

### Постнеклассическая эпистемология в клинической психологии: возможности и перспективы

Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. (Москва)

Характеризуя современное состояние научного знания в психологии, исследователи обращают внимание на все большую его дифференциацию, обилие теоретических и прикладных направлений, течений и подходов; выраженный «методологический либерализм» и «методологический плюрализм» психологической науки [1, 6, 9, 12, 13, 14, 16, 19, 30, 40]. При определенных условиях возрастание методологического плюрализма, как известно, может рассматриваться в качестве симптома кризиса науки [8, 11, 34]. Перед психологией как наукой в такой ситуации с особой остротой встанут задачи методологической рефлексии, осмысления собственного парадигмального статуса [1, 6, 12, 13, 14, 34, 40, 43].

Для клинической психологии эти задачи, пожалуй, актуальны в еще большей степени: являясь психологической дисциплиной, появившейся в начале XX века «на стыке» психологии и медицины, она оказалась в ситуации необходимости рефлексировать весь груз «методологических проблем» обеих наук. В современной социальной ситуации, ситуации выраженных культуральных сдвигов и социокультурной неопределенности, клиническая психология «...испытывает выраженную нужду в новых методологических подходах, позволяющих развивать новые технологии диагностики и социально-психологической реабилитации...» [35, с. 42].

В последнее время в отечественной психологии приобретают популярность попытки теоретико-методологического анализа психологического знания, выполненные с опорой на известную классификацию типов научной рациональности, предложенную В.С. Стёпиным [39], в которой обосновывается выделение классического, неклассического и постнеклассического типов (и этапов) развития научного знания: [1, 6, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 34, 38, 39, 43, 49]<sup>1</sup>.

На идеалах *классической науки* основывается психология сознания В. Вундта, теория высшей нервной деятельности И.П. Павлова и рефлексорная теория И.М. Сеченова, психология памяти Г. Эббингауза и структурализм Э. Титченера, рефлексология В.М. Бехтерева, а также психологические и психофизиологические работы А.Ф. Лазурского и т.д. В рамках классической эпистемологии идет становление клинической психологии как самостоятельного раздела психологической науки. Постепенно, при столкновении с изучением более сложных объектов, начала обнаруживаться неадекватность применения по отношению к ним категориальной сетки, соответствующей простым системам, создавались условия для смены господствующей научной парадигмы в психологии.

Становление *неклассического типа рациональности* в психологии связано с её развитием как гуманитарной науки. К неклассическому типу рациональности в психологии принято относить большинство из известных нам теоретических психологических концепций второй половины XX века: физиологию активности Н.А. Бернштейна, психологию установки Д.Н. Узнадзе, междисциплинарную концепцию человека А.А. Ухтомского, деятельностный подход А.Н. Леонтьева и субъектно-деятельностный подход С.Л. Рубинштейна, способствовавшие преодолению «постулата непосредственности» путём поисков «опосредующего звена» [1]. Историки и методологи отечественной психологической науки отмечают, что своей кульминации неклассическая психология в России достигает к 60-80 годы XX века. Однако уже 90-е годы потребовали от отечественных психологов усиленной методологической рефлексии и определения методологического статуса психологии в меняющемся мире.

Сущность современного парадигмального сдвига в науке заключается в том, что в поле зрения ученых попадают новые объекты: открытые *саморазвивающиеся*<sup>2</sup> системы, и современное состояние, а также основные перспективы развития научного знания и технологий в ближайшее время всё чаще описывают понятием «*постнеклассическая наука*» [4, 5, 20, 32, 38, 39]. Очевидно, что человек и его

<sup>1</sup> В качестве критериев типа рациональности выступают: 1) особенности системной организации исследуемых объектов и типов картины мира; 2) особенности средств и операций деятельности, представленных идеалами и нормами науки; 3) особенности ценностно-целевых ориентаций субъекта деятельности и рефлексии над ними, выраженные в специфике философско-мировоззренческих оснований науки [38, 39].

<sup>2</sup> В самом общем определении, саморазвивающаяся система может быть описана как система, которая сама в себе содержит перспективу развития, самостоятельно выбирает цели своего развития и внутренние критерии достижения этих целей, что предполагает возможность изменения параметров, структуры и других характеристик системы в процессе ее развития.

психика могут и должны рассматриваться в качестве открытых саморазвивающихся систем, поскольку выступают в качестве «истинно человекообразных» объектов: разделение и, тем более, противопоставление объекта и субъекта познания в ряде случаев оказывается принципиально невозможным.

Проанализировав известные нам психологические модели и концепции, мы пришли к выводу, что культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского, с представлениями о психическом онтогенезе и кризисах развития как его движущей силе, о системном и смысловом строении сознания, о несводимости высших психических функций человека к совокупности элементарных функций, с постановкой проблемы динамической и хроногенной организации и церебральной локализации высших психических функций, в ее приложениях к клинической психологии, в частности – нейропсихологические работы А.Р. Лурии с идеей о возможности нейропсихологической коррекции и реабилитации – обладает целым рядом признаков, наличие которых позволяет относить ее не к неклассическому, а именно к *постнеклассическому* типу научной рациональности.

Сформулированные Л.С. Выготским общие методологические принципы исследования психики: системно-генетический анализ «по единицам» и психологический синдромный анализ [39], могут рассматриваться как соответствующие требованиям, выдвигаемым современной наукой в качестве адекватных для работы со сложными саморазвивающимися системами. В предложенной Л.С. Выготским логике построения психологических синдромов, с выделением первичных и вторичных синдромов, «плюс- и минус-симптомов», а также факторов (причин), обуславливающих становление и динамические параметры синдрома, можно отчетливо увидеть представление о психологическом синдроме как об открытой саморазвивающейся системе, обладающей качествами самоорганизации, саморегуляции и самодетерминации, способной эффективно решать задачи адаптации, как изменяя свои собственные структурные параметры, так и воздействуя на окружающую социальную среду.

Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии выдержала «проверку временем» и доказала свою эвристичность не только в нейропсихологии, но и в патопсихологии [3, 10, 18, 22, 23, 24, 27, 30, 31], и получает все более широкое распространение в психосоматике и психологии телесности [25, 26, 28, 29, 37, 41]. Результаты наших исследований также показывают богатство методологических возможностей синдромного подхода в клинической психологии на современном этапе развития научного знания [14, 15, 49]. Данные психологической диагностики, выполненной в методологической традиции психологического синдромного анализа, позволяют получить диагностическую информацию, необходимую для структурного и генетического анализа клинко-психологических феноменов, выявления психологических факторов и механизмов их функционирования, обеспечения психологической интерпретации клинической феноменологии и, тем самым, – для постановки «развернутого диагноза». Это делает данные психологической диагностики востребованными со стороны медицины на современном этапе её развития [16, 25, 44-49].

Положения культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, получившие свое последовательное развитие в трудах А.Р. Лурии, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Полякова, а также их учеников, задают методологические стандарты выполнения клинко-психологических исследований, находят свое воплощение в решении задач нейропсихологической реабилитации и коррекционно-развивающей работы [2, 33, 42] и психотерапии [35, 36, 37].

На современном этапе развития психологии, когда выделение в ее структуре новых направлений и течений, появление новых технологий психологического исследования требует осмысления ее методологических основ и места в системе наук, хочется еще раз подчеркнуть необходимость «... обращаться к методологическим традициям, которые заложили А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн, в новом контексте осмысливать... экологические ракурсы традиционной исследовательской парадигмы ...» [35, с. 42], считая такое обращение гносеологически и методологически продуктивным.

#### Литература

1. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. М., 2002.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб., 2008.
3. Бардышевская М.К. Уровневая модель развития аффективно-поведенческих комплексов. // Вопросы психологии. № 3. С. 68-77.
4. Буданов В.Г. Методология синергетики в постнеклассической науке и в образовании. Изд. 3-е доп. М., 2009.
5. Будущее фундаментальной науки: Концептуальные, философские и социальные аспекты проблемы. Хорган Дж. и его пророчества «конца науки» в XXI веке. / Ред. А.А.Крушанов, Е.А.Мамчур. М., 2011.
6. Васильок Ф.Е. Методологический анализ в психологии. М., 2003.
7. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936. То же: // Собр. соч.: В 6 т. Т.5. М., 1983. С. 257-321.
8. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса. Собр. соч.: В 6 т. Т.1. М., 1982. С. 291-436.
9. Гусельцева М. С. Методологическая "оптика" постнеклассической и неклассической рациональности // Журнал практического психолога. 2009. № 6. С. 4-44.

10. Зейгарник Б. В. Перспективы патопсихологических исследований в свете учения Л. С. Выготского. // Научное творчество Л.С. Выготского и современная психология. / Под ред. В.В. Давыдова и др. М., 1981. С. 63—64.
11. Зинченко В.П. Живые метафоры смысла. // Вопр. психол. 2006. № 5. С. 100-113.
12. Зинченко В.П. Преходящие и вечные проблемы психологии // Труды Ярославского методологического семинара: Методология психологии. Ярославль, 2003. С. 98—134.
13. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. // Национальный психологический журнал. 2011. № 1 (5). С. 42-49.
14. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. // Национальный психологический журнал. 2012. № 2 (8). С. 32-45.
15. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Синдромный подход в психологии телесности (на примере исследования больных с пролапсом митрального клапана). Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2012. № 2. С. 57-67.
16. Зинченко Ю.П., Поляков Ю.Ф. Клиническая психология как новая университетская специальность // Вестник Международной академии наук Высшей школы. 2001. № 1(12), С. 204-211.
17. Знаков В.В. От психологии субъекта – к психологии человеческого бытия. // Теория и методология психологии: Постнеклассическая перспектива. / Отв. ред. А.Л. Журавлев, А.В. Юревич. М., 2007. С. 330-351.
18. Иржевская В.П., Тхостов А.Ш., Морозова М.А., Рупчев Г.Е. Осознание собственной болезни как проблема в патопсихологии. // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 56-64.
19. Ключко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки // Методология и история психологии. 2007. Том 2. Выпуск 1. С. 5-19.
20. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Человек, конструирующий себя и свое будущее. М., 2006.
21. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2011.
22. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
23. Кудрявцев И.А., Лавринович А.Н., Москаленко Е.П., Сафуанов Ф.С Особенности патопсихологической квалификации результатов экспериментально-психологического исследования в условиях судебно-психиатрической экспертизы: Методические рекомендации. М.: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1985.
24. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.
25. Мартынов А.И., Поляков Ю.Ф., Николаева В.В., Степура О.Б., Остроумова О.Д., Первичко Е.И., Пак Л.С., Акатова Е.В. Моделирование эмоциональной нагрузки у лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. // Кардиология. 1999. Том 39. № 11. С. 51-59.
26. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М., 1987.
27. Николаева В.В. Б.В. Зейгарник и патопсихология. // Психологический журнал. 2003. Том 24. № 3. С. 13-21.
28. Николаева В.В. Клиническая психология телесности. // Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов. / Под ред. В.В. Николаевой. М., 2009. С. 49-72.
29. Николаева В.В., Арина А.Г. Клинико-психологические проблемы психологии телесности. // Психологический журнал. 2003. Том 24. № 1. С. 119-126.
30. Поляков Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии. Введение. // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. С.9-26.
31. Практикум по патопсихологии. / Под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. М., 1987.
32. Пригожин И. Философия нестабильности. // Вопросы философии. 1991. № 6. С. 46-57.
33. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учебное пособие для высших учебных заведений. М., 2007.
34. Соколова Е.Е. Школа А.Н. Леонтьева и ее роль в развитии деятельностного подхода в психологии. // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2007. № 2. С. 80-103.
35. Соколова Е.Т. Культурно-историческая и клинико-психологическая перспектива исследования феноменов субъективной неопределенности. // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2012. № 2. С. 37-48.
36. Соколова Е.Т. Работа психотерапевта с отдельным случаем посттравматического стресса у жертвы семейного насилия. // Психологическая помощь пострадавшим от семейного насилия: Научно-методическое пособие. / Под ред. Л.С. Алексеевой. М., 2000. С. 46-90.
37. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
38. Стёпин В.С. История и философия науки. М., 2011.
39. Стёпин В.С. Научное познание и ценности техногенной цивилизации // Вопросы философии. 1989. № 10. С. 3-18.
40. Тхостов А.Ш. Настоящее и будущее российской психологии: мнения ведущих специалистов. // Национальный психологический журнал. 2012. № 1 (7). С. 29.
41. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
42. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.
43. Юревич А.В. Психология и методология. М., 2005.
44. Issel L.M. (2008). Health Program Planning and Evaluation: A Practical, Systematic Approach for Community Health, 2nd Edition. Jones & Bartlett Publishers.
45. Fulford K.W.M., Christodoulou G.N., & Stein D.J. (2011): Values and ethics: Perspectives on psychiatry for the person. International Journal of Person Centered Medicine. 1: 131-133.

46. Mezzich J.E. (2005). Positive health: conceptual place, dimensions and implications. // *Psychopathology*. 38: 177–179.
47. Sadler J. (ed.). *Values and Psychiatric Diagnosis*. UK: Oxford Univ. Press, 2005.
48. Salloum I.M., & Mezzich J.E. (Eds). *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Wiley-Blackwell, UK, 2009.
49. Zinchenko, Y. P., & Pervichko, E. I. (2012). The methodology of syndrome analysis within the paradigm of “qualitative research” in clinical psychology. *Psychology in Russia: State of the Art*. 5: 157–184.

### **Возможности создания интегративной модели психотерапии** Исурина Г.Л. (Санкт-Петербург)

Проблема возможности развития интегративной модели психотерапии широко дискутируется в литературе и в профессиональном сообществе. Интерес к этой проблеме связан с основными тенденциями развития современной психотерапии, которые заключаются не только в разработке новых подходов и методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой психотерапевтической парадигмы. При этом термин «интеграция в психотерапии» понимается двояко: одной стороны, - как использование в работе психотерапевта методов, разработанных в рамках различных направлений, а с другой – как создание нового интегративного подхода, интегративной модели психотерапии. Что касается первого аспекта, то, очевидно, что ряд психотерапевтических школ и отдельные (даже выдающиеся) психотерапевты используют и создают методы, по сути своей относящиеся к иной психотерапевтической парадигме. В качестве примера можно привести метод парадоксальной интенции В.Франкла, широкое использование (с незначительной модификацией) методов психодрамы в гештальттерапии, психодинамические акценты в телесноориентированной психотерапии и т.д. Однако практически невозможно найти примеры декларирования необходимости или хотя бы возможности использования методов из других направлений представителями психодинамической или поведенческой ориентаций. Подобные тенденции, своеобразное заимствование, характерно, прежде всего, для представителей экзистенциально-гуманистического («опытного») подхода. Это обусловлено практически полным отсутствием в данном направлении собственных технических приемов и конкретных методов, что логически связано с его психотерапевтической идеологией, и, прежде всего, пониманием психотерапевтического процесса как особого межличностного взаимодействия, истинного, подлинного человеческого контакта, который не нуждается ни в каких технических приемах. В качестве единственного специфичного приема здесь можно рассматривать лишь особенности взаимоотношений между клиентом и психотерапевтом.

В качестве основных аргументов для обоснования возможности интеграции в психотерапии рассматривается наличие так называемых общих факторов психотерапии, которые связаны с 3-мя аспектами:

- изменения, происходящие с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических методов вне зависимости от их теоретической принадлежности и теоретической ориентации психотерапевта;
- характеристики поведения психотерапевта (общие элементы стиля и стратегий) вне зависимости от его теоретической ориентации;
- этапы психотерапии, характерные для любого психотерапевтического процесса.

Однако, совершенно очевидно, что общие факторы психотерапии определяют лишь некий каркас психотерапии, выделяют общий спектр проблем или круг вопросов, которые должны быть разработаны в той или иной психотерапевтической системе и наполнены собственным содержанием, вытекающим из общей теоретической ориентации. Так, например, в качестве одного из общих факторов, относящихся к пациенту, называются обращение к сфере эмоциональных отношений. Однако в рамках трех подходов основное внимание фокусируется на различных эмоциях (как по знаку, так и по их временной отнесенности). Из общих факторов, связанных с поведением психотерапевта, часто указывают на особое внимание к отношениям пациент - психотерапевт. Однако в рамках трех основных подходов эти отношения строятся по-разному, требуют разного поведения психотерапевта и выполняют совершенно различные функции. Собственно процесс в любой психотерапии начинается с этапа установления контакта, создания мотивации у пациента и вовлечение его в сотрудничество. При этом совершенно очевидно, что сотрудничество в процессе психоанализа, систематической десенсибилизации или клиенто-центрированной психотерапии понимается по-разному.

Формирование интегративной психотерапии невозможно, поскольку ее теоретической основой является научная психология и, прежде всего, психология личности. Для создания интегративной модели психотерапии необходима интегративная личностная теория, которой не существует и которая вообще вряд ли может появиться, поскольку различные теории личности основаны на различных мировоззренческих позициях, на различных (и не согласующихся) взглядах на природу человека, а также на причины нарушений.

Интегративная психотерапия – это миф, связанный с нежеланием (или невозможностью) теоретического самоопределения психотерапевтов и отсутствием систематической и обоснованной подготовки в этой области, а также недостаточным пониманием роли клинической психологии и психологии личности как теоретической основы психотерапии, являющейся одним из видов клинико-психологического вмешательства.

**Психологические особенности исследования косвенной агрессии**  
Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Абрамова А.А., Ефремов А.Г. (Москва)

В последние десятилетия в отечественной и зарубежной клинической психологии представлены в основном исследования человеческой агрессии в формах прямой физической и вербальной агрессии [1, 8]. При этом, проблемы описания и изучения такой формы агрессии, как косвенная, остаются на сегодняшний день наименее разработанными. Термин «косвенная» агрессия рассматривается как форма агрессивного поведения, не имеющая явной выраженности и определенной направленности. Значительная часть психологических исследований косвенной агрессии осуществлялась на детях и подростках и была посвящена взаимосвязи проявлений данной формы агрессии с социальным созреванием, а также с гендерными характеристиками [3, 6, 7].

В ряде исследований было показано, что социальное созревание детей и подростков приводит к развитию косвенной агрессии. При этом, развитие и совершенствование косвенной агрессии связывается с увеличением сложности социальных навыков. Следует отметить, что у девочек в целом косвенная агрессия развивается раньше, чем у мальчиков. Это происходит из-за того, что девочки вынуждены отказываться от применения грубой силы в играх с самого раннего возраста, и более чувствительны к словесным замечаниям. Поэтому девочкам необходимо разрабатывать менее очевидные стратегии выхода агрессии в более раннем возрасте. Паттерны, основывающиеся на гендерных различиях, теряют свою отчетливость после начала среднего подросткового возраста. Кроме этого, проводилось исследование гендерных типичных стилей применения косвенной агрессии у взрослых людей. Так, было показано, что существуют значительные различия в том, как мужчины и женщины реализуют косвенную агрессию на рабочих местах, обнаруживая, что, хотя оба пола использовали косвенную агрессию, мужчины все же предпочитают использовать рационально-появляющуюся агрессию, а женщины продолжали использовать менее сложные социальные манипуляции [2].

Из обзора литературы о косвенной агрессии, становится очевидным, что попытки измерить ее основаны на материалах, полученных от детей и подростков, как правило, с использованием сравнительных методов. Мало что известно о формах косвенной агрессии, применяемых в зрелом возрасте, особенно в межличностных отношениях. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что косвенная агрессия взрослых становится более сложной с возрастом.

Таким образом, существует ряд проблем, связанных с изучением и измерением количественных и качественных характеристик косвенной агрессии, в основном потому, что она практически незаметна.

Цель нашего исследования состояла в изучении проблемы косвенной агрессии взрослых людей, а также в апробировании Психометрической Шкалы оценки косвенной агрессии, разработанной С. Форрест (Forrest S., 2002) на русскоязычной выборке. Исследование косвенной агрессии проводилось по качественным и количественным критериям, с учётом гендерных и возрастных параметров. Выборка состояла из 352 человек: женщины – 239 человек (68 %) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст – 39 лет), мужчины – 113 человек (32 %) в возрасте от 19 до 51 года (средний возраст – 39 лет). Все испытуемые имели высшее, средне(специальное и незаконченное высшее образование, среднего социального статуса и отрицали у себя психические расстройства. В приведенном исследовании описывается разработка, психометрическая оценка и обработка двух способов измерения взрослой косвенной агрессии: версия для Агрессора (IAS-A) для измерения косвенной агрессии, направленной в отношении кого-то другого; и версия для Жертвы агрессии (IAS-T) для исследования опыта жертв косвенной агрессии. Вопросы, использованные в опросниках были одинаковыми, но сформулированы по-разному. Оба измерения состоят из одних и тех же трех подшкал: социальная изоляция объекта (10 пунктов); использование злонамеренного юмора (9 пунктов); вменение вины (6 пунктов).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью компьютерной программы анализа внутренней надежности шкал (Reliability and Item Analysis) из пакета статистических программ Statistica 8.0, а также кластерного анализа, мерой расстояния между объектами служила линейная корреляция Пирсона ( $r$ -Pearson), а за правило объединения в кластеры был взят метод Варда (Ward's method).

В общем массиве результатов русскоязычной методики Психометрической Шкалы оценки косвенной агрессии (IAS) была выявлена устойчивая структура внутренних субшкал-факторов. Результаты методики IAS-Агрессор с необходимо достаточной степенью надёжности можно рассматривать и как единую шкалу, и как три отдельных самостоятельных шкалы: 1) Давление: прямое и через чувство вины, 2) Использование других и 3) Умышленное унижение и критика. Результаты методики IAS-Жертва с необходимо достаточной степенью надёжности также можно рассматривать и как единую шкалу, и как четыре отдельных самостоятельных шкалы. Кроме этого, в методике IAS - Жертва можно самостоятельно использовать и факторы более высокого порядка. Фактор А, состоящий из пунктов кластера 1 (использование слухов и сплетен) и кластера 2 (применение явного и опосредованного давления), и фактор В, включающий в себя пункты кластера 3 (использование других) и кластера 4 (высмеивание).

Методика диагностики косвенной агрессии (ISA) протестировала по результатам проведенной адаптации на русскоязычной выборке положительную работоспособность двух своих версий: ISA-A (версия «агрессоры») и ISA-T (версия «жертвы»). Общие шкалы методики показали достаточную внутреннюю надежность, согласованную работу пунктов.

В дальнейшем исследовании необходимо исследовать эти подтипы косвенной агрессии более глубоко, так же как исследовать отношения между этими подтипами и прямой агрессией. Кроме этого, необходимо описать количественные и качественные характеристики косвенной агрессии.

#### Литература

1. Björkqvist K. 1994. Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles* 30:177–188.
2. Björkqvist K., Osterman K. 1992. Work Harassment Scale. In: Björkqvist K., Osterman K. 1998. Scales for research on interpersonal relations. *Pro Facultate*, No. 4. Vasa, Finland: Abo Akademi University.
3. Crick N., Bigbee M., Howes C. 1996. Sex differences in children's normative beliefs about aggression: How do I hurt thee? Let me count the ways. *Child Dev* 67:1003–1014.
4. Forrest S. 2002. Adult indirect aggression: Do men 'catch up' with women in using indirect aggression? *Proceedings of the British Psychological Society* 10: 67.
5. Forrest S. 2002. Individual differences in the social expression of aggression: From social representations to indirect aggression. PhD thesis, Nottingham Trent University.
6. Kaukiainen A., Björkqvist K., Lagerspetz K., Osterman K., Salmivalli C., Thorgeirsson S., Ahlborn A. 1999. The relationships between social intelligence, empathy, and three types of aggression. *Aggress Behav* 25:81–89.
7. Kaukiainen A., Salmivalli C., Björkqvist K., Osterman K., Lahtinen A., Kostamo A., Lagerspetz K. 2001. Overt and covert aggression in work settings in relation to the subjective well-being of employees. *Aggress Behav* 27:360–371.
8. Tavis C. 1993. The mismeasure of woman. *Feminism and Psychology* 3:149–168.

### **Использование интерактивных технологий в процессе профессиональной подготовки клинических психологов: опыт реализации** Логинова И.О. (Красноярск)

Активная интеграция России в мировое экономическое пространство неизбежно приводит к пониманию необходимости выполнения требований международных стандартов в области обеспечения качества. Это направлено на создание единых правил игры и равных условий на экономическом рынке. Результатом является расширение понятийного аппарата науки, содержательно раскрывающего многообразие человеческих ресурсов. Одним из таких понятий является «профессиональная подготовка» специалиста.

Статья 21 Закона РФ «Об образовании» гласит, что профессиональная подготовка имеет целью ускоренное приобретение обучающимся навыков, необходимых для выполнения определенной работы, группы работ. Среди правовых документов, регламентирующих профессиональную подготовку, – Федеральный государственный образовательный стандарт. Введение Федерального государственного образовательного стандарта в России (2010 год) в соответствии с Болонским соглашением переносит акценты с формирования знаний, умений, навыков на подготовку специалиста, обладающего целым набором компетенций. Предполагается, что эти компетенции будут поэтапно формироваться в процессе всей профессиональной подготовки. В Федеральном государственном образовательном стандарте специальности 030401 – «Клиническая психология» с целью повышения качества подготовки специалистов введен новый показатель – количество аудиторных занятий в интерактивной форме, который составляет 50%. Становится понятно, что именно интерактивная форма обучения должна быть ориентирована на качественное и быстрое приобретение компетенций, как общекультурного порядка, так и сугубо профессиональных.

Выделяемые в литературе неимитационные (используемые в рамках традиционных форм учебной деятельности лекции, занятия, курсовое и дипломное проектирование и др.) и имитационные (игровые и неигровые) технологии, активно используются в учебном процессе на факультете клинической психологии Красноярского государственного медицинского университета. Опыт работы показывает, что различные интерактивные формы работы оказывают влияние на профессиональную подготовку будущих клинических психологов.

С 2010 года на факультете клинической психологии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого реализуется технология интерактивного опроса с помощью смс-голосования на учебных занятиях (лекциях, семинарских занятиях).

Данная технология обеспечена программой, которая принимает смс сообщения, сортирует их по четырем вариантам ответа, выдает статистическую информацию. Таким образом, преподаватель, использующий данную технологию, может оперативно получить информацию о мнении студентов в группе, разделить студентов по группам в соответствии с их позицией, использовать полученные результаты при обсуждении.

Опыт внедрения технологии интерактивного опроса с помощью смс-голосования на учебных занятиях свидетельствует:

1) данная технология получения обратной связи вызвала живой интерес у студентов, они проявляли заинтересованность как процедурой, так и полученными данными опроса;

2) данная технология позволяет получить статистическую информацию о распределении мнения студентов на поставленный вопрос (именно это наиболее интересно студентам: сколько ответило так, как я);

3) для получения дополнительной информации по каждому студенту необходим выход из программы и просмотр смс-сообщений в ручном режиме, что позволяет определить присутствие – отсутствие студентов на занятии и правильность ответа на вопрос, сформулированный преподавателем.

За период использования данной технологии можно констатировать, что интерактивный опрос с помощью смс-голосования на учебных занятиях выступает одной из форм контроля за качеством образования на факультете.

Наряду с результатами, полученными в ходе апробации в соответствии с поставленной руководством задачей, обнаружена дополнительная сфера использования – социологические опросы университетского масштаба (выяснение мнения о чем-то, участие в различных проектах и т.д.). Данная форма работы со студентами позволяет повышать социальную активность, формировать общекультурные и профессиональные компетенции.

В 2011 году на рабочем совещании с преподавателями кафедр, обеспечивающих реализацию Федерального государственного образовательного стандарта специальности 030401 – «Клиническая психология» было принято решение о проведении отборочного тура традиционной тематической олимпиады «Профессия – клинический психолог» с использованием технологии интерактивного опроса. Студентам предлагается ряд вопросов с четырьмя вариантами ответа и указывается время приема ответов на каждый вопрос. По числу правильных ответов определяются участники основного тура олимпиады.

В 2012 году возможности технологии интерактивного опроса с помощью смс-голосования были расширены и включены в контроль за самостоятельной работой студентов. В настоящее время на факультете подводятся итоги работы и анализируются полученные результаты, которые станут предметом обсуждения на традиционной Всероссийской учебно-методической конференции «Вузовская педагогика», которая пройдет в феврале 2013 года в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Применение технологии интерактивного опроса с помощью смс-голосования в организации обучения студентов факультета клинической психологии открывает разнообразие возможности выбора индивидуальной образовательной траектории, контроля за содержанием образования будущего клинического психолога, повышения социальной активности в процессе профессиональной подготовки.

#### **К вопросу о подготовке клинических психологов для работы в психиатрических учреждениях** Мандрусова Э.С., Савина Е.А., Саркисова Т.А. (Москва)

С первых дней работы патопсихологической лаборатории Детской психиатрической больницы № 6 (организована в 1963 году, ныне Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков) ее сотрудники проводили большую работу по обучению кадров патопсихологов для работы в психиатрических учреждениях как в Москве, так и на периферии, принимали специалистов на рабочее место из разных городов страны. Для обмена опытом приезжали и зарубежные коллеги.



После организации в 1966 году факультета психологии МГУ лаборатория стала учебной базой факультета, вела практические занятия со студентами. С помощью курсовых и дипломных работ студентов апробировались и внедрялись новые методики, расширялся диапазон исследований.

В настоящее время в НИЦ работает несколько поколений психологов, начиная от специалистов, стоящих у истоков возрождения клинической психологии и работающих в традициях школы Б.В.Зейгарник, и кончая выпускниками психологических факультетов последних лет, предпочитающих психотерапевтические технологии, заимствованные из зарубежной практики. Наблюдая за организацией психокоррекционных занятий молодых коллег, мы не можем не отметить наличие весьма серьезной проблемы. Выбор стратегии психокоррекции должен напрямую зависеть от первопричины дезадаптации. Можно сколь угодно долго работать над внешними проявлениями, в самом лучшем случае это не принесет пользы. К сожалению, сплошь и рядом мы наблюдаем ситуации, в которых «помощь» специалиста наносит прямой вред, в итоге приводя ребенка к стационарированию в нашу клинику.

Б.В. Зейгарник в свое время неоднократно повторяла своим ученикам, что для успешной психотерапевтической работы надо хорошо знать материал, с которым работаешь, а для этого необходимо предварительное экспериментальное исследование с тщательным качественным анализом результатов и учет клинических особенностей данной патологии. Только тогда можно правильно построить стратегию психотерапевтических мероприятий. «Полное психологическое исследование с качественным анализом данных имеет определенное значение для выбора мер коррекции» [1]. Нельзя не отметить, что все непосредственные ученики Б.В.Зейгарник и ее ближайшей сотрудники, в том числе и Ю.Ф.Поляков, владели глубокими познаниями в психиатрии.

К сожалению, наш опыт общения с молодыми специалистами показывает, что последнее поколение психологов, в большинстве случаев, имеет очень поверхностные знания о психических нарушениях, не владеет навыками экспериментальной работы и тем более умением провести глубокий качественный анализ нарушений психической деятельности испытуемого. Поэтому выбранные ими методы коррекционной работы часто бывают неэффективны.

Психолог работает с очевидной симптоматикой – взаимоотношения в семье, общение со сверстниками, с учителями, проявления агрессии, девиантное поведение. Психокоррекция на этом уровне может быть успешной при условии, что причины тех или иных поведенческих трудностей заключаются в личностных особенностях ребенка либо нарушении его адаптивных возможностей.

Но выраженные поведенческие трудности могут быть вторичными, являться следствием иных нарушений.

Еще в начале 90-х годов прошлого века психологи нашей лаборатории публиковали результаты исследований, доказывающих значительную разнородность группы детей со школьной дезадаптацией, в том числе указывали на взаимосвязь трудностей поведения с выраженной неспособностью к овладению школьной программой [2, 3]. В настоящее время по-прежнему нередка в стационарной практике ситуация, когда ребенок, поступающий на лечение с клиническим диагнозом «психопатоподобный синдром» или «патологические черты характера», выписывается из НИЦ ПЗДП с диагнозами «умственная отсталость легкой степени» или «психоорганический синдром со снижением интеллекта». К сожалению, развитие психологической службы в образовании и здравоохранении за последние двадцать лет не привело к сокращению доли таких случаев, несмотря на то, что клинический психолог нашего учреждения — далеко не первый специалист-психолог, к которому обращаются родители проблемного ребенка.

В других случаях первопричиной поведенческих проблем становятся речевые нарушения. В качестве примера, хотелось бы привести историю мальчика 10 лет из культурной семьи, попавшего под влияние асоциальных подростков и отказывающегося от учебы. Мальчику в семье предъявляли повышенные требования, внушали необходимость хорошей успеваемости и получения обширных знаний. Он и сам (как в беседе, так и в проективных методиках) позиционировал свои познавательные потребности, желание хорошо учиться. Ему безразлична оценка окружающих и особенно матери, с которой постоянно возникали конфликты по поводу учебы. Но соответствовать этим требованиям он не мог, а хотелось «быть крутым», что в результате и вызвало протестные реакции, агрессивность и попадание под дурное влияние. Школьный психолог и психологи – психокорректоры, к которым обращались родители, безуспешно пытались наладить семейные взаимоотношения. В результате после очередного конфликта мальчик был госпитализирован в НИЦ. При подробном экспериментально-диагностическом исследовании и качественном анализе данных было обнаружено, что у мальчика имеются, не выявленные ранее, речевые нарушения в виде дислексии и дисграфии, что естественно мешало усвоению школьной программы и успешной учебе. Без коррекции в первую очередь этих нарушений невозможна была правильная стратегия психотерапевтических мероприятий.

Кроме того, опыт работы с неуспевающими учениками массовой школы, многократно госпитализировавших в наш стационар и углубленный психологический анализ динамики их состояния показал, что часто первопричиной дезадаптации этих детей являются выраженные проявления астении, колебания тонауса психической активности, приводящие к утрате самоконтроля и снижению качественного уровня мыслительных достижений [4]. Слабость волевых усилий, характерная для этих детей в младшем школьном возрасте, их попытки любыми путями избежать нагрузки (оставить работу неоконченной, выполнить ее формально без заботы о качестве), в дальнейшем приводили к прогулам, отказам от посещения школы, к полному отсутствию познавательных потребностей, замене их другими, часто асоциальными. С годами у них нарастает интеллектуальная несостоятельность и происходит формирование отрицательных свойств личности.

Эти примеры наглядно подтверждают необходимость предварительного качественного анализа для планирования реабилитационной работы.

На наш взгляд, необходимо повысить уровень подготовки клинических психологов, планирующих свою работу в психиатрических учреждениях, за счет получения более глубоких знаний о психических нарушениях, приобретения навыков клинической беседы, экспериментально-диагностической работы и качественного анализа результатов. Для того, чтобы понятия «структура дефекта», «первичные и вторичные нарушения», «компенсаторные возможности» не остались сугубо теоретическими, не имеющими отношения к повседневной работе, можно предлагать студентам факультативные занятия, стажировки у опытных специалистов. Ю.Ф.Поляков рассматривал клиническую психологию как междисциплинарную область, подчеркивая ее связь с психиатрией, клинической практикой; отмечал важность клинических разборов и обсуждений. Усвоение знаний и представлений из смежных наук, практический опыт качественного анализа экспериментальных данных, освоенный в период обучения в вузе, в дальнейшем существенно повысит эффективность работы психолога, занимающегося психокоррекционной работой.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е изд. - М.: МГУ, 1986
2. Иванова А.Я., Мандрусова Э.С. Патопсихологический анализ некоторых причин школьной дезадаптации // сб. материалов «Социальная дезадаптация» - М., 1996
3. Брагинский В.Л., Мандрусова Э.С., Саркисова Т.А. Опыт коррекции школьной дезадаптации лечебно-педагогическими и психотерапевтическими методами // сб. материалов «Школьная дезадаптация» - М., 1995
4. Мандрусова Э.С. Психологический анализ динамики церебрально-сенсорных состояний у детей // Материалы 4-й научно-практической конференции детских психиатров г. Москвы. - М., 1988

### **Особенности когнитивной сферы у детей и sibсов больных с болезнью Альцгеймера в зависимости от APOE-4 генотипа** Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. (Москва)

**Цель исследования:** изучение особенностей когнитивных функций у детей и sibсов пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) и установление их связи с генетическими характеристиками (генотип ApoE-4).

**Испытуемые:** 134 родственника пробандов 1 степени родства (49 м., 85 ж.). Из них 110 человек – дети пробандов, 24 – сестры или братья пробандов. Средний возраст составил  $47,6 \pm 12,4$  года (24-79 лет).

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, психометрический, молекулярно-генетический.

**Результаты.** 1. Достоверных различий по частоте структурных изменений по данным МРТ-исследования между родственниками и группой контроля не отмечено.

2. У детей достоверно реже встречались структурные отклонения по данным МРТ-исследования, в группе детей чаще отмечалось сочетание нескольких видов конституциональной когнитивной недостаточности (по данным анамнеза).

3. Установлены различия между детьми и sibсами по частоте когнитивных нарушений: среди sibсов диагноз МСІ установлен достоверно чаще.

3. Установлена достоверно большая частота APOE4(+) генотипа среди родственников по сравнению с группой контроля; различий по частоте APOE4(+) генотипа между группами детей и sibсов не выявлено.

4. По данным психологического исследования у родственников установлены достоверно худшие параметры произвольного внимания и контроля, объема кратковременной слухо-речевой памяти по сравнению с группой контроля.

5. Между детьми и sibсами с APOE4(+) генотипом наблюдались достоверные различия по показателям конструктивной деятельности: у sibсов отмечены худшие ее параметры.

6. Сопоставление результатов выполнения теста Мюнстерберга у детей и sibсов в зависимости от генотипа показало, что по параметру «количество пропущенных слов» достоверно худшие результаты ( $p=0,02$ ) наблюдались у детей и sibсов с AроE4(+).

5. Полученные результаты могут быть положены в основу коррекционно-реабилитационных мероприятий по профилактике развития деменции у этих лиц, которые относятся к группе риска по БА.

### **К вопросу контекстуальной дифференциации предметного содержания специальной и медицинской психологии**

Сорокин В. М. (Санкт-Петербург)

Психология, как и другие науки, развивается в контексте процесса внутренней предметной дифференциации. Изучаемый объект в процессе научного познания начинает репрезентироваться как явление многомерное, каждая составляющая которого требует отдельного рассмотрения. В силу этого наука с неизбежностью начинается дробиться на новые отрасли. В психологии за последние годы появилось немало новых прикладных направлений, рассматривающих психическую активность в различных аспектах. В связи с этим возникает проблема исследования спецификации предметного содержания данной отрасли и отграничения его от предмета близких научных направлений.

Нечто подобное можно наблюдать и в процессе предметного дифференцирования двух традиционных прикладных отраслей психологии: медицинской и специальной. Еще несколько десятилетий назад проблем в разграничении предметного содержания этих дисциплин попросту не было. Но по мере расширения исследовательских полей той и другой науки они начинают активно соприкасаться. Особенно это стало заметно по мере того, как в медицинской психологии стало формироваться детское направление, а специальная психология, традиционно занимавшаяся проблемами детей с отклонениями в психофизическом развитии, все активнее стало исследовать взрослых людей с ограниченными возможностями здоровья [1,2]. Одним из примеров сказанного, может служить олигофренопсихология, традиционный раздел специальной психологии, который одновременно входит в состав детской патопсихологии. Последняя, в свою очередь, представляет собой раздел медицинской психологии. Именно это обстоятельство ставит вопрос о сходстве и различии их предметного содержания. Отличия, на которые чаще всего ссылаются, кажутся весьма просты в своей очевидности. Прежде всего, указывают на сферу практического использования медицинской и специальной психологии. В случае специальной психологии - это система специального (коррекционного) образования. Сферой же прикладного применения медицинской психологии является система здравоохранения. Такое разделение верно, но далеко недостаточно, чтобы раскрыть различия и сходства в предметном содержании двух близких отраслей психологии.

Общность состоит, прежде всего, в том, что и та и другая психологии связаны с патологическими явлениями. Вместе с тем эта общность неоднородна.

Интересно отметить, что в последнее время стал активнее использоваться термин клиническая психология. Он выглядит более современным в сравнении с понятием медицинская психология, хотя, по сути, они оба являются далеко не новыми ровесниками. Некоторые исследователи считают эти термины синонимами. Кто-то улавливает в них близкую, но не тождественную семантику с многочисленными оттенками.

Нам представляется полезным обратить внимание на европейскую традицию трактовки и использования понятия клиническая психология. Для европейской культуры термин клинический, прежде всего, ассоциируется с понятиями проблемный. Неслучайно свой метод задавать детям проблемные вопросы Ж. Пиаже назвал методом клинической беседы. В русской культуре термин клинический, прежде всего, связан семантически с понятием болезненный, медицинский и т.п. В силу этого для в европейской науке понятие клиническая психология раскрывается через представление о проблемных ситуациях, класс которых весьма широк и разнообразен. Это проблемные ситуации, связанные с потерей близких людей, работы, имущества, разрывом значимых отношений, ситуациями катастроф, военных конфликтов, природных катаклизмов, беженства, миграции и пр. В этом кругу болезнь можно рассматривать как проблемную ситуацию как для самого человека, так и для его окружения, включая профессиональных медиков, занимающихся его лечением. В связи с этим медицинскую психологию можно рассматривать как составную часть клинической психологии. Специальная психология занимается изучением закономерностей нарушенного психического развития в детском и подростковом возрасте. Само отклонение в психофизическом развитии можно так же рассматривать как проблему самого ребенка, его родителей и педагогов. В этом смысле и специальная психология может быть так же вписана в смысловой контекст клинической психологии.

Дифференциация предметного содержания специальной и медицинской психологии, как в прочем и их сходство, с нашей точки зрения, проходят в контекстуальной плоскости. Критерии различий, которые обычно приводятся весьма относительны и не могут служить точными и надежными дифференциальными признаками. Так указывают, прежде всего, на то, что специальная психология занимается исследованием детей, а медицинская психология – взрослых. Это верно, но для прежних этапов развития этих наук. Современная медицинская психология активно исследует детей разных возрастных категорий. В той же степени сказанное справедливо относительно и специальной психологии. Последние годы объектом исследования коррекционной психологии все чаще становятся взрослые и даже пожилые люди. Другой дифференциальный признак связывают с характером самих патологий, которые попадают в сферу исследовательских интересов специальной и медицинской психологии. Обычно подчеркивают, что медицинскую психологию интересуют больные, страдающие процессуальными заболеваниями. Специальная же психология основной акцент делает на стационарных резидуальных состояниях, которые в буквальном смысле в силу своей относительной статичности не могут рассматриваться как болезнь. Так нельзя отождествлять слепоту или глухоту с болезнью. Сразу отметить, что достаточно только беглого взгляда на тематику современных исследований в области специальной и клинической психологии, чтобы убедиться в том, что этот критерий в реальной исследовательской практике не работает. Как мы указывали выше, различия более или менее становятся отчетливыми, хотя все еще относительными, только в контекстуальном аспекте. Нам представляется, что речь может идти только о контексте лечения и коррекционно- воспитательной помощи. В первом случае мы можем говорить о том, что речь идет о контексте медицинской психологии. В том случае, когда человек нуждается в специальном коррекционном обучении, мы можем говорить о контексте специальной психологии. Именно поэтому один и тот же человек независимо от возраста и нарушения может быть одновременно и объектом специальной и медицинской психологии в зависимости от контекста его рассмотрения. Так, например, слабовидящий ребенок может быть объектом медицинской психологии, когда его пытаются лечить от заболевания, которое и привело в снижению остроты зрения. Когда же мы рассматривает психическое развитие этого ребенка в процессе специального коррекционного обучения и социальной реабилитации тот же ребенок выступает как объект специальной психологии.

Контекстуальный подход, безусловно, относителен хотя бы уже потому, что специальная психология рассматривает феномены нарушенного развития, как особый способ генеза психики. В то время как медицинская психология, в частности в такой ее форме как патопсихология, исследует феномены распада психики. Распад же психики в буквальном смысле не имеет коррекционно-педагогического контекста.

### **Психологическая помощь семье: роль психоаналитической психодиагностики и психологического семейного диагноза** Тимченко Г.Н., Харитонов А.Н.(Москва)

В настоящее время в психотерапевтической и психологической консультационной практике все большее значение приобретает оказание психологической помощи семье. Ее востребованность отмечается как на индивидуальном (отдельный член семьи), так и на межличностном (супруги, родитель с ребенком, сиблинги) и групповом (семья в целом) уровнях.

В системе семейной психологической помощи одно из центральных мест занимает психодиагностика семейных проблем. Являясь видом психологической помощи, направленным на распознавание, измерение социально-психологических феноменов семьи на различных этапах ее жизненного цикла, личностных особенностей ее членов и выявление различных типов семейных проблем, семейная психодиагностика позволяет членам семьи предварительно осознать и понять их причины (А.Н. Харитонов, Г.Н. Тимченко, 2002), а также выступает важным составным элементом семейного психологического консультирования, психотерапии и психореабилитации.

Выявление характера межличностного общения и семейных отношений, сущности и основного содержания семейных проблем, а также базовых причин, лежащих в их основании, является основной целью семейной психодиагностики. Она применяется при различных типах психологических проблем семьи во всех ее подсистемах (супружеской, родительско-детской, семейно-родственной), а также для исследования нормального функционирования семейной группы, особенностей внутрисемейных отношений и общения. В процессе психодиагностики решаются такие задачи как: а) правильное определение (выбор) методики изучения семьи; б) выявление личностных особенностей членов семьи; в) определение искажений в эмоциональных и поведенческих установках членов семьи в адрес друг друга; г) анализ проблем межличностного общения и взаимодействий в семье; д) исследование истории развития семейных отношений; е) определение психологического семейного диагноза; ж) решение вопро-

сов о применении других видов, способов, методов семейной психологической помощи. Достижение этих задач в ходе семейной диагностики реализуется с помощью различных методов и методик.

В целях структурирования процесс семейной психодиагностики целесообразно организовывать и проводить по следующему алгоритму:

1 этап – подготовительный. В ходе этого этапа осуществляется конструирование методики изучения семьи и подготовка к психодиагностическим процедурам.

2 этап – исследовательский. На этом этапе осуществляется комплексное применение методов, включенных в исследовательскую методику.

3 этап – анализ результатов. Данный этап позволяет обобщить полученные результаты диагностирования.

4 этап – интерпретационно-помогающий. Результатом данного этапа является интерпретация полученных данных, определение психологического семейного диагноза, частичное осознание и понимание типов семейных проблем членами семьи, а также выход на дальнейшее изменение семейных отношений и общения.

Реализация психодинамического подхода к исследованию актуального состояния членов семьи, их отношений позволяет сократить этап анализа результатов и в большей степени сконцентрироваться на интерпретационно-помогающей стадии. Сокращение времени анализа результатов достигается путем комплексного использования семейного психоаналитического интервью и проективных методик. Эффективность использования проективных методик обуславливается оперативностью получения диагностической информации от членов семьи, а также ее интерпретации специалистом непосредственно в процессе работы с семьей.

Окончательным результатом использования психоаналитических методов изучения семьи выступает психологический семейный диагноз, *закрывающий в себе определение, описание и оценку актуального состояния психологических особенностей семьи, качественную характеристику семейных отношений, прогноз их дальнейшего развития и выработку рекомендаций, определяемых целями и задачами психодиагностического обследования семьи* (Тимченко Г.Н., 2003; Харитонов А.Н., Тимченко Г.Н., 2004).

Расширяя свои границы по сравнению с индивидуальным диагнозом, семейный психологический диагноз выстраивается по трехуровневой схеме. Он охватывает три группы внутрисемейных процессов, взаимосвязанных между собой: *внутри индивида, между индивидом и другими основными членами семьи, психосоциальные паттерны семьи в целом* (Аккерман Н., 1982).

В рамках семейной психодиагностики, как самостоятельного вида психологической помощи, семейный психологический диагноз имеет конечную цель и направлен на ее реализацию, охватывая всех членов семьи. При этом конечной целью является: 1) прояснении для членов семьи непосредственной природы возникновения семейных проблем; 2) побуждении каждого из них к новым переживаниям по поводу полученной объективной информации, структурирования этих переживаний; 3) ориентации членов семьи на зрелые взаимоотношения и успешный стиль вербального и невербального общения; 4) частичном осознании ими полученной информации для понимания сложившейся ситуации в семье и использования ее в интересах нормализации, стабилизации и гармонизации семейной жизни. Также на основании семейного психологического диагноза могут быть даны рекомендации по обращению за более углубленной психологической помощью (семейное психологическое консультирование, семейная психотерапия, семейная психореабилитация).

В рамках же семейного психологического консультирования семейный психологический диагноз имеет некоторую промежуточную цель, способствуя решению задачи предыдущего вида психологической помощи, добиваясь глубокого осознания сложившейся ситуации в семье и своей роли в ней, а также оптимальному выбору стратегии и техник консультационной работы психолога-консультанта с семьей.

Психологический семейный диагноз имеет большое значение и для семейной психотерапии. В семейном психологическом диагнозе структурирована полученная информация о семье, выделены основные причины и сферы проявления трудностей, семейный диагноз выступает в виде определенной преконцепции действий семейного психотерапевта по гармонизации и стабилизации внутрисемейных отношений. Он позволяет выстроить процесс психотерапии от определения характера возникших проблем до выработки конкретной психотерапевтической программы.

В ходе оказания психотерапевтической помощи членам семьи психотерапевт с помощью аналитических техник постоянно уточняет полученные результаты, корректируя семейный психологический диагноз. Это необходимо прежде всего для более эффективной реализации психотерапевтической программы, техник и методов, способствующих более качественному решению семейных проблем.

На данном этапе психотерапевтической работы с семьей психотерапевт в ходе интервью сосредоточивает свое внимание на психоаналитическом наблюдении за действиями, он вслушивается и интерпретирует то, что проговаривают члены семьи на сеансах.

В дальнейшем, на заключительной стадии работы с семьей, психодиагностика применяется психотерапевтом и для оценки достигнутых результатов, степени изменения показателей на личностном, межличностном и семейном уровнях.

Таким образом, психоаналитическая диагностика в работе по оказанию психологической помощи семье выступает инструментом, позволяющим более полно и точно определить причины проблем, которые семья не способна преодолеть самостоятельно, а также оценить правильность выбранных методов работы с ней как на индивидуальном, так и на межличностном уровне, эффективность их применения. Являясь составной частью системы психологической помощи семье, семейная психоаналитическая психодиагностика позволяет решать на каждом из ее уровней свои специфические задачи.

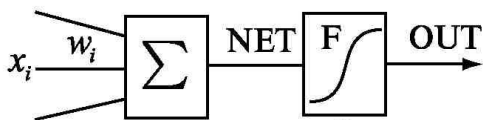
### Перспективы использования обучающихся компьютерных систем в психологической диагностике

Бардадымов В.А. (Москва)

По утверждению Американской психологической ассоциации, клиническая психология концентрируется на интеллектуальных, эмоциональных, биологических, психологических, социальных и поведенческих аспектах функционирования человека в течение жизни, в различных культурах и на всех социоэкономических уровнях [4]. Подобное глобальное рассмотрение задач клинической психологии довольно четко отражает реальность работы клинического психолога, а именно необходимость применения грамотных, а главное, комплексных методов работы. С одной стороны, современное положение клинической и медицинской психологии, сложность объекта выводит психодиагностическую работу на первое место. С другой стороны, и дальнейшая работа клинического психолога связана с высокой значимостью превенции различных расстройств и патологических состояний. Подобное положение дел приводит к повышению требований к чувствительности и объективности методов диагностики, применяемых на практике.

Очень часто в работе с пограничными состояниями важнейшим этапом диагностики является выявление стадии расстройств. Стадиальность при этом очень часто описывается достаточно большим симптомокомплексом, что явно усложняет задачу четкого определения стадии развития того или иного расстройства. Однако на данный момент в анализе данных существует способ, который позволяет не только объективно производить разделение групп в зависимости от выраженности неограниченного количества симптомов – метод построения искусственных нейронных систем.

Принцип работы Искусственной нейронной сети представляет собой систему соединённых и взаимодействующих между собой простых процессов (так называемых «искусственных или формальных нейронов»). Схематически такой нейрон И.В. Заенцев [2] изображает как:



где  $x_i$  – входные данные,  $w_i$  – вес (значимость/вклад) конкретных входных данных,  $\Sigma$  – блок суммации вкладов входных данных, **NET** – математические процессы преобразования данных, **F** – функция преобразования данных, **OUT** – выходные данные.

Несмотря на простоту, сети, построенные из таких нейронов, могут сформировать произвольную многомерную функцию на выходе. Нейронные сети не программируются в привычном смысле этого слова, они обучаются. Возможность обучения – одно из главных преимуществ нейронных сетей перед традиционными алгоритмами.

Стоит отметить, что обучение Искусственных нейронных сетей возможно двумя способами: так называемое «обучение с учителем» и «прямое обучение». Вариант прямого обучения происходит, например, при известном результате и необходимости выделения кластеров. Подобный вариант обучения требует четкого понимания проблемы от экспериментатора, привнесо при этом субъективность в оценку. Вариант «обучения с учителем» подразумевает изначальное задание критериев оценки степени выраженности, кластеризации или других способов анализа в зависимости от поставленных задач. При этом для объективности заданных критериев обычно применяется экспертная оценка. Дальнейшие расчеты происходят автоматически.

Так, например, проведенное нами исследование [1], посвященное анализу стадий аддиктивного поведения у подростков ( $N=183$ ,  $age=16,74\pm 2,7$ ) позволило на основе анализа пунктов Анкеты отно-

шения к психоактивным веществам, составленной СО ПАМН [3], получить Искусственную нейронную сеть, направленную на определение стадии зависимого поведения.

Обучение данной нейронной сети происходило на основе 12 экспертных оценок психологов, врачей-наркологов и психиатра. В ходе экспертной оценки были отсеяно 7 пунктов Анкеты отношения к психоактивным веществам, которые 50 и более %-ов экспертов указали как незначимые для определения стадии зависимости. Исходя из указанных экспертами границ нами были добавлены варианты ответов, на те или иные вопросы Анкеты отношения к психоактивным веществам, которые находились в пределах тех или иных границ, указанных экспертами. Таким образом, мы получили 53 варианта комбинаций ответов.

Далее было получено 7 вариантов Искусственных нейронных сетей, которые проверялись на основе анализа экспериментальных данных. Так как при обучении задавалась логическая кривая, как метод анализа выходных данных, то экспериментальные значения должны были находиться в промежутке [0;1]. В итоге было выделено 2 сети из 7, которые соответствовали заданным параметрам: значения по каждому испытуемому не находились в отрицательном интервале и не превышали единицы.

Из выбранных 2-х сетей методом анализа веса показателей Анкеты отношения к психоактивным веществам была выбрана одна сеть, которая показала максимальное суммарное распределение весов исследуемых показателей.

На основе выбранной Искусственной нейронной сети было получено следующее распределение числа лиц, находящихся на различных стадиях зависимого поведения: группа, в которую вошли подростки, имевшие исключительно опыт употребления психоактивных веществ – 97 человек; группа, в число которой были включены лица с латентной (доначальной) стадией аддиктивного поведения – 36 человек; группа, в число которой вошли подростки со сформированной зависимостью – 13 человек.

Таким образом, мы можем утверждать, что основная цель, а именно, объективизация метода оценки стадии аддиктивного поведения была достигнута. Мы можем констатировать, что применение метода построения Искусственных нейронных сетей, не только позволило оценить значимость тех или иных показателей поведенческих и физиологических проявлений аддиктивной личности, но и на основе обучения, через экспертные оценки, позволило разделить испытуемых на необходимые экспериментальные группы. Полученные результаты говорят не только о высоком потенциале применения Искусственных нейронных сетей в психологических исследованиях, посвященных аддикции, но и о высокой значимости данного метода для практической работы клинического или медицинского психолога или других специалистов, заинтересованных в диагностике стадийности не только аддиктивного поведения, но и других пограничных расстройств. Приведенный пример является лишь малой демонстрацией возможностей данного метода анализа данных. Применение Искусственных нейронных сетей в практике клинического психолога могут стать опорой для работы в диагностике, придав ей иногда недостающую объективность. Автоматизированность процесса позволит избежать ошибок разного рода. Составленные грамотными специалистами в различных областях экспертные оценки позволят распространить передовой опыт. Кроме этого, для опытных специалистов применение Искусственных нейронных сетей возможно в формате самостоятельного обучения сети («обучение без учителя») для работы с новыми областями психологической диагностики.

#### Литература

1. Бардадымов В.А. Использование метода искусственных нейронных сетей при определении стадии химической аддикции подростков // Современные исследования социальных проблем (электронная версия журнала). – 2012. – №2 (10). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2012/2/bardadymov.pdf>
2. Заенцев И.В., Нейронные сети: основные модели. Учебное пособие к курсу «Нейронные сети». – Воронеж: Воронежский Гос. Ун-т, 1999. – 76 с.
3. Курилович С.А. Применение скрининговых методов в раннем выявлении злоупотреблений алкоголем // Наркомании и токсикомании у несовершеннолетних и молодежи. – Новосибирск: СО ПАМН, 2005. – С. 29-30.
4. American Psychological Association, Division 12, About Clinical Psychology [Электронный ресурс] URL: <http://www.apa.org/divisions/div12/> (дата обращения: 05.11.2012)

## Методология разработки профилактических программ в области здоровья (на примере программы профилактики ФАС)<sup>1</sup>

Балашова Т. Н.<sup>3</sup>, Исурина Г. Л.<sup>2</sup>, Цветкова Л. А.<sup>2</sup>, Боннер Б.Л.<sup>3</sup>  
(<sup>2</sup> Санкт-Петербург, Россия; <sup>3</sup> Оклахома, США)

Разработка профилактических программ в области здоровья является важнейшим направлением прикладных исследований в клинической психологии. Однако в настоящее время в отечественной клинической психологии практически отсутствуют принятые модели для разработки профилактических вмешательств, которые основывались бы на существующих и специально проведенных исследованиях и удовлетворяли потребности различных групп населения. Разработка программы профилактики Фетального алкогольного синдрома (ФАС - заболевания, возникающего у ребенка вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности) и нарушений фетоалкогольного спектра (ФАСН) осуществлялась исследовательской группой профилактики ФАС в рамках международного сотрудничества между факультетом психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Нижегородским государственным педагогическим университетом и Центром наук о здоровье Университета Оклахомы (США) на основании модели, включавшей четыре основных этапа. На первом этапе разработки профилактической программы проводилось так называемое «формативное» исследование («Formative research»), сочетающее качественные и количественные методы (фокусные группы и индивидуальное интервьюирование) и имеющее своей целью сбор данных, необходимых для подготовки вмешательств и разработки программы, ориентированных на определенные задачи и целевую аудиторию. Были изучены установки в отношении употребления алкоголя во время беременности, уровень реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными, наличие знаний о негативном воздействии алкоголя на плод и будущего ребенка, знаний о ФАС и ФАСН; а также факторы, влияющие на сокращение или прекращение употребления алкоголя в период беременности и ее планирования. В исследовании приняли участие 648 женщин детородного возраста, выборка была стратифицирована для того, чтобы включить беременных и небеременных, а также городское и сельское население. На втором этапе осуществлялось проектирование вмешательства и пилотажное тестирование для необходимой отработки и коррекции дизайна и материалов вмешательства. На основании данных фокусных групп были разработаны информационные брошюры для женщин, которые прошли рандомизированное контролируемое испытание. В исследовании приняли участие 420 женщин детородного возраста. Также были разработаны учебные модули для врачей, в частности, включающие формирование у врачей - гинекологов навыков краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику ФАС и ФАСН. В тестировании разработанных учебных модулей приняли участие 127 врачей. Исследование показало, что разработанные материалы для женщин формируют адекватные представления о влиянии алкоголя на плод, ФАС и ФАСН и установку на отказ от употребления алкоголя во время беременности, а 3-часовой учебный модуль для врачей приводит к значительному росту знаний, достоверному изменению установок и формированию навыков профилактики (краткосрочного вмешательства).

Третьим этапом являлась эмпирическая проверка действенности данной программы, соответствующая тому, что в медицине называется клиническими испытаниями. Рандомизированные контролируемые клинические испытания в настоящее время являются золотым стандартом при оценке вмешательств в области здоровья, включая психологические (психотерапевтические) методы терапии и профилактики. 20 женских консультаций были случайным образом распределены на экспериментальные (с краткосрочным вмешательством) и контрольные (стандартное медицинское обслуживание). Всем женщинам, приходящим в консультацию, предлагалось принять участие в исследовании. Выборку составили 764 небеременные женщины детородного возраста, из них 374 - в экспериментальных консультациях. Основной целью разработанного краткосрочного вмешательства является предотвращение воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС/ФАСН. Вмешательство фокусируется на двух направлениях: употребление алкоголя и планирование семьи. В исследованиях эффективности вмешательств очень важно соблюдение точности протокола, что обеспечивает надежность данных исследований. В связи с этим в исследовании был реализован следующий план надежности: 1) все врачи проходили тренинг и оценку своих навыков до критерия выполнения всех компонентов вмешательства; 2) осуществлялся систематический мониторинг выполнения вмешательства, 3) обязательным считалось выполнение 80% всех компонентов вмешательства по крайней мере у 95% женщин, 4) супервизорами исследования являлись психологи, врач-гинеколог и врач-нарколог, которые в

<sup>1</sup> При поддержке Национального Института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма и Международного центра Фогарти Национальных Институтов Здоровья США, исследовательский грант R01AA016234-01A1. Содержание этого материала не обязательно отражает позицию Национальных институтов здоровья.



случае необходимости могли оценить вмешательство, предоставить обратную связь и помочь в отработке навыков; супервизоры проводили мониторинг путем просмотра всех Листов оценки вмешательства и прослушивания аудиозаписей 2-мя супервизорами.

Все женщины, участвующие в исследовании, проходили базовое интервью, в рамках которого оценивались знания и установки в отношении употребления алкоголя в период беременности, характер употребления алкоголя и практика планирования беременности. В экспериментальных женских консультациях после базового интервью врач - гинеколог проводил краткосрочное вмешательство. В контрольных женских консультациях проводился только опрос. Через 3, 6 и 12 месяцев с женщинами проводились последующие телефонные интервью. В настоящее время этот этап исследования завершен.

Если разработанная программа подтвердит свою эффективность, то для успешного внедрения ее в практику необходимо проведение четвертого этапа исследования - исследование эффективности внедрения (implementation research), которые позволят определить, насколько эффективно использование этого вмешательства и какие условия внедрения необходимо соблюсти для того, чтобы метод, разработанный в экспериментальных, лабораторных условиях, оказался действенным при применении в практике.

### **Исследование стилей переживания беременности женщинами с разным детским опытом отношений с матерью**

Котова А.В. (Москва)

Современные психологические исследования показывают, что физиологическое течение беременности связано с рядом психологических факторов, в первую очередь с общей готовностью женщины к материнству и с опытом ее взаимодействия со своей матерью в онтогенезе [2,3;4]. Однако, исследования особенностей такой взаимосвязи у женщин с разным течением беременности единичны.

Психическое состояние беременных женщин в значительной степени является результатом взаимодействия двух основных факторов – экстрагенитальных, к которым следует отнести соматические заболевания и индивидуально-типические особенности физического статуса женщины, и собственно генитальных, к которым можно отнести физиологические особенности женской половой сферы и некоторые формы генитальной патологии, а также особенности течения беременности [1].

В зависимости от степени осложнения беременности и выраженности сочетания различных составляющих оказывается принципиальное воздействие на формирование компенсаторно-приспособительных (адаптационных) механизмов к состоянию беременности, что может являться фактором риска, влияющим на репродуктивное здоровье [3, с. 16-26].

В связи с этим встает задача исследовать закономерные связи психических и соматических факторов в формировании собственно психических состояний у беременных женщин и их связь с протеканием беременности.

Сочетание проявлений, отражающих состояние женщины в беременности (физическое и психическое), отношение к беременности, ребенку и своему материнству и готовность к материнству определено Г.Г.Филипповой как *стиль переживания беременности* [4]. Стиль переживания беременности включает: физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, динамики переживания симптоматики по триместрам беременности, преимущественный фон настроения по триместрам беременности, переживание шевеления.

Нами были поставлены цели изучить стиль переживания беременности и выявить взаимосвязь переживании беременности от полученного опыта взаимодействия с матерью в раннем онтогенезе у беременных женщин здоровых и имеющих различные соматические осложнения. Были обследованы беременные женщины, находящиеся на лечении в отделении патологии беременных при ГКБ. На основе акушерско-гинекологического анамнеза исследуемые были разделены на 5 групп.

Анализ полученных результатов показал, что в I группу «норма» входят беременные женщины здоровые (женщины без патологии в беременности (n=31), у них выявлено по результатам методики онтогенеза материнства - прочное качество привязанности со своей матерью, адекватная сепарация от матери. Беременные женщины этой группы достаточно уверенны в себе, у них прочная привязанность к матери. По результатам опросника на восприятие шевелений ребенка в первой группе выявлен адекватный стиль переживания беременности. В этой группе ответы женщинами давались полные, раскрытые, кажущиеся шевеления отмечались «невыразимо приятными» и «весьма приятными», разница в шевелениях в течение дня выраженная, что говорит о сознательном и бессознательном принятии ребенка.

Во 2 группе беременных женщин с заболеваниями экстрагенитальными и акушерско-гинекологическими (n=72) выявлены высокие значения избегающего качества привязанности к мате-

рю. Тревожный стиль отношения матери в этой группе, мог возникнуть вследствие конфликтных отношений с ней, что возможно, спровоцировало ряд соматических заболеваний имеющих в анамнезе заболеваний. У женщин был выявлен амбивалентный и тревожный стили переживания беременности. Выявляя отношение женщины к беременности, видно, что собственный стиль переживания беременности коррелирует с переданным и привычным тревожным стилем отношения матери к женщинам этой группы. У будущих мам второй группы сочетается сознательное принятие ребенка с бессознательным его отвержением.

Третьей группе будущих мам с «гестозом» (n=69) характерен тип привязанности с мамой - тревожный, а значит, присутствует у будущих мам неуверенность в себе, потребность в обязательном присутствии и помощи близких людей. Выявлены игнорирующий и амбивалентный стили переживания беременности. Переходящее игнорирование факта беременности, либо депрессивное состояние сохраняет аффективное отвергающее отношение к беременности. Амбивалентный стиль переживания беременности и психологическая неготовность к материнству у женщин этой группы, выражается в непринятии соматических переживаний и проявляется данное внутреннее конфликтное состояние в виде соматизации - «гестоза».

В четвертой группе женщин с экстрагенитальными заболеваниями (n=19) выявлена незавершенная сепарация с матерью, с сопротивлением зависимости, характерен амбивалентный тип привязанности к матери. Стиль отношения матери и сами отношения с ней очень сложные, с высокими значениями отвергающего стиля и отстраненно холодными отношениями. Женщинам группы характерен игнорирующий и эйфорический стили переживания беременности. У женщин отсутствуют признаки тревоги, беременность интерпретируется как недопомогание, выявленные стили переживания переменности могут говорить об общей личностной незрелости женщины, непринятии на себя ответственности, что было выявлено и описано выше по методике «онтогенез материнской сферы», все эти качества дают характеристику психологической неготовности к материнству в этой группе.

Для 5 группы исследуемых женщин с угрозой прерывания беременности (n=47) характерны: тревожной стиль отношения матери и избегающий типа привязанности с матерью. Такие качества, как полагание только на себя, нежелание принимать помощь, могли возникнуть вследствие гиперопеки матери. Все эти показатели по результатам исследования данной группы могли спровоцировать соматизацию в виде угрозы прерывания беременности. Был выявлен тревожный стиль переживания беременности. Характерный избегающий тип привязанности матери приводит способствует высокой эмоциональности идентификации беременности, а первая эмоция ощущений говорящая о факте беременности – отрицательная. Именно в эту группу попадают женщины со второй и третьей групп со свойственной незрелой готовностью к материнству, которые пока не готовы перестроить свою жизнь, ориентироваться на ребенка, и как видно по диагнозам будущих мам пятой группы, тело соматически помогает избавиться от беременности.

По результатам исследования мы видим, что опыт отношения со своей матерью в раннем онтогенезе влияет на особенности восприятия своего материнства беременными женщинами. И как видно, по результатам исследования, стиль отношения матери к исследуемой, особенности сепарации могли спровоцировать неблагоприятные особенности психосоматического состояния у женщин и неадекватный стиль переживания беременности.

Данное исследование подтверждает важность работы перинатального психолога с женщиной на стадии беременности. Имея результаты по группам, разбитым по диагнозам, психологу нужно будет взять необходимые методики, направленные на выявление характерных особенностей у женщин входящих в ту или иную группу, проанализируя которые, можно будет быстрее и эффективнее начать коррекционную работу с пациенткой.

#### Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
2. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18-27.
3. Русалов В.М., Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психологический журнал, 2003г., том 24, № 6, стр. 16-26.
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ): Докт. дис. М., 2001.

## Молекулярно-генетическое исследование affiliативного поведения при шизофрении: роль полиморфизма рецептора вазопрессина<sup>1</sup>

Алфимова М.В., Голимбет В.Е., Абрамова Л.И., Аксенова Е.В., Аникеева К.Э., Савельева Т.М. (Москва)

Проблема мультидисциплинарного изучения механизмов, лежащих в основе формирования длительных, теплых связей между людьми, является важной для клинической психологии, поскольку нарушения таких связей характерны для целого ряда психических расстройств. Особенно ярко они проявляются при аутизме и шизофрении. Развитие социальной нейронауки способствовало выделению потенциальных молекулярных механизмов, вовлеченных в affiliативное поведение у животных и человека. Среди них большое внимание в последние годы привлечено к двум родственным нейропептидам - окситоцину и вазопрессину, синтезируемым клетками гипоталамуса. В работах на животных моделях показана роль этих молекул в установлении родителско-детских и супружеских связей, а также в мотивации приближения к неродственным индивидам. Немаловажно, что эти нейропептиды включены и в механизмы памяти на социальные объекты. Роль окситоцина в социальном поведении наиболее четко продемонстрирована у особой женского пола, а вазопрессина – у самцов [4].

Вклад вазопрессина (AVP) в установление и поддержание социальных связей сначала был показан на серых полевках, обитающих в Северной Америке. Близкие виды этих животных демонстрируют различное супружеское поведение. Одни виды, в частности, степные полевки, моногамны, живут в норах большими семьями, а другие, например горные полевки, практикуют промишукитет и нередко обитают в индивидуальных норах. После спаривания у самцов моногамных видов формируется предпочтение своей партнерши, возрастает агрессия против других самцов, пробуждается отцовский инстинкт. С помощью фармакологических и трансгенных манипуляций было показано, что изменяя уровни AVP или состояние рецепторов AVPR1a, через которые AVP оказывает действие на мозг, можно усиливать или ослаблять эти поведенческие особенности представителей моногамных самцов. Была высказана гипотеза, что моногамия обусловлена особым распределением рецепторов AVPR1a в мозге степных полевок. Впоследствии у полевок обнаружили полиморфизм (наличие разных форм) гена, кодирующего рецептор AVPR1a. Существует предположение, что этот полиморфизм может отвечать за место и время экспрессии рецептора в мозге. Аналогичный полиморфизм (названный RS3) присутствует и у человека. В ряде работ изучали его влияние на различные аспекты социального поведения в норме и у больных аутизмом [2, 3, 5, 6]. Была показана связь RS3 с наличием и качеством супружеских отношений у мужчин, с активацией левой миндалины при предъявлении изображений разгневанных и испуганных лиц, а также со щедростью у детей и взрослых. Кроме того, было обнаружено, что частота одной из форм гена повышена у больных аутизмом. Эта форма получила название «аллель риска».

Мы провели у больных шизофренией и здоровых людей поиск ассоциаций между геном рецептора вазопрессина (AVPR1a, полиморфизм RS3) и направленностью на общение, измеренной с помощью шкал, отражающих различные аспекты интроверсии, из вопросников Айзенка и MMPI; у здоровых дополнительно использовали SPQ и TCI. Кроме того, у части испытуемых изучали способность к распознаванию мимической экспрессии эмоций [1]. У больных по сравнению со здоровыми, как и ожидалось, были снижены и показатели направленности на общение, и способность к распознаванию эмоций. Однако связь этих признаков с геном AVPR1a нашли только у здоровых. Носители хотя бы одного «аллеля риска» характеризовались повышением уровня социальной интроверсии (шкала Si MMPI) относительно тех лиц, в генотипе которых этого аллеля не было (при контроле пола и возраста  $F=6,10$ ,  $p=0,01$ ,  $n=263$ ). Дальнейший факторный анализ оценок по всем шкалам MMPI показал, что в фактор, на который Социальная интроверсия имела максимальную нагрузку, с высокими весами вошли также шкалы тревожно-депрессивного ряда (D, Pt и Ma, причем Ma - с отрицательным знаком). Как и для шкалы Si, оценки по фактору значительно различались между носителями разных форм гена AVPR1a ( $F=5,81$ ,  $p=0,02$ ). У носителей «аллеля риска» отмечался рост оценок, указывающий на усиление социальной интроверсии и повышение депрессивных и тревожных черт. При этом, однако, носители «аллеля риска» продемонстрировали тенденцию к лучшему распознаванию мимической экспрессии эмоций ( $F=4,18$ ,  $p=0,04$ ,  $n=75$ ), что перекликается с данными об усиленной активации миндалины у лиц с таким генотипом в ответ на предъявление разгневанных и испуганных лиц [5].

У больных, несмотря на иную в целом факторную структуру шкал MMPI, также выявлен фактор, включавший в себя оценки Социальной интроверсии, Депрессии и Мани. Это свидетельствует, что снижение общительности у больных, измеряемое с помощью данного теста, в существенной сте-

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке грантом 12-06-00040-а Российского фонда фундаментальных исследований.

пени связано с усилением признаков депрессии в их состоянии. Однако наши результаты не позволяют ответить на вопрос, являются ли первичными нарушениями социальных контактов, что и вызывает усиление тревожных и депрессивных симптомов, либо депрессия ведет к снижению направленности на общение. Оценки по фактору, как и оценки шкалы Si, не были значимо связаны с полиморфизмом RS3 у больных (n=131).

В целом полученные данные свидетельствуют, что в норме «аллель риска» гена *AVPR1a* связан с повышением чувствительности к социальным сигналам и снижением числа контактов в комплексе с усилением выраженности депрессивных и тревожных черт. У больных происходит снижение общительности, и это нивелирует первоначальную нормальную вариативность по данному признаку, связанную с геном рецептора вазопрессина. Главные биологические источники замкнутости больных, видимо, не связаны с изученным полиморфизмом.

#### Литература

1. Alfimova M.V., Abramova L.I., Barhatova A.I. et al. Facial Affect Recognition Deficit as a Marker of Genetic Vulnerability to Schizophrenia // *Span. J. Psychology*. – 2009. - V. 12. – P. 46-55.
2. Ebstein R.P., Israel S., Chew S.H. et al. Genetics of human social behavior // *Neuron*. - 2010. - V. 65. – P. 831-844.
3. Ebstein R.P., Knafo A., Mankuta D. et al. The contributions of oxytocin and vasopressin pathway genes to human behavior // *Horm. Behav.* - 2012. - V. 61. - P. 359-379.
4. Insel T.R. The Challenge of Translation in Social Neuroscience: A Review of Oxytocin, Vasopressin, and Affiliative Behavior // *Neuron*. – 2010. - V. 65. – P. 768-779.
5. Meyer-Lindenberg A., Kolachana B., Gold B et al. Genetic variants in AVPR1A linked to autism predict amygdala activation and personality traits in healthy humans // *Mol. Psychiatry*. – 2009. – V. 14. – P. 968-975.
6. Walum H., Westberg L., Henningsson S. et al. Genetic variation in the vasopressin receptor 1a gene (*AVPR1A*) associates with pair-bonding behavior in humans // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2008. – V. 105. – P. 14153-14156.

### **Исследование когнитивных подпроцессов саморегуляции, связанных с социальной апперцепцией, у лиц с психической патологией, совершивших общественно опасные деяния (ООД)**

Белякова М.Ю., Булыгина В.Г. (Москва)

Для проведения психокоррекционных мероприятий в отношении лиц с психической патологией, совершивших ООД, во всем мире используются тренинговые программы, направленные на формирование навыков проблемно-решающего поведения. Для осуществления поставленных задач необходимо оценивать степень сохранности регуляторных процессов, а также особенности когнитивных подпроцессов у лиц с психической патологией, относящихся к построению модели значимых условий деятельности, которые связаны с социальной апперцепцией.

Под социальной апперцепцией подразумевается способность к адекватному восприятию и интерпретации субъектом контекста ситуации, продуцированию альтернатив ее исхода и выбору наиболее адекватного варианта ее разрешения, а также способность к распознаванию эмоционального контекста ситуации.

С целью исследования когнитивных подпроцессов саморегуляции поведения и диагностики социальной апперцепции лиц с психической патологией, совершивших ООД, была предпринята попытка создания нового методического инструмента – оригинальной проективной методики изучения социальной апперцепции (Булыгина В.Г., Белякова М.Ю., 2011).

Для создания данной методики были придуманы различные ситуации, предполагающие несколько вариантов развития, которые при помощи метода экспертных оценок были отнесены к определенному контексту. В качестве экспертов выступали психологи и психиатры. С использованием коэффициента внутриклассовой согласованности были отобраны 22 ситуации, 8 из которых были отнесены к социально-бытовому контексту, 7 – к криминальному и 7 – к контексту, связанному с болезнью. Отобранные ситуации были изображены художником в виде картинок. Люди, участвующие в ситуациях, намеренно изображались без прорисовки лиц, чтобы усилить неопределенность стимульного материала.

Процедура исследования с использованием данной методики заключается в последовательном предъявлении картинок испытуемому, в ходе которого по каждой из них он должен ответить на следующие вопросы:

1. «Что изображено на картинке, что происходит (опишите ситуацию)?».
2. «Как вам кажется, что будет происходить дальше, какие могут быть варианты развития событий?».
3. «Как бы вы поступили на месте одного из участников ситуации (выберите любого)?».
4. «Какие эмоции испытывают участники ситуации?».

Все ответы испытуемого протоколируются, а затем проводится их качественная оценка по следующим параметрам: - соответствие интерпретации ситуации заданному контексту; - адекватность

интерпретации ситуации; - полнота описания ситуации; - детализация описания ситуации; - привнесение личностного смысла в интерпретацию ситуации; - количество альтернатив дальнейшего развития ситуации; - адекватность предложенных альтернатив контексту ситуации; - социальная приемлемость предложенных вариантов развития ситуации; - наличие агрессивных вариантов развития ситуации; - конструктивность варианта развития ситуации, предложенного испытуемым от своего имени; - идентификация с одним из участников ситуации (жертвой, агрессором, нейтральным персонажем); - распознавание эмоций участников ситуации.

С использованием данной методики было проведено пилотажное исследование. В нем приняли участие 40 испытуемых с психическими расстройствами без выраженных когнитивных нарушений (у 35% испытуемых было диагностировано органическое психическое расстройство, у 40% – шизофрения и у 25% - расстройство личности), совершивших ООД, которые проходили стационарную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ГНЦ ССП им В.П. Сербского» Минздрава РФ. В качестве группы нормы выступили 26 психически здоровых испытуемых с просоциальным поведением, различающихся по уровню образования (от среднего до высшего), роду деятельности (представители гуманитарных, технических профессий, рабочие и учащиеся), социально-экономическому статусу, семейному положению.

В исследовании также были использованы методики «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова, 2004), «Эмоциональный интеллект» (Н.Холл, 2004).

Результаты исследования.

Психически больные лица, совершившие ООД, как и представители контрольной группы, были способны к адекватному восприятию изображенных ситуаций, их адекватной интерпретации. Но при этом они были склонны к привнесению субъективно значимых смыслов в интерпретацию ситуаций. Для них характерным было продуцирование агрессивных вариантов развития ситуации и предложение неконструктивных способов ее разрешения от своего имени. Большинство испытуемых продуцировало не более 2 вариантов развития каждой ситуации (в то время как психически здоровые лица с нормообразным поведением предлагали 3 и более вариантов разрешения ситуации). Для них характерен низкий общий уровень сформированности способности к осознанной произвольной саморегуляции поведения, особенно регуляторной гибкости, крайне низкий уровень эмоционального интеллекта с неспособностью регулировать свое эмоциональное состояние, крайняя эмоциональная ригидность.

Что касается различий в степени выраженности способности к произвольной осознанной саморегуляции поведения, то психически больные испытуемые, совершившие ООД, демонстрируют noticeably более низкий уровень сформированности данной способности и регуляторной гибкости по сравнению с нормой, включая моделирование значимых условий деятельности, оценку и коррекцию ее результатов. Для них характерна более низкая выраженность всех показателей эмоционального интеллекта кроме эмоциональной осведомленности.

С увеличением степени выраженности нарушений способности к руководству своими действиями были связаны эмоциональная ригидность, наличие оценочных суждений при интерпретации ситуации, а также акцентирование внимания на второстепенных деталях при восприятии ситуации, неспособность к распознаванию эмоций, опора на субъективные критерии при интерпретации ситуации, нарушение регуляторной гибкости.

При разделении испытуемых по направленности совершенного ими противоправного деяния было выявлено следующее. Лиц, совершивших преступления против личности, характеризовало отсутствие способности к эмпатии, неспособность к управлению своими эмоциями, меньшее количество продуцируемых вариантов развития ситуации, наличие оценочных суждений при интерпретации ситуации, акцентирование внимания на второстепенных деталях при восприятии ситуации, а также склонность предлагать агрессивные альтернативы развития ситуации.

Таким образом, нарушение целостной системы осознанной саморегуляции поведения, дефекты в функционировании когнитивных подпроцессов, связанных с социальной апперцепцией - неспособность видеть альтернативные варианты развития ситуации и пути ее конструктивного разрешения вносят значимый вклад в совершение ООД психически больными лицами.

### **Роль медицинского психолога-эксперта при производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном судопроизводстве**

Ермакова А.А., Лысов А.А., Молодцов М.А. (Новосибирск)

В настоящее время одним из приоритетных направлений в совершенствовании Уголовного кодекса Российской Федерации является имплементация норм международного права и приведение Уголовного кодекса в соответствие международным правовым актам. Данная тенденция заставляет

законодателей ориентироваться на приоритетную защиту личности, ее прав и свобод при сохранении должного внимания к защите интересов общества и государства. Все больше возрастает роль специалистов, целью которых является изучение объекта правовых отношений, в частности роль специалистов в области психологии. Основная цель включения психологических знаний в процесс законотворчества и правоприменения в сфере уголовно-правовой борьбы с преступностью можно определить как создание гарантий против объективного вменения, а так же обеспечение учета особенностей и состояний личности в соответствии с принципом справедливости. Новый Уголовный кодекс существенно расширяет возможности применения психологических знаний и содержит значительно возросшее число юридических положений, имеющих психологическое содержание, поэтому от компетентного использования психологических знаний и грамотного взаимодействия с экспертами других специальностей и специалистами смежных областей правоприменения зависит эффективность судопроизводства и соблюдение прав и интересов граждан, охраняемыми законом. Решение возникающих по уголовным делам вопросов психологического содержания на уровне современного научного знания, расширение сферы применения данных психологии в уголовном процессе может способствовать всестороннему и полному расследованию преступлений, установлению объективной истины по уголовным делам. Результатом использования теоретических и методологических основ судебной психологии в рамках одной из важнейших процессуальных форм - экспертизы, является комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (далее по тексту КСППЭ). Большинство задач, относящихся к сфере практической психологии, являются комплексными, требующими учета сложного системного строения личности и целостного подхода к оценке психической деятельности. Успешное решение таких задач возможно лишь при взаимодействии экспертов с представителями смежных научных специальностей, что позволяет получить наибольшую эффективность судопроизводства. Данный вид экспертиз предъявляет определенные требования к основным организационно-правовым, теоретическим и методологическим профессиональным аспектам деятельности судебного эксперта-психолога [1, 4]. За последнее десятилетие наблюдается значительный рост количества назначаемых КСППЭ. Так, например, приведенные данные о соотношении комплексных экспертиз по отношению к однородным за три года работы отделения судебно-психиатрической экспертизы для лиц содержащихся под стражей Государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы №3 наглядно отражают тенденции к их росту: (2010 год - 61 %, 2011 год - 78%, 2012 год-76% ). Данная тенденция связана не только с теоретическими достижениями, но и с точки зрения практической эффективности. Вместо последовательного проведения двух экспертиз однократное проведение КСППЭ существенно повышает экономичность производства экспертизы и сокращает сроки следствия. КСППЭ позволяет обследовать подэкспертного в стационарных условиях, что повышает надежность экспертных психологических выводов.

Взаимодействие медицинского психолога-эксперта и судебного психиатра в рамках проведения КСППЭ можно оценивать с двух сторон. Психолог – эксперт, реализует свои профессиональные знания в рамках проведения КСППЭ, выступает в двух ипостасях. С одной стороны, он выступает в качестве патопсихолога, принимая участие в судебно-психиатрической экспертизе, и, проводя полноценное экспериментально-психологическое исследование с целью решения задач дифференциальной психодиагностики и оценки степени нервно-психических расстройств; с другой стороны, выступает в качестве эксперта, решая соответствующие экспертные задачи. Научно обоснованная оценка личности обвиняемого выступает в качестве предпосылок установления обстоятельств, влияющих на степень и характер ответственности (смягчающие или отягчающие обстоятельства), предусмотренные ст. 61 и ст. 63 УК РФ. В соответствии с ч. 2 ст. 62 УК РФ особенности личности обвиняемого и прочие личностные характеристики выступают как обстоятельства, которые «учитываются в качестве смягчающих...не предусмотренных частью первой настоящей статьи». Полное исследование личности виновного способствует правильному решению вопроса о назначении наказания (ч.3 ст. 60 УК РФ) [5].

Таким образом, резюмируя вышесказанное можно утверждать, что наиболее общими основаниями назначения экспертизы индивидуально-психологических особенностей обвиняемого являются: потребность в установлении обстоятельств, влияющих на степень и характер ответственности, выяснение мотивов и механизмов преступления, раскрытие причин и условий, способствовавших совершению преступления, а также определение наиболее адекватного вида наказания с учетом индивидуального подхода [2, 3]. Исходя из этого, практические задачи данного вида экспертизы можно определить как: диагностика личностной индивидуальности, а именно направленности, черт личности, ее способностей и характера; оценка влияния личностного фактора на поведение и своеобразии психической деятельности в интересующий судебно-следственные органы момент времени.

Подводя итоги, можно сделать вывод о том, что расширение личностного подхода в соответствующих положениях закона достигло такого уровня, когда использование профессиональных психо-

логических знаний необходимо и для обеспечения их правильного применения при формировании эффективной следственной, судебной, прокурорской, экспертной практики. В целом данные положения нового Уголовного кодекса в своей совокупности определяют условия (предпосылки) уголовной ответственности за преступление как определенный вид человеческого поведения; реализуют личностный подход в уголовно-правовом регулировании, требуя непосредственного использования профессиональных психологических знаний, детального анализа психологических свойств и состояний личности виновного и потерпевшего либо психологических свойств и состояний субъектов общественно полезных действий, лишь внешне сходных с преступными; углубляют психологические характеристики ряда дефиниций, норм и институтов уголовно-правовых отношений. Можно отметить, что, несмотря на стремительный прогресс КППЭ за последнее десятилетие, на сегодняшний момент наиболее полно реализована лишь психодиагностическая функция практической психологии. Множество методологических и практических аспектов деятельности психолога-эксперта в процессе законотворчества и судопроизводства нуждаются в дальнейшей разработке и совершенствовании. КСППЭ раскрывает обширные возможности для интеграции судебной психологии с такими науками, как сексопатология, наркология, токсикология, позволяя осваивать новые сферы применения данного вида экспертизы и эффективно решать задачи, поставленные правом.

Литература

1. Балабанова Л.М. Судебная психопсихология (вопросы определения нормы и отклонений). Д., 1988
2. Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М., 1988
3. Основы судебно-психологической экспертизы: Учеб. пособие для вузов. Нагаев В.В. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000.
4. Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. — М.: Гардарики, Смысл, 1998.
5. Уголовный кодекс Российской Федерации. Психологический комментарий. Ситковская О.Д. «Контракт», «Волтерс Клувер», 2009

### **Проблемы дифференциальной диагностики умственной отсталости в экспертной практике**

Морозова М.В., Савина О.Ф. (Москва)

В экспертной практике дифференциальную диагностику умственной отсталости, недостаточности когнитивных функций различного генеза и органической патологии нередко незаслуженно относят к числу наименее сложной. При этом основное внимание в структуре психопсихологического симптомокомплекса уделяется констатации имеющихся интеллектуально-мнестических возможностей и нарушений в эмоционально-волевой сфере, оставляя вне поля зрения определение механизмов, стоящих за данными феноменами, сопоставление всего комплекса выявленных особенностей в их сочетании и взаимодополнении (усилении или компенсации).

Проведенный нами анализ экспертных случаев показывает, что обнаруживаемые низкий интеллект, недостаточность функций памяти, а также волевого самоконтроля не столь однозначны и однородны по своей структуре и генезу. Порой для точной диагностики, а также и экспертной оценки большую роль играет соотношение сохранных и нарушенных зон, потенциальных способностей и актуальных возможностей, динамические аспекты изменений психической деятельности, личностные особенности и компенсаторные ресурсы. Актуальной проблемой является гипердиагностика умственной отсталости с игнорированием генеза интеллектуальной недостаточности и трудностями дифференциации когнитивных расстройств органической природы от интеллектуального недоразвития. Так, например, при проведении судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам в Российской Федерации в целом у каждого третьего лица диагностирована умственная отсталость (в некоторых регионах эта цифра доходит до 60%), в то время как в Москве и Санкт-Петербурге их число не превышает 8-11%. Такое расхождение может объясняться и гипердиагностикой умственной отсталости, в том числе за счет недостаточного или неэффективного использования знаний психологии в целом и результатов психопсихологического исследования – в частности.

При проведении экспертного освидетельствования диагностические вопросы, как правило, решаются в пользу умственной отсталости без развернутой доказательной базы, если в детском возрасте субъекту уже выставлялся диагноз «Олигофрения», генезу же интеллектуальной недостаточности внимание практически не уделяется. Психологические исследования при этом редуцированы или вовсе отсутствуют, тогда как именно психология позволяет объективировать структуру и степень интеллектуального снижения или недоразвития, обладая специальным инструментарием для определения не только формальных количественных показателей уровня интеллекта - IQ, а, что более важно, качественных интерпретаций данных психопсихологического обследования.

Количественные показатели уровня интеллекта не дают полной картины интеллектуальной деятельности субъекта, структуры его познавательной сферы, сохранных и нарушенных звеньев в ней, не позволяют определять зону ближайшего развития и наличие потенциальных возможностей, также они

малоинформативны и для экспертной диагностики. Тестовые задания при определении коэффициента IQ с сугубо формальной интерпретацией полученных результатов ориентированы лишь на выявление актуального уровня знаний, умений и навыков. Хотя их шкальные оценки традиционно, особенно в зарубежной психологии, соотносятся со степенью выраженности интеллектуального дефекта, тем не менее, не позволяя определить его генез, структуру нарушений, компенсаторные возможности, ресурсы дальнейшего развития, а также и качественные нарушения психической деятельности (например, искажение процесса обобщения в случае эндогенного заболевания).

При дифференциальной диагностике умственной отсталости наиболее эффективна модификация части патопсихологических методик и проб в обучающий эксперимент с использованием различных вариантов коррекционных воздействий, помощи и поддержки. Это позволило выявить не только актуальный интеллектуальный уровень, но и наличие потенциальных возможностей, диапазон зоны ближайшего развития, способности к обучению, формированию навыков и переносу полученного опыта. Именно такое патопсихологическое обследование является наиболее доказательным для врача-психиатра и помогает ему утвердиться в той или иной диагностической версии, а также спроецировать выявленные феномены психической деятельности подэкспертного на конкретную криминальную ситуацию.

Проведенное нами исследование позволило выявить значимые характеристики, на которые следует обращать особое внимание при интерпретации данных патопсихологического исследования и выдвижении диагностических гипотез.

- Соотношение потенциальных интеллектуальных, личностных возможностей и уровня актуального развития. Например, лицо с максимально скомпенсированной умственной отсталостью может дать формально более высокие показатели при проведении мыслительных операций и установлении простых логических связей, чем подэкспертный с органическим психическим расстройством на фоне социальной и педагогической запущенности. Однако, в первом случае ресурсы такого субъекта для анализа нестандартных, непривычных ситуаций минимальны, способы принятия решений стереотипизированы, недифференцированы, репертуар поведенческих реакций крайне ограничен, что и может обусловить экспертное решение об экскульпации такого подэкспертного, несмотря на его внешнюю, относительную интеллектуальную состоятельность. В то время как сниженный уровень актуального интеллектуального развития во втором случае обычно сочетается с достаточной ориентированностью в новых событиях, способностью к принятию самостоятельных осмысленных решений за счет более высоких потенциальных возможностей и компенсаторных ресурсов, что важно принимать во внимание при экспертной оценке.

- Механизмы возникновения ошибочных решений. При умственной отсталости неверные ответы обусловлены, как правило, недостаточностью интеллектуальных ресурсов. В случае органических психических расстройств за решениями, проявляющимися в феноменах снижения уровня обобщения, кроме упомянутого выше, могут стоять различные психологические механизмы: мотивация во время проведения исследования; недостаточность активного внимания, повышенная утомляемость, психическая истощаемость и другая церебральная симптоматика; трудности организации и упорядочения деятельности со склонностью к спонтанным решениям; сниженные критические возможности и др. Выявление этих механизмов позволяет принять не только диагностические, но и экспертно верное решение, давая возможность экстраполировать те или иные особенности психической деятельности (психологические механизмы) на криминальное поведение подэкспертного.

- Волевая регуляция. У лиц с умственной отсталостью (в зависимости от ее степени) недостаточность волевого компонента, хотя и влияет на организацию психической деятельности в целом, но в меньшей степени сказывается на структуре и продуктивности интеллектуальной деятельности, в то время как у субъектов с органическими психическими расстройствами нарушения волевой регуляции могут быть определяющими не только в эмоциональных проявлениях и личностных реакциях, но и оказывать выраженное влияние на эффективность функционирования когнитивной сферы. Зачастую при наличии достаточного запаса общих знаний и потенциальных интеллектуальных возможностей подэкспертный именно за счет снижения волевой регуляции в целом не способен реализовать имеющиеся ресурсы интеллекта или реализует их не в полной мере, что может стать основанием для экспертного решения о его неспособности (или ограниченной способности) осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими.

Таким образом, выявление генеза интеллектуальной недостаточности имеет большое значение не только для диагностики, лечения и коррекции, но и для повышения доказательности экспертных выводов с анализом противоправного поведения на основании патопсихологических (психологических) механизмов регуляции психической, в том числе и интеллектуальной, деятельности.



## Личностные особенности и криминальное мышление у осужденных женщин Скалон А.Д. (Москва)

Вопросы, рассматриваемые клинической психологией, охватывают широкий круг явлений, среди которых – расстройство личности. Расстройства личности подразумевают социально негибкое и отличающееся от нормы поведение [1], вплоть до преступного.

Анализ литературы показывает, что существует множество теорий и подходов к объяснению преступности. Однако многие из этих теорий являются узконаправленными и не могут в должной мере объяснить такой сложный, комплексный феномен как преступность. Другие же теории, пытаясь охватить более широкий круг проблем, не имеют инструментов эмпирической оценки их теоретических положений. Подходом, сочетающим достаточно хорошо проработанную теорию с большим количеством исследований, подтверждающих существование выдвинутых ею конструктов, является теория образа жизни Гленна Уолтерса [5]. Автор указывает, что преступность формируется на основе взаимодействия трех параметров: условий, выборов и когниций, причем последние играют самую важную роль, т.к. именно они ответственны за совершение преступления [4]. Целесообразность оценки криминального мышления подтверждается целым рядом исследований [2, 3]. В нашем исследовании криминальное мышление оценивается с помощью разработанной Гленном Уолтерсом методики исследования стилей криминального мышления (МИСКМ).

Интерес представляет изучение женской преступности. В течение последних десятилетий, и особенно, последних двух десятилетий, происходит размывание границ гендерных ролей, женщины получили доступ к новым областям деятельности, которые ранее были для них недоступны, помимо этого, наблюдается изменение ценностей и моделей поведения женщин. Указанные особенности сказываются и на характере женской преступности.

Целью нашего исследования стало изучение вопроса освязи криминального мышления с личностными особенностями среди осужденных женщин.

Показатели криминального мышления измерялись с помощью методики исследования стилей криминального мышления (МИСКМ), для исследования личностных особенностей был выбран пятифакторный опросник, также был применен опросник агрессивности Басса-Перри.

В исследовании были использованы данные 48 женщин, имеющих две и более судимости за корыстные, корыстно-насильственные и насильственные преступления.

Проведенное исследование показало следующие результаты. Наблюдается корреляция шкалы нейротизма пятифакторного опросника со шкалой непоследовательности методики исследования стилей криминального мышления, что, по-видимому, объясняется такими параметрами, как неадекватность реакций, тревожность, беспокойство, которые могут быть ответственны за непоследовательность или быть составными частями этого явления. Также выявлена связь шкалы нейротизма со шкалами избегания проблем и страха перемена.

Шкала открытости опыта отрицательно коррелирует со многими шкалами МИСКМ, что может указывать на присущую всем им ригидность восприятия, т.е. рассмотрение проблем в четко очерченном контексте, отсутствие любознательности, неготовность к восприятию нового. Отрицательная корреляция между шкалой согласие, которая отражает доброжелательность, великодушие, доверие к людям и шкалами импульсивность, вседозволенность, ориентация на власть, сверхоптимизм, враждебность и самонадеянность также выглядит правдоподобно.

Шкала добросовестности измеряет степень организованности и мотивированности в достижении цели. Отрицательная корреляция со шкалами опросника МИСКМ указывает, что их объединяет легкая отвлекаемость и неорганизованность, что соответствует содержанию большинства выделенных шкал.

Сопоставление данных, полученных с помощью методики исследования стилей криминального мышления с опросником агрессивности Басса-Перри, показало, что шкала физической агрессии коррелирует со всеми шкалами, кроме шкал сентиментальности и избегания проблем. Эти конструкты действительно не предполагают физического выражения агрессии, т.к. сентиментальность указывает, что человек воспринимает себя «хорошим парнем», а не агрессивным нарушителем законов, а шкала избегания проблем указывает на склонность уклоняться от прямых конфликтов. Корреляция между шкалой враждебности и шкалой самооправдания соответствует ожиданиям, т.к. указывает на связь между такими явлениями как экстернализация вины и подозрительность. Корреляция шкалы страха перемен со шкалой враждебности (которая включает подшкалы «подозрительность» и «обидчивость») позволяет предположить, что названные особенности играют достаточно существенную роль в формировании (или поддержании) страха перемен.

В результате проведенного исследования были обнаружены связи между конструктами, измеряемыми указанными методиками. Можно сказать, что криминальное мышление женщин связано с

такими явлениями как агрессия, враждебность и с такими личностными особенностями как тенденция видеть мир в черно-белых тонах, трудности организации деятельности, непоследовательность в мыслях и действиях, отсутствие навыков совладающего поведения, экстернализация вины.

Исследование личности требует сопоставления многих данных, понимания того, что личность является сложным феноменом, который невозможно понять, находясь в рамках одной-единственной парадигмы. В дальнейших исследованиях необходимо применение клинико-психологического подхода, который позволит системно рассмотреть вопрос о роли расстройств личности в преступном поведении.

#### Литература

1. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. \ Под ред. М.Перпе, У.Бауманна; СПб.: Питер, 2012
2. Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
3. Holsinger, 1999; Holsinger, A. M. (1999). Assessing criminal thinking: Attitudes and orientations influence behavior. *Corrections Today*, 61, 22-25.
4. Walters, G.D (1990) *The criminal lifestyle: Patterns of serious criminal conduct*. Newbury Park, CA: Sage.
5. Walters, G.D (1998) *The Lifestyle Criminality Screening Form: Psychometric properties and practical utility*. *Journal of offender Rehabilitation*, 34

#### Слова благодарности

Автор выражает признательность кандидату психологических наук, доценту кафедры нейро- и патопсихологии Ениколопову Сергею Николаевичу.

### **Коррекция социальной адаптации детей с умственной отсталостью методами нейропедагогики** Москвина Н.В., Москвина К.В. (Москва)

**Введение.** В настоящее время проблема перинатальной патологии ЦНС приобретает особую актуальность в связи со значительным ростом травматических и инфекционных повреждений центральной нервной системы у новорожденных и их влияния на формирование соматоневротической патологии и задержек развития.

Современные клинические и нейропсихологические исследования свидетельствуют о том, что у детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, гипоксию при рождении и имеющих симптомы нарушенного мозгового кровообращения, отмечаются значительные изменения нервно-психического статуса не только в первые недели и месяцы после рождения, но и в последующие годы жизни. Пре- и перинатальные поражения мозга, незрелость и дисфункция коры больших полушарий квалифицируется педагогами и психологами как задержки развития (в самых разнообразных ее вариантах).

**Актуальность проблемы** связана с увеличением количества детей и подростков с последствиями поражений мозга в пре- и перинатальный периоды развития. Это делает актуальной задачу разработки и апробации новых нейропсихологических и психофизиологических методик по выявлению и коррекции таких состояний, а также необходимости разработки новых методик, **направленных на стимуляцию развития мозга методами двигательной и дыхательной терапии** (с учетом индивидуальных нейропсихологических и психофизиологических особенностей больных).

Анализ литературных источников (как отечественных, так и зарубежных) позволяет говорить о том, что аналогичные исследования в этой области за рубежом в настоящее время проводятся достаточно активно (можно привести в качестве примера работы Карлы Ханнафорд, Глена Домана, Пола Деннисона и др.). В отечественной нейропсихологии также известны исследования по разработке методов коррекции подобных нарушений методами двигательной терапии (А.Семенович, А.Сиротюк, Ю.Микадзе, В.Москвин, Н.Москвина и др.). Однако в отечественной психологии методики зарубежных специалистов мало апробированы, отсутствуют серьезные и основательные исследования по апробации этих методик, также отсутствуют данные по применению указанных методик с учетом индивидуальных профилей функциональных асимметрий пациентов.

**Методика.** В связи с этим, нами было проведено исследование возможностей применения новых методов коррекции последствий поражений мозга у детей и подростков методами нейропедагогики с учетом особенностей функциональных асимметрий испытуемых (В.А.Москвин, Н.В.Москвина, 2009). Коррекционные мероприятия были направлены повышение активности двигательных (моторных) зон и на развитие межполушарных отношений испытуемых. Основным предмет изучения являлась коррекция последствий поражений мозга у детей и подростков методами специальной двигательной и дыхательной терапии (с учетом индивидуальных нейропсихологических и психофизиологических особенностей больных). При диагностике использовалась нейропсихологическая методика «Карта латеральных признаков» (по А.П.Чуприкову) с диагностикой признаков парциального доминирования по А.Р. Лурия. Было запланировано применение нейропсихологических и психофизиологических методик коррекции последствий поражений мозга методами нейропедагогики (специальны-

ми методами двигательной и дыхательной терапии, методом метеобарокоррекции, аудиовизуальной стимуляции и др.), а также исследование динамики психофизиологических и индивидуально-психологических особенностей в процессе коррекции с помощью психологических и психофизиологических тестов - теста Люшера, методики САН, КЧСМ, и др. (при наличии возможности применения методик с учетом интеллектуальных особенностей испытуемых). Аналогичное исследование проведено в контрольной группе здоровых лиц. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критериев Фишера и Вилкоксона.

**Результаты.** Проведенные пилотажные исследования показали наличие положительных результатов в динамике психологических и психофизиологических показателей. Выявлено, что использованные методики дыхательной и двигательной терапии имеют практическое значение в целях коррекции интеллектуальных нарушений и психоэмоциональных расстройств детей и подростков с задержками развития (с учетом нейропсихологических, психофизиологических и индивидуально-психологических особенностей испытуемых).

**Выводы.** Предполагается, что проведение дальнейших исследований в этой области даст возможность разработки индивидуальных нейрореабилитационных мероприятий и программ с испытуемыми, имеющими подобные нарушения.

#### Литература

1. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга (3-е изд.) / А.Р. Лурия. - М.: Академический Проект, 2000. - 512 с.
2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. - М.: Изд-во МГУ, 1973. - 374 с.
3. Москвин В.А. Основы дифференциальной нейропедагогике / В.А. Москвин, Н.В. Москвина. - Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2003. - 152 с.
4. Москвин В.А. Межполушарные отношения и индивидуальные различия человека / В.А. Москвин, Н.В. Москвина. - М.: Изд-во Смысл, 2011. - 368 с.
5. Sakano N. Latent left-handedness. Its relation to hemispheric and psychological functions / N. Sakano. - Jena: Gustav Fischer Verlag, 1982. - 122 p.

### Оценка эффективности реабилитационного процесса

Новотоцкая-Власова Е.В., Булыгина В.Г. (Москва)

Оценка эффективности психокоррекционной работы применительно к практике принудительного лечения (ПЛ) является актуальной задачей в области профилактики общественной опасности. Дискуссионность этого вопроса сопряжена с рядом методологических и операциональных ограничений, которые возникают в рамках одного исследования в виду комплексного характера процесса реабилитации. Тем не менее, с целью улучшения клинической практики необходимы подтверждения положительных результатов психореабилитационных вмешательств.

В данной работе схема исследования реализует попытку соблюдения ряда положений, позволяющих проконтролировать эффекты различных компонентов реабилитации (например, фармакотерапии, социальной работы и т.д.).

В качестве успеха проводимых реабилитационных мероприятий рассматривалось улучшение социального функционирования, редукция психопатологической симптоматики, появление осознания болезни и снижение уровня агрессии, что соответствует основным целям принудительного лечения.

В качестве психодиагностического комплекса были использованы: 1) шкала социальной поддержки (MSPSS в адаптации В.М. Ялтонского); 2) тест Басса-Дарки; 3) тест А. Асингера. Замеры производились в два этапа – до и после психотерапевтической программы.

Было обследовано 130 мужчин, которые проходили стационарное лечение в ГУЗ КОКПБ г. Кемерово. 100 пациентов находились на принудительном лечении в рамках одного отделения, из которых 60 принимали участие в психотерапевтических занятиях (основная группа), оставшиеся 40 были обследованы как группа сравнения. 30 больных, не совершавших ООД, были привлечены в качестве контрольной группы. На этапе статистической обработки была показана однородность всех трех изучаемых групп.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие особенности исследуемых групп.

*Психологические шкалы агрессии.* Максимальное снижение общего индекса агрессии было выявлено в группе находящихся на ПЛ, и участвовавших в психотерапии. Однако внутригрупповая и межгрупповая динамика отдельных структурных составляющих агрессии была различной. Так показатели «обиды» выросли во всех группах, тем не менее, у лиц, проходящих психотерапию, наблюдаемая динамика была минимальной. Однозначной интерпретации полученного результата нет, т.к. создатели методики понимали переменной «обиды» ненависть и зависть к окружающим за вымышленные и действительные действия. Поэтому вопрос о том, является ли данный психологический феномен следствием стигматизации, или других клинко-социальных факторов остается открытым.

Максимальное снижение значений индексов агрессии отмечалось в данной группе по шкалам «вербальная агрессия», «негативизм» и «раздражительность», что означает снижение готовности данных больных к проявлению негативных чувств и появлению большей толерантности по отношению к установленным правилам поведения. Увеличение чувства вины наблюдалось также только в группе пациентов, проходящих психотерапию, что отражает возможное появление у них представления о том, что они поступают зло, и угрызений совести. Сочетание чувства вины со способностью к совладанию (копингу) является общепризнанным протективным фактором риска насилия.

*Поведение в отделении.* Среди больных, не занимающихся психореабилитацией, было больше лиц, имевших проблемные отношения в отделении и постоянные нарушения режима.

У лиц с невыраженной и отрицательной динамикой показателей агрессии наблюдались несистематические нарушения режима в отделении, проявлявшиеся в агрессии по отношению к другим больным, а для группы с отрицательной динамикой они приобретали вид отрицательного лидерства. У обследованных с положительной динамикой этот индекс оказался почти в 2 раза меньше ожидаемой величины

*Таким образом,* анализ психологической и поведенческой динамики, обусловленной, в том числе и психотерапевтической работой с пациентами, подтверждает практическую значимость и целесообразность ее внедрения в практику работы отделений, осуществляющих принудительное лечение.

Литература

1. Абдраязова А.М., Булыгина В.Г. Методы оценки эффективности психокоррекционных и тренинговых программ во время принудительного лечения психически больных. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравоохранения, 2011. – 23 с.
2. Булыгина В.Г., Воронин В.С., Каганович Ю.Т. и др. Психокоррекционные мероприятия в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей/ Под ред. В.Г. Булыгиной - М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравоохранения РФ, 2012. – 350 с.
3. Устьянина Ж.Г., Булыгина В.Г. Новотоцкая-Власова Е.В. Динамика психологических и поведенческих маркеров процессе психореабилитационных мероприятий// Психическое здоровье, 2012. №12.

### **Система комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями опорно-двигательной системы**

Тюрин А.В. (Москва)

Нынешняя конференция посвящена памяти Юрия Федоровича Полякова. Моя встреча произошла с ним, когда мы студенты-первокурсники психфака МГУ выбирали себе научных руководителей для первой в нашей студенческой жизни курсовой работы. С тех пор вплоть до защиты диссертации он был моим руководителем. Анализируя эту работу можно заметить изменение научных интересов Полякова. Если в начале нашей работы мы занимались патологией мышления, то к концу нашей совместной работы предметом были особенности психологической адаптации людей с проблемами движения. Данный факт представляется примечательным, учитывая, что много времени Юрий Федорович уделял шизофрении. Казалось, что между этими темами большая пропасть. В эти годы шла трансформация самой клинической психологии. Она прошла путь от патопсихологии к медицинской психологии. Иными словами можно сказать наша отрасль психологии прошла путь от исследования грубых нарушений к ведению профилактических мероприятий.

С момента своего окончания обучения на факультете и до сих пор я занимаюсь психологическим сопровождением учебного процесса высшего профессионального образования лиц с нарушением опорно-двигательной системы (ОДС). В результате многолетней работы с данным контингентом лиц была выработана авторская система «Комплексная реабилитация лиц с нарушением ОДС». Под комплексной реабилитацией понимается система взаимосвязанных мероприятий, направленных на максимально возможную социализацию инвалидов. Эти мероприятия носят медицинский, психолого-педагогический и социальный характер. Целью ее разработки было определение роли каждой из этих составляющих в общей картине комплексной реабилитации. Оказалось, что психолого-педагогическая реабилитация является системообразующим элементом при проведении реабилитации.

**Первый этап – восстановительное лечение.** Под восстановительным лечением понимается медицинские меры по преодолению ограничений жизнедеятельности, применяемые к человеку со стойкими необратимыми, патологическими изменениями, нарушениями функций органов и систем. Пострадавшие функции могут быть восстановлены полностью, компенсированы или замещены.

Психологическая помощь пациенту на этапе восстановительного лечения сосредоточено на изменении стереотипов, на формировании активной личностной позиции с целью преодоления последствий болезни. Весь комплекс изменений психической деятельности формируется в процессе адаптации человека к изменяющимся жизненным условиям и оказывает влияние на психологическую компенсацию больного. На основании информации об изменениях во взаимоотношениях со средой, в

связи с изменившейся «биологической ситуацией» формируется внутренняя картина болезни (ВКБ), которая создает предпосылки для формирования адекватного состоянию мотивации, направленной на преодоление болезни (дефекта), на использование эффективных способов взаимоотношения со средой. Социальная реабилитация на этапе восстановительного лечения представлена в виде элементарной и бытовой реабилитации.

**Второй этап – психолого-педагогическая адаптация.** Психолого-педагогическая адаптация инвалидов является важным звеном в комплексной адаптации человека со стойкими нарушениями здоровья в современном мире. Ее задачи различаются в зависимости от возраста пациента.

Психолого-педагогическая адаптация - система педагогических и психологических мероприятий, направленных на облегчение социализации инвалидов. Психологическая помощь инвалиду начинается со сбора психологического анамнеза о течении болезни и жизненном пути пациента, который выявляет субъективный его мир. Педагогическая реабилитация инвалидов зависит от возрастных показателей инвалидов и основывается на реализации конституционного права гражданина России на образование. Образование инвалидов является составной частью комплексной реабилитации и призвано обеспечить равные возможности доступа к образовательной системе. Медицинское восстановление в ходе процесса обучения направлено на поддержание достигнутого уровня состояния здоровья и профилактику возможных обострений заболевания. Важную роль в этой работе играет лечебная физкультура и спортивные занятия. В ходе этой работы необходимо оптимизировать двигательную нагрузку на возможности организма больного к динамически изменяющимся условиям среды. Социальная реабилитация инвалидов в психолого-педагогическом звене системы комплексной реабилитации заключается в развитии культурного уровня и создании активной жизненной позиции, помощь в решении проблемы создания семьи, рождение детей.

В целом психолого-педагогическое звено комплексной реабилитации можно охарактеризовать как объектно-субъектную часть реабилитационного процесса. Инвалид здесь выступает как объект, на который направлены усилия специалистов в первую очередь педагогического звена, в то же время он является субъектом этого процесса. Субъектность инвалида здесь проявляется в форме самостоятельного сознательного выбора специальности, возможности найти наиболее подходящее для себя увлечение и сформировать свой микросоциум.

**Третий этап – социальная реабилитация.** Социальная реабилитация является системой и процессом определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления их к потребностям инвалидов. Характер и степень выраженности заболевания отражаются на видах социальной помощи. В задачи социальной реабилитации входит в обучении инвалида самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, правильно воспринимать и анализировать ее состояние, адекватно реагировать на изменения, происходящие в ней. Это особенно важно для инвалидов по зрению, при изменении привычной среды обитания. Для инвалидов с нарушением ОДС является крайне важным создание удобной среды. Эти удобства проявляются в форме пандусов, широких дверей, лифтов, низко расположенных электрических выключателей и других приспособлений. Наличие этих приспособлений делает жизнь инвалида независимой от других людей.

Таким образом, в процессе проведения реабилитационных мероприятий восстанавливается психологический статус человека с нарушением опорно-двигательной системы.

### **Психологические условия профессиональной адаптации юношей и девушек с нарушением зрения в условиях образовательного процесса**

Шлыкова Н.Л. (Москва)

Проблема профессиональной адаптации молодежи с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является одной из значимых проблем современности, решение которой необходимо в контексте сохранения психологического здоровья людей с ограниченными возможностями, совершенствования системы психологического обеспечения их профессиональной самореализации. Определив психологические условия, обеспечивающие высокий уровень профессиональной адаптации молодежи с ограниченными возможностями здоровья, возможно совершенствование профессионального самоопределения инвалидов, их профессиональной мобильности, налаживания продуктивного взаимодействия с работодателями.

Проблема профессиональной адаптации не является для психологической науки новой. Однако, по нашим сведениям, отсутствуют работы, которые бы раскрывали особенности адаптации молодежи к условиям профессиональной деятельности с учетом специфики заболевания юношей и девушек. Профессиональную адаптацию мы определяем как процесс активного приспособления человека к условиям производственной среды, направленный на достижение определенной степени соответствия

результатов деятельности требованиям профессиональной группы. В контексте исследования особенностей профессиональной адаптации молодежи с ограниченными возможностями здоровья важным является то, что профессиональная адаптация - это самоорганизующаяся система, где основными элементами являются структурные компоненты субъекта, с одной стороны, и особенности социального окружения, - с другой. Следовательно, при определении условий адаптации субъекта к профессиональной деятельности в начале трудового пути необходимо диагностировать уровень развития субъектных характеристик, значимых в осуществлении функциональных обязанностей, а также уровень развития элементов корпоративной культуры или специфики развития организации, в которой будет осуществляться деятельность молодого сотрудника с ограниченными возможностями здоровья. Так, собственно адаптация юношей и девушек с ОВЗ к профессиональной деятельности может зависеть от следующих моментов: личностный потенциал будущего работника, его готовность к профессиональной деятельности, скорость и качество приобретения профессиональных навыков, достаточных для качественного выполнения обязанностей.

Эмпирическое исследование адаптивности юношей и девушек с нарушением зрения, в котором приняло участие 44 испытуемых, показало, что данные респонденты характеризуется средним уровнем выраженности поведенческой регуляции, средним уровнем коммуникативного потенциала и моральной нормативности. Уровень личностного адаптационного потенциала является низким, поэтому можно сделать вывод о том, что за пределами интерната у молодежи с ОВЗ возможно возникновение трудностей со вступлением в контакт с окружающими, все это негативным образом может сказаться на их профессиональной адаптивности в будущем.

Согласно результатам диагностики когнитивно-деятельностного стиля, большинство испытуемых имеет следующие особенности мышления: легкое усваивание идей, мышление общими категориями, сосредоточенность на ключевых моментах производственного процесса, невнимание к деталям и связям между ними. В группе исследуемых на уровне распределения частот по шкале общения выявлен высокий уровень экстраверсии (57%), что говорит о склонности к обучению в коллективе и взаимодействию с другими людьми; по шкале «Подход к работе» частоты распределились равномерно между двумя полюсами – регламентированным подходом к работе и нерегламентированным. Похожее распределение наблюдается по шкале «Индивидуальные способности» – число «логиков» и «аналитиков» практически одинаково. По шкале оперативного мышления можно наблюдать склонность респондентов к синтезирующему типу мышления, при котором человек легко оперирует общими категориями, быстро схватывает идеи, сосредотачивается на ключевых моментах задачи.

Выделено 8 ключевых потребностей юношей и девушек в профессиональной деятельности:

- необходимость в помощи коллег ( 85 %);
- готовность к освоению более сложной работы (82%);
- необходимость в разнообразии работы (90 % );
- стабильность продолжительности рабочего дня (91 % );
- самостоятельность определения времени выполнения задания ( 85%);
- творческий характер трудовой деятельности (90%);
- проявление своих способностей в работе (90%);

Факторный анализ позволил выявить 6 факторов, влияющих на процесс профессиональной адаптации:

1. Организационные условия (продолжительность рабочего дня; возможность проявить свои способности в условиях профессиональной деятельности).
2. Социальные условия деятельности (чувство стабильности в трудовой среде, материальная помощь в различных ситуациях, самостоятельность в выборе времени отдыха).
3. Сотрудничество (помощь коллег).
4. Эргономические условия (отсутствие посторонних шумов, необходимость оплаты медицинских услуг).
5. Социально-психологические условия (необходимость наставничества, возможность общения с близкими и друзьями во время работы).
6. Креативность (готовность к выполнению сложной или новой деятельности).

Корреляционный анализ взаимодействия между показателями личностного адаптивного потенциала и факторами, выделенными на основе факторного анализа, показал, что существуют тесные взаимосвязи между факторами 3, 4, 5 и личностным адаптационным потенциалом.

Одной из значимых проблем профессиональной адаптации является реализация комплексных индивидуальных программ. Эффективности профессиональной адаптации зависит от того, насколько учитываются индивидуальные особенности субъекта деятельности с ОВЗ. Отсюда следует, что процесс профессиональной адаптации как комплекс необходимых мероприятий для успешной профессионализации молодежи с ограниченными возможностями здоровья должен включать взаимосвязан-

ные элементы: целевой (социальный заказ, цель, задачи); содержательный, состоящий из четырех блоков (диагностического, образовательного, компенсаторно-реабилитационного, блока профессиональной подготовки); результативный (готовность субъекта с ограниченными возможностями к самостоятельной жизнедеятельности), функциональный.

### **Психологическое сопровождение медицинских работников скорой помощи** Ананьева С.В. (Москва)

На современном этапе рыночных отношений к профессионалам предъявляются все более высокие требования. Кризисные явления во всех сферах и слоях общества находят свой отклик и в здравоохранении, где негативные тенденции за последнее время приобрели системный характер. Отмечается рост дефектов и ошибок в оказании медицинской помощи, жалоб не только на качество работы медицинских учреждений, но также жалоб этического и в целом деонтологического характера.

Профессиональная деятельность в сфере медицины в силу своей эмоциональной и физической загруженности, высокой интенсивности, в частности, работников скорой помощи, неизбежно сопровождается личностными изменениями различной модальности, как позитивного, так и негативного порядка [11]. На сегодняшний день экстренная помощь относится к сложным видам труда, который требует от субъекта разносторонней образованности, непрерывности процесса профессионализации, выполнения различных структурированных видов деятельности, сложных манипуляций, специфических знаний. Наличие факторов риска, дестабилизирующе влияющих на субъекта медицинской деятельности, отсутствие в практике здравоохранения системы психологического сопровождения субъекта - суть проблемной ситуации, которая обуславливает назревшую социальную потребность выделения психологической специфики профессиональной деятельности медицинского работника и формирование на этой основе концепции последовательного психологического сопровождения развития личности профессионала [7, 12]. Многолетнее выполнение одной и той же профессиональной деятельности приводит к появлению профессиональной усталости, возникновению психологических барьеров, обеднению репертуара способов выполнения деятельности, утрате профессиональных умений и навыков, снижению работоспособности. Можно констатировать, что на стадии профессионализации происходит развитие профессиональных деструкций [8]. Данная проблема видится достаточно противоречивой: с одной стороны, человек становится более профессиональным, повышаются и улучшаются его практические навыки; с другой стороны, снижаются его личностные качества, в частности, эмпатия по отношению к больным.

Проблема взаимосвязи деятельности и личности, профессии и сознания периодически возникает в фокусе внимания исследователей. С.Л.Рубинштейн в 1940г. отмечал важность взаимосвязи между личностью и субъектом деятельности [13]. Позднее В.Н. Мясищев обратился к психологии деятельности личности или личности в деятельности [2].

Е.А. Климов также обращал внимание на малоизученность освоения профессий психологами [6]. Более подробный анализ многих исследований сделал А.Л. Свеницкий, который пришел к выводу о проблеме «профессиональной деформации». Большой вклад внес Э.Ф. Зеер. В своей книге «Психология профессий» он более подробно описал феномен «профессиональной деформации», его причины, признаки, тенденции [5]. На сегодняшний день много внимания этому уделяют такие авторы, как В.А. Аверин, Б.А. Ясько,

С.П. Безносков, Ю.Н. Орлов и др. [2, 8, 10, 14, 1].

Основной целью психологического сопровождения профессионала является формирование жизненных позиций, мировоззренческих взглядов, которые являются одним из существенных источников его активности. А также, регулируемым механизмом его деятельности, т.е. только личность, способная к самореализации, сможет профессионально оказать поддержку, социальную защиту нуждающихся людей (Агавелян Р.О., 1995, 1998; Барковская И.И., 1997; Бастракова Е.Г., 2003). Формы работы психологической службы очень разнообразные: «балитовские группы», супервизия, психо-профилактика и психокоррекция, диагностическая и консультативная помощь, «круглые столы», социально-психологические тренинги. Особое внимание в работе службы сопровождения должно быть уделено этическим правилам: конфиденциальности, взаимной ответственности, осознанию консультантом границ компетентности.

В результате проведенных экспериментальных исследований личности медработников, объектом в которых эмпатия выступала как профессионально важное качество, выявлена зависимость уровня эмпатии от стажа медицинских сотрудников скорой помощи: чем больше стаж, тем ниже уровень по сравнению с молодыми специалистами. Также был диагностирован высокий уровень синдрома эмоционального выгорания с помощью методики В.В. Бойко. Экспериментальной базой выступила ССМП г. Бийска Алтайского края. Была проведена диагностика уровня эмпатии и способности к ней

у студентов Медколледжа г.Бийска, Алтайского края. Испытуемым были предложены диагностические методики: «Экспресс-диагностика эмпатии», «Опросник для диагностики способности к эмпатии», «Диагностика уровня эмпатических способностей» [9]. По результатам у большинства в группе преобладает средний и низкий уровень, недостаточно выражен высокий. Полученные данные можно расценить как профессиональную деформацию личности. В дальнейшем проводилась психокоррекционная работа с помощью социально-психологического тренинга, была достигнута положительная динамика.

Важно подчеркнуть высокую социальную значимость исследуемой проблемы. С одной стороны, личность, подверженная деформирующему воздействию профессии, не способна соответствовать предъявляемым к ней обществом требованиям. С другой стороны, социальная значимость проблемы связана с огромной распространенностью деструкции личности в медицинской сфере. Обращаясь за помощью к профессионалу в экстренной ситуации, мы, прежде всего, хотим видеть не просто доктора, а того «Айболита» про которого читали в детстве, - доброго, внимательного, грамотного, уравновешенного, душевного и не безразличного к пациенту, но, ни в коем случае противоположные качества. Доверяя своё здоровье, беспокоясь и волнуясь в трудную минуту, пациентам становится вдвойне больше от негативного воздействия описанного психологического феномена.

#### Литература

1. Аверин, В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования [Текст] : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.03 / В.А. Аверин; Санкт-Петербургская гос. педиатрическая мед. академия. - СПб, 1997. - 38 с.
2. Безносков, С.П. Профессиональные деформации личности [Текст] / С-Пб.: Речь, 2004. - 272
3. Грановская, Р.М. Элементы практической психологии. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1988. - 560 с.
4. Дружиллов, С.А. Психология профессионализма человека: интегративный подход // Журнал прикладной психологии. 2003 №4-5. - с. 35-42.
5. Зеер, Э.Ф. Психология профессий [Текст] / Э.Ф. Зеер. - Екатеринбург: Знание, 1997. - 520с.
6. Климов, Е.А. Психология профессионала [Текст] / Е.А.Климов. - Воронеж: НПО «МОДЖ», 1996. - 354 с.
7. Маркова, А.К. Психология профессионализма. - М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. - 312 с.
8. Меновщиков, В.А. Социально-психологические аспекты подготовки среднего медицинского персонала [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03/В.А. Меновщиков; Санкт-Петербургский гос. ун-т. - СПб., 1995. - 22 с.
9. Основы психологии. Практикум / Ред.-сост. Л.Д. Столяренко. Ростов н/Д.: «Феникс», 1999. - 576 с.
10. Орлов, А.Н. Исцеление словом. Красноярск: КГУ, 1969. - 491 с.
11. Психологическое здоровье участников образовательного процесса. Материалы региональной конференции, 11 мая 2001 г. - Барнаул: Издательство БГПУ, 2002.
12. Рогов, Е.И. Учитель как объект психологического исследования: Пособие для школьных психологов по работе с учителями и педагогическими коллективами. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. - 496 с.
13. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / М.: 1989 том 1,
14. Рудестам, К., Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: Теория и практика. М.: Прогресс, 1990. - 386 с.

### **Влияние тяжести состояния больных на эмоциональное выгорание медицинских работников**

Грибков Н.Б. (Москва)

Выбранная тема является в настоящее время достаточно актуальной, так как, стрессовые ситуации, возникающие в работе медиков – это очень частое явление, при неблагоприятном стечении обстоятельств, приводящее к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ). Известно, что работа с определенными группами больных является для врачей дополнительным психотравмирующим фактором. К этим пациентам относятся хронически или смертельно больные люди; пациенты, требующие интенсивного ухода. Особого внимания заслуживают психически больные, и лица, употребляющие психоактивные вещества, часто это пациенты с агрессивным и угрожающим поведением, что ложится тяжелым бременем на плечи врачей-специалистов. К сожалению, в настоящее время эпидемиология возникновения СЭВ связанная с непосредственным контактом медицинских работников с различными по степени тяжести категориями больных, нашей стране и за рубежом практически не изучена. В существующих исследованиях, посвященных выгоранию, нет данных о влиянии тяжелых больных на разную степень выгорания у медиков трудящихся в специфически неординарных отделениях стационара. Исходя из того, что данная проблема исследована слабо, можно сделать вывод о дефиците научного знания о проблеме СЭВ в целом. В этой связи, актуальной является потребность в новых фактах, которые позволят расширить представление о феномене влияния тяжести состояния больных на эмоциональное выгорание у медиков.

Объектом исследования являлись медицинские работники, взаимодействующие с различными по степени тяжести состояния здоровья пациентами.



Предметом исследования был синдром эмоционального выгорания у медиков, работающих с пациентами, различными по степени тяжести состояния здоровья.

Целью исследовательской работы являлось изучение влияния тяжести состояния больных на эмоциональное выгорание медицинских работников. В задачи исследования входило проведение обзора проблемы влияния различных факторов, на возникновение синдрома эмоционального выгорания, в частности у медицинских работников. Проведение эмпирического исследования, такого малоизученного фактора, как влияние тяжести состояния больных на эмоциональное выгорание медицинских работников.

Гипотеза исследования - степень тяжести состояния больных определяет уровень эмоционального выгорания медиков, работающих с ними.

К методам исследования относилась формализованная психодиагностика, статистический и качественный анализ полученных данных.

В качестве психодиагностических методик использовался Формализованный опросник на наличие выгорания К.Маслач и С.Джексон в модификации Н.Е.Водопьяновой, т.к. для начала нашего исследования, необходимо было знать степень профессионального «выгорания», как следствия медицинской практики, направленной на взаимодействие «человек-человек». Другой используемой нами методикой стал опросник Виктора Васильевича Бойко «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания», разработанная для выявления данного психологического феномена, возникающего в процессе выполнения различных видов деятельности и связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов.

Исследование проводилось в отделениях анестезиологии-реанимации и в терапевтических отделениях Московских ГКБ.

Испытуемые в процессе работы взаимодействовали с пациентами, находящимися в критическом состоянии (клиническая смерть), состоянии измененного сознания (острые психозы), с послеоперационными больными (требующими интенсивного лечения), терапевтическими больными (с нарушениями в гемодинамике), а также с пациентами, жизнедеятельность которых поддерживалась аппаратами искусственной вентиляции легких.

Основные результаты проведенного исследования:

Данные двух, использованных в исследовании методик, указывают на то, что у персонала реанимационного отделения отмечаются достоверно глубокие процессы выгорания. У данных медиков четко выражен негативизм, по отношению к «тяжелым больным», они отличаются большей циничностью именно к данному контингенту пациентов отделения. Да и полностью выгоревшие индивидуумы среди данных сотрудников встречаются очень часто. Причем, результаты тестирования по использованным методикам указывают, что у сотрудников реанимации «профессиональное выгорание» складывается в основном не за счет эмоционального истощения как такового, а вследствие именно деперсонализации (деформация отношений с пациентами, повышении негативизма, циничности по отношению к больным)

У сотрудников терапевтических отделений эта зависимость также выделяется в ряду других факторов, хотя и не так заметно выражена, как у сотрудников реанимации. Уровень выгорания у данных испытуемых, также сравнительно ниже.

Данные позволяют отметить, что корреляция фаз выгорания является более значимой при углублении процесса и выявляется у лиц, у которых формируется эмоциональное истощение. Кроме того, необходимо обратить внимание на явное соотношение взаимосвязей между эмоциональным истощением и деперсонализацией у сотрудников реанимации и сотрудников терапии. Развитие выгорания связано с выраженной интенсивностью влияния внешних стресс факторов и длительностью контакта с различными по степени тяжести больными.

На основании проведенного нами эмпирического исследования сделаны выводы:

Результаты проведенного исследования подтверждают выдвинутую нами гипотезу о том, что степень тяжести состояния больных определяет уровень эмоционального выгорания медиков, работающих с ними. Медикам, работающим с больными, состояние которых является тяжелым, присущ высокий уровень «деперсонализации», которая находит свое проявление в деформации отношений с пациентами, в повышении уровня негативизма и цинизма, а также приводит к эмоциональному истощению и психосоматическим заболеваниям у сотрудников. (Неадекватное эмоциональное реагирование, тревога и депрессия, личностная отстраненность). У медиков, взаимодействующих с соматически более благополучным контингентом больных, также прослеживается наличие признаков эмоционального выгорания и деперсонализации в том числе, но степень их выраженности не такая высокая. (Неудовлетворенность собой, эмоциональный дефицит и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование).

Полученные результаты, в свою очередь, определяют рекомендации по психологическому сопровождению медиков, работающих, в том числе и с тяжелыми пациентами.

Рекомендации:

- Помощь в организации для персонала специализированного тренинга, сосредоточенного на распознавании симптомов выгорания и их преодолении;
- Разработка программы поддержки сотрудников, включающей профилактику связанных со стрессом нарушений здоровья;
- Помощь медицинским работникам в овладении умениями и навыками саморегуляции;
- Демонстрация поддержки программ обучения сотрудников, адекватному распределению профессиональных нагрузок.

В заключении хочется отметить, что мы очень надеемся на то, что поиск новых способов решения данной проблемы не оставит равнодушными не только практикующих врачей и административное звено лечебно-профилактических учреждений, но и специалистов, занимающихся обучением врачей и медицинских сестер, психологов, а также лиц, ответственных за менеджмент медицины.

### **Чувство юмора и самоактуализация в профилактике синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров и медицинских психологов**

Ермакова А.А., Лысов А.А., Молодцов М.А. (Новосибирск)

В психологии изучение чувства юмора и связанных с ним черт личности ведётся в рамках концепции позитивной психологии, которая акцентирует внимание на таких адаптивных чертах личности, как оптимизм, храбрость, высокие показатели принятия себя, принятия других, эмоционального комфорта, степенью «согласованности-несогласованности» между Я - структурой и опытом, от чего зависят самовосприятие, уровень эмоционального контроля, locus ответственности, отношения с людьми и явлениями в окружающем мире. В связи с представлениями об адаптивном свойстве чувства юмора, изучение его влияния в профилактике синдрома эмоционального выгорания становится актуальным.

Поскольку синдром эмоционального выгорания (далее по тексту - СЭВ) у практикующих врачей, а также у представителей специальностей, ориентированных на заботу о человеке, широко распространен, то необходимы методики, которые позволят проводить профилактику и лечение синдрома. С точки зрения психологов гуманистического направления, тренинги по самоактуализации и самостоятельная работа личности над собой могут стать таким инструментом. В работах по созданию программ профессионального самосохранения, ориентирующихся на гуманистический подход в психологии, многие исследователи опираются на теорию самоактуализации и самореализации личности А. Маслоу.

В качестве гипотезы исследования выступало предположение о наличии связей между самоактуализацией, проявлениями чувства юмора и устойчивостью перед синдромом эмоционального выгорания.

Чувство юмора в обычном словоупотреблении – это способность человека подмечать в явлениях их комические стороны, эмоционально на них откликаясь. Чувство юмора неразрывно связано с умением субъекта обнаруживать противоречия в окружающей действительности, например, замечать, а иногда и утрировать противоположность положительных и отрицательных черт в каком-либо человеке. По отношению к объекту юмора, который как бы подвергается своеобразной эмоциональной критике, сохраняется дружелюбие. Судить о наличии или отсутствии чувства юмора можно по тому, как человек понимает шутки, анекдоты, шаржи, карикатуры, улавливает - ли он комизм ситуации, способен ли смеяться не только над другими, но и над собой, если сам становится объектом шутки.[1] В психологии З. Фрейд описывал юмор как спасительное выражение вытесненного конфликта, при котором удовольствие доставляет высвобождение напряжения через шутку. Смех есть путь символического преодоления «снятия» таких переживаний как гнев, недоумение, скука, страх.[2]

В исследовании нами были использованы следующие методы: беседа, анкетирование, тестирование с использованием методики, позволяющих определить, наличие СЭВ, степень самоактуализации, частоту использования юмора как защиты, у врачей - психиатров и медицинских психологов, работающих с психически тяжелыми больными.

Работа проводилась на базе ГБУЗ НСО ГНКПБ №3 в период с 03.09.12 г. по 24.09.12 г. Всего участвовало 76 (44 женщины и 32 мужчины) человек в возрасте от 27 до 50 лет и стажем работы от 3-х до 27-и лет.

Исследование проходило в три этапа. На первом этапе исследования нами была проведена методика по оценке уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. На втором этапе было проведено

исследование чувства юмора с помощью модифицированной методики «Незаконченные предложения». Испытуемым было предложено 10 незаконченных предложений созданных из известных крылатых фраз. В задании предлагалось закончить предложения в оригинальном, юмористическом стиле. Каждое предложение, оконченное юмористически, оценивалось в 1 балл.

По результатам исследования были выделены 3 группы, которые соответствуют группам по СЭВ

Группа 1. СЭВ не сформировался 13 человек (17 %), по шкале чувства юмора набирают  $6,3 \pm 0,48$ ;

Группа 2. СЭВ в стадии формирования 41 человек (54 %), по шкале чувства юмора набирают  $2,8 \pm 1,4$ ;

Группа 3. СЭВ сформирован 22 человека (29 %), по шкале чувства юмора набирают  $2,3 \pm 1,4$ .

На третьем этапе было проведено исследование уровня самоактуализационным тестом (далее по тексту - САТ). Поскольку в данном исследовании рассматривается влияние юмора, а шкалы теста можно рассматривать как отдельно, так и в совокупности, нами было выделено 5 шкал, связанных, по мнению представителей гуманистического направления, с юмором: (спонтанность, самоуважение, самовыражение, синергия, принятие агрессии).

На основе полученных данных был проведен корреляционный анализ, с помощью которого установлено: насколько связаны между собой две переменные (коэффициент корреляции определялся по формуле Пирсона). Математические и статистические подсчеты производились с помощью программы STATISTICA 6.

Было выявлено, что степень корреляции между:

*Уровнем самоактуализации и I фазой* – умеренная обратная корреляция с уровнем значимости  $r = -0,45$  ( $p < 0,05$ );

*Уровнем самоактуализации и II фазой* – умеренная обратная корреляция с уровнем значимости  $r = -0,54$  при ( $p < 0,05$ );

*Уровнем самоактуализации и III фазой* - умеренная обратная корреляция с уровнем значимости  $r = -0,59$  при ( $p < 0,05$ );

*Уровнем самоактуализации и баллами юмора* - умеренная прямая корреляция с уровнем значимости  $r = 0,54$  при ( $p < 0,05$ );

*Баллами юмора и I фазой* - умеренная обратная корреляция с уровнем значимости  $r = -0,47$  ( $p < 0,05$ );

*Баллами юмора и II фазой* – слабая обратная корреляция с уровнем значимости  $r = -0,34$  ( $p < 0,05$ );

*Баллами юмора и III фазой* - умеренная обратная корреляция с уровнем значимости  $r = -0,46$  ( $p < 0,05$ );

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что чем выше степень самоактуализации и использование юмора у испытуемого, тем выше резистентность к СЭВ.

Таким образом, корреляционный анализ по усредненным данным выбранных шкал САТ и данным по частоте использования юмора выявил, что действительно существуют разного характера связи между уровнем самоактуализации, степенью выраженности СЭВ и использованием чувства юмора. Юмор и комическое рассматривается как механизм, который позволяет психике через абстрагирование, свойственное юмору, дистанцироваться от неприемлемых для сознания феноменов жизни, преодолевать тревогу и экзистенциальные страхи. Основываясь на полученных результатах исследования мы сделали вывод, что юмор является зрелой психологической защитой. Более того, использование юмора позволяет не скрывать от сознания импульсы, связанные с аффектом. А поскольку импульсы осознаваем, появляется возможность проговаривания, что еще более увеличивает терапевтический эффект юмора.

Полученные данные позволили сформулировать теоретическую модель связи между использованием чувства юмора, самоактуализацией и профилактикой СЭВ среди медицинского персонала. Результаты работы были предложены психологам медицинских учреждений для оптимизации условий работы и взаимодействия с пациентами и коллегами.

Литература

1. Аттардо С. «Лингвистические теории юмора» - М.: Просвещение, 1994. - 426
2. Фрейд З. «Остроумие и его отношение к бессознательному». Харвест. 2006.

### **Представления психологов о депрессиях (на примере Самарского региона)**

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. (Самара)

Современные аффективные нарушения и состояния плохо вписываются в традиционные классификационные схемы психиатрии и клинической психологии и всё ещё плохо диагностируются, а

соответственно и реабилитируются. В психологической литературе на смену нормальных отрицательных эмоций – вина, стыд, хандра, грусть, скорбь, горе и других пришли депрессии.

К основным современным методам диагностики психических расстройств относят клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический, патопсихологический, клинко-биохимический, электрофизиологический, клинко-генетический, а с развитием психосоциального лечебно-реабилитационного направления в психиатрии шире стал применяться социально-психологический метод, включая исследование стигматизации и дискриминации психически больных.

Данной работе приводится часть результатов исследования, целью которой являлось изучение особенностей стигматизации больных депрессией респондентами разных групп, в частности «Психологи», играющих важную роль в их адаптации в социуме.

В работе использовались следующие методы исследования: метод интервью, клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический, психологический и статистический. При использовании метода интервью за основу был взят опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании», разработанный профессором Центра психического здоровья РАМН В.С. Ястребовым и соавт. (2001). Исходя из поставленных задач, опросник был адаптирован и дополнен необходимыми утверждениями, касающимися депрессивных состояний.

Опросник состоит из 180 утверждений с ответами «верно/неверно».

В дальнейшем, согласно цели и задачам исследования, утверждения были разбиты на 5 категорий.

Группу составили психологи (60 человек), которые в настоящее время широко участвуют в первичной диагностике и реабилитации, включая адаптацию в обществе пациентов с депрессиями. В данной группе преобладали социальные и клинические психологи (42 человека), остальные психологи – консультанты, педагогические психологи. По полу и возрасту респонденты разделились следующим образом: мужчин 12 и женщин – 48; возраст: от 20 до 30 лет 17, от 31 до 40 – 28 и от 41 до 50 лет – 15 человек.

Подавляющее большинство (91,67%) психологов-респондентов считали дискриминацию больных депрессией в обществе недопустимой, но допускали ограничения прав человека по факту психиатрического диагноза (58,33%), что должно решаться в каждом случае индивидуально (100%).

Несмотря на то, что большинство респондентов-психологов дискриминацию больных считали недопустимой, это не мешало им в 75% случаев считать, что судьбу и лечение больного депрессией должно решать общество, ради которого можно пожертвовать свободой больных (93,33%), что выше, чем в группе респондентов «Врачи». 31,67% респондентов психологов полагали, что психически больных следует изолировать, так как они опасны для общества. В то же время только 90% респондентов распространяли принудительное лечение на больных депрессией, представляющих опасность для себя или окружающих, в частности в отношении суицида. А 53,33% респондентов психологов отказывали больному коллеге в работе с ними, считали, что врач, больной депрессией, не должен работать с пациентами (91,67%).

Более половины респондентов считали, что права больных депрессией часто ущемляются, эти люди подвергаются унижениям и дискриминации (71,67%) и отношение к ним в обществе во многом предвзятое, негуманное (65%).

Психологи только в 45% случаев считали возможным сообщать больному депрессией его диагноз, приравнивая к убеждению, что «нужно сообщать правду безнадежно больным» (45%). Только половина респондентов-психологов считала, что больные депрессией могут учиться в вузах (50%) и работать на руководящих постах (50%), а также не должны служить в правоохранительных органах (51,67%) и иметь доступ к оружию (91,67%).

Большая часть психологов (90%) не отказывала в возможности больным депрессией иметь детей и семью, но 25% респондентов считали, что депрессия является наследственным заболеванием, и потому иметь детей нежелательно, и, по-видимому, в связи с этим психологи указывают на 75% случаев распада семей, в которых пациенты чувствуют себя одинокими и несчастными (95%). Большинство психологов утверждало, что больной депрессией не должен работать в сфере воспитания (56,67%).

Психологи-респонденты полагали, что в подавляющем большинстве случаев психиатр хочет и может помочь больным депрессией (95%), что от лечения у психиатра больным с депрессией гораздо больше пользы, чем возможного вреда (95%), поскольку заключение психиатров базируется на серьезных научных знаниях (88%). Помимо этого, большинство респондентов также считали, что психиатр может предсказать поведение больного, распознать исходящую от него опасность (95%), в частности опасность суицида (93,33%).

Мнение о знаниях врачей-психиатров у психологов-респондентов несколько иное и занимает промежуточное мнение (75%) между врачами психиатрами (которые более самокритичны - 65%) и врачами других специальностей (85%), эти же респонденты считали, что их знания «базируется на серьезных научных знаниях» (88,33%). Психиатрический диагноз 65% психологов, хотя и считали субъективным, но достаточно достоверным, но полагали, что выводы зависят от конкретного врача.

Большинство респондентов-психологов считают психиатрию наукой (96,67%) и не считают её мифом (78,33%). При этом в 100% случаев респонденты считали, что население неграмотно в вопросах психиатрии, а в обществе предвзятое отношение к психиатрам (96,67%) и негуманное, предвзятое отношение к психически больным (65%). До сих пор среди психологов сохраняется мнение, что отечественная психиатрия осталась карательной (50%), а настоящая цель психиатрии – изоляция неудобных обществу (10%) и подавление инакомыслящих (33,33%). Мнения, что представления о психически больных «устарело» и «связано с предрассудками», разделяло 71,67% респондентов.

Социальным последствием стигматизирующего «давления» респондентов группы «Психологи» на возникновение культурно-архаических заблуждений пациентов в отношении психических расстройств в целом, включая депрессивные эпизоды, происхождение, течение и лечение депрессий являются: позднее обращение больных к врачу-психиатру, а соответственно и «отставленное» лечение, отсутствие комплаенса с пациентом и его родными, смена работы, прекращение долечивающего и поддерживающего лечения депрессивного эпизода.

### **Опыт организации супервизорской поддержки на рабочем месте специалиста Плющева О.А. (Москва)**

В настоящее время уже не приходится доказывать актуальность проведения в лечебных, реабилитационных и профилактических учреждениях таких мероприятий как супервизии, клинические разборы, образовательные семинары и пр. Подобные мероприятия уже доказали свою эффективность в области снижения профессионального выгорания, проведения внутреннего «контроля качества», получения поддержки коллег, повышения профессионального уровня, требующего постоянного обновления знаний и умений в этой области. Тем не менее, до сих пор в лечебных учреждениях подобная практика является крайне редким явлением, и, будучи исключительно энтузиазмом сотрудников, редко понимается и поддерживается административным звеном учреждения, не говоря уже, в принципе, об отсутствии централизованных способов получения подобной поддержки для специалистов государственных учреждений.

Психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники нашего диспансера, понимая риски своей работы (а наркология признана в числе самых «передовых», в плане профессионального выгорания сфер деятельности), решили организовать подобные мероприятия на своем рабочем месте – отделении для взрослых Наркологического диспансера №7 Московского научно-практического центра наркологии (ранее НД №12).

Наши группы начинались в 2006 году на базе деятельности телефонных линий диспансера по профилактике детского насилия и игровой зависимости (ныне закрытых). На следующий год они уже приобрели более широкий формат обсуждения и к ним стали присоединяться коллеги из других отделений диспансера. Через некоторое время группы стали иметь регулярный характер: с октября по май 1-2 раза в месяц. Формы приглашений специалистов рассылались заранее по отделением на подготовленном и завизированном бланке. Супервизии чередовались с информационными семинарами по заранее объявленным темам, тренингами и обучающими семинарами.

Таким образом, за период с 2007 по 2012 гг. были проведены:

- Групповые и индивидуальные супервизии. В силу осложнения работы группы тем, что все участники и сам ведущий занятий являлись непосредственно включенными в общую производственную систему, для повышения безопасности участников предлагались на выбор разные форматы супервизии (предпочтение чаще отдавалось формату балинтовских групп) и возможность проводить группу разным ведущим (последнее не прижилось).
- Занятие по профилактике профессионального выгорания и снятия психологического напряжения.
- Групповое обсуждение тем: работа с подростками (особенности выгорания, поиск смыслов, законодательская база), работа с родителями (работа с сопротивлением пациентов), работа с горем, навыки работы на повышении мотивации пациентов на выздоровление, разделение ответственности «специалист-пациент», планирование времени.
- Информационные семинары на темы: «уличные программы», «школа приверженности», «ВИЧ инфекция», «заместительная терапия», «метод «кодирования» и плацебо».

• Ряд встреч психологов и специалистов по социальной работе на тему «Профессиональная этика».

• Тренинги: «Зеркало»; «Применение теории Маслоу в социальной работе», «Применение подхода «когнитивно-поведенческие вмешательства» в терапии зависимостей», «Применение экзистенциального подхода в терапии зависимостей», «Принципы работы в телефонном консультировании», «Стили личности терапевта и ведения групповой работы».

• Групповое занятие на тему «Структура учреждения, представление работы отделений НД: «Квартал», «Приют», «Ясень».

Кроме этого был проведен ряд информационно-ознакомительных занятий-презентаций с действующими амбулаторными реабилитационными программами диспансера для врачей, медицинских сестер, воспитателей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и других специалистов.

Для контроля качества и организации возможно более эффективной работы дальнейших групповых встреч, супервизий, информационных семинаров их участникам было предложено дать оценку их пользе и письменно ответить на вопросы небольшой анкеты. Её анализ показал, что наиболее ценным результатом встреч, по мнению сотрудников, оказалась возможность познакомиться с коллегами и их работой поближе, выяснилось, что при общем знакомстве друг с другом, профессионально люди знают друг друга очень мало. Кроме того, замечено, что это помогло наладить более уважительные, заинтересованные отношения в коллективе. Также стала очевидна актуальность некоторых изменений в организации и проведении занятий, как то, возможное разделение групп по специальностям, проведение закрытых супервизорских групп, приглашение внешних специалистов, в т.ч. для проведения занятий. Важность проведения тематических занятий, семинаров, тренингов и пр.

В 2011 году администрация диспансера предложила организовать Программный Совет, расширяющий деятельность проводимых групповых встреч с целью оптимизации деятельности диспансера и осуществления программно-целевого подхода к организации лечебно-реабилитационного процесса. Первый проект ПС был направлен на оценку состояния деятельности в одном из подразделений диспансера (отделение медико-социальной помощи детям и подросткам «Приют»). С этими целями были проведены следующие мероприятия:

• включенное наблюдение, за взаимодействием персонала отделения друг с другом, с административным звеном и с пациентами отделения;

• интервьюирование административного звена отделения и некоторых его сотрудников, с целью выяснения видения ситуации в отделении, проблем, ресурсов отделения и рекомендаций по оптимизации отделения и деятельности психологов проекта;

• тренинги, исследовательско-мотивационные занятия и другие групповые формы работы с персоналом отделения и административным составом;

• анкетирование, направленное на выяснение субъективного понимания сотрудниками отделения целей своей организации, своего места и роли в ней, трудностей в их работе, работе всего отделения в целом, причин возникающих конфликтов и способов их разрешения, наличия и недостаточности внутренних ресурсов;

• тестирование (методики «Стили руководства», «Выгорание», «Созависимые стили поведения», «Уровень субъективного контроля» и пр.);

• проведение экспертной оценки – врач психиатр-нарколог, воспитатель;

• диагностика методом профессиограммы и социометрии, с возможностью их использования в дальнейшей работе по оптимизации работы отделения;

• регулярные методические встречи участников проекта для обсуждения накопленного материала и поэтапного планирования дальнейшей работы.

Проведенная исследовательская работа позволила сделать выводы о наличии проблем в системе управления персоналом, в устаревшей нормативно-правовой базе, в нарушении внешнего и внутреннего взаимодействия в отделении, а также отсутствии общей идеологической концепции у специалистов в целом. Данные выводы подтвердили, наряду с другими задачами, и необходимость проведения супервизорских и интервизорских групповых и индивидуальных форм работы для сотрудников диспансера в каждом из его отделений, проведение тренингов по профилактике профессионального выгорания, снятия напряжения, отработке практических навыков работы, а также тренингов коммуникативной направленности и пр.

Итак, в результате полученного нами опыта организации супервизии, и в целом организации мероприятий по оптимизации деятельности НД, можно говорить не только о необходимости, но и доступности организации групп супервизии и др. форм поддержки специалистов. Анализ полученных результатов может стать предметом дальнейшего исследования и послужить хорошей помощью в

области, фактически не применяемой в нашей стране, но особенно ценной в системе здравоохранения, организации комплексной, регулирующей, централизованной «помощи помогающим».

## **Структура и взаимосвязи симптомов выгорания у педагогов различных образовательных учреждений**

Сороколетова И.Е., Лукьянов В.В. (Курск)

При помощи опросника «Эмоциональное выгорание» [1] было проведено сравнительное исследование показателей синдрома выгорания у 20 педагогов МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 57» г. Курска (группа № 1) и 20 их коллег из ОКОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр дифференцированного, надомного и дистанционного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья «Ступени» г. Курска (группа № 2). Все испытуемые были женского пола, показатели возраста ( $37,1 \pm 1,74$  года и  $41,7 \pm 2,35$  года, соответственно) и стажа работы ( $15,2 \pm 1,66$  года и  $18,5 \pm 1,96$  года, соответственно) для педагогов групп № 1 и № 2 были сходными.

В результате исследования установлено, что суммарный показатель синдрома выгорания ( $144,6 \pm 12,37$  балла) у педагогов общеобразовательной школы выше (группа № 1), чем у коллег из коррекционной школы ( $132,2 \pm 9,04$  балла) (группа № 2), хотя разница не достигает уровня достоверности. Обнаружена достоверно более высокая степень выраженности симптома «психосоматических и психовегетативных нарушений» фазы «истощения» у педагогов общеобразовательной школы (группа № 1) по сравнению с коллегами из коррекционной школы (группа № 2) ( $14,45 \pm 2,00$  балла и  $8,55 \pm 1,35$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ). Как следует из названия, данный симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства: многое из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматическом или психическом состояниях. Порой даже мысль о таких субъектах или контакт с ними вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита — выгорание — самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида. Таким способом организм спасает себя от разрушительной мощи эмоциональной энергии.

В результате проведения корреляционного анализа было установлено следующее.

Стаж работы по специальности в обеих группах высоко достоверно связан с показателем выраженности симптома «переживания психотравмирующих обстоятельств» фазы «напряжения» ( $0,734$ ,  $p < 0,001$ , и  $0,906$ ,  $p < 0,001$ , соответственно). Данный симптом проявляется усиливающимися осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустраиваемы. Если человек не ригиден, то раздражение ими постепенно растет, накапливается отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений выгорания.

Только для группы № 1 установлено, что с возрастом также положительно коррелирует (кроме характерных и для стажа работы связей) показатель симптома «тревоги и депрессии» фазы «напряжения» ( $0,467$ ,  $p < 0,05$ ). Данный симптом обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к выгоранию как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности работой и собой порождают мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, в избранной профессии, в конкретной должности или месте службы. Симптом «тревоги и депрессии» — пожалуй, крайняя точка в формировании тревожной напряженности при развитии синдрома выгорания.

Для группы № 2 найдены достоверные положительные связи возраста и стажа работы с показателем симптома «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы «резистенции» ( $0,687$ ,  $p < 0,001$  и  $0,674$ ,  $p < 0,01$ , соответственно). Данный симптом — это несомненный признак выгорания, когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование. В первом случае речь идет о выработанном со временем полезном навыке (подчеркиваем это обстоятельство) подключать к взаимодействию с деловыми партнерами эмоции довольно ограниченного регистра и умеренной интенсивности: легкая улыбка, приветливый взгляд, мягкий, спокойный тон речи, сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконичные формы выражения несогласия, отсутствие категоричности, грубости. Такой режим общения можно приветствовать, ибо он свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Он вполне оправдан в случаях: если не препятствует интеллектуальной проработке информации, обуславливающей эффективность деятельности; экономия эмоций не снижает «вхождение» в партнера, т.е. понимание его состояний и потребностей,

не мешает принятию решений и формулировке выводов; если не настораживает и не отталкивает партнера; если, при необходимости, уступает место иным, адекватным формам реагирования на ситуацию. Например, профессионал, когда требуется, способен отнестись к партнеру подчеркнуто вежливо, внимательно, с искренним сочувствием. Совсем иное дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным — уделю внимание данному партнеру, будет настроение — откликнусь на его состояния и потребности. При всей непримлемости такого стиля эмоционального поведения он весьма распространен. Дело в том, что человеку чаще всего кажется, будто он поступает допустимым образом. Однако субъект общения или сторонний наблюдатель фиксирует иное — эмоциональную черствость, неучтивость, равнодушие. Неадекватное ограничение диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение интерпретируется партнерами как неуважение к их личности, т.е. переходит в плоскость нравственных оценок.

Таким образом, в результате исследования нами выявлены различия в структуре и взаимосвязях симптомов выгорания у педагогов общеобразовательной и коррекционной школы.

Литература

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.



**Мотивационная сфера как психологическая мишень профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ**

Бузина Т.С. (Москва)

ВИЧ-инфекция и зависимость от психоактивных веществ относятся к социально-значимым заболеваниям. Оказание медицинской помощи пациентам при сочетании таких тяжелых заболеваний является сложной и многоаспектной проблемой. Наличие тяжелой патологии усугубляется проблемами психологического и социального характера [6,7].

Уровень профилактики для данной группы пациентов соответствует третичной профилактике, которая рассматривается рядом специалистов как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Психологическая задача этого уровня – это изменение поведения, приводящего к риску передачи ВИЧ-инфекции, формирование адаптивного поведения и приверженности лечению зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ.

Сложность третичной профилактики таких социально-значимых болезней, как наркомании и ВИЧ-инфекция, обусловлена рядом специфических факторов.

Прежде всего, в большинстве случаев лечение этих заболеваний предполагает строгое следование лечебным назначениям, и нарушение режима грозит пациенту серьезными осложнениями. Поэтому очень важно сохранять у пациента мотивацию на лечение и обеспечивать приверженность терапии. Однако в большинстве случаев пациенты мало мотивированы на лечение зависимости. Отсутствие установки на лечение приводит к скорым срывам после проведенного фармакологического лечения и возобновлению употребления наркотиков. Возвращение к «наркотическому» образу жизни делает неэффективным лечение ВИЧ-инфекции. Таким образом, данным пациентам помимо фармакологического лечения необходимы специфические психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, направленные на изменение поведения и достижение устойчивого воздержания от приема психоактивных веществ.

Таким образом, важной психологической задачей на данном уровне профилактики является формирование мотивации на лечение и приверженности лечению потребителей психоактивных веществ.

Изучение специфических особенностей мотивационной сферы при такой социально-значимой болезни, как зависимость от психоактивных веществ, может указать на психологические факторы, определяющие мотивацию на лечение. Многочисленные исследования указывают на такую характерную особенность мотивационной сферы потребителей наркотиков, как «поиск ощущений». Имеются данные о том, что потребность в переживании острых и необычных ощущений у них сочетается с диффузностью и недифференцированностью телесных переживаний, что затрудняет знаково-символическую переработку внутреннего опыта, а также недостаточная развитость механизмов волевой регуляции поведения сочетается с низкими показателями мотивации достижения и общей осмысленности жизни. Все это затрудняет реализацию «поиска острых ощущений» в таких социально-приемлемых видах деятельности, как экстремальные виды спорта или профессии, связанные с риском (пожарные, военные, сотрудники правоохранительных органов и т.п.), и повышает вероятность непосредственного удовлетворения потребности в ощущениях через употребление ПАВ [1].

Таким образом, высокая потребность в стимуляции при низких показателях волевой саморегуляции, мотивации достижения и общей осмысленности жизни является значительным фактором риска наркотического поведения и указывает на важные психологические мишени воздействия в целевой группе риска употребления психоактивных веществ.

Доказательством этого является сравнительное исследование пациентов с зависимостью от ПАВ, получавших и не получавших психотерапевтическую помощь. Данное исследование показало, что у пациентов, находящихся в длительных психотерапевтических и реабилитационных программах, снижаются показатели «поиска ощущений» и повышаются показатели мотивации достижения и осмысленности жизни [2].

Также у этого контингента больных имеются изменения и в ценностно-смысловой сфере. У женщин, больных алкоголизмом, выявлена тенденция к предпочтению ценностей, обеспечивающих комфортное взаимодействие с окружающими, тогда как у здоровых женщин наблюдается большая ориентация на ценности личностной самореализации. Ценностная структура зависимых от ПАВ обладает меньшей побудительной силой, она больше ориентирована на внутренние личностные качества и

пассивное взаимодействие с окружающей действительностью, тогда как у здоровых людей больше присутствует ценностей, отражающих внешнюю активность и независимость от социальной оценки [3].

Другое исследование также показало, что иерархия ценностей пациентов, получавших психотерапевтическую помощь и имеющих длительную ремиссию, указывает на их ориентированность на конструктивное взаимодействие и результативную деятельность, тогда как у пациентов, не получавших психотерапию, наблюдается большая ориентированность на комфортное межличностное взаимодействие и на самих себя. [4,5].

Таким образом, выявленные формально-динамические и содержательные особенности мотивационной сферы при зависимости от ПАВ, указывают на то, что мотивационная сфера является важнейшей мишенью профилактических воздействий.

#### Литература

1. Бузина Т.С. Склонность к риску и волевая регуляция поведения при опиоидной зависимости.// Материалы научно-практической конференции «Наркология-2010», посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздрава России. – М., 2010. С.36-37.
2. Бузина Т.С. Особенности мотивационной сферы потребителей психоактивных веществ. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
3. Т.С. Бузина, Т.В. Подосинова. Ценностно-смысловая сфера женщин, зависимых от алкоголя // Научный и общественно-политический журнал "Социология власти". - 2010. - № 2. – С. 77- 86.
4. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых // Психология и психотехника. № 7. 2011. С.33-45
5. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Изучение структуры деятельности пациентов зависимых от психоактивных веществ.// Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» 24-25 ноября 2011 г. Сборник материалов конференции. – М.: ГБОУ МГМСУ Минздрава России, 24-25 ноября 2011, - С.143-145
6. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца – М.: ИД Медпрактика-М, 2002, 504 с. – С.395-405
7. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения / Т.М. Максимова. - М., 2008. - 187 с.

### **Категоризация телесных ощущений у больных с дерматозным бредом** Виноградова М.Г., Ермушева А.А.(Москва)

Больные с дерматозным бредом относятся к категории пациентов, сложных в лечении в условиях дерматологической клиники. В клинической картине дерматозного бреда обязательной составляющей являются сенсоипохондрические расстройства [1]. Для решения проблем диагностики и описания патологических телесных ощущений в структуре психического расстройства необходимо привлечение психологических методов обследования. Представленность ипохондрических ощущений в сознании и развернутость их описаний позволяет на данной клинической модели исследовать особенности категоризации телесного опыта, изменение сферы ощущений при психических расстройствах, а также соотношение телесного опыта болезни с общим жизненным опытом. При изучении телесного опыта исследователь неизбежно сталкивается с ограничениями методического инструментария. В работах Тхостова А.Ш. показана перспективность использования семантического метода [2]. В нашем исследовании одной из основных является методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» [3]. При этом целостный анализ феноменов обеспечивается сопоставлением результатов семантического метода с клинико-психологической квалификацией данных с привлечением психопатологического метода (клинические разборы под руководством академика РАМН А.Б. Смулевича на базе Научно-образовательного клинического центра «Психосоматическая медицина») и экспериментального патопсихологического метода.

В исследовании приняли участие 20 пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра с элементами дерматозной бреда. Среди них 4 мужчин, 16 женщин, в возрасте от 41 до 82 лет (средний возраст 65±11,17 лет). В исследование не включались пациенты, в клинической картине психических расстройств которых доминировали нарушения по органическому, либо истерическому типам.

Необходимо отметить способность испытуемых с исследуемыми психическими расстройствами даже при возникновении трудностей относительно продуктивно выполнять методику, требующую распределения внимания и продолжительной деятельности в рамках задаваемых инструкций (стимульный материал представлен 80 словами-карточками, время выполнения – около 30 мин). Полученные данные удовлетворяют условиям статистической обработки данных, по результатам кластерного анализа возможны содержательные интерпретации конфигураций структуры телесного опыта и

их сопоставление с современными описаниями выполнения методики, представленными в литературе.

Анализ полученных данных позволяет выделить несколько направлений категоризации телесных ощущений. Отчетливо различаются результаты группировки ощущений в рамках телесного опыта переживаемого кожного заболевания, в рамках представлений и воспоминаний о телесных ощущениях кожного покрова в здоровом состоянии и в рамках личного жизненного телесного опыта.

Ощущения переживаемого кожного заболевания структурируются по 3 направлениям. Первое направление определяется опытом наиболее частых и наиболее беспокоящих ощущений в болезни в сочетании с основными жалобами и особенностями отношения к заболеванию. В структуре кластерного анализа это направление категоризации представлено набором слов, обозначающих собственно беспокоящие телесные ощущения («Зуд», «Движение», «Царапнуть», «Боль», «Укол» и др.), и он объединяется на ранних стадиях анализа с набором слов, обозначающих тяжелые эмоциональные состояния («Грусть», «Отчаяние», «Тоска», «Депрессия», «Герзающий», «Невмоготу» и др.), что свидетельствует о высокой субъективной значимости телесных ощущений первого набора.

Второе направление категоризации соотносится с представлениями пациента о течении болезни и жизнедеятельности паразитов. На древовидной схеме результатов это направление представлено двумя кластерами: один из них содержит краткие характеристики ощущаемых паразитов, переживаемых галлюцинаторных феноменов («Твердый», «Темный», «Мокрый», «Упругий», «Липкий», «Вспышка» и др.), второй – ощущения во время приступов активности паразитов («Жар», «Лихорадка», «Давление», «Знобить», «Предчувствие» и др.).

Третье направление представлено единичными аномальными выборами ощущений. Иногда сами пациенты характеризуют выбор этих слов-ощущений как «странный». К таким словам, относятся, например, «Удовольствие» или «Влечение». При этом при свободном описании болезни зачастую пациенты говорят о том, что получают наслаждение и облегчение при извлечении паразитов, при совершении аутоагрессивных действий.

Таким образом, опыт кожного заболевания представлен достаточно нюансированной структурой ощущений. При этом представляется интересным, что опыт, связанный с ощущаемыми паразитами, в структуре несколько отделен от ощущений-симптомов нарушений кожных покровов и от ощущений, соответствующих эмоциональным состояниям в болезни.

В структуре объединений кожных ощущений в состоянии здоровья выделяется группа слов – желаемых приятных ощущений («Блаженствовать», «Ласкающий», «Приятный», «Легкость» и др.); отбор этих слов характерен и для пациентов дерматологической клиники с психическими расстройствами менее тяжелого регистра (соматоформный зуд). Другой объемной группой слов являются кожные ощущения, связанные с привычной бытовой активностью. В нее попадают слова «Ожог», «Царапнуть», «Укол» и др.: эти ощущения могут свидетельствовать о некотором минимальном повреждении кожных покровов, однако не являются признаком развития кожного заболевания. Третьей объемной группой являются слова, обозначающие кожные ощущения, которые могут свидетельствовать об ухудшении самочувствия, в целом, например, в связи с простудным заболеванием, но не предполагают наличия какой-либо дерматологической патологии. Эту группу составляют слова по типу «Знобить», «Вялый», «Усталость» и др. Выделение подобной группы ощущений в структуре телесного опыта, связанного с состоянием здоровья, свидетельствует о легкости перехода в системе категорий «здоровье»-«болезнь» и, соответственно, о направленности на отслеживание особенностей телесного состояния, о сужении круга интересов до заботы о самочувствии.

На данном этапе анализа можно сделать вывод, что обобщение данных по структурированию ощущений, связанных с кожным заболеванием и с состоянием здоровья кожных покровов, предоставляет возможность исследовать психологическое содержание и структуру психопатологических синдромов.

Интересным также представляются результаты выполнения методики при введении инструкции сгруппировать телесные (не только кожные) ощущения из всего стимульного набора по принципу: «что на что похоже». Выявляется, что структурирование телесного опыта производится по 2 направлениям. Одно из них связано с активностью субъекта и его функционированием во внешнем мире. В этом крупном кластере на ранних стадиях анализа ощущения объединяются по видам чувствительности: слуховая («Шорох», «Треск», «Громко» и др), зрительная («Вспышка», «Темный» и др.), температурная («Жар», «Ожог», «Горячий») и др. В этом же кластере оказываются ощущения, связанные с общим самочувствием («Вялый» или «Легкость» и др.) или удовлетворением потребностей («Голод», «Пресыщение», «Удовольствие» и др.). Второе направление структурирования проявляется в объединении на ранних этапах кластерного анализа слов-ощущений, характеризующих эмоциональное состояние («Грусть», «Депрессия», «Страдание», «Тревога» и др.) со словами, обозначающими основ-

ные беспокоящие ощущения при дерматозойном бреде («Зуд», «Укол», «Пронзать», «Боль» и др.). Последние ощущения (по материалам беседы) беспокоят пациентов иногда даже больше, чем собственно мнимые паразиты. Значимость этих ощущений находит отражение и в структуре телесного опыта кожной болезни по результатам кластерного анализа. При обращении к телесному опыту с помощью данной инструкции эти слова-ощущения как будто теряют свое особое значение в структуре и объединяются с различными другими телесными ощущениями. Можно предположить, что без опоры (в данном случае – без указания в инструкции) на опыт болезни, пациенты хуже справляются с задачей на дифференциацию тех же ощущений и вообще телесного опыта. Не наблюдается и отчетливой преемственности структуры жизненного телесного опыта со структурами телесного опыта «кожных» болезни и здоровья.

Итак, обнаруженные в исследовании особенности структуры телесного опыта позволяют обсуждать результаты с двух позиций: как особенности процесса категоризации телесного опыта и как снижение или нарушение способности включать телесный опыт болезни в единую систему представлений о себе у больных с дерматозойным бредом.

#### Литература

1. Психические расстройства в клинической практике /под ред. Акад. РАМН А.Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2011.
2. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
3. Тхостов А.Ш., Елшанский С.П. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. М.: Изд-во МГУ, 2003.

### **Перспективы исследования особенностей когнитивных процессов при расстройствах личности<sup>1</sup>**

Виноградова М.Г. (Москва)

В последнее время среди исследователей и клиницистов растет интерес к выявлению специфических характеристик когнитивных процессов у больных с расстройствами личности. В отличие от более подробно изученных когнитивных нарушений при заболеваниях психотического регистра, данная проблема уже на первоначальных этапах исследования для своей содержательной проработки требует обращения к анализу и интерпретации сложных по своей структуре феноменов. При этом конфигурация элементов (и, конечно, их акцентированность) внутри такого феномена определяет не только своеобразие, но и положение каждого отдельного расстройства в общей классификационной системе, близость и сходство или удаленность и противопоставленность расстройств друг другу (примерами могут выступать в первом случае – шизоидное и шизотипическое расстройства личности, во втором – истерическое и ананкастное расстройства).

Так понимаемый предмет исследования когнитивных процессов при расстройствах личности необходимо определяет обращение к разрабатываемому в отечественной патопсихологии синдромному анализу, а также методологии патопсихологического эксперимента [1, 3]. Тогда многоаспектность и невыраженность когнитивных нарушений при расстройствах личности может изучаться не только на материале несоответствия нормативным показателям, но интегративно, с опорой на данные, полученные с помощью качественного анализа деятельности испытуемого, и на ее количественные показатели.

Для реализации целостного подхода к изучаемым феноменам и возможности обсуждать психологические механизмы, их обеспечивающие, в исследование включаются методики, направленные на выявление различных аспектов когнитивных процессов. В качестве одного из аспектов выступает преимущественная отнесенность к вербальным или невербальным параметрам когнитивной деятельности. В исследовании может использоваться вербальная или невербальная форма представления стимульного материала; но кроме того, важным для обсуждения данного аспекта когнитивных процессов является учет различных параметров поведения испытуемого, соотношение разных планов деятельности: внешнего, доступного наблюдателю, и внутреннего, представленного в форме самоотчета, в том числе при вербализации испытуемым этапа ориентировки и постановки целей, выделяемых им ориентиров для принятия решения и для характеристики действий, а также оценка им собственного выполнения.

Другим аспектом, необходимым для обсуждения, является эмоциональная нагруженность: как материала, предложенного испытуемому в экспериментальной ситуации, так и всей ситуации исследования. В отечественных и зарубежных исследованиях содержится указание на провоцирующую роль субъективной значимости материала, которым оперирует испытуемый, для возникновения нарушения хода и продуктивности когнитивных процессов [4, 6]. Было показано, что использо-

<sup>1</sup> Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 12-06-31208 “мол\_а”

вание методик, в которых стимульный материал эмоционально нагружен или нейтрален, позволяет проанализировать специфические феномены в когнитивной сфере больных с расстройствами личности, например, когнитивные процессы, ориентированные на желание (так называемое «wishful thinking»), при истерическом расстройстве личности [5].

Перспективным при обсуждении аспекта эмоциональной нагруженности или нейтральности является рассмотрение роли социального компонента – значимости для испытуемого социальных параметров ситуации, их представленность при выборе ориентиров (в материале, для принятия решения), в регуляторных компонентах деятельности, что в экспериментальном исследовании может задаваться содержанием стимульного материала и вниманием к особенностям взаимодействия испытуемого с исследователем. В многочисленных исследованиях, проведенных под руководством

Ю.Ф. Полякова, раскрываются механизмы ухудшения избирательности, характерного для деятельности больных шизофренией, – снижение социальной направленности и уровня социальной регуляции [2]. Анализ действия этих механизмов представляется перспективным и для обсуждения особенностей когнитивных процессов у больных с некоторыми расстройствами личности. Так, в проведенном нами исследовании (совместно с Шабановой А.А.) на материале комплекса методик, созданного для реализации изложенных выше принципов изучения когнитивных процессов при расстройствах личности, анализировались особенности когнитивной сферы больных с шизотипическим расстройством. У испытуемых данной группы в ситуациях выполнения заданий с социальным содержанием стимульного материала и его высокой степенью эмоциональной нагруженности (например, в тесте рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, при составлении рассказа по последовательности картинок) увеличивалась опора на субъективно значимые параметры при игнорировании социально значимых параметров, на выделение которых опирались испытуемые группы нормы. Но в условиях выполнения методики с абстрактным и эмоционально нейтральным стимульным материалом (модифицированный тест включенных фигур Виткина) у больных с шизотипическим расстройством также отмечались особенности когнитивных процессов, нередко достигавшие выраженности нарушения. Эти особенности, прежде всего, были связаны с преобладанием субъективных параметров анализа над общепринятыми; кроме того, предъявляемая испытуемым инструкция не оказывала регулирующего влияния на ход выполнения, что отразилось в значительном увеличении времени, затраченного ими, по сравнению с испытуемыми группы нормы. Следует отметить, что данные феномены наблюдались в условиях, когда испытуемый самостоятельно должен был выделить параметры для выполнения задания, а также отсутствовал очевидный алгоритм или стереотип в их использовании.

Таким образом, сопоставление в исследовании результатов методик, направленных на изучение различных аспектов когнитивной сферы, позволяет целостно проанализировать особенности когнитивных процессов у больных с расстройствами личности, а также обсуждать возможные механизмы их формирования и условия, в которых эти особенности достигают уровня нарушений.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Полякова Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991, 256 с.
3. Николаева В.В. Б.В. Зейгарник и патопсихология. // Психологический журнал, 2003, т. 24, № 3, с. 13-21.
4. Соколова Е.Т. Феномен психологической защиты. // Вопросы психологии, 2007, № 4, стр. 66-79.
5. Тхостов А.Ш., Виноградова М.Г. Нарушения мышления при истерическом расстройстве личности / Психологические исследования, 2010, 2 (10), <http://psystudy.ru>
6. Ashley A., Holtgraves T. Repressors and memory: Effects of self-deception, impression management and mood. // J. of research in personality, 2003, Vol. 37, pp. 284-296.

### **Особенности когнитивного инсайта при психических заболеваниях** Еникилопов С.Н., Рассказова Е.И., Бархатова А.Н., Голубев С.А. (Москва)

Несмотря на то, что представления о рефлексии и критичности к собственному опыту являются одними из центральных как для когнитивной психологии, так и для патопсихологии, современные эмпирические исследования в этой области основаны практически исключительно на диагностике инсайта болезни [1; 4] как интегративной основы поведения больного. При этом нарушения регуляторных и познавательных процессов при психических заболеваниях проявляются во всей деятельности человека, а не только в отношении его к болезни. Соответственно, понятие инсайта болезни характеризует лишь узкую область изменений в системе познавательных процессов, не позволяя выявить закономерности нарушений умозаключений в целом [5]. Для преодоления этих затруднений А.Бек предложил понятие когнитивного инсайта, под которым подразумевается возможность оценки и коррекции ошибочных или несоответствующих ситуации убеждений и ложных интерпретаций. С

точки зрения А.Бека, способность пересмотреть свои умозаключения в наибольшей степени нарушается при психотических состояниях, где является одной из ключевых причин нарушения осознания собственного психического заболевания и необходимости лечения [5]. Для диагностики когнитивного инсайта была предложена шкала когнитивного инсайта А.Бека, включающая две субшкалы: саморефлексивности и самоуверенности.

Согласно эмпирическим исследованиям, в норме уровень когнитивного инсайта выше, чем при психических заболеваниях [8; 9]. Было показано, что у больных психотическими формами психических заболеваний, по сравнению с больными, не переживающими психоза, уровень когнитивного инсайта снижен [5]. Более детальные исследования установили, что уровень когнитивного инсайта при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве не различается и ниже, по сравнению с депрессивным расстройством при эндогенных психозах не различается и ниже по сравнению с депрессивным расстройством при неспихотических формах психических заболеваний [7]. За время госпитализации несколько улучшились показатели саморефлексивности, тогда как самоуверенность оставалась стабильной [6]. В целом, когнитивный инсайт был связан как с осознанием как факта заболевания, так и с осознанием наличия бредовых расстройств [5; 10]. Связи когнитивного инсайта с осознанием признанием галлюцинаций выявлено не было.

Данные о связи когнитивного инсайта при психических заболеваниях с субъективным благополучием и качеством жизни неоднозначны основаны преимущественно на оценках депрессивной симптоматики. Так, в исследовании А.Бека с соавторами, нарушение когнитивного инсайта было связано с выраженностью депрессивной симптоматики только у больных с депрессивным расстройством; этой связи не отмечалось при шизофрении и шизоаффективных расстройствах [5], тогда как по другим данным, депрессивность как особенность личности связана с уровнем когнитивного инсайта при шизофрении, но не в норме [8].

Целью данной работы являлось выявление особенностей когнитивного инсайта у больных разных нозологических групп (приступообразной шизофренией, аффективными расстройствами) и испытуемых без психических нарушений.

Материал и методы. В исследовании участвовали пациенты мужского пола, заболевшие в юношеском возрасте (от 18 до 27 лет). 27 больных приступообразной шизофренией после первого приступа, 40 больных аффективными расстройствами и 183 испытуемых без психических нарушений заполняли шкалу когнитивного инсайта А.Бека [3] и шкалу субъективного счастья С.Любомирски [2].

Результаты. По результатам дисперсионного анализа, уровень когнитивного инсайта у больных приступообразной шизофренией парадоксальным образом оказался выше, чем в норме, тогда как показатели больных аффективными расстройствами занимают в этом ряду промежуточное положение ( $F=7,94$ ,  $p<0,01$ ). При этом по шкале саморефлексивности показатели больных аффективными расстройствами были значимо ниже как показателей больных приступообразной шизофренией, так и показателей здоровых испытуемых. По шкале самоуверенности обе группы больных отличаются от нормы низкими баллами. По результатам модераторного анализа в трех группах значимо различаются паттерны корреляций между когнитивным инсайтом и уровнем субъективного счастья ( $p<0,05$ ). Если в норме субъективное счастье положительно коррелирует с самоуверенностью ( $r=0,23$ ), в группе больных с приступообразной шизофренией субъективное благополучие не связано с самоуверенностью, но обнаружена отрицательная корреляция с саморефлексивностью ( $r=-0,41$ ), тогда как в группе больных аффективными расстройствами значимых связей с когнитивным инсайтом не наблюдается.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить, что когнитивный инсайт представляет собой неоднородный конструкт, а механизм его действия различен в норме и при психических заболеваниях. На основании полученных данных можно допустить, что в юношеском возрасте после первого приступа шизофрении отмечается снижение самоуверенности без потери саморефлексивности (но, возможно, с изменением ее функции), что приводит к компенсаторному повышению, а не понижению интегрального показателя когнитивного инсайта. Если в норме когнитивный инсайт связан с субъективным благополучием через уверенность в своих переживаниях и своем опыте, то при психических заболеваниях эта связь перестает быть значимой, а при приступообразной шизофрении связь субъективного благополучия и когнитивного инсайта определяется саморефлексивностью. По всей видимости, речь идет о модификации функции саморефлексивности, поскольку «психотический опыт» требует привлечения иных критериев при рефлексии собственного опыта.

#### Литература

1. Иржевская В.П. Нарушение осознания психического заболевания при шизофрении: Автореф. дисс. ... к. психол. н. М., 2009.
2. Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008.

3. *Рассказова Е.И., Плужников И.В.* Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А. Бека // Психологические исследования. В печати.
4. *Тхостов А.Ш., Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Морозова М.А.* Инсайт в патопсихологии (исторические, теоретические и методологические аспекты): Учебно-методическое пособие. М.: МГУ, 2007
5. *Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J., Steer, M.A., Warman, D.M.* A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale // *Schizophrenia Research*, 68, 2004. P. 319-329.
6. *Bora, E., Erkan, A., Kayahan, B., Veznedaroglu, B.* Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007. 61. P. 634-639.
7. *Colis, M., Steer, R., Beck, A.* Cognitive insight in inpatients with psychotic, bipolar and major depressive disorders // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2006. Vol. 28. No. 4. P. 243-250.
8. *Kao, Y., Wang, T., Lu, S., Liu, Y.* Assessing cognitive insight in nonpsychiatric individuals and outpatients with schizophrenia in Taiwan: an investigation using Beck Cognitive Insight Scale // *BMC Psychiatry*. 2011. 11:170. 14 p.
9. *Martin, J.M., Warman, D.M., Lysaker, P.H.* Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: An examination using the Beck Cognitive Insight Scale // *Schizophrenia Research*. 2010. Vol 121(1-3). P. 39-45.
10. *Uchida, T., Matsumoto, K., Kikuchi, A., Miyakoshi, T., Ito, F., Ueno, T., Matsuoka, H.* Psychometric properties of the Japanese version of the Beck Cognitive Insight Scale: Relationship of cognitive insight to clinical insight // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009. 63. P. 291-297.

### **Особенности смысловой переработки информации в норме и патологии** Жигуэ Е.И. (Кишинев, Молдова)

Данные многочисленных исследований показывают, что при шизофрении одним из центральных расстройств является нарушение смысловой сферы. Традиционно нарушения смысловых систем у больных шизофренией рассматривалось в контексте недостаточности мотивационного обеспечения и в структуре познавательной деятельности. В настоящее время на первый план выступают когнитивные модели шизофрении, в которых указывается, что шизофреническая личность является уязвимой из-за недостатков в церебральной переработке входящей информации. Показано, что продуктивность больных значительно снижается, если требуется переработка раздражителей более высокого порядка, их семантического содержания [6], нарушаются процессы селекции информации, зрительного пространственного восприятия, характерны трудности одновременной переработки разных видов информации. Эти положения согласуются с данными исследований Ю.Ф. Полякова и соавторов, показавших, что наиболее общей и существенной характеристикой в структуре познавательных процессов, нарушающихся при шизофрении, является нарушение процесса актуализации знаний на основе прошлого опыта, рядоположность перцептивных и смысловых, семантических признаков предъявляемых для опознания слов или образов [3].

Клинические наблюдения и результаты психологических исследований показали, что при шизофрении прежний запас знаний длительное время остается сохранным, не обнаруживается грубых расстройств памяти. А так как актуализация сведений из долговременной памяти является заключительным этапом обработки информации, то можно ожидать, что у больных шизофренией будут нарушены предшествующие этапы переработки информации.

Принципиальная возможность больных шизофренией проводить сенсорный анализ воспринимаемых стимулов позволяет предположить, что у них страдает процесс семантического кодирования информации (СК), который определяется как процесс идентификации ключевых существенных признаков объекта или события с целью формирования их внутренней репрезентации и включает два уровня: образное кодирование и вербальное кодирование [4; 5]. Семантическая обработка информации выполняет смыслообразующую функцию [1; 4]. В процессе СК воспринимаемый стимул приобретает значение смысл, и содержащаяся в нем информация получает интерпретацию. Осознание достигается за счет воплощения смысла в системе значений и описывается как процесс вербализации.

Целью данного исследования явилось изучение процесса смысловой переработки информации в норме и патологии на модели СК. Применялись: методика Вартега, тест руки Вагнера, методика «Истории М.Thomas» и модифицированная методика Розенцвейга.

В исследовании принимали участие 60 больных шизофренией 13 – 16 лет, у которых впервые манифест заболевания был в подростковом возрасте, и 60 здоровых учащихся лицеев г.Кишинева того же возраста.

Полученные результаты показали, что на основе стимульной информации могут возникать образы, характеризующиеся разной степенью смысловой наполненности. У здоровых испытуемых переработка специфической сенсорной информации приводит к формированию смыслового образа (83,1% всех ответов). Незначительная часть ответов – образы, построенные по перцептивному типу (по законам поля), но имеющие хорошее вербальное кодирование. Больные шизофренией достоверно отличаются от здоровых сверстников по характеру СК нейтральной информации (F-критерий Фишера = 6,55;  $p \leq 0,01$ ). В группе подростков, страдающих шизофренией, адекватных смысловых ответов,

отражающих согласованную связь образного и вербального кодов, 35,8%; 25,4% всех стимулов проходит только сенсорную обработку. Дефицитарность образного уровня СК проявляется у испытуемых этой группы в отсутствии основных смысловоразличительных частей предмета; недостаточной полноте образа; стереотипности; искажениях образов.

Анализ индивидуальных профилей испытуемых показал, что процесс СК, как в норме, так и в патологии, характеризуется волнообразностью и динамичностью, и зависит от ряда внутренних и внешних условий деятельности организма. Информация одним и тем же испытуемым может обрабатываться, кодироваться на различных уровнях.

У больных шизофренией нарушен и процесс переработки эмоциогенных стимулов: снижена адекватность восприятия, точность оценки эмоциональных ситуаций. Больные недооценивают эмоции субъекта, неверно их атрибутируют, не могут интегрировать элементы эмоционального процесса, что может приводить к патологической тактике поведения. У них значимо больше, чем у здоровых подростков ( $t = 5,49$ ;  $p \leq 0,01$ ) формальных, отдаленных ответов, являющихся реакцией не на всю ситуацию в целом, а на ее отдельные детали. Часть больных шизофренией (15,9 % всех ответов) вообще не могут актуализировать образ ситуации, 42,7 % больных актуализируют образ, могут описать причину эмоционального состояния, но очень обобщенно, поверхностно. Остальные подростки (41,4 %) могут указать конкретную адекватную причину эмоционального состояния, но только после дополнительной стимуляции, что свидетельствует о меньшей по сравнению с нормой автоматизированности семантической обработки информации у больных шизофренией.

Таким образом, смысловая обработка воспринимаемых стимулов у подростков, больных шизофренией, страдает преимущественно на образном уровне СК. В качестве одного из основных факторов, определяющих включение, глубину и характер звена семантической обработки информации, выделяют внимание [2]. Психологические исследования подтверждают центральное значение симптомов нарушения внимания в клинике шизофрении и указывают на первичный и фундаментальный характер этого вида психических расстройств [6; 7; 8 и др.].

Нарушение процесса смысловой переработки информации в звене СК у больных шизофренией обуславливает уравнивание смысловых и сенсорных аспектов ситуации или объектов, непродуктивные расширения объема информации, круга свойств и отношений, включаемых в процесс мышления, повышенную неопределенность отражаемых ситуаций. Ю.Ф. Поляков указывал, что «для больных шизофренией, в связи с ухудшением избирательности системы привлекаемых из памяти сведений (используемых в процессах восприятия), окружающая среда, события внешнего мира в информационном поле оказываются более неопределенными, более многозначными, чем для здоровых людей» [3, с.133]. Выявленные особенности подростков, больных шизофренией, делают трудными для них быструю и точную переработку поступающей информации, свободное обращение со зрительным полем, а, следовательно, затрудняют адаптацию в целом, особенно в ситуациях, плотно насыщенных информацией.

#### Литература

1. Зинченко В., Вучетич Г., Гордон В. Порождение образа // Искусство и НТР. – М., 1973. – С.429 – 461.
2. Наатанен Р. Внимание и функции мозга. – М., 1998.
3. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.
4. Солсо Р.Л. Когнитивная психология. Пер.с англ. – М., 1996.
5. ХOFFман И. Активная память: экспериментальные исследования и теории человеческой памяти. Пер.с англ. – М., 1986.
6. Cohen R.A. (Ed.) The neuropsychology of attention. – N.Y., 1993, 49 – 73.
7. Nuechterlein K.H., Dawson M.E. Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. - 1984, 10, 160-200.
8. Shakow D. Shakow D. Segmental set. A theory of the formal psychological deficit in schizophrenia // Arc.Gen. Psychiat. - 1962. V.6.

### **Патопсихологическая диагностика при острых психотических состояниях (случай из практики)** Завязкина Н.В. (Киев, Украина)

По данным современных эпидемиологических исследований от 1 до 5% всех жителей Земли страдают эпилептическими приступами. Число больных эпилепсией составляет порядка 50 миллионов человек. По уровню распространенности эпилепсия занимает четвертое место в структуре психической патологии.

По данным литературы (Казаковцев Б., 1999; МаксUTOва А., Фрешер В., 1998 и др.) частота психических расстройств при эпилепсии составляет от 3,8 до 60%. Показатель распространенности эпилепсии с психическими расстройствами в странах СНГ составляет порядка 1,8 случая на 1000 населения.



Острые психотические состояния занимают значительное место в клинике неотложных эпилептических состояний. Их изучение расширяет понимание клиники эпилептической болезни, а также тесно связано с вопросами комбинации различных психозов, влияния экзогенных факторов на течение болезни.

Описание эпилептических психозов, уточнение особенностей их протекания и динамики, прогноз болезни, имеет определенное значение для психопатологической и патопсихологической диагностики.

В психопатологическом плане представляет интерес тенденция к росту параноидной симптоматики при эпилепсии в структуре эпилептических психозов.

Определенные трудности представляет дифференциальная диагностика таких состояний с шизофреническим процессом.

При патопсихологическом обследовании на первый план выступает диагностика изменений подвижности основных процессов, расстройств мышления и ассоциативных процессов, а также эмоционально-волевой сферы и личности.

Для более точной дифференциальной диагностики шизофренических и эпилептических психозов для грамотной постановки психологического диагноза, необходим тщательный подбор психологического инструментария, раскрывающий особенности когнитивной и эмоционально-волевой сфер личности больного.

В отделение для больных эпилепсией КПНБ №1 г. Киева, по переводу из общепсихиатрического отделения, поступила больная Н., 1985 г.р., для уточнения диагноза. Из анамнеза жизни известно, что родилась в полной семье. Наследственность психопатологически неотягощена. Родители развелись, когда ей было 8 лет. Воспитывалась матерью. В развитии от сверстников не отставала. Посещала детский сад. В школу пошла своевременно, была отличницей. По характеру формировалась спокойной, неконфликтной, послушной. Закончила ВУЗ с красным дипломом. Работала. Из заболеваний – только простудные. Травм головы не отмечено. Из анамнеза болезни: поступает добровольно. Мать пациентки сообщает, что стала отмечать в ее поведении странности, которые усугубились после ссоры с молодым человеком. Стала вести себя неадекватно: была излишне сосредоточена на своем здоровье и своей внешности. Утверждала, что у нее стали выпадать волосы и брови. Замкнулась, перестала общаться, потеряла работу. Вскоре, помимо указанных жалоб, внезапно заявила матери, что часто видит в коридоре убитую женщину и много крови, боится, что это сделала она. Стала замкнутой, тревожной, в последние несколько суток перед поступлением не спала. Психический статус при поступлении: доступна формальному контакту. Эмоционально холодна. На вопросы отвечает после пауз. Утверждает, что у нее выпадают волосы и брови. Скрывает свои другие болезненные переживания. Выглядит напряженной, недоверчивой. Наличие галлюцинаторной симптоматики отрицает. Суицидальные идеи не высказывает. Критика формальная.

В период лечения в общепсихиатрическом отделении стационара развилось состояние, квалифицированное специалистами, как «генерализованный судорожный приступ», в связи с чем, была переведена в специализированное отделение для больных эпилепсией для уточнения диагноза и коррекции медикаментозной терапии.

В отделении: бездеятельна, замкнута, подозрительна; продолжает настаивать, что у нее выпадают волосы и брови. Большую часть времени проводит в постели, отвернувшись к стене. Ни с кем не общается. Постоянно повторяет, что ей уже лучше, что она хочет побыстрее домой.

Направляется врачом на патопсихологическое исследование для уточнения диагноза и дальнейшего прогноза.

При работе с психологом молчалива, замкнута, отгорожена, насторожена, подозрительна. Доступна формальному контакту. В беседе на вопросы отвечает после долгих пауз. Адинамична, бездеятельна, амбивалентна. Внезапно в беседе начинает интересоваться причинами сбора о ней информации: «...Зачем все эти вопросы? Для чего собирается эта информация?» и т.д. Демонстрирует, свои болезненные переживания полностью не раскрывает. Отмечает лишь беспокойство по поводу выпадения волос и бровей. Коррекции не поддается. Отмечает, что за время пребывания в стационаре тревога стала меньше, налачился сон. Из тревожащих ее вопросов на первое место ставит желание побыстрее выписаться домой. При этом конструктивных планов на будущее не имеет. Эмоционально формальна. Критичность нарушена. В единичных случаях отмечаются нечеткие расплывчатые суждения, искажения логики суждений по типу соскальзываний.

Исследование не обнаруживает обстоятельности суждений. Утомляемость не отмечается.

При выполнении экспериментальных методик переспрашивает их назначение, инструкции усваивает. Вместе с тем, выполнять их успешнее не стремится, результатами не интересуется, при указании на ошибочные решения, не исправляет.

Память и внимание в пределах нормы. Образы в «Пиктограммах» были стереотипны, формальны, малопроективны, чрезмерно конкретны (по Г.В.Биренбаум «рабски связаны с реальностью»). При этом не отмечалось снижение числа атрибутивных и адекватных образов.

Уровень обобщений и абстрагирования соответствует полученному образованию. Легко оперирует обобщенными категориями. Вместе с тем, допускает ошибочные решения по типу искажения процесса обобщения, тенденции к использованию латентных признаков. Мотивационные и эмоциональные нарушения деятельности проявляются в невозможности сделать выбор из нескольких предложенных вариантов (методика «Классификация», «Исключение лишнего»).

Достаточно информативным для диагностики в данном случае оказался тест Вартегга, который использовался для исследования мыслительной деятельности и подтвердил данные, полученные ранее Ермаковой А.А. Так, в рисунках больной, полностью отсутствовали эстетически содержательные мотивы, не учитывалось качество стимульного знака при создании рисунка, отмечались perseverативные тенденции. Все это еще раз свидетельствовало о нарушениях мыслительной деятельности и ее мотивационного компонента, эмоциональной выхолощенности, нарушении критичности.

Специфических нарушений, характерных для эпилептической болезни (эндогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса по Блейхеру), выявлено не было, в то время как на первый план вышли нарушения, характерные для шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, что позволило психологу установить правильный психологический диагноз, а клиницистам исключить предположение о психотическом состоянии с диагнозом «Эпилепсия» и установить диагноз «Шизофрения».

#### **Междисциплинарное взаимодействие психологов и врачей в детской психиатрической клинике** Зверева Н.В., Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Горюнов А.В., Хромов А.И., Жукова О.Н. (Москва)

В отечественной психологии и психиатрии, не без активного участия и поддержки Юрия Федоровича Полякова, в течение многих лет (с первой половины 1970-х годов) в Институте психиатрии АМН СССР (ныне в ФГБУ «НЦПЗ РАМН») ведется совместная научно-практическая работа клиницистов и психологов в области изучения эндогенных психических заболеваний у детей и подростков. Экспериментальная патопсихология, ярко представленная в отечественной клинической психологии трудами Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Полякова, С. Я. Рубинштейн, В. В. Лебединского, А. Я. Ивановой, Т.К.Мелешко, Н.Л.Белопольской и др., динамично развивается и в настоящее время. Сложившаяся практика взаимодействия клинических психологов и психиатров успешно зарекомендовала себя при решении широкого круга вопросов. Первое место среди подобных задач занимает дифференциальная диагностика. Использование традиционного для патопсихологии индивидуализированного экспериментального подхода с преобладанием качественного анализа успешно реализуется при решении дифференциально-диагностических задач в отношении детей, страдающих эндогенной психической патологией. Квалифицированное использование математических методов обработки там, где это возможно, подкрепляет сотрудничество специалистов и дополнительно работает на «доказательную» медицину.

За эти годы (с 70-х гг 20-го века по настоящее время) сложилось несколько типов продуктивно-взаимодействия врачей и психологов. **Во-первых**, в рамках специализированного экспериментально-психологического научного исследования своеобразие развития отдельных психических процессов, их компонентов и сочетаний, меж- и внутрифункциональных связей (мышления, восприятия, эмоций, общения, памяти, внимания и т. п.) у аномальных детей (Мелешко, Алейникова, Захарова, 1986, Назаренко, 1990, Захарова, 1990, Зверева, 1997, Зверева, Козлова, 2001, Зверева, Хромов, 2009, Коваль-Зайцев, 2010 и др). В этих исследованиях врачи помогают психологам собрать для обследования клинически однородные группы, а психологи могут дать психологическую квалификацию нарушенного психического развития психики или отдельных ее компонентов. **Во-вторых**, при традиционном диагностическом патопсихологическом обследовании детей, имеющих нарушения психического развития, эндогенную и другую психическую патологию, с комплексом расстройств (отдельные клинические синдромы – патологическое фантазирование, аутизм, нервная анорексия, СДВГ, аффективная патология, сопутствующие и коморбидные расстройства и др.) (Алейникова, Захарова, Буреломова, 1986, Алейникова, Захарова, Данилова, 1987, Гончарова, Мелешко, 1990, Зверева, Горюнов, 2002, Зверева, Куликов, 2006, Зверева, Балакирева, 2008, Симашкова, Коваль-Зайцев, Хромов, Зверева, 2010). В этих случаях психологи выявляют специфические или типичные нарушения психического развития при разных вариантах патологии. **В-третьих**, при динамическом (в том числе катamnестическом) клинико-психологическом лонгитюдном наблюдении детей и подростков. В этих случаях у впервые заболевших детей прослеживается динамика патопсихологического синдрома и проявлений

психического дизонтогенеза, оценивается вклад клинических факторов, отражающих тип и тяжесть течения заболевания, возраст его начала и длительность, у детей с текущим психическим заболеванием оцениваются проявления психического дизонтогенеза определенного типа, особенности формирования психического дефекта, проявления дефицитов (нейрокогнитивного, когнитивного, эмоционального и др.), работа над оценкой эффективности лечения по психодиагностическим параметрам. (Алейникова, 1984, Захарова, 1985, Зверева, 1993, 2005, Коваль-Зайцев, Симашкова, Зверева, 2007, Зверева, Хромов. Коваль-Зайцев, 2010, Хромов. 2012 и др.). Эти работы оказываются полезными для обеих сторон, т.к. психологи углубляют знания о психическом дизонтогенезе и его особенностях, а врачи получают верифицированную информацию об улучшении или ухудшении состояния больного ребенка с течением времени или на фоне лечения. **В-четвертых**, продуктивным является совместный анализ индивидуальных сложных случаев (в виде мультидисциплинарных консилиумов) (см. журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков»). **В-пятых**, взаимодействие врачей и психологов осуществляется в ходе работы по обоснованию критериев прогноза течения заболевания с учетом данных нейро- и патопсихологической диагностики, при разработке предложений по обучению, психологической коррекции и сопровождению детей с нарушениями развития психики, улучшению их адаптационных возможностей и качества жизни.

Отдельного внимания заслуживает методический инструментарий патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике. Выработанные в ходе научных исследований методы диагностики в детской патопсихологии позволяют дифференцировать нарушения деятельности мышления в зависимости от степени выраженности тяжести эндогенного психического процесса, а также от вида патологии (аномалии); оценить вид когнитивного дизонтогенеза, описать социальную дезадаптацию, гармоничность-дисгармоничность психического развития, проявления асинхронии развития при различных вариантах психического дизонтогенеза. Предложенные сотрудниками лаборатории патопсихологии (ныне отдела медицинской психологии) методические диагностические комплексы имеют широкую направленность, адресованы к детям разного возраста, снабжены показателями возрастной нормы развития. Они позволяют с уверенностью устанавливать вид и структуру психического дизонтогенеза, особенности функционирования различных сторон психики, динамики показателей психической деятельности под влиянием фармакологической терапии, давать рекомендации о возможности обучения детей с аномальным психическим развитием, особенностях соотношения дефекта и дефицитов различных сфер психики в связи с клиническими характеристиками и давностью заболевания. Особенно важно, что патопсихологическая диагностика позволяет дифференцировать патологически протекающие кризисные периоды развития ребенка и возрастнo-специфические виды патологии. Совместная деятельность врачей и психологов позволяет оказать максимально полную клинико-психологическую помощь больному ребенку и его семье.

Вышеизложенное подтверждает широкие возможности детской клинической психологии и, в частности, экспериментальной патопсихологии в решении вопросов дифференциальной диагностики (нозологической и синдромальной) при эндогенных и других психических заболеваниях у детей и подростков.

### **Апробация опросника отношения к юмору и смеху PhoPhiKat<45> на российской выборке**

Иванова Е.М.<sup>1</sup>, Стефаненко Е.А., Пройер Р.Т.<sup>2</sup>, В. Рух<sup>2</sup>, Ениколопов С.Н.<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup> Москва, Россия; <sup>2</sup> Цюрих, Швейцария)

Исследование гелотофобии или страха насмешки за последнее десятилетие стало значимым трендом в психологии юмора [4, 5]. Показана актуальность изучения страха насмешки как клинического синдрома, не сводимого к социофобии, с одной стороны, и как феномена индивидуальных различий, с другой. Исследование отношения к юмору и смеху или паттернов реагирования на смех было расширено В. Рухом и Р. Пройером, описавшим такие черты личности как гелотофилия (склонность выставлять себя объектом юмора и смеха) и катагеластизм (склонность высмеивать других) и разработавшим опросник для их измерения. Целью настоящей работы является апробация русскоязычной версии опросника PhoPhiKat для дальнейших исследований отношения к юмору и смеху в России.

Опросник PhoPhiKat В. Руха и Р.Т. Пройера [6] предназначен для измерения гелотофобии - страха насмешки (например, «Когда в моем присутствии начинают смеяться, я настаораживаюсь»), гелотофилии – стремления выглядеть смешным (например, «В компании других людей я люблю подшучивать над собой, чтобы рассмешить окружающих») и катагеластизма – склонности высмеивать окружающих (например, «Я люблю выставлять людей в смешном виде, и мне нравится, когда это вызывает смех окружающих»). Каждая шкала состоит из 15 утверждений, которые предлагается оце-

нить по 4хбалльной шкале. Был выполнен прямой и обратный перевод опросника, после чего вносились корректировки пунктов.

Для валидации опросника были использованы опросник стилей юмора Р. Мартина [3], опросник агрессии Басса-Перри [2] и шкала субъективной оценки качества жизни К. Рифф [1].

В исследовании приняли участие 818 испытуемых, 208 мужчин, 609 женщин в возрасте от 18 до 66 лет ( $M=27,91$ ,  $SD=12,28$ ). Из них 86 человек – жители Москвы и Санкт-Петербурга, 483 человек – из различных населённых пунктов России (от областного центра до деревни). Из них 761 человек заполнили опросник стилей юмора, 337 человек – опросник агрессии и 41 человек – шкалу субъективной оценки качества жизни.

Результаты факторного анализа методом главных компонент с вращением Oblimin подтвердили трёхфакторную структуру опросника PhoPhiKat. Собственные значения первых трёх факторов равны соответственно 6.98, 5.10, 2.48. Три фактора объясняют 32.36% дисперсии. Большинство пунктов имеют нагрузки на соответствующие факторы от .3 до .7. Пункты, имеющие низкие факторные нагрузки ( $<.3$ ) были проанализированы и на данном этапе отсеяны: №41 (гелотофилия), №13 и 16 (гелотофобия) и №6, 12, 21 (катагеластизм). Три пункта имеют дополнительные нагрузки на другие факторы, т.е. характеризуются низкой различительной силой (№3, 30, 44).

Анализ надёжности шкал гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма по критерию  $\alpha$ Кронбаха показал высокую внутреннюю согласованность всех шкал:  $\alpha=.83$  (гелотофобия);  $.83$  (гелотофилия) и  $.77$  (катагеластизм). Тем не менее, несколько пунктов характеризуются низкими ( $<.3$ ) значениями корреляции пункта со шкалой: №41 (гелотофилия), №13 и 16 (гелотофобия), №9 и 21 (катагеластизм).

На данном этапе анализа были отобраны 30 пунктов (по 10 на каждую из трёх шкал), получившие наилучшие психометрические характеристики, которые формируют краткую версию опросника. Полная же версия опросника требует повторного сбора данных после внесения корректировок в формулировки 10 проблемных пунктов.

Исследуемые феномены релевантны для российской выборки: 12.5% испытуемых набрали балл по гелотофобии, превышающей пороговый 2.5; 18.9% превысили пороговый балл по гелотофилии и 41.6% - по катагеластизму. Получены следующие описательные статистики шкал для российской выборки: гелотофобия ( $M=1.96$   $SD=.52$ ) гелотофилия ( $M=2.10$   $SD=.52$ ) и катагеластизм ( $M=2.49$   $SD=.48$ ). В подтверждение более ранних результатов [4] было показано, что гелотофобия негативно связана с численностью населения ( $r=-.12$ ,  $p=.000$ ). Страх насмешки значимо выше в небольших населённых пунктах по сравнению с большими городами.

Корреляционный анализ показал связь между гелотофилией и катагеластизмом ( $r=.32$ ,  $p=.000$ ), что согласуется с результатами оригинального исследования. Напротив, отрицательной связи между гелотофобией и гелотофилией, выявленной в оригинальном исследовании, получено не было.

Корреляционный анализ шкал опросника PhoPhiKat $<30>$  с различными стилями юмора, параметрами агрессии и качества жизни свидетельствуют в пользу валидности русскоязычной версии опросника. Гелотофобия отрицательно, а гелотофилия и катагеластизм положительно коррелируют с позитивными стилями юмора – affiliативным ( $r=-.25$   $r=.41$   $r=.31$   $p=.000$ ) и самоподдерживающим ( $r=-.25$   $r=.23$   $r=.14$   $p=.000$ ). При этом гелотофилия и катагеластизм также позитивно коррелируют и с негативными стилями – агрессивным ( $r=.26$   $r=.51$   $p=.000$ ) и самоуничижительным ( $r=.63$   $r=.18$   $p=.000$ ), в то время как гелотофобия не связана с ними.

Гелотофобия и катагеластизм положительно коррелируют со всеми шкалами агрессии (коэффициенты от .25 до .35 при  $p=.000$ ), при этом гелотофилия не связана ни с одним из параметров агрессии. Субъективная оценка качества жизни не связана ни с одной из шкал опросника.

В целом, полученные результаты свидетельствуют о хороших психометрических свойствах опросника PhoPhiKat. Получены данные в пользу валидности шкал гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма. Краткая версия PhoPhiKat $<30>$  может быть рекомендована к использованию. Полная версия опросника нуждается в доработке, поскольку 10 из 45 пунктов имеют неудовлетворительные психометрические свойства по тем или иным критериям и нуждаются в корректировке.

#### Литература

1. Ениколопов С.Н., Садальская Е.В., Абдраязова А.М. Психология здоровья и проблемы психологического благополучия: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М., 2003. С. 37-49.
2. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. - 2007. - 28-1.-с.115-124.
3. Иванова Е.М., Митина О.В., Зайцева А.С., Ениколопов С.Н. Русскоязычная адаптация опросника стилей юмора Р. Мартина // Теоретическая и экспериментальная психология. 2013 (в печати)
4. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Проёр Р., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал, 2011, том 32, №2, с.94-108
5. Ruch W. (2009) Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview // Humor: International Journal of Humor Research, 22-1/2, 1-26

## Расстройства шизофренического спектра: специфика нейрокогнитивного дефицита при разных формах шизофрении

Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. (Санкт-Петербург)

**Актуальность.** В современной медицинской литературе шизофрения рассматривается как нейробиологическое заболевание с облигатными когнитивными нарушениями. По данным А.Б. Шмуклера (2010), к настоящему времени количество научных публикаций, касающихся изучения структурных изменений в различных отделах головного мозга при шизофрении, только в англоязычной литературе превышает три тысячи [1]. Нейрокогнитивный дефицит (НКД), в целом, определяется как недостаточность высших психических функций (памяти, внимания, мышления, речи), а также исполнительских функций (executive functions), их произвольной регуляции и контроля, развившаяся вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга. В последние десятилетия усилился интерес к изучению нейрокогнитивного дефицита при шизофрении и других нервно-психических расстройствах. Внимание исследователей обращено к изучению влияния различных типов течения заболевания, длительности заболевания, фармакотерапии на выраженность нейрокогнитивного дефицита [2, 3, 4, 5]. Предпринимаются попытки проведения сравнительного анализа когнитивного дефицита у пациентов различных нозологических групп для выявления специфических патогномических признаков [6]. Однако в настоящее время специфика когнитивных нарушений при различных формах шизофрении еще недостаточно изучена.

**Целью** исследования было изучение особенностей когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического круга.

**Материал исследования.** В исследовании приняло участие 110 пациентов (средний возраст  $26,04 \pm 7,9$  лет) с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0) – группа 1 и 53 пациента (средний возраст  $24,8 \pm 7,5$  лет) с диагнозом «шизотипическое расстройство личности» (F21) – группа 2. Группы являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

**Методы.** Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались следующие методики: Методика последовательности соединений (Trailmakingtest, TMT, 1993), направленная на оценку особенностей внимания и исполнительской функции; Тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT, 1995) для оценки вербальной ассоциативной продуктивности; тест «Сложная фигура Рея–Остерица» (Rey-Osterrieth Complex Figure Test, 1999) для оценки зрительно-моторной координации и зрительной памяти; таблицы Шульте для определения устойчивости внимания и работоспособности; тест «Шифровка», направленный на изучение свойств внимания (концентрации, распределения, переключения), восприятия, зрительно-моторной координации, скорости формирования новых навыков.

Сравнительный анализ полученных результатов в группах проводился с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

**Результаты:** В исследовании проанализированы различия в выполнении психологических и нейропсихологических тестов между группами пациентов с разными формами шизофрении и выявлены значимые различия ( $p < 0,05$ ) по некоторым показателям, что свидетельствует о наличии специфических когнитивных нарушений, присущих двум формам расстройств шизофренического круга. Средние значения выполнения методики ТМТ (серии А и Б) у пациентов с параноидной шизофренией (группа 1) были значительно выше, чем у пациентов с шизотипическим расстройством личности (группа 2) (серия А:  $48,8 \pm 23,6$  сек и  $29,2 \pm 8,9$  сек.; серия Б:  $132,3 \pm 67,7$  и  $89,4 \pm 41,3$  сек.), т.е. пациенты с параноидной шизофренией обладают меньшей способностью к переключению внимания, чем пациенты с шизотипическим расстройством. Более точное выполнение теста Рея–Остерица показали пациенты группы 2. Средние баллы выполнения данного теста в сравниваемых группах: при копировании фигуры -  $m = 28,8 \pm 7,4$  и  $m = 34,0 \pm 2,1$ ; при непосредственном воспроизведении -  $m = 15,9 \pm 9,6$ , и  $m = 24,4 \pm 6,3$ ; при отсроченном воспроизведении -  $m = 14,6 \pm 9,4$ , и  $m = 22,5 \pm 2,1$ . Это указывает на то, что зрительно-моторные функции и зрительная память у пациентов с шизотипическим расстройством более сохранены. В "Тесте беглости речевых ответов" (VFT) результаты были достоверно ниже в группе 1, чем в группе 2 (соотв.:  $m = 28,6 \pm 14,7$  и  $m = 37,5 \pm 8,9$ ). Следовательно, вербальная ассоциативная продуктивность, запас семантической памяти, исполнительная функция также более сохранены при шизотипическом расстройстве. Достоверные различия между группами отмечались и в эффективности работы с таблицами Шульте: более успешно справлялись пациенты группы 2 ( $m = 45,1 \pm 12,9$  сек.). Пациенты группы 1 обладали меньшей психической устойчивостью (выносливостью), по сравнению с

пациентами группы 2 ( $m=1,1\pm 1,14$  сек. и  $m=1,1\pm 0,2$  сек.). Степень вработываемости пациентов группы 1 была ниже, чем у пациентов группы 2 ( $m=40,6\pm 13,2$  сек. и  $m=29,9\pm 18,2$  сек.). Эффективность работы пациентов группы 1 также ниже, чем у пациентов группы 2. По результатам выполнения теста «Шифровка» у пациентов группы 1 менее сохранна визуальная перцепция и праксис, зрительно-моторная координация, скорость образования навыка ( $m=7,9\pm 2,2$ ). У пациентов группы 2 эти показатели были значимо выше ( $m=9,3\pm 2,4$ ). Таким образом, темп и уровень психической деятельности при выполнении простой умственной работы выше у пациентов с шизотипическим расстройством. Пациенты с параноидной шизофренией в большей степени испытывали трудности в концентрировании и распределении внимания, и, следовательно, в повседневной деятельности им будет сложнее ориентироваться, используя собственные знания, умения, и менее успешно преодолевать трудности, выдерживать внешние и внутренние нагрузки.

**Заключение:** Таким образом, характеризуя в общих чертах нейро- и патопсихологический профиль когнитивных нарушений у пациентов с разными формами шизофрении, даже при первом рассмотрении можно определить не только общие, но и специфические его черты. Пациенты с параноидной шизофренией уступают пациентам с шизотипическим расстройством в визуальной перцепции, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка, психической устойчивости и переключении внимания. Данные соотносятся с клиническими представлениями о шизотипическом расстройстве как «мягком», «пограничном» варианте болезни. Полученные результаты требуют дальнейшего, более детального изучения.

#### Литература

1. Шмуклер А.Б. Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - т. 20, N 3, - С. 86-95.
2. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2008. - 288 с.
3. Кабанов С. О., Мосолов С. Н. Нейролентики и нейрокогнитивный дефицит при шизофрении // Российский психиатрический журнал. - 2003. - № 5. - С. 60-68.
4. Harvey P.D., Keefe R.S.E. Clinical neuropsychology of schizophrenia / Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders. Eds. Grant I., Adams K.M. NY.: Oxford University Press, 2009 - P.507- 522
5. Dawn I., Velligan Ph.D., Alexander L., Miller M.D. Когнитивная дисфункция при шизофрении и ее важность для клинического исхода: место атипичных антипсихотических средств в лечении (Расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. №3. Том 2. С.91-92.
6. Ершов Б. Б. Продуктивность познавательной деятельности больных шизофренией и органическими психическими расстройствами: Автореф. ... дис. кандидата психологических наук: - СПб, 2011. - 27с.

#### Современные представления о патопсихологическом диагнозе

Каримулина Е.Г., Будай Н.Н. (Москва)

Представления о патопсихологическом диагнозе и диагностике претерпели существенные изменения за последние двадцать лет, т.е. на протяжении того времени, когда патопсихология живет в ситуации практической реализации знаний по данному предмету. Вопросы о диагностике, ее задачах, конкретных приемах и технологии тесно связаны с проблемами соотношения патопсихологии и общей психологии, психиатрии и психотерапии. Место и предназначение патопсихологии в ряду смежных наук постоянно оспаривается. Изменения представлений о норме и патологии, тенденция рассматривать социальные аспекты здоровья как возможный критерий для описания отклонений от нормы и превалирование иерархической модели здоровья (Братусь Б.С., 1988) привели к расширению представлений о психопатологии, размыванию ее границ. Изменилась клиническая картина и патоморфоз самих психических болезней, способы их лечения, фармакологические и психотерапевтические. Расширились границы и области применения патопсихологии, вопросы сохранения и укрепления психического здоровья становятся приоритетными. В частности, школьная дезадаптация, дидактические, педагогические, не имея статус болезни в строгом смысле слова (как нозологической единицы), становятся предметом специальных патопсихологических исследований.

Патопсихологическая диагностика также претерпела изменения. От задачи с целью уточнения медицинского диагноза совершился переход к более общим задачам оценки состояния и психического статуса субъекта диагностики, определения стрессоустойчивости, работоспособности и оценки высших психических функций в различных целях (в частности, при приеме на работу), а не только для постановки диагноза. Движение от представлений о том, что такое патология, в чем заключаются ее ключевые и переходные патопсихологические синдромы, к норме и нормативам не является принципиально новым в истории медицины и психологии. Достаточно вспомнить Карла Леонгарда с его учением об акцентуациях личности как крайних вариантах нормы. На современном этапе такое движение становится продуктивным и отвечает общим тенденциям гуманизации психологических знаний и представлений о человеке в целом.

Реформа предмета и задач патопсихологии, как и аналогичные процессы в общей психологии и диагностике, неизбежно привели к изменениям представлений о диагностике и методах патопсихологии. Первоначальным отличием патопсихологической диагностики от любого другого тестового и психометрического инструмента являлась его уникальность в смысле индивидуального описания личностных особенностей, включающего статус, анамнез, наблюдение в условиях эксперимента и стационара. Патопсихологическое тестирование предполагает знание особых технологий проведения обследований, навык интерпретации результатов, анализ вербальных и невербальных способов коммуникации пациента и психолога. На современном этапе данная модель патопсихологического обследования остается тем фундаментом, на котором базируются новые методические приемы и технологии, осуществляющие задачи интеграции патопсихологического исследования, консультирования и психотерапии (Холмогорова А.Б., 2011). Некоторые исследователи описывают эти изменения как сближение и синтез психодиагностики и психотерапии (Никольская И.М., 2011).

Принципы построения психологического эксперимента, его направленности и методической оснащенности в клинике возможно продуктивно использовать и в школе, в рамках работы психологической службы. При этом следует исходить из фундаментального представления отечественной психологии о личности как целостной психологической структуре, о неразрывной связи теории и практики. Опыт работы в школе показывает эффективность применения выделенных Рубинштейн С.Я. принципов построения патопсихологического эксперимента:

1. Принцип моделирования психической деятельности, которую человек осуществляет в реальной жизни; 2. Направленность на качественный анализ психической деятельности обследуемого ребенка; 3. Принцип соблюдения формальной-протокольной стороны эксперимента; 4. Фиксация полученных в эксперименте данных, необходимых для последующего обоснования выводов экспериментатора с опорой на протокол хода работы и конкретных результатов обследования.

На основании данных методологических принципов проводились специальные исследования защитных механизмов: психологических защит и копинг-стратегий у детей и подростков при школьной дезадаптации. Было показано, что копинг-стратегии как внешне наблюдаемые и осознаваемые способы совладания со стрессом необходимо сопоставлять с внутренними, личностно обусловленными, не всегда осознаваемыми способами психологических защит (Будай Н.Н., Каримулина Е.Г., 2012).

Проективные методы, используемые в диагностических и коррекционных целях, такие как «Рисунок семьи», «Автопортрет» и другие, направлены на выявление имеющихся неосознаваемых и эмоционально-значимых проявлений личности ребенка. В нашем исследовании они дополнены рисунками: «Я в школе», «Мои страхи в школе». Дети давали оценку своего эмоционального состояния в школе на уроке, на перемене, в школе с друзьями, сопоставлялись данные с оценкой эмоционального состояния дома: я радостный, я спокойный, я грустный, я рассерженный, я совершенно расстроенный. Наряду с самооценкой дети должны были дать оценку эмоционального состояния своих родителей и близких ребенку родственников («Если ты получишь двойку»). Была разработана новая проективная методика, предполагающая анализ реакций детей на фрустрации, связанные с учебной деятельностью (страх контрольной работы, страх отвечать у доски, страх не успеть выполнить задание в срок и т.д.) и ситуациями в школе – по типу теста Розенцвейга.

Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 1988. - 301 с.
2. Будай Н.Н., Каримулина Е.Г. О дальнейшем изучении защитных механизмов у младших и старших школьников при школьной дезадаптации // Материалы II Международной научно-практической конференции «Современная наука: тенденции развития». - Краснодар, 2012. - 7 с.
3. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов как интегративная технология психологической диагностики и психотерапии. // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы: [монографический сборник статей к всероссийской юбилейной научно-практической конференции "Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения" 23.09.2011 Москва]: к 100-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн / ред. Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина. - Москва: Московский городской психолого-педагогический университет, 2011. - С. 194-208.
4. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. - М.: Медпрактика-М, 2011. - 480 с.

### **Особенности мышления пациентов с шизотипическим расстройством в контексте патопсихологического исследования** Каткова М.Н., Стоянова И.Я. (Томск)

В последние годы в психиатрических клиниках отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство». По мнению многих исследователей, психологические особенности больных с этими нарушениями во многом отличаются от таковых при других формах эндогенных заболеваний. Это обстоятельство требует уточнения патопсихологической

симптоматики больных данной нозологии и совершенствования дифференциально - диагностических подходов. Большое значение в этом контексте приобретает изучение специфичности мышления у пациентов с шизотипическими нарушениями.

В.Ю. Воробьев (1988) выделил два типа шизофренического дефекта — типа "фершробен" и "псевдоорганического". В соответствии с этими вариантами осуществлялось выделение двух типов нарушений мышления. В.П. Критская и соавторы (1991) похожим образом описывали расстройства мышления, связанные с избирательностью, и нарушения, обусловленные снижением уровня обобщения и продуктивности интеллектуальной деятельности при шизофрении. Отмечалось, что при углублении шизофренического дефекта нарастают изменения первого типа, но взаимосвязей между избирательностью и степенью дефекта, а также длительностью заболевания не было выявлено.

С точки зрения психоаналитического подхода, особенно представителей эго-психологии, «Эго» выполняет множество функций, имеющих приспособительный характер. В частности, здоровое «Эго» обладает хорошо сформированными мыслительными процессами, что предполагает способность к логическому и понятийному мышлению. В свою очередь, мышление взаимодействует с другими эго-функциями, включающими отношение к реальности, регуляцию и контроль инстинктивных влечений, объектные отношения, психологические защиты. Следовательно, характер нарушений мышления определяет уровень его функциональности и влияет на социальную адаптацию пациентов.

Для исследования мыслительных особенностей больных шизотипическим расстройством в сравнении с пациентами другой нозологии шизофренического спектра использовались стандартные патопсихологические методики: «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Пиктограммы», «Сравнение понятий», «Пояснение переносного смысла метафор и пословиц» (Рубинштейн С.Я., 1999; Зейгарник Б.В., 1986).

Исследования М.М. Мучник (2001), осуществляемые на базе НИИ психического здоровья (Томск) показали, что у пациентов с эндогенными расстройствами отмечаются два типа мышления: тип А («фершробен») и Б (псевдоорганический тип). Результаты нашего патопсихологического эксперимента свидетельствуют о том, что при шизотипическом расстройстве наблюдаются искажения мышления по типу А. Эти нарушения на достоверно значимом уровне преобладают у пациентов с шизотипическим расстройством по сравнению с пациентами с различными формами шизофрении.

Нарушения типа А у пациентов с шизотипическим расстройством наблюдались нами более чем в 72 % случаев. В некоторых случаях в процессе патопсихологической диагностики выявлялось обеднение мыслительных процессов в виде снижения уровня обобщения, упрощения, стереотипизации ассоциаций, фрагментарности операций и ассоциативных связей.

Интерпретирую данные феномены с психоаналитических позиций, можно утверждать, что своеобразное искажение и даже распад мышления, наступающий в отдельных случаях, может способствовать изоляции пациентов от реальности, позволяя сохранить объективное представление о ней. В представлении Н. МакВильямс, (1998), искажение мышления защищает пациента от угрожающей реальности, подвергая мышление распаду.

При нарушениях мышления типа А, характерных для больных с шизотипическим расстройством, искажение реальности проявляется также в виде своеобразия восприятия, разноплановости, вычурности, оригинальности в ассоциативной сфере, высокой субъективности и ориентации на внутренние критерии.

Таким образом, диагностика специфичности мышления у больных с шизотипическим расстройством, выявленной в процессе патопсихологического эксперимента, играет важную роль в процессе постановки диагноза и определения нозологической принадлежности. Результаты исследования используются при выборе адекватной психотерапевтической и психокоррекционной помощи пациентам.

## **Влияние культурно-исторической среды на изменение актуализируемых признаков в методике «Четвертый лишний» в современной выборке здоровых испытуемых**

Кобзова М.П., Николаева Н.О. (Москва)

Данное исследование особенностей мышления базируется на изучении контрольных групп здоровых испытуемых. Для изучения познавательной сферы испытуемых сотрудниками отдела медицинской психологии Института психиатрии СССР были модифицированы патопсихологические методики. Классическая методика «Четвертый лишний» была переработана сотрудниками лаборатории Медицинской психологии Института Психиатрии СССР под руководством профессора Полякова Ю.Ф. Прежде всего, авторы исследовали частоты использования различных признаков для исключения объектов в группе здоровых испытуемых. На этом основании все признаки были разделены на «стандартные» и «нестандартные». Стандартными условно было принято



считать те признаки, частота использования которых превышала среднюю частоту. Таким образом, в каждой серии задания были выявлены стандартные ответы. Процентное отношение числа стандартных признаков к общему числу актуализированных признаков выражалось в коэффициенте стандартности. Мы предположили, что культурно-историческая среда существенно изменилась за прошедшие 30 лет с момента последней модификации методики, что обусловлено стремительными темпами научно-технической революции и изменением информационного пространства и могло привести к изменению частоты использования тех или иных признаков предмета. Поэтому мы, руководствуясь подходом этих авторов, исследовали частоту встречаемости различных признаков в группе практически здоровых испытуемых. Мы планировали ограничиться только юношеской группой, однако первые же результаты заставили нас расширить возрастной диапазон исследованных испытуемых. Для тестирования нами использовались те же задания, что и применявшиеся исследователями в 1970–1990-х годах: три задачи, в которых можно было исключить один предмет: (1, 4 и 5 задачи), две другие задачи (2 и 3) рассматривались как провокационные, в которых один предмет нельзя было исключить. Четыре варианта задач были предложены в 1970-х годах, а вариант № 5 – в 1993 году. Ниже мы приводим варианты задач: 1 – иней, дождь, пыль, роса; 2 – яблоко, шуба, книга, роза; 3 – бочка, бабочка, жук, очки; 4 – самолет, гвоздь, пчела, вентилятор; 5 – рубль, копейка, лира, доллар.

В группу здоровых испытуемых вошло 56 мужчин в возрасте 17–54 года. Предварительно испытуемые были протестированы с помощью опросника SPQ (Schizotypal, Personality Questionnaire, Rain, 1991): набравшие более 24 баллов (10%) исключались из выборки. Из оставшихся участников 28 человек (17–25 лет) были студентами МГУ, МГПУ и технических ВУЗов, испытуемые старшего возрастного диапазона работали и многие имели семьи. Среди работающих испытуемых примерно половина трудились бухгалтерами, менеджерами и юристами. Часть испытуемых старшей возрастной группы не работали в связи с выходом на пенсию. В первой задаче подавляющее число испытуемых делают однозначный выбор. Во всех возрастных группах подавляющее число испытуемых (80–96%) исключили «пыль», объясняя свой выбор тем, что все остальные предметы относятся к влаге. Другие объекты выбирали в небольшом числе случаев: в группе мужчин в возрастном диапазоне 36–54 года «дождь» выбрали 5,9%, «иней» 3,6% и 3,6% «росу» в группе испытуемых 17–25 лет. Во второй задаче во всех возрастных группах ни один из исключенных объектов не встречался с частотой более 50%. В возрастной группе 17–25 лет «яблоко», как категорию «съедобное», определяют только 14,3%, в этой же группе выбор «яблока» по другим признакам: звуко-буквенным и форме, также составляет 14,3%. «Яблоко», как съедобный предмет в 30,8% выбирают только в старшей возрастной группе у мужчин. Несколько реже – в 23,6% случаев «яблоко» по признаку съедобного выделяют испытуемые 25–35 лет. Именно это увеличение процента с возрастом может говорить о том, что в настоящее время признак «съедобное–несъедобное» потерял такое актуальное значение, как в 70-е годы. Интересно, что больший процент выборов занимает «шуба» – 42,8% (по признакам объема, материала, животного происхождения). Анализируя результаты третьей задачи, можно сказать, что только в одной группе (самой малочисленной, 7 чел.) процент выбора одного объекта превышает 60%. Респонденты, отказавшиеся дать ответ, чаще всего наблюдаются в старшей мужской группе – 14,3%, выборов слов «бочка» в старшей группе мужчин 46,1% и «жук» – 47%. В 4-ой задаче большинство испытуемых всех возрастных групп выбирали «гвоздь» (от 58% до 83%). «Пчела» как одушевленный предмет занимает 28,6% у юношей в возрасте 17–25. В 5-ой задаче выбор «копейки» как самой маленькой денежной единицы делали от 50% до 73,3% испытуемых в разных возрастных группах. «Лиру», как музыкальный инструмент, выбирали не более 20%, это было связано с тем, что в большинстве случаев респонденты не знали «лиру» как музыкальный инструмент; 15,2% «лиру» рассматривали как денежную единицу Италии, которая вышла из оборота.

Проведенное исследование выявило, что если ранее в методике «4-ый лишний» выделение шло по наиболее существенному признаку «живое–неживое», «съедобное–несъедобное», то в настоящее время более чем в 50% случаев выделение осуществляется по другим основаниям, чаще по функциональным свойствам предмета. Таким образом, можно говорить, что культурно-историческая среда оказывает влияние на изменение актуализируемых признаков.

## Оценка прокрастинации и защитно-совладающего поведения у лиц, зависимых от психоактивных веществ

Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. (Москва)

Актуальность.

Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность наркологических расстройств в России остается на высоком уровне (2,1% населения). В тоже время количество стойких ремиссий (3 и более лет) остается на очень низком уровне (Кожкина Е.А. и соавт., 2012) [4]. Во многом это может быть связано с нежеланием пациентов, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), прошедших лечение, участвовать в реабилитационном процессе и решать свои проблемы, связанные с употреблением ПАВ. Пациенты демонстрируют весьма выраженные формы прокрастинации, оттягивают принятие решений и начало изменений своего поведения. У них сильные проявления примитивных механизмов психологической защиты личности – отрицания, вытеснения; преобладают малоадаптивные стратегии совладающего поведения – бегства-избегания и конфронтации. Эти феномены невозможно не учитывать при разработке индивидуализированных подходов к клинико-психологическому сопровождению лиц, зависимых от ПАВ.

Основные положения исследования.

Объект исследования - группы мужчин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.201), мужчин с синдромом зависимости от опиоидов (F11.201) и условно здоровых мужчин. Предмет исследования – связь выраженности прокрастинации и особенностей защитно-совладающего поведения у мужчин, зависимых от ПАВ. Цель исследования - сравнительное изучение особенностей феномена прокрастинации, защитно-совладающего поведения и их связей у мужчин, зависимых от ПАВ.

Всего было обследовано 60 мужчин в возрасте 20 – 40 лет. Из них были сформировано три однородных по возрасту группы сравнения. В первую группу вошли 20 мужчин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.201) в возрасте 20-40 лет (средний возраст - 33,4±4,6 года), госпитализированные в филиале ГКУЗ «НКБ №17 ДЗ г. Москвы». Во вторую группу вошли 20 мужчин с синдромом зависимости от опиоидов (F11.201) в возрасте 20-40 лет (средний возраст - 32,8±4,8 года), госпитализированные в филиале ГКУЗ «НКБ №17 ДЗ г. Москвы». В третью – контрольную – группу вошли 20 условно здоровых мужчин в возрасте 20-40 лет (средний возраст - 31,7±5,5 года) из общей популяции г. Москвы.

В психодиагностический пакет вошли следующие методики: 1). «Шкала общей прокрастинации» (GPS, General Procrastination Scale, С.Н. Lay, 1986) в адаптации Я.И. Варваричевой (2007/08) и авторской модификации; 2). «Опросник прокрастинации» (PQ, Procrastination Questionnaire, группы компаний Bullseye, 2006), пилотная русскоязычная версия в авторской адаптации; 3). «Индекс жизненного стиля» (LSI, Life Style Index, R. Plutchik, H. Kellerman, H.R. Konte, 1979) в адаптации СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева под рук. профессора Л.И. Вассермана (1999); 4). «Стратегии совладающего поведения» С. Фолькман и Р.С. Лазаруса (1988) в адаптации СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева под рук. Л.И. Вассермана (2009) [1-3, 5]. Полученные при помощи указанных выше методик данные были подвергнуты обработке при помощи пакета программ «SPSS, version 17»©.

Основные результаты исследования.

Выраженность феномена прокрастинации статистически достоверно выше у групп лиц, зависимых от ПАВ, чем у группы условно здоровых лиц ( $p < 0,01$ ), но между собой эти группы статистически достоверно не различаются. Показатель общей прокрастинации, выявленный в контрольной группе по методике GPS, очень близок к нормативному показателю, установленному автором адаптации методики (33,91±15,60 балла и 35 баллов, соответственно). Выраженность феномена прокрастинации несколько выше у группы лиц, зависимых от опиоидов, чем у лиц, зависимых от алкоголя (56,09±8,11 балла и 22,64±2,50 балла (75,47%), и 54,14±12,82 балла и 21,36±2,47 балла (71,20%) по GPS и PQ, соответственно).

Общая напряжённость систем механизмов психологической защиты личности статистически достоверно выше в группах лиц, зависимых от ПАВ по сравнению с группой условно здоровых лиц ( $p < 0,001$ ). По структуре механизмов психологической защиты личности группы лиц, зависимых от ПАВ статистически достоверно не различаются. В группе лиц, зависимых от алкоголя несколько преобладают компенсация (74,00±23,42 процентиля) и проекция (57,79±21,34 процентиля). В группе лиц, зависимых от опиоидов несколько преобладают реактивное образование (81,55±16,08 процентиля), регрессия (78,73±17,25 процентиля) и замещение (78,46±15,78 процентиля). Ведущими механизмами психологической защиты личности у условно здоровых лиц являются отрицание (72,00±32,21 процентиля) и интеллектуализация (58,73±24,87 процентиля).

В группе лиц, зависимых от алкоголя ведущей стратегией совладающего поведения является бегство-избегание (60,43±9,10 Т-балла), наименее выражены положительная переоценка (48,93±11,63 Т-

балла) и принятие ответственности (49,43±9,49 Т-балла). В группе лиц, зависимых от опиоидов ведущими стратегиями совладающего поведения являются конфронтация (61,27±7,28 Т-балла) и поиск социальной поддержки (58,46±7,37 Т-балла), наименее выражена стратегия самоконтроль (47,64±7,59 Т-балла). В группе условно здоровых лиц все стратегии совладающего поведения представлены примерно в равной мере. Такие малопродуктивные стратегии совладающего поведения как конфронтация и бегство-избегание выражены у данной группы статистически достоверно ниже, чем у групп лиц зависимых от ПАВ (44,64±8,38 Т-балла и 45,91±7,65 Т-балла, соответственно;  $p < 0,01$ ).

Выявлены специфические для каждой из групп корреляционные связи феномена прокрастинации и показателей защитно-совладающего поведения. У лиц, зависимых от ПАВ, выявлены корреляционные связи выраженности феномена прокрастинации и примитивных механизмов психологической защиты личности, тогда как у условно здоровых лиц выраженность феномена прокрастинации связана со стратегиями совладающего поведения.

#### Литература

1. Варваричева Я.И. Феномен прокрастинации проблемы и перспективы исследования // Вопросы психологии. - 2010. - №3. - С. 121-131.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н., Беспалько И.Г., Беребин М.А., Савельева М.И., Тауенова Л.М., Штрахова А.В., Аристова Т.А., Осалчий И.М. Психологическая диагностика жизненного стиля: пособие для психологов и врачей. - СПб.: СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. - 51 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Шцелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс, А.А. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. - СПб.: Изд-во СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. - 38 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорук О.В., Ванисова Н.Г., Григорова Н.И., Бобков Е.Н. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2011 году. - М.: ННЦ наркологии, 2012. - 38 с.
5. Ткаченко И.Ю., Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. Феномен прокрастинации и защитно-совладающее поведение у лиц, зависимых от психоактивных веществ // Научно-практ. конф. с междунар. уч. «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», тезисы конференции / Под ред. проф. Н.Г. Незнамова, проф. Е.М. Крупицкого; - СПб.: СПНИПНИ. - 2012. - С. 133-134.

### **Образ Другого и патология коммуникации у больных шизофренией** Кораблина Ю.В.(Москва)

В традиции неклассической психологии, восходящей к Л.С. Выготскому, А.Н. Леонтьеву, Э.В. Ильенкову сущность человека определяется через общение, через отношение к Другому: человек считается субъектом деятельности и общения, т.е. носителем социальности внутри самого себя [3, 4]. Есть основания полагать, что шизофрения поражает в человеке в первую очередь то, что является его сущностью, то есть «выхватывает» его из системы социальных отношений, уничтожая психику как интериоризованную социальность [1]. Например, можно проводить сопоставление между шизофренической речью и эгоцентрической речью, между шизофреническими расстройствами мышления и комплексным мышлением ребенка, можно трактовать феномены отчуждения (например, галлюцинации), как следствие нарушения процесса присвоения (то есть как утрату механизма отнесения к себе). Подчеркнем ещё раз, что именно неклассическая психология не только ввела фигуру Другого в научное рассмотрение, но и придала этой фигуре конститутивный статус в психике. Так, согласно А.Н. Леонтьеву, понимание Я как Другого является «коперниканским» пониманием личности. Именно поэтому исследование образа Другого (и связанных с ним феноменов патологической коммуникации) представляется крайне важным, т.к. можно предполагать, что образ Другого при шизофрении должен искажаться или разрушаться.

Однако это проблема недостаточно разработана в науке в силу отсутствия адекватного инструментария: проводились исследования образов различных объектов или ситуаций, образов родителей, близких и т.д. у больных шизофренией, но всё же это были конкретизации образа Другого, и не совсем понятно, как перейти от них к самому этому Образу. Актуальность нашего исследования, помимо высказанных теоретических и практических соображений, связана также и с тем, что шизофрения остается достаточно распространённым заболеванием, а психологический аппарат ее анализа разработан значительно хуже, чем средства ее психиатрической (медицинской) диагностики и терапии. Проблема в том, что психологический аппарат анализа шизофрении, разработанный в отечественной школе (Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков), не всегда оказывается востребованным, в особенности, если речь идёт о психиатрических исследованиях, а также об исследованиях, проводимых зарубежными авторами. Например, совсем недавно французские ученые из Центра когнитивных и нейробиологических исследований в Лионе сообщили, что больные шизофренией неспособны учитывать прошлый жизненный опыт [5], хотя это было открыто ещё в 60-е годы в школе Ю.Ф. Полякова.

Нами обследованы 25 больных с диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение в ПБ№1 г.Москвы (15 женщин, 10 мужчин). С целью изучения особенностей образа Другого и феноменов патологической коммуникации был разработан комплекс психологических методик, включающий: 1) авторскую методику «Образ Другого», 2) анализ вербальной продукции больных, полученной при предъявлении специально отобранных карточек ТАТ, 3) рисованный апперцептивный тест.

Авторская методика «Образ Другого» основывалась на предъявлении специально разработанной абстрактной инструкции, рассчитанной на выявление характеристик другого человека в целом, без конкретизации любых его признаков, таких как пол, возраст, внешность, внутренние качества и т.д. Из набора ТАТ были отобраны три карточки, наиболее подходящие для анализа способности больного оценить коммуникативную ситуацию и описать происходящее в сознании коммуникантов.

Применение данных методик позволяет продемонстрировать следующие особенности сознания больных шизофренией. Образ Другого у данной категории больных претерпевает деструкцию. Это выражается как на содержательном уровне (расплывчатость, диффузные характеристики, «вычурные» характеристики), так и на процессуальном уровне (заминки, задержки в описании, трудность подбора подходящего слова, иногда — даже невозможность подбора). С выраженностью таких нарушений связаны особенности оценки больными коммуникативных ситуаций: часто больной оказывается неспособен понять или вообще увидеть ситуацию общения, описать чувства и намерения изображенных людей.

На основании изложенных данных мы выделяем следующие феномены патологической коммуникации:

1) Обеднение коммуникации. Этот феномен заключается в том, что коммуникация замедляется, ослабляется, нивелируется, человек практически не участвует в общении. Кроме того, обедняется и образ коммуникативной ситуации в сознании больного. Больной или вообще не видит ситуацию общения, или не ухватывает большинства её характеристик. Например: *Девочка и мама. Мама читает книгу* (карточка ТАТ №7GF); *Артисты, о чём-то говорят, этот курит трубку* (карточка ТАТ №6GF).

2) Искажение коммуникации. Больной действует в рамках заданной коммуникативной ситуации, но решает задачу неверно. Например, больной начинает выполнять инструкцию по методике «Образ Другого», но описывает не качества и характеристики Другого (как положено по заданию), а некую «свою теорию» и развивает другие мысли по поводу этого вопроса.

3) Извращение коммуникации. В отличие от предыдущего феномена, в этом случае больной не входит в заданную коммуникативную ситуацию, вместо этого он либо отказывается от коммуникации, либо пытается создать другую, альтернативную ситуацию и действует в её рамках. Например, больной вместо выполнения инструкции заявляет экспериментатору: *У Вас красивые глаза*.

Стоит отметить, что не всегда бывает легко провести границу между феноменами искажения и извращения коммуникации.

Феномены патологической коммуникации, описанные нами, довольно легко представить как проявления шизофренического процесса, как следствие мотивационных, когнитивных, эмоциональных нарушений у больных. Однако нам представляется не менее обоснованной противоположная точка зрения, согласно которой шизофренические симптомы (такие, как бред, галлюцинации, психические автоматизмы) могут рассматриваться как проявление патологии коммуникации, как следствие нарушения отношений между Я и Другим. Так, по словам И.В. Журавлева, «говорящая галлюцинация возникает тогда, когда не с кем говорить» [2, с. 137].

Принципиальное значение в проводимом анализе имеет введенное А.Н. Леонтьевым методологическое разграничение образа и процесса: неадекватность образа коммуникативной ситуации в сознании больного шизофренией сопряжена с патологией процесса коммуникации.

Проводимое исследование не только позволяет охарактеризовать шизофрению как болезнь «утраты социальности», но также способствует расширению существующих представлений о функционировании психики и сознания в норме.

#### Литература

1. Журавлев И.В. Психология шизофрении // Психолог - XXI. Избранные лекции для студентов отделения психологии. Часть 1. М., 2011. С. 90-111.
2. Журавлев И.В. Сознание и миф. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012.
3. Ильенков Э.В. Истоки мышления. Диалектика идеального. М., 2010.
4. Леонтьев А.А. Деятельный ум. М., 2001.
5. Электронный песчур: <http://www.livestream.ru/news/2011/12/28/schizophrenia/>

## **К вопросу об эффективности применения патопсихологических методик при диагностике коморбидных форм психических заболеваний (на примере сочетания невротической депрессии и экзогенно-органических заболеваний головного мозга)**

Королёв А. А. (Барнаул)

Патопсихологические пробы являются одним из ключевых инструментов среди широкого круга методов, используемых клиническими психологами в практической деятельности. Разработанные и модифицированные преимущественно Московской психологической школой на протяжении XX века, они до сих пор не утратили актуальность в практической и научной деятельности.

Однако в настоящее время в психологических исследованиях патопсихологическим методикам стало уделяться значительно меньшее внимание, что отчетливо прослеживается при анализе психологической и психиатрической периодики. В значительной части оригинальных работ заметен крен в сторону использования разнообразных психометрических методик, в частности личностных опросников, что является отчасти оправданным явлением, связанным с появлением новых научных парадигм, спецификой объекта и предмета исследования.

Вместе с тем в ряде научных изысканий патопсихологические пробы продолжают оставаться весьма значимым, а порой и единственным инструментом для получения информации об особенностях психической деятельности. Так, в частности их использование является необходимым условием для получения значимых диагностических сведений при исследовании малоизученных форм психической патологии, среди которых в настоящее время большой интерес исследователей привлекают коморбидные формы психических заболеваний («смешанные», «ассоциированные», «сочетанные», «заболевания с двойным диагнозом», «сопутствующие», «микст-патология»).

Важность исследования данного вида психических расстройств определяется большим удельным весом коморбидных психических заболеваний в общей структуре психической патологии, их сложным патоморфозом, полиморфизмом клинической картины, труднокурабельным течением. При этом среди многочисленных возможных микстов по своей социальной и медицинской значимости на сегодняшний день наиболее актуальными представляются сочетания пограничных психических расстройств, в частности, неврозов и экзогенно-органических заболеваний головного мозга, что обусловлено, достаточно большим количеством факторов.

Учитывая, что процесс верификации диагноза является одним из важнейших этапов лечебной работы в целом, а пациент с двойным диагнозом представляет в диагностическом отношении большую сложность, использование дополнительных параклинических методов исследования в таких случаях становится необходимым.

Исходя из выше изложенного, было предпринято исследование, целью которого явилось установление специфических особенностей пациентов при сочетании невротической депрессии и экзогенно-органических заболеваний головного мозга с помощью патопсихологического исследования.

Было обследовано 143 пациента в возрасте 18-45 лет (средний возраст  $32,2 \pm 2,4$ ). В ходе работы все испытуемые были разделены на три группы. В первую вошли пациенты, страдающие только экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга 37 человек (25,8%); больные с психогенной депрессией 68 человек (47,5%) составили вторую группу. У 38 пациентов (26,5%) имело место сочетание экзогенно-органических расстройств и невротической депрессии – третья группа.

В исследовании использовался набор классических патопсихологических методик: запоминание 10 слов, пиктограмма, таблицы Шульте, счёт по Крепелину, исключение 4-го лишнего (вербальный и визуальный варианты), ассоциативный эксперимент «60 слов». При статистической обработке результатов применялись непараметрические критерии: критерий Вилкоксона, ранговый коэффициент корреляции Спирмена и регрессионный анализ.

Анализ межгрупповых клинико-психологических различий показал, что в группе больных с сочетанной патологией отмечались более выраженные нарушения когнитивных процессов, были установлены различия, как по количественным, так и по качественным показателям.

Для пациентов третьей группы было свойственно более существенное снижение объема слухоречевой памяти, по сравнению с пациентами I и II групп. Так, в пробе на запоминание 10 слов, больные с «двойным» диагнозом, по сравнению с пациентами других групп, воспроизводили достоверно меньшее количество слов в каждом предъявлении. Кроме того, у них чаще отмечалось нарушение динамики запоминания, феномены конфабуляции и персеверации ( $p \leq 0,05$ ).

Заметными оказались и отличия показателей произвольного внимания между больными разных групп. Пациенты с монодиагнозом реже допускали пропуск и потерю цифры при выполнении таблиц Шульте, допускали меньше ошибок в счете по Крепелину, их внимание отличалось достаточной устойчивостью, меньшей истощаемостью, у больных же с коморбидной патологией отмечалось достоверно более выраженное сужение объема и снижение концентрации активного внимания.

Больные с сочетанной патологией характеризовались и определенной спецификой нарушений мышления. Достоверными оказались отличия при анализе операциональной и динамической стороны мышления между III и I, а также III и II группами. В рисунках «Пиктограммы» у больных с сочетанной патологией преобладали конкретные, стереотипные, фотографические образы, при исключении лишнего они чаще опирались на конкретные связи.

Проба на воспроизведение 60 слов показала выраженную замедленность протекания ассоциативных процессов у пациентов с сочетанной патологией, в группе пациентов с невротической депрессией данная особенность имела не столь выраженный характер, а в группе пациентов с ЭОЗГМ практически не отмечалась.

Полученные результаты, указывающие на более выраженные нарушения психических процессов в структуре сочетанных заболеваний, по нашему представлению, могут быть объяснены утяжелением клиники заболевания за счет взаимовлияния двух сопутствующих форм психической патологии, так как многие из выявленных нарушений характерны и для отдельно взятых нозологий, но в этих случаях проявляются в меньшей степени.

Учитывая, что выявленные нарушения характерны для всех трех рассматриваемых групп, полученные данные были подвергнуты регрессионному анализу, который позволил установить характерный ряд патопсихологических нарушений для группы с сочетанной патологией, совокупность которых в процессе дифференциальной диагностики может иметь максимальное прогностическое значение. Так, в уравнение множественной регрессии для прогноза сочетания невротической депрессии и экзогенно-органических заболеваний головного мозга, входят: количество слов, воспроизводимое после пятого предъявления, время поиска чисел по последней таблице Шульте, замедленность темпа мыслительной деятельности при выполнении ассоциативного эксперимента и актуализация конкретных признаков при исключении понятий, не соответствующих родовому признаку ( $r^2=81\%$ ).

Таким образом, использование патопсихологических проб в контексте настоящего исследования оказалось оправданным. Комплекс патопсихологических проб показал достаточную чувствительность к рассматриваемой патологии, что способствовало выделению специфических дифференциально-диагностических маркеров изучаемого микста.

## **Психологические аспекты дифференциальной диагностики бреда**

Кузнецов И.В. (Москва)

До настоящего времени нет единой точки зрения в позициях исследователей и четких критериев, позволяющих дифференцировать бред от различных иных феноменологически сходных проявлений, например, фантазийной продукции, в том числе патологической, сверхценных образований и т.п., а также их сочетаний, что значительно усложняет постановку диагноза. Проведенный нами предварительный анализ научной литературы по данной проблематике позволил прийти к выводу о недостаточной изученности психологических аспектов дифференциальной диагностики бреда и иных «бредоподобных» образований, что и определило актуальность настоящей работы. Предпринятое нами исследование направлено на изучение отдельных особенностей когнитивной, личностной и эмоциональной сфер у больных с бредовыми расстройствами. Особое внимание было уделено когнитивным стилям, а также фантазированию и креативности.

Объект исследования: лица с бредовыми расстройствами различного генеза.

Предмет исследования: творческий потенциал, креативность, фантазирование, когнитивно-стилевые характеристики лиц с различными видами бреда.

Цель настоящего исследования - выявление взаимосвязи когнитивных стилей с содержанием бредовых образований и роли фантазирования в их формировании.

Методологической основой послужили положения субъектно-деятельностного подхода в психологии [1], смыслового и деятельностного подходов [2,3], зарубежного направления психологии творчества [4], отечественных и зарубежных теорий когнитивных стилей [5].

В качестве методик исследования, помимо патопсихологических проб и методик, использовались: Тематический апперцептивный тест, тест Чернильных пятен Роршаха, тест психодиагностики творческих способностей Торренса. Было обследовано более 50 испытуемых с бредом различной нозологии, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в период 2010-2012 гг. в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Результаты и их обсуждение. У испытуемых с выявленными различными видами бреда (интерпретативным, чувственным и образным), несмотря на конформность позиций, взглядов и возможную полезависимую оценку (чувственный и интерпретативный) при обсуждении тем нейтрального для испытуемого содержания, отмечается выраженная полнезависимость в анализе информации, трансформируемой в дальнейшем в психопатологические переживания. Указанное свидетельствует о

большой способности к критической оценке собственных действий полнезависимых лиц, нежели полнезависимых, что коррелирует с данными о большей коммуникативной сензитивности полнезависимых лиц по сравнению с полнезависимыми, более гибком контроле выражения своих чувств [6].

У большинства лиц с интерпретативным и чувственным видами бреда на различной психопатологической почве выявлялось соответствующее фабуле концептуальных построений состояние депривации как единичных, так и двух-трех базовых потребностей, а именно в безопасности, зависимости от кого-либо (любви), признании и т.п., что сочеталось со стремлением к их удовлетворению на сознательном уровне в соответствии с трансформированными мотивационно-потребностной, аффективной и перцептивной сферами. Данное состояние сопровождалось наличием выраженного эмоционального напряжения, направленного на поиск выхода из сложившихся субъективно воспринимаемых как реальных для себя обстоятельств. У таких больных нарушалась оценка окружающей действительности, происходящее трактовалось соответственно фабуле психопатологических переживаний, в ходе экспериментально-психологического исследования отмечались ложные трактовки стимульного материала, узнавания нейтральных по содержанию изображений с восприятием их как отражающих сцены насилия, измен, обмана, унижения и т.д. При этом в отдельных случаях обнаруживались двойственные случаи оценки материала, с одной стороны, как соответствующего стимульному материалу, с другой - фабуле бредовых переживаний. Во всех случаях испытуемые самостоятельно выбирали вторую трактовку как верную, и в дальнейшем четко ее придерживались.

Больные с интерпретативным и чувственным бредом отличались ригидностью мышления и восприятия, низким уровнем творческого потенциала и невысокими креативными способностями. У них обнаруживались трудности волевой регуляции процессов воображения, отсутствие оригинальности в продукции, краткость ответов при замедленности деятельности в целом, а также высокая толерантность к нереалистичному опыту. Вместе с этим в работе как с отдельными проективными методиками, так и в ходе экспериментально-психологического исследования в целом, актуальный аффективный фон в сочетании с присущей данным группам испытуемых склонностью к фиксации на деталях изображений с достраиванием воспринимаемого материала, его частей до целостного образа, способствовал легкости, произвольности возникновения ответов, соответствующих фабуле бредовых построений.

У лиц с интерпретативным бредом отмечались обедненность восприятия, его суженность с трудностями переключения и субъективной интерпретацией информации с привлечением значимого опыта и дальнейшим формированием идеаторных построений, что сочеталось с повышенным уровнем рефлексии и контролем над продукцией собственной мыслительной деятельности. В ходе работы со стимульным материалом у испытуемых с чувственным бредом выявлялась склонность к чрезмерной и при этом импульсивной фабулизации изображений с созданием развернутого аффективно насыщенного сюжета с множеством нюансов и дополнительных деталей, сменой мест событий и персонажей при отсутствии существенной реальной опоры в предъявленных изображениях. У больных с образным бредом выявлялись низкий уровень толерантности к нереальному опыту, противоречащему конвенциональным нормам; легкость продуцирования и беглость предъявления различных вариантов интерпретаций в работе с проективными методиками; относительная оригинальность образов, новизна и разработанность с выделением множества деталей и при этом фабулизация с одновременной визуализацией, вживанием в собственную интерпретацию, трудностями дифференциации придуманных событий и объективной реальности. Выявлялась выраженная полнезависимость с негативным отношением к попыткам воздействия со стороны социального окружения, легкостью возникновения оппозиционных реакций, раздражительностью, вспыльчивостью, эмоциональной неустойчивостью. Вместе с этим отмечался широкий диапазон эквивалентности понятийного аппарата, сочетание как ригидной, так и гибкой личностной позиции при реализации познавательной активности в зависимости от рамок, обозначенных поставленными инструкциями и материалом заданий.

Полученные нами данные коррелируют с результатами современных исследований, указывающих на меньшую концентрацию внимания у полнезависимых субъектов, что дает им большую вариативность в восприятии окружающей действительности, нежели полнезависимым, оценка которых ориентирована на общепринятое мнение, социальные эталоны и стандарты [7].

Выводы: бредовые построения являются неоднородными по механизмам их образования и имеют свои специфичные характеристики, что представляется перспективным для использования в дифференциальной диагностике психических расстройств.

#### Литература

1. Абульханова-Славская К.А. Социальное мышление личности: проблемы и стратегии исследования // Психол. журн. — 1994. — № 4.
2. Л.С.Вygотский Психология развития человека. — М.: Смысл, 2005.
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. - М.: Смысл, 2007.
4. Гилфорд Д.П. The Nature of Human Intelligence, 1967.

5. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. - СПб.: «Питер», 2004.
6. Шкуратова И.П. Когнитивный стиль и общение, Ростов на Дону, 1994.
7. Холодная М.А. Психология интеллекта: Парадоксы исследования. СПб.: Питер, 2002

### **Исследование различных аспектов мотивационной сферы у больных алкоголизмом** Кузнецова С.А., Стеценко Е.Е. (Магадан)

По мнению Б.С. Братуся и Б.В. Зейгарник, главным содержанием патологических изменений личности при алкоголизме выступает трансформация мотивационной сферы [1], [2]. Она заключается в перестройке иерархии мотивов, формировании ее одновершинности. Таким образом объясняется превращение алкоголя в ведущий и смыслообразующий мотив, когда как остальные утрачивают свою побудительную силу и уходят на второй план. Главным механизмом мотивационной перестройки, по мнению этих авторов, выступает феномен сдвига мотива на цель. Такие изменения приводят к формированию патологической потребности и упрощению деятельности.

В 2011 и 2012 годах мы проводили исследования особенностей мотивации, а также таких личностных образований, которые тесно связаны с мотивационной сферой и оказывают влияние на осуществление деятельности, как субъективная картина жизненного пути и стиль саморегуляции у больных алкоголизмом [6],[7].

В первой работе для изучения особенностей субъективной картины жизненного пути мы использовали проективную методику Life Line, модифицированную В. Нурковой, направленную на изучение событийной структуры автобиографической памяти [4], а также тестовую методику изучения направленности временной перспективы личности Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой. В качестве эмпирического объекта выступили 20 больных алкоголизмом 2 стадии, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ «Магаданский областной наркологический диспансер», в возрасте от 25 до 50 лет, из них 15 мужчин и 5 женщин. Группа больных клинически однородна, подобрана заведующим психологической лабораторией этого учреждения Тарасюком А.П. Контрольная группа была уравнена с экспериментальной по полу, возрасту и образовательному уровню. Полученные статистически значимые результаты с применением непараметрических методов указывают на то, что событийная структура автобиографической памяти у больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми испытуемыми беднее событиями количественно и качественно, то есть касается только ограниченного числа жизненных сфер, а временная перспектива характеризуется заостренностью на «негативном прошлом» и «фаталистическом» бесперспективном настоящем. Полученные результаты не позволяют ответить на вопрос, формируется ли такая субъективная картина жизненного пути больных алкоголизмом на основе патологически изменяющейся мотивации или развивается преморбидно, однако очевидно, что в любом случае она не служит, как в норме, продуктивным регулятором деятельности и поведения. Проверке наших предположений о нарушении мотивации и специфике стиля саморегуляции у больных по сравнению со здоровыми людьми послужило следующее исследование.

Для проверки гипотезы мы использовали опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой [3], направленный на изучение уровня развития осознанной саморегуляции, а также проективную методику мотивационной индукции Ж. Ньюттена, которая направлена на выявление содержания и состава мотивов через анализ целей, сформулированных самим испытуемым [5]. В качестве испытуемых выступили 20 больных алкоголизмом 2 стадии, находящихся на лечении в стационарном отделении ГУЗ «Магаданский областной наркологический диспансер», не участвовавших в первом исследовании. Возраст больных от 24 до 45 лет, из них 15 мужчин и 5 женщин. Контрольная группа уравнена по полу, возрасту и образованию с экспериментальной. В исследовании с применением непараметрических статистических методов было доказано, что саморегуляция деятельности больных характеризуется упрощением таких функций, как моделирование и планирование, что не может не вести к разрушению деятельности. Так же, согласно методике Ж. Ньюттена, изменяется состав мотивации, а именно: цели, связанные с работой, социальным окружением, самореализацией, образом «Я», становятся более простыми или привязываются к алкоголю.

Таким образом, в результате проведенных исследований мы обнаружили следующие тенденции. Особенности саморегуляции больных алкоголизмом (согласно результатам по методике В.И. Моросановой) заключаются в том, что больные не могут вычленять в наличной ситуации объективные и субъективные условия деятельности, а также ставить определенные реалистичные цели, планировать будущее. Это подтверждается данными по методике мотивационной индукции, которые показывают, что больные либо ставят цели, которые сами оценивают как недостижимые и нереалистичные, либо ставят упрощенные цели, либо ставят цели, так или иначе связанные с алкоголем. В свою очередь, это подтверждается данными, полученными в ходе исследования временной перспективы по методике Ф. Зимбардо. У больных алкоголизмом временная перспектива характеризуется негативной оценкой своего прошлого и настоящего, которое представляется гнетущим и бесперспективным. Будущие же



события больные не планируют ввиду фаталистичной оценки настоящего. Событийный состав автобиографической памяти, согласно результатам по методике В. Нурковой, у больных алкоголизмом беден количественно и качественно. При таких условиях построение продуктивной целенаправленной деятельности становится невозможным, поведение больных становится ситуативным и импульсивным.

На основании проведенного исследования мы можем предположить, что у больных алкоголизмом преморбидно недостаточно сформированы важные структуры личности (недостаточно развита мотивационная сфера, а также не сформированы механизмы продуктивной саморегуляции), что делает такую личность изначально уязвимой к заболеванию алкоголизмом. В свою очередь, заболевание приводит к нарастанию уже негативных патологических последствий для личности в целом, и ее составляющих. Наши предположения, конечно, требуют проведения дальнейших исследований. Однако мы считаем, что меры по формированию мотивационной сферы и развитию саморегуляции деятельности у молодежи могли бы стать надежным путем для профилактики алкоголизма.

#### Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности М.: Мысль, 1988–301 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология Москва: Издательство Московского университета, 1986. 287 с.
3. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ): Руководство. – М.: Когито-центр, 2004. – 44 с.
4. Нуркова В.В. Методика «Линия жизни» как фактор формирования зоны ближайшего развития исторического аспекта самосознания личности // Материалы XI Международных чтений памяти Л.С. Выгодского «Зона ближайшего развития» в теоретической и практической психологии – С. 88-94.
5. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего/ Под ред. Д.А. Леонтьева. - Москва: Смысл, 2004. - 608 с.
6. Стеценко Е.Е. Изучение событийной структуры автобиографической памяти и временных перспектив у больных алкоголизмом // Психология здоровья: спорт, профилактика, здоровый образ жизни : сб. тезисов по материалам конференции. – М.: МГППУ, 2011. – С. 321-323.
7. Стеценко Е.Е. Особенности саморегуляции поведения и мотивации у больных алкоголизмом// Актуальные проблемы этнической, социальной и дифференциальной психологии: материалы научной конференции молодых ученых и аспирантов. Москва, РУДН, 6 – 7 декабря 2012г. – М.:РУДН, 2012. – С. 315-320.

### **Доминирующие личностные ценности у женщин с депрессией**

Куканов А.А. (Москва)

В настоящее время тема исследования депрессивных больных становится все более актуальной и проблемной. В первую очередь это связано с резко возросшим числом пациентов психиатрических больниц, у которых диагностируют это заболевание. Помимо этого именно депрессивные расстройства занимают первое место среди причин, которые побудили обратиться человека к психотерапевту.

В связи с изменением политического строя в нашей стране произошел процесс переоценки общечеловеческих ценностей. Духовные ценности, такие как доброта, взаимовыручка, честь, совесть, практически исчезли из жизни или, по крайней мере, перестали быть «само собой разумеющимся» началом человеческого бытия, взаимодействия людей между собой. Им на смену пришли более приземленные материальные ценности, которые позволили мгновенно «оценить» человека, поставить его на ту или иную ступень в иерархии успешности. Теперь вся жизнь человека зависит от того как его оценят окружающие. Те люди, которые выросли на старых советских устоях и традициях, которым привили уважение к определенным жизненным ценностям прошлого, в наши дни все еще не могут приспособиться к изменившейся действительности, продолжая ностальгировать о былом.

Наша работа посвящена изучению особенностей развития ценностно-мотивационной сферы у женщин с депрессивными расстройствами. Столкновение с какой-либо не разрешимой фрустрирующей ситуацией, в ходе которой человек не в состоянии адекватно воспринять и адаптироваться к новой реальности вызывает процесс изменения всей личности в целом. В первую очередь происходит изменение уже укоренившихся взглядов, мотивов и ценностей. Что когда-то имело первостепенное значение, стремительно теряет всякий смысл сейчас. Именно этот процесс способствует возникновению апатии, подавленности, тревожности, а в конечном итоге, депрессии.

Основная гипотеза настоящей работы заключалась в том, что для женщин, страдающих депрессивными состояниями, характерны специфические особенности ценностно-мотивационной сферы, выражающиеся в доминировании определенных ценностей в условиях текущего заболевания.

Общая выборка исследованных составила 40 человек. В исследовании приняли участие 20 человек экспериментальной и 20 человек контрольной группы.

Эмпирическое исследование проводилось на базе Московской Городской Психиатрической больницы № 13 в отделениях № 17 и № 19 (санитарные отделения, в которых проводится лечение больных различных нозологий психоневрологического профиля). В экспериментальную группу вошли женщины – пациентки данной больницы в возрасте от 25 до 56 лет, страдающие депрессивными состояниями (20 человек). У 7 женщин (35%) высшее образование, у 12 (60%) – среднее специальное,

и у 1 женщины (5%) среднее образование. 11 женщин (55%) обратились за медицинской помощью впервые, 9 женщин (45%) уже проходили курс лечения в психиатрической больнице.

Контрольную (нормативную) группу составили женщины в возрасте от 20 до 53 лет без каких-либо психических расстройств (20 человек). У 15 женщин (75%) высшее образование, у 4 женщин (20%) – неоконченное высшее, и у 1 женщины (5%) – среднее специальное. В качестве диагностических инструментов исследования были использованы следующие методики: методика Ш. Шварца – «Обзор ценностей» и «Профиль личности» [1]; опросник терминальных ценностей И.Г. Сенина [5]; методика «Свободный выбор ценностей» Е.Б. Фанталовой [7,8]. Все методики были направлены на изучение ценностного рельефа личности.

Результаты проведенного исследования были следующими:

В экспериментальной группе самыми значимыми и важными являются следующие ценности – Универсализм, Сохранение собственной индивидуальности, Вера в Бога, Любовь к детям. Среди жизненных сфер наиболее значимой является Сфера семейной жизни. Наименее значимыми ценностями являются – Гедонизм и Стимуляция.

В контрольной группе самыми значимыми и важными для испытуемых являются следующие ценности – Самостоятельность, Развитие себя, Целеустремленность, Наличие семьи, Наличие детей. Наименее же значимыми и важными признаны такие ценности как Конформность и Традиции. Среди жизненных сфер наиболее значимыми являются Сфера обучения и образования и Сфера увлечений.

Таким образом, для женщин, страдающих депрессивными расстройствами, очень важна ориентировка на окружающих, свою социальную деятельность, на отношения с близкими людьми, защиту и повышение их благополучия. Они не стремятся повышению социального статуса и личному успеху, им безразличны новые веяния моды и культуры, к получению чувственного удовольствия они относятся безразлично. Главное для них стабильность и консервативность общества и жизни вообще. Женщины из экспериментальной группы стараются реализовать свои преобладающие ценности за счет своей семьи. Семья выступает как главная опора и поддержка в их жизни.

В свою очередь, представительницы контрольной группы ориентированы не только на окружающих, но и в большей степени на развитие себя, они не хотят быть ограниченными какими-либо рамками, сдерживать свои побуждения, стремятся к самостоятельности, не боятся принимать ответственность за свои мысли и поступки. Но при этом для них не важны ни традиции, ни культурные и религиозные обычаи. Только безграничное стремление к самостоятельности, к достижению своих желаний и целей во что бы то ни стало. Объяснимо и стремление участниц контрольной группы реализовать свои ценности за счет Сферы обучения и образования и Сферы увлечений. Ведь чтобы стать самостоятельным, достичь намеченных целей, иметь хороший заработок необходимо получить достойное образование, которое пригодится в будущем. Увлечения же могут быть разными, не только теми, которые отвечают социальным ожиданиям. А стремление уйти от традиций, характерных для общества, толкает их на весьма эксцентричные поступки.

Резюмируя совокупность полученных в настоящем исследовании результатов, можно заключить следующее.

1) Для женщин, страдающих депрессивными расстройствами, очень важна ориентировка на окружающих, свою социальную деятельность, на отношения с близкими людьми, защиту и повышение их благополучия. Они не стремятся к повышению социального статуса и личному успеху, им безразличны новые веяния моды и культуры. К получению чувственного удовольствия они относятся безразлично. Главное для них – это стабильность и консервативность общества и жизни вообще.

2) В экспериментальной группе (депрессии) в отличие от контрольной (норма) преобладают такие терминальные ценности, как Универсализм, Сохранение собственной индивидуальности, Вера в Бога, Любовь к детям, Доброта, реализующиеся в сфере Семейной жизни.

#### Литература

1. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностной личности: концепция и методическое руководство. — СПб.: Речь, 2004. — 71 с.
2. Кирьякова А.В. Теория ориентации личности в мире ценностей. — Оренбург, 1996.
3. Лебедев Н.М. Базовые ценности русских на рубеже 21 века // Психологический журнал. — 2000. - №3.
4. Руководство по психиатрии. Том 1. Под ред. Снежневского А.В.— М.: «Медицина», 1983, 480 с.
5. Сенин И.Г. Опросник терминальных ценностей (ОТЦ): Руководство. - Ярославль: Психодиагностика, 1991. - 19 с.: ил.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. — МИА, 2007 г.
7. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. — Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2001. — 128 с.
8. Фанталова Е.Б. Новые методы диагностики в клинической психологии // Клиническая психология в социальной работе / ред. Б.А.Маршнина М.: Академия, 2002. Гл.4. С.177-217.
9. Франкл, Виктор. Человек в поисках смысла — М.: Прогресс, 1990. — 364 с.
10. Франкл, Виктор. Психотерапия и религия. Основы логотерапии. — Спб.: Речь, 2000.

## Сравнительный анализ вербально-логического и наглядно-образного мышления у учащихся с расстройствами аутистического спектра

Ларионова Л.Г. (Москва)

Проанализированы данные экспериментального исследования сформированности вербально-логического и наглядно-образного мышления как основных критериев обучения в интеграционной общеобразовательной школе рассматривается в рамках когнитивного подхода. На примере разных условий предъявления экспериментального материала исследуется уровень сформированности операциональной стороны мышления, его динамического аспекта и уровень сформированности наглядно-образного мышления.

В учебной деятельности вербально-логическое и наглядно-образное мышление взаимодополняют друг друга при усвоении учебного материала, обеспечивая возможность действия по аналогии с постоянной опорой на наглядное предъявление материала, несформированность данных компонентов психической деятельности у учащихся приводит к трудностям обучения.

В настоящее время является актуальной проблема отбора детей для обучения в общеобразовательной школе, имеющих различные нарушения психической деятельности, в связи с наличием у них разных функциональных диагнозов, например «ранний детский аутизм», «шизоидные расстройства» и «расстройства аутистического спектра» (далее по тексту РАС), данная группа детей демонстрирует высокий уровень сформированности отдельных высших психических функций, в сочетании со специфической дефицитарностью функций правого полушария, в частности страдает перцептивная сфера, что проявляется в ошибках при опознании предметных изображений, трудностях описания одноактных сюжетных картин и сужении объема зрительной памяти [2], даже в среднем и старшем школьном возрасте.

В вербально-логическом мышлении (ВЛМ) реализуются операции сравнения, обобщения, выделения функциональных сравнительных признаков предметов и явлений. По аналогии операциональные признаки присутствуют и в наглядно-образном мышлении (НОМ), как выделение причинно-следственных связей и формирования адекватной гипотезы (левополушарный способ обработки информации) на основе активного зрительного восприятия (правополушарный способ обработки информации). Исследовались разные типы предъявления материала, уровень сформированности операциональной и процессуальной стороны мышления.

Исследование ВЛМ проводилось с помощью двух типов предъявления материала:

1. При самостоятельном выделении основного сравнительного принципа (методика 1) 30 заданий.

2. На основе выбора ответа из ряда предлагаемых слов «простые аналогии» (методика 2) [3]

Эти два способа предъявления материала апеллируют к разным уровням произвольности. Первый способ предъявления стимулов требует более высокого уровня произвольности, в то время как второй способ не способствует актуализации высокого уровня произвольности и опирается, в основном, на операциональную сторону мышления и провоцирует возникновение импульсивности, снижение уровня самоконтроля и актуализации конкретно-ситуативных связей.

Исследование НОМ проводилось на основе восприятия и формирования рассказа по серии сюжетных картинок «Рыбка» (3 картинки) из книги Н. Радлова «Рассказы в картинках» для детей письменно.

В исследовании участвовало 87 детей, учащихся 3-8 классов интеграционной школы №1321 «Ковчег» с разными типами онтогенеза: 51 ребенок с РАС и 36 детей с нормальным типом онтогенеза.

Традиционная патопсихологическая экспериментальная методика «простые аналогии» демонстрирует высокий уровень сформированности ВЛМ при нормальном типе онтогенеза и положительную динамику от 1 ко 2 методике (от 71, 4% до 92,7%). У детей с РАС уровень сформированности операциональной стороны ВЛМ ниже, чем у детей с нормальным типом онтогенеза и происходит снижение продуктивности мыслительной деятельности от 1 ко 2 методике (от 52, 4% до 17%). Основными причинами этого являются нарушения не собственно операциональной стороны мышления, а нарушения динамики мыслительной деятельности за счет повышенной импульсивности, утери целенаправленности, приводящей к возникновению случайных или конкретно-ситуативных побочных ассоциаций.

Исследование наглядно-образного мышления (выделяемого в нейропсихологии как особой формы мышления) – составление рассказа по картинкам «Рыбка» требует на основе симультанного восприятия всех элементов сюжета установления последовательности событий и выделения причинно-следственных связей. Полученные данные свидетельствуют о достаточном уровне формирования гипотезы при нормальном онтогенезе (45%) и соскальзывании на побочные связи в 45% случаев. У детей с РАС выявляется полная невозможность понимания сюжета и установления адекватных при-

чинно-следственных связей, которое в рассказе заменяется уходом от установления адекватных логических связей соскальзыванием на случайные или конкретно-ситуативные связи, возникающих на основе фрагментарного восприятия отдельных деталей сюжета в 44% случаев.

Сравнивая возможности мыслительной деятельности учащихся с разными типами развития можно выделить следующие закономерности: у детей с нормальным типом онтогенеза при достаточно высоком уровне сформированности операциональной стороны мышления может значительно повышаться уровень его сформированности в условиях предъявления материала на выбор (2 методика), но при этом в НОМ имеет место высокий уровень соскальзывания с целенаправленного процесса формирования гипотез. Дети с РАС при среднем уровне сформированности ВЛМ могут демонстрировать низкий уровень ВЛМ в особых условиях предъявления материала (методика 2) в ситуации выбора из нескольких альтернатив и грубейшие нарушения НОМ с невозможностью выделения адекватных гипотез в сочетании с высоким уровнем импульсивности, проявляющемся в утере целенаправленности, как нарушения динамики мыслительной деятельности.

Полученные данные о состоянии ВЛМ и НОМ детей с РАС дополняют и расширяют представления о механизмах нарушения психической деятельности, то есть дефицитарности правого полушария и межполушарного взаимодействия. В связи с этим детям с РАС коррекционная помощь в когнитивной сфере, направленная на преодоление нарушений наглядно-образного мышления и всех других познавательных процессов, тесно связанных с наглядно-образным мышлением (зрительная память, воображение и т.д.).

#### Литература

1. Мелешко Т.К., Алешикова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. М.1982
2. Манелис Н.Г. Сравнительный нейропсихологический анализ формирования высших психических функций у здоровых детей и у детей с аутистическими расстройствами. М.:2004
3. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). СПб.; 1998.

### **Психометрический анализ русскоязычной версии методики оценки темперамента TEMPS-A** Лас Е.А., Васильева В.О. (Москва)

«Методика оценки темперамента TEMPS-A» посвящена исследованию темпераментальных характеристик и преморбидных особенностей пациентов и составлена в форме опросника. Методика под названием Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire находится в разработке на этапе валидации у группы исследователей под руководством H.S. Akiskal. Методика была впервые предложена в 1978 году и носила название Mood Clinic Data Questionnaire [2]. Методика, использованная для адаптации на русскоязычной выборке, опубликована в 2005 году [1]. Методика состоит из 50 утверждений, имеет 4-факторную структуру (состоит из 4 шкал) и основана на теоретической концепции Akiskal H.S. о 4 темпераментах, являющихся преморбидными для эмоциональной патологии [3]. Вслед за Э. Крепелиным [4], исследователь полагает, что черты личности пациентов – «психопатические типы» - являются «субаффективными» чертами, то есть проявлениями в чертах личности расстройств аффективного спектра. Такие черты предшествуют заболеваниям аффективного спектра, то есть являются преморбидными, и проявляются после таких заболеваний, своего рода аффективные predispositions, которые авторы предпочитают объединять не в понятие «расстройство личности» (personality disorder), а в понятие «темперамент» (temperament).

Шкалы опросника: 1. Гипертимный темперамент, 2. Дистимический темперамент 3. Циклотимический темперамент 3. Возбудимый темперамент.

1. Гипертимный темперамент, для которого характерно наибольшее число позитивных черт: оптимизм, уверенность в себе, приподнятое настроение, жизнелюбие, высокая активность, неутомимость, склонность рисковать, руководить, а также совать свой нос в чужие дела.

2. Дистимический темперамент, для которого характерно самообвинение, стеснительность, чувствительность к критике, зависимость, ведомость, консерватизм.

3. Циклотимический темперамент, проявляющий в лабильном аффекте, то есть в резких сменах настроения, нестабильность энергетического потенциала, самооценки и социальных связей. Часто такой человек может быть в чём-то одарён, а в остальном быть совершенным дилетантом. Как правило, люди с циклотимическим темпераментом восприимчивы, склонны к интенсивным эмоциональным переживаниям, романтичны.

4. Возбудимый темперамент. Данный темперамент проявляется в скептицизме и критическом настрое, ворчании, неудовлетворённости, гневливости, склонности к насилию и ревности.

После того, как полный вариант опросника TEMPS-A был переведен на русский язык, адекватность перевода была оценена несколькими независимыми экспертами<sup>1</sup>. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы SPSS 17.0.

Психометрический анализ русскоязычной версии опросника был осуществлён на смешанной группе нормы (100 испытуемых). Изучение валидности по внешнему критерию – наличию эмоциональной патологии – проводилась на пациентах отделения по изучению психосоматических расстройств и пограничной патологии НЦПЗ РАМН под руководством академика РАМН А.Б. Смулевича (20 испытуемых).

Произведена оценка внутренней согласованности факторов, измеряемых методикой. Внутренняя согласованность методики была измерена с использованием формулы расчета коэффициента одномоментной надежности  $\alpha$  Кронбаха. По результатам расчетов коэффициент  $\alpha$  составляет 0.71, что свидетельствует о хорошей внутренней согласованности методики. Проводился анализ внутренней согласованности шкал опросника. В качестве критерия внутренней согласованности также использовался коэффициент  $\alpha$  Кронбаха. Для шкалы «Гипертимный темперамент»  $\alpha=0,75$ , для «Циклотимического темперамента»  $\alpha=0,7$ , для «Возбудимого темперамента»  $\alpha=0,64$ , для «Дистимического» темперамента  $\alpha=0,59$ , что свидетельствует о достаточной внутренней согласованности шкал опросника.

Ретестовая надежность была проверена на 25 испытуемых группы нормы с интервалом измерения от полугода до 1 года. Устойчивость факторной структуры русскоязычной версии опросника в процессе подтверждения.

В соматическом стационаре на пациентах с ревматоидным артритом (25 испытуемых) и больных хронической обструктивной болезнью лёгких (35 испытуемых) были изучены корреляционные связи факторов опросника TEMPS-A с другими эмоционально-личностными параметрами, измеренными с помощью следующих методик: опросник TCI-125 (Cloninger С.Р., 1994 в адаптации Ефремова А.Г.), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (Рубинштейн С.Я., 1970), опросник Life Style Index (Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R., 1979 в адаптации Вассермана Л.И. и др.), методика исследования агрессии Басса-Перри (Buss A. H., Perry M. в адаптации Ениколопова С.Н., Цибульского Н.П.), пятифакторный опросник NEO-FFI (McCrae R.R., Costa, P.T., 1987 в адаптации Бирюкова С.Д., Бодунова М.В.), Шкала депрессии Бека (Beck A.T., 1961). Получены высокие корреляции показателей темпераментов, то есть шкал опросника TEMPS-A, с рядом факторов и шкал методик, указанных выше.

Таким образом, в ходе клинической апробации получены наглядные результаты применения опросника TEMPS-A на русскоязычной выборке, показана его чувствительность к выявлению премоурбидных черт, связанных с развитием эмоциональной патологии.

#### Литература

1. Akiskal H. S., Akiskal K. K., Radwan F. H., Manning J. S., Connor P. D. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire – 2005 - Journal of affective disorders, 85 p.3-16.
2. Akiskal, H.S., Bitar, A.H., Puzantian, V.R., Rosenthal, T.L., Walker, P.W. The nosological status of neurotic depression: a prospective three-to-four year examination in light of the primary–secondary and unipolar–bipolar dichotomies – 1978 - Arch. Gen. Psychiatry 35, p.756– 766.
3. Akiskal, H.S., Hirschfeld R.M.A., Yerevanian B.I. The Relationship of Personality to Affective Disorders A Critical Review -1983 - Arch. Gen. Psychiatry – Vol. 40.
4. Kraepelin, E. Manic–depressive Insanity and Paranoia. 1899/1921 E and S Livingstone, Edinburgh.

### **Определение ретроспективной валидности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства**

Ласовская Т.Ю., Ларин А.В., Яичников С.В. (Новосибирск)

Актуальность темы. В 2004-2010г.г. на кафедре клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета разработан «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» (Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичников С.В., патент № 2394486). Актуальным стала проверка валидности данного диагностического инструмента. Цель работы: Определить ретроспективную валидность «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства».

Материалы и методы. Особенностью пограничного личностного расстройства (ПЛР) является диффузная идентичность, которая обуславливает такие клинические проявления как неустойчивость в межличностных отношениях, неустойчивость в отношении к себе, к выбранной профессии и пр. Предполагается, что академическая успеваемость может быть выбрана в качестве критерия, который

<sup>1</sup> Благодарность за экспертную оценку перевода выражается врачу-психиатру Д.Ф. Пушкарёву и филологу М.В. Стрелковой.

будет резко отличаться у лиц с ПЛР и лиц без ПЛР. У лиц с ПЛР ожидается низкая академическая успеваемость. По данным заполнения опросника для диагностики ПЛР студентами факультета клинической психологии были отобраны студенты с ПЛР (набор 8 и более стенированных баллов по шкалам опросника) в количестве 11 человек. Группу сравнения составили студенты с низкими стенированными баллами (3 и менее) также в количестве 11 человек. Академическая успеваемость оценивалась по результатам экзаменов первых четырех семестров обучения.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлены достоверные различия между сравниваемыми группами по результатам успеваемости (Критерий Мана-Уитни,  $P < 0.01$ ). Средние значения успеваемости студентов с ПЛР 3.9; студентов без ПЛР – 4.5. В 63.6% случаев студенты с ПЛР находились на повторном обучении из-за низкой академической успеваемости. Среди студентов без ПЛР находящихся на повторном обучении не выявлено. В четырех случаях из 11, у студентов с ПЛР отмечалась высокая академическая успеваемость – от 4.0. до 4.9 баллов. Таким образом, студенты с ПЛР демонстрируют «полярное» отношение к учебе. В ранних версиях диагностических критериев ПЛР отношение к учебе (работе) представляло собой самостоятельный диагностический критерий [1].

Наблюдение за студентами с ПЛР позволяет выделить некоторые особенности поведения в условиях обучения в вузе. Первое, что обращает внимание – это трудности в соблюдении «тайминга». Студентам с ПЛР трудно прийти вовремя к началу занятий, экзамена, тестирования и др. При этом, даже если от явки студента ко времени зависит многое (например, идет передача экзамена и с этим связано продолжение обучения), лица с ПЛР не являются в назначенный час без уважительной причины.

Второе – непосещение занятий большую часть семестра. Количество предметов, по которым лица с ПЛР имеют долги – от семи до десяти и более. Как следствие, регулярные отчисления с восстановлением или повторным обучением. В среднем, количество отчислений 2.2 раза. В некоторых случаях студент может обучаться на одном курсе 3 и более лет. Среди студентов, находящихся на повторном обучении или восстановленных после отчисления ПЛР диагностируется в 95-100% случаев.

Для студентов с ПЛР характерно «все сорвать в последний момент». Это выражается в немотивированном уходе из вуза на последнем или предпоследнем семестре обучения (при хорошей или отличной успеваемости), отказе от защиты дипломной работы и др.

Трудности в контроле гнева и импульсивность лиц с ПЛР предопределяет ситуации, в которых агрессия реализуется на преподавателей или однокурсников (конфликты с преподавателями и студентами с применением физической силы или нецензурных выражений).

При проведении дидактических психотерапевтических сессий на старших курсах обучения студенты с ПЛР с легкостью провоцируют у студента «терапевта» реакцию контрпереноса; в случае работы «клиентом» у них, как правило, возникает перенос, требующий остановки сессии и специально-го разбора.

У студентов с ПЛР отмечается дефицит ролевого поведения. Выделены 5 признаков дефицита ролевого поведения: 1. Нарушение границ пространства. Выражается в том, что в процессе общения лица с ПЛР стремятся к максимальному приближению к собеседнику, входя в его личностное пространство. Например, берет собеседника за плечико одежды и притягивает к себе как можно ближе. 2. Нарушение временных рамок. В общении с однокурсниками ночные звонки являются привычным явлением. 3. Максимальное сокращение психологической дистанции общения. Это выражается в том, что лица с ПЛР одинаково общаются со всеми людьми (преподавателями, родителями, товарищами), причем манера общения выбирается с максимальным сокращением психологической дистанции («как со старым другом», «как с близким другом»). 4. Плохое понимание условности ситуации. В условиях официальной обстановки (учебное задание) лица с ПЛР плохо чувствуют условность происходящего. Это выражается в том, что например, при проведении обучающей психотерапевтической сессии они выносят на обсуждение очень глубокие личностные проблемы. Или при проведении официальной какой-либо церемонии принимают высказывания со сцены за «чистую монету» и почти срывают официальное мероприятие, вмешиваясь в ход событий и нарушая сценарий. Причем, чем более условна ситуация, тем более ярко «засвечиваются» лица с ПЛР. 5. Лица с ПЛР трудно выстраивать общение так, как это принято. Например, приветствие, разрешение войти, изложение просьбы, вопросы, прощание с собеседником. Их манера общения не имеет структуры (ни начала, ни конца). Общение может начинаться непосредственно с просьбы, каких-то мыслей и производит впечатление, что вот вы только что расстались, но ваш собеседник хочет сказать еще что-то. Это напоминает ситуацию, когда вы вдруг включаете радио. Голос диктора говорит о чем-то какое-то время, потом вы выключаете радио. Ни начала передачи, ни конца вы не слышали. Следует учитывать перечисленные выше особенности поведения студентов с ПЛР в процессе обучения.

Делается вывод о высокой ретроспективной валидности «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства».

#### Литература

1. Borderline personality disorders: clinical and empirical perspectives/ edited by J.F Clarkin et al.- New York –London. - 1992. – P.117-120

### **Диагностика пограничного личностного расстройства у лиц с алкогольной аддикцией** Ласовская Т.Ю., Яичников С.В., Жовнер И.В., Шамсутдинов Я.В., Лычагина Е.В. (Новосибирск)

Актуальность темы.

В последние десятилетия возрастает интерес к вопросам коморбидности алкогольной аддикции и пограничного личностного расстройства (ПЛР). По разным данным, распространенность ПЛР при алкогольной аддикции колеблется в широком диапазоне, что связано с применением того или иного диагностического инструмента (диагностическое структурированное интервью, специализированные опросники), а также от контингента обследуемых (амбулаторные или стационарные пациенты). Так, применение структурированного клинического интервью (Gunderson и DSM-III), выявляет ПЛР у лиц с алкогольной аддикцией в 12-16% случаев. В случае применения специализированного теста для диагностики личностных расстройств Т. Millon –III, число лиц, диагностированных как имеющие ПЛР возрастает до 68.8% случаев [5],[6],[7].

При этом вопросы диагностики коморбидности алкогольной аддикции и ПЛР имеют принципиальное значение в работе с наркологов, клинических психологов и психотерапевтов по целому ряду причин. Во-первых, на фоне интоксикации алкоголем и другими веществами, у лиц с ПЛР резко повышается риск самоповреждающего поведения, несчастных случаев, физической и сексуальной травматизации [4]. Во-вторых, для лиц с алкогольной аддикцией и ПЛР, характерны полиаддитивные реализации в виде присоединения химических и нехимических аддикций [1], [3]. В-третьих, при ПЛР нарушена «классическая» динамика формирования аддитивного механизма, а именно: прием аддитивного агента не ритуализирован, проявляется безразличие в идентификации себя как большого человека, отсутствует формирование потребностей аддитивной личности и пр. [2]. Все это делает актуальными вопросы диагностики ПЛР у лиц с алкогольной аддикцией.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 37 пациентов с диагнозом «Синдром активной зависимости от алкоголя», находящихся на стационарном лечении в наркологическом диспансере. Исследование проводилось на базе Государственного Областного Наркологического Диспансера №1 г. Новосибирска.

Диагностика ПЛР проводилась с помощью «Опросника для диагностики пограничного личностного опросника Ласовской Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичникова С.В.» (чувствительность – 84%; специфичность – 97%;  $\alpha$ - Кронбаха 0.86). ПЛР устанавливается, если по шкалам импульсивности, суицидального поведения, самоповреждающего поведения или сумме баллов испытываемый набирает 8 или более стенированных баллов. Опросник разработан, стандартизирован и валидизирован на кафедре клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета в 2004-2011г.г.

Результаты исследования.

Показано, что из 37 человек, принявших участие в исследовании, ПЛР устанавливался у 27 пациентов, что составило 72.9% случаев. Полученные данные близки к данным Ricci RL. и соавт. (2012), установившим ПЛР у 68.8% лиц с алкогольной аддикцией. В исследовании Ricci RL. и соавт. для диагностики ПЛР у госпитализированных пациентов использовали тест Теодора Милона в третьей версии. Можно сделать вывод, что по такой психометрической характеристике как чувствительность, «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» приближается к тесту Милона. Высокий уровень коморбидности ПЛР при алкогольной аддикции необходимо учитывать при проведении психотерапевтической коррекции пациентов.

#### Литература

1. Загоруйко Е.Н. Пограничное личностное расстройство и алкогольное аддитивное поведение у женщин. Автореферат дис. на соиск. ученой степени к. м. н. - Новосибирск: Новосиб. гос. мед. ин-т, 1999.
2. Камалдинов Д.О. Нарушение идентичности при аддитивных и личностных расстройствах. Автореферат дис. на соиск. ученой степени. к. м. н. Новосибирск: Новосиб. гос. мед. ин-т, 1999.
3. Echeburua E., De Medina RB., Aizpiri J. Personality disorders among alcohol-dependent patients manifesting or not manifesting cocaine abuse: a comparative pilot study//Subst Use Misuse. 2009;44(7):981-989.
4. Meickhenbaum D. A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adult with PTSD. Waterloo, Ontario, Canada: Institute Press, 1994.

- Nace E.P., Saxon J.J., Shore N. A comparison of borderline and non borderline alcoholic patients//Arch Gen Psychiatry 1983 Jan; 40(1):54-56.
- Numberg H.G., Rifkin A., Doddi S. A systematic assessment of the comorbidity of SDM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients//Compr Psychiatry.1993 Nov-Dec;34(6):447-454.
- Picci R.L. et al., Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: prevalence and gender differences// Compr Psychiatry.2012.May;53(4):355-363.

## **Особенности стратегий ценностного мышления больных шизофренией** Леонтьева Е.М. (Москва)

Изучение процесса мышления о ценностях позволяет выделить в огромном поле аксиологии непосредственно психологическое, - то, что психологи знают как изучать, не увязая в бесконечных спорах о том, что же такое ценности «на самом деле». Целью нашего исследования является изучения ценностного мышления в норме и у больных шизофренией. Мы предлагаем делать это опосредованно через операцию категоризации ценностей, таким образом, обнаруживая в эксперименте непосредственно деятельность мышления о ценностях. Задача исследования – организовать его так, чтобы эта деятельность испытуемых носила развернутый характер и позволяла фиксировать процесс на ключевых его стадиях.

В методике «Классификация ценностей» используется набор из 22 ценностей, включающий в себя набор базовых ценностных категории [1]. Содержание групп, процесс их формирования, их названия и особенности выполнения задания фиксируются в протоколе. В клиническую группу вошли 96 испытуемых, больных шизофренией ( F20 – F29 по МКБ-10 ), в группу сравнения (92 человека), в контрольную группу пациенты с расстройствами личности (F60.4-F60.3) – 52 человека.

В ходе качественного (процессуального) анализа категоризации ценностей обнаружилось особенности в использовании разных стратегий категоризации ценностей во всех трех группах. Выделены: **ЦЕПНАЯ СТРАТЕГИЯ** - Испытуемые в ходе решения задачи объединения ценностей между собой и их категоризации использовали длинные цепочки рассуждений, в ходе которых одна ценность непосредственно вытекает из другой по принципу ЦЕПИ. Например: «вера в справедливость рождает истину, истина определяет веру – вера, правда, истина, справедливость».

**СТРАТЕГИЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ЯДРА** - Обнаружилось, что большая часть испытуемых в обеих группах не использует для объединения обобщающие категории, а выделяет ведущую ценность в группе (ЯДРО) и по ее имени называет всю группу. Эта стратегия ценностного мышления представляется нам самой интересной для анализа, так как очевидно показывает разницу в ядерных элементах мышления и сам результат не требует первичной интерпретации и перевода в другие единицы, что с точки зрения валидности результатов выглядит особо ценным. Например: ценности: правда, справедливость, истина, вера – объединены в группу под названием «правда».

В таблице показан частотный анализ использования в качестве ЯДРА разных ценностей тремя группами испытуемых.

**СТРАТЕГИЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ОТВЛЕЧЕННОГО ПРИЗНАКА** - характеризуется использованием некоего объединяющего отвлеченного признака. Испытуемые использовали некие известные названия для категорий: "индивидуальные", "духовные", "семейные", "главные", "второстепенные", "гармония", "желания", "стремления", "необходимости" и так далее. Данная стратегия характерна для обеих групп испытуемых, однако, для группы нормы в гораздо большей степени.

### *Общее обсуждение результатов*

1. В группе нормы подавляющее большинство испытуемых используют свернутую стратегию объединения, используя некоторые известные, во многом стереотипные категории.

2. Сравнение ценностей, используемых в качестве ядерных, выявляет значимые различия между тремя группами испытуемых.

- Наиболее неожиданным нам кажется такая существенная разница в выборах между группами для ценности *любовь*. Больные шизофренией используют ценность *любовь* в 2,5 раза чаще, чем группа нормы и это ядро входит

<b>Ценности</b>	<b>N</b>	<b>Sch</b>	<b>L</b>
Семья	<b>61,5</b>	<b>56,4</b>	<b>57,1</b>
Творчество	<b>41,0</b>	<b>21,8</b>	14,3
Дружба	<b>23,1</b>	<b>20,0</b>	17,9
Здоровье	<b>23,1</b>	16,4	7,1
Справедливость	17,9	1,8	0,0
Богатство	15,4	7,3	10,7
Власть	12,8	<b>21,8</b>	<b>21,4</b>
Развитие	12,8	18,2	7,1
Успех	12,8	<b>27,3</b>	17,9
Реальность	10,3	7,3	<b>21,4</b>
Свобода	10,3	10,9	14,3
Ум	10,3	9,1	17,9
Любовь	7,7	<b>20,0</b>	14,3
Вера	5,1	7,3	7,1
Правда	5,1	10,9	0,0
Удовольствие	5,1	3,6	7,1
Уникальность	5,1	3,6	7,1
Доверие	2,6	7,3	7,1
Истина	2,6	9,1	10,7
Красота	2,6	5,5	0,0
Безопасность	0,0	5,5	3,6
Признание	0,0	0,0	3,6



в пятерку самых «тяжелых» ядер для группы больных шизофренией. В группе нормы ценность *любовь* не входит даже в десятку «тяжелых» ценностей.

- Такая же существенная разница обнаруживается для ценностей *успех и власть*. Больные шизофренией в 2 раза чаще используют их в качестве ядерной, чем группа нормы и существенно чаще, чем испытываемые группы личностных расстройств.

- Ценность *творчество* вторая по тяжести для группы нормы после ценности *семья*, что представляется нам очень важным результатом, свидетельствующим об определенном закреплении в ценностном мышлении современных нам культурных норм и потребностей. Сознание современного человека во многом определяется философией творчества и потребностью в творчестве, практически всю свою деятельность наш современник готов воспринимать как творческий процесс. Ценность *творчество* для больных шизофренией тоже достаточно тяжелая, но, тем не менее в два раза реже эти испытываемые выбирают ее в качестве ядра.

- Ценность *справедливость* также служит для нормы одним из важных ядер, в отличие от клинической и группы сравнения. В этих группах ее не использует почти никто, что, возможно, говорит об особой дискредитированности, пустоте этого понятия для людей с психическими расстройствами. Выявленные различия наводят на мысль об определенном культурном отставании ценностного мышления больных шизофренией [2]. Структуры ценностного мышления больных шизофренией отсылают нас к ценностям уходящего или ушедшего культурно-исторического периода. Наш современник чаще использует понятие «отношения» и «строительство отношений», чем «любовь» и «поиск своей любви». Понятие – ценность «правда» и «истина» уступает свое место потребности в «справедливости». Ценность творчества выходит на первый план, именно вокруг этой ценности в норме выстраиваются такие важные для современного человека ценности развития, ума, уникальности, удовольствия. Для ценностного сознания больных шизофренией характерно сильное влияние ценностей успеха и власти, для группы нормы характерно ослабление влияния этих ценностей на систему ценностей в целом.

Литература

1. Леонтьева Е.М. Использование методики «Классификация ценностей» как инструмента изучения личности у лиц, страдающих психическими расстройствами. Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, Москва 2011. С. 88-91.
2. Леонтьева Е.М., Головина О.Е. Представления о ценностях современного общества на примере людей с психическими расстройствами. –

Томск: Изд-во Том. ун-та, 2011. С. 12-15.

## **Влияние фактора пола на выраженность познавательных нарушений у больных параноидной шизофренией**

Лепилкина Т.А. (Москва)

В современной литературе, посвященной изучению отличий между мужчинами и женщинами, страдающими шизофренией, в выраженности нарушений познавательных функций, представлены противоречивые данные.

С одной стороны, сообщается, что для мужчин с диагнозом «шизофрения» характерны более низкий коэффициент интеллекта (IQ), худшая школьная успеваемость [1] и более плохое когнитивное функционирование в целом до начала заболевания [2] по сравнению со страдающими шизофренией женщинами. С другой стороны, в ряде источников представлены противоположные данные – о более выраженном когнитивном снижении у больных шизофренией женщин в преморбидном периоде [3] и на отсроченных этапах заболевания [4, 5]. В некоторых работах авторам не удалось обнаружить достоверных различий между мужчинами и женщинами в выраженности когнитивных нарушений [6, 7].

Целью настоящей работы являлась проверка гипотезы о том, что фактор пола оказывает влияние на специфику и выраженность познавательной дисфункции у пациентов, страдающих шизофренией.

В исследование был включен 101 пациент (79 мужчин, 78%, и 22 женщины), в возрасте от 23 до 71 года с диагнозом параноидной шизофрении (код по МКБ-10 F20.0). Средний возраст в группе мужчин составлял 40.36 ( $\pm 12.11$ ) лет, в группе женщин – 45.55 ( $\pm 10.84$ ) лет. Длительность заболевания в группе мужчин была равна 14.74 ( $\pm 9.67$ ) годам, женщин – 19.41 ( $\pm 11.27$ ); средний возраст манифестации болезни в группе мужчин составлял 24.95 ( $\pm 7.79$ ) года, в группе женщин – 26.55 ( $\pm 11.05$ ) лет. Статистически достоверно группы не отличались между собой по возрасту, длительности заболевания, возрасту начала заболевания, а также по тяжести клинической симптоматики. Значимым было различие между группами по никотиновой зависимости ( $p < 0.05$ ): среди мужчин курящих было больше. На момент включения в исследование все пациенты находились на этапе формирования ремиссии после галлюцинаторно-бредового или бредового приступа, и выраженность психотических симпто-

мов и признаков дезорганизации не достигала степени, в которой она могла бы препятствовать выполнению когнитивных тестов.

Согласно данным обширной литературы, больных шизофренией характеризуют нарушения слухоречевой и зрительно-пространственной памяти, различных аспектов внимания, психомоторной скорости, регуляторных (исполнительных) функций. С учетом этих данных была сформирована батарея тестов, которую составили хорошо известные и адекватные поставленной задаче психометрические инструменты, такие как ряд субтестов из шкалы интеллекта и шкалы памяти Векслера, тест Бентона, тест Струпа, тест Башня Лондона, Висконсинский тест сортировки карточек и несколько других.

Результаты тестирования показали, женщины хуже, чем мужчины, выполняли тест Струпа ( $p = 0,013$ ), оценивающий функции контроля и регуляции деятельности зрительного восприятия, а также Висконсинский тест сортировки карточек (несколько взаимозависимых показателей, например, количество правильных ответов,  $p = 0,022$ ), отражающий способность формировать и поддерживать когнитивную стратегию. Эти показатели являются аспектами префронтальной дисфункции [8]. Данные о более выраженном снижении исполнительных (префронтальных) функций именно у женщин, страдающих шизофренией, косвенно поддерживаются результатами работы Roesch-Ely и соавторов [9].

Для остальных параметров когнитивной деятельности, изучавшихся в настоящем исследовании, значительно большего их числа, не было установлено статистически достоверных отличий между группами.

Результаты фактор-аналитического исследования (варимакс-вращение, нормализованное, 3 фактора) продемонстрировали, что показатели когнитивной деятельности в группе мужчин образуют отдельные, «локальные» когнитивные факторы, которые можно было бы соотнести со «способностями» в многофакторных теориях интеллекта. Первый фактор характеризовал способность больных оперировать пространственной информацией, второй – объединял параметры, описывающие абстрактное мышление, третий фактор отражал уровень функционирования рабочей памяти. В группе женщин почти все аспекты когнитивного функционирования оказались в значительной степени связаны между собой (каждый с каждым). Высокая степень тесноты между подавляющим числом всех познавательных процессов была ранее обнаружена у женщин и в здоровой популяции (М.Э.Тынтс (1975) по Е.П.Ильину) [10].

На основании результатов настоящего исследования, а также литературных данных, мы предполагаем, что природа различий в выраженности когнитивной дисфункции между мужчинами и женщинами, страдающими шизофренией, по меньшей мере, двояка. С одной стороны, особенности структуры когнитивного функционирования определяются биологически детерминированными различиями, существующими и в здоровой популяции. С другой стороны, вероятно, существует самостоятельное влияние болезненного процесса, приводящее к более выраженному снижению именно префронтальных функций у женщин.

Настоящее исследование имеет ряд ограничений: неравнозначность изучаемых групп по количеству испытуемых; участниками являлись больные только с одной из форм шизофрении; не была набрана контрольная группа здоровых испытуемых.

Представленные данные являются частью более обширного исследования, результаты которого изложены в статье: Лепилкина Т.А., Морозова М.А. Влияние фактора пола на выраженность когнитивных нарушений и связи когнитивного функционирования с психопатологическими проявлениями у больных параноидной шизофренией // Психологические исследования. Т. 5, № 25. С. 5. <http://psystudy.ru>

#### Литература

1. Castle D.J., Murray R.M. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 1991, 21(3), 565–575.
2. Hoff A.L., Wieneke M.H., Faustman W.O., Horon R., Sakuma M., Blankfeld H.M., Espinoza S.A.A., DeLisi L.E. Sex differences in neuropsychological functioning of first-episode and chronically ill schizophrenic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 1998, 155(10), 1437–1439.
3. Weiser M., Reichenberg A., Rabinowitz J., Kaplan Z., Mark M., Nahon D., Davidson M. Gender differences in premorbid cognitive performance in a national cohort of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 2000, 45(3), 185–190.
4. Perlick D., Mattis S., Stastny P., Teresi J. Gender differences in cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1992, 8(1), 69–73.
5. Lewine R.R.J., Walker E.F., Shurett R., Caudle J., Haden C. Sex differences in neuropsychological functioning among schizophrenic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 1996, 153(9), 1178–1184.
6. Andia A.M., Zisook S., Heaton R.K., Hesselink J., Jernigan T., Kuck J., Moranville J., Braff D.L. Gender differences in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183(8), 522–528.
7. Goldberg T.E., Gold J.M., Torrey E.F., Weinberger D.R. Lack of sex differences in the neuropsychological performance of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1995, 152(6), 883–888.

8. Eslinger P.J. Conceptualizing, describing, and measuring components of executive function: A summary. In: R.G. Lyon, N.A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing, 1996. pp. 367–395.
9. Roesch-Ely D., Hornberger E., Weiland S., Hornstein C., Parzer P., Thomas C., Weisbrod M. Do sex differences affect prefrontal cortex associated cognition in schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 2009, 107(2–3), 255–261.
10. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб.: Питер, 2003.

### **Коррекционная работа с детьми, имеющими нарушения аутистического спектра, на основе теории построения движений Н.А.Бернштейна**

Максимова Е.В. (Москва)

Уровни построения движений, предложенные Н. А. Бернштейном, можно рассматривать, как уровни построения психики человека. Поэтому коррекционная работа с особыми детьми включает в себя, не только построение афферентного и эфферентного синтеза каждого уровня, но и построение общения, поведения, игры, речи - основ построения психики ребенка.

Уровень А, с нашей точки зрения, - основа неосознанного единения с людьми и миром.

Афферентный синтез – включает в себя объединение глубокой (протопатической) чувствительности и вестибулярного восприятия отолитовых аппаратов.

Эфферентный ответ – активность, тоническая регуляция всего организма, построение позы тела (опорные позоно-тонические, шейно-тонические, вестибуло-тонические рефлексы).

В психологии глубокая чувствительность уровня А считается основой восприятия человека СЕБЯ, основой Я-сознания.

Коррекция уровня А включает в себя стимуляцию глубокой чувствительности, протраивание целостного восприятия своего тела, протраивание целостного тонического ответа, напряжения тела, протраивание опор тела, протраивание оси тела, стимуляцию вестибулярного восприятия, построение тонического единения в общении родителей и ребенка.

Уровень В, с нашей точки зрения, - основа неосознанного динамического вписывания человека в мир, здесь мир воспринимается только в движении.

Афферентный синтез объединяет всю телесную чувствительность тела и сигнальное восприятие зрения, слуха, обоняния.

Эфферентный ответ – протраивание двигательных автоматизмов (врожденных и приобретенных пожизненно).

Коррекция: объединение поверхностной и глубокой чувствительности в единое восприятие; стимулирование сигнального восприятия в пространстве, использование тонических рефлексов в построении целостных паттернов движений, объединение родителей и ребенка в содвижении, в общении и игре.

Уровень С – основа осознанного восприятия СЕБЯ в мире, основа целостного сознания человека.

Афферентный синтез объединяет всю рецепцию тела и дистантную рецепцию зрения и слуха.

Эфферентный ответ – достижение реальной цели в пространстве.

Коррекция: развитие целостного восприятия пространства – выделение объекта, разглядывание, слежение; достижение целей в пространстве; раппорт в общении родителей и детей; мимика и интонации общения; развитие игры по подражанию.

Уровень D, с нашей точки зрения, - основа мифического сознания человека. Человек живет и действует в представляемом мире.

Афферентный синтез объединяет всю рецепцию, и в восприятии и в построении движений преобладает топология, схема.

Эфферентный ответ – достижение представляемой цели.

Коррекция: построение топологического восприятия и движений по представлению, основные мифологические сюжеты и роли в общении и игре.

Группа уровней Е – основа абстрактного мышления и творчества. Коррекция: развитие речи, мышления, творчества.

Основные наблюдаемые нами результаты работы.

Коррекционная работа только на уровне А приводит к тому, что у детей с аутизмом исчезают страхи, связанные с неопознанностью СЕБЯ, с неопознанностью объектов пространства. Появляется любопытство к людям и объектам в пространстве, исследовательское поведение. Формируется интонированное звучание, желание общения, в том числе речевого. Исчезает амимия лица. Поведение определяется социальной ссылкой на значимых взрослых.

Коррекционная работа на уровне В стимулирует не только врожденные двигательные автоматизмы человека, но также автоматизмы мышления и речи.

Коррекционная работа на уровне С ведет к исчезновению страхов, связанных с объектами в пространстве, появлению Я-сознания и «Я» в речи ребенка.

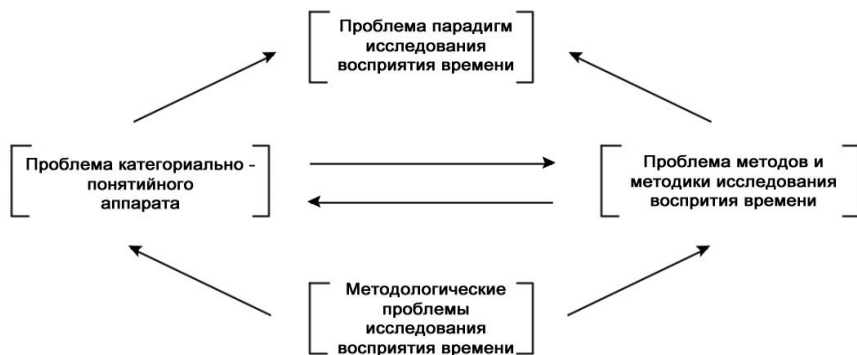
Дальнейшее развитие и социализация ребенка зависят от возраста, в котором была начата коррекция, и от социального окружения ребенка - атмосферы в семье, разумной последовательности и строгости в воспитании, наличия педагогов, умеющих работать на более высоких уровнях построения движений, наличия социальных групп, принимающих ребенка и много другого.

### **Проблемы исследования клинико-психологических особенностей восприятия времени у больных шизофренией<sup>1</sup>** Мелёхин А.И. (Москва)

Время в психологии зачастую выступает как внешний фактор, средство, условие исследования, а не в качестве полноценного объекта изучения. Вместе с тем, время является одним из важнейших человеческих ресурсов и ограничений, а также одним из основных измерений пространства, в котором живет человек (см. подр. В.П. Зинченко, Т.Н. Ерофеева, И.А. Хасанов, и др.).

Актуальность исследований восприятия времени в клинической психологии определяется тем, что способность воспринимать время обогащает и организует в сознании человека весь его субъективный опыт; восприятие времени участвует в процессе оперативной, текущей регуляции процессов жизни и деятельности, так и ее долгосрочном планировании.

В клинической психологии изучаются клинико-психологические особенности восприятия времени при той или иной форме дизонтогенеза (см. подр D. McGee, D. Brodeur, B. Andrade, L. Gregory, A. Smith, E. Taylor, J.W. Rogers, S. Newman, K. Rubia и др.). Только за последние пять лет в таких ведущих журналах как: Brain and cognition; Experimental Brain Research; Schizophrenia Research; Journal of Neuroscience; NeuroReport; Journal of Physiology – Paris; Occupational Therapy in Mental Health; Neurology Journal; Brain: a journal of neurology; Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова и др., было опубликовано около 50 исследований об особенностях восприятия временных интервалов и переживания времени больными шизофренией. При изучении когнитивного дефицита у больных шизофренией не достаточно уделяется внимание исследованию восприятия времени в связи с рядом существующих проблем (см. рис. 1).



**Рис. 1 Основные проблемы изучения восприятия времени в психологии**

Важно отметить проблему категориального аппарата и проблему методологического подхода к исследованию времени в психологии. При описании взаимодействия человека и времени используется достаточно широкий диапазон понятий: отражение, познание, переживание и восприятие времени. Идентичны ли значения, которые вкладываются в эти понятия?

Одной из важных сторон разработки проблемы категориального аппарата является упорядочивание фактов, и конкретизация понятий. Однако возникает вопрос: в чем причина неадекватного применения понятий при исследовании времени? Принято выделять две парадигмы исследования восприятия времени: перспективную и ретроспективную парадигму [3, с.92-96]. Эти парадигмы были разработаны, чтобы учитывать и подробно описывать методы и методики исследования восприятия времени.

<sup>1</sup> Текст печатается в авторской редакции

За разными методами и методиками исследования стоят различные, и даже противоположные результаты. Важная проблема современных исследований при изучении восприятия времени связана с тем, что исследователь не учитывает своеобразие результатов, получаемых с помощью разных методов и методологических парадигм исследования времени. Не учитывается клинико-психологический аспект в рамках применения той или иной методики для исследования времени (подр. см. M. Arterbery, W.J. Friedman, S. Grondin, W.H. Meck и др.).

Как правило, большинство исследователей используют одну методику, а не несколько при изучении восприятия времени. Реже всего используются аппаратные методы исследования восприятия времени (см. подр. Ю.В. Корягина). Неправомерно судить о восприятии времени лишь по результатам одной методики (например: оценки восприятия времени). Применение одной методики не позволяет оценивать достоверно полученные результаты (см. подр. M.J. Allman, V.N. Pouthas, D.M. Eagleman, W.H. Meck и др.).

Большинство исследователей, работая над проблемой восприятия времени, обычно берут в качестве предмета исследования различные по длительности интервалы времени. В области восприятия времени большинство исследований носят описательный характер, т.е. они мало направлены на систематизацию фактов. Они не раскрывают фундаментальных механизмов нарушения восприятия времени у больных шизофренией, что приводит к "эффекту калейдоскопичности".

На данный момент существуют две лаборатории: W.H. Meck (США) и С.А. Carroll (Германия) - по изучению восприятия времени у больных шизофренией. Исследования показывают, что больным шизофренией трудно различать разницу между длительными и короткими промежутками времени. При приеме нейролептические препаратов (галоперидол (-деканолат), клопазин, мажептил, солиан, сердолект и др.), у больных шизофренией отмечаются трудности в различении временных промежутков, происходит недооценка временного интервала т.е. феномен "временной нечувствительности", который по сей день не до конца исследован [6]. В отличие от здоровых испытуемых, больные шизофренией не совсем точно различают короткие (2-8 сек.) и длительные временные (16-45 сек.) промежутки, что может быть связано с процессом нарушения памяти, т.к. временные интервалы сохраняются в кратковременной памяти (и рабочей памяти). Также это может быть связано из-за нарушения внимания, которое может влиять на дифференциацию кодирования стимула и различения временных промежутков [4]. Главная методологическая трудность связана с тем, что трудно очертить границы дефицита временного восприятия с обобщёнными нарушениями внимания и памяти, особенно при шизофрении [4]. Нарушение восприятия времени происходит из-за комбинированного нарушения центрального механизма синхронизации (например: дисбаланс дофамина в базальных ганглиях), а также нарушения механизмов внимания, памяти и исполнительных функций в целом. Т.е. определяется целостной дисфункцией корково - мозжечковой - таламусово-кортикальной цепи [7]. Появляются исследования, описывающие нарушение восприятия времени при шизофрении через призму двух теорий: скалярной теории восприятия времени (J. Gibbon) и модели «клапана внимания» (J.A.Ellis) [6]. По сей день продолжаются дискуссии по поводу конкретных церебральных структур и систем, участвующих в процессе восприятия времени [7]. Существующие на сегодняшний день психологические модели механизмов восприятия времени используют слишком громоздкие теоретические построения, трудно проверяемые на практике, и не могут полностью объяснить все феномены восприятия времени [3, с.78-80]. Для того, чтобы понять процесс восприятия времени нужно, во-первых, систематизировать факты, накопленные в разных областях научного знания по данной тематике; во-вторых, выявить связь между ними и разработать концептуальные мосты между разными областями, изучающими восприятие времени, с целью описания особенностей восприятия времени при шизофрении при помощи системного подхода (подр. см. [1]). Применение системного подхода в клинической психологии было описано Ю.Ф. Поляковым. Он отмечал, что для изучения патологии психической деятельности у больных шизофренией стоит произвести переход от клинических проявлений к их биологическим механизмам через изучение закономерностей нарушения психических процессов и свойств личности, что является теоретико-методологической предпосылкой и принципом изучения закономерностей нарушения психических процессов при шизофрении [2, с.7].

#### Литература

1. Мелёхин А.И. Восприятие времени при шизофрении: структурно-уровневый подход. Клинико-психологическое исследование - Г., 2012
2. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание/ В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. -М., 1991.
3. Grondin S. Psychology of time – NY, 2011
4. Allman M.J. Pathophysiological distortions in time perception and timed performance //A journal of neurology № 1,2012
5. Bonnot O. Are impairments of time perception in schizophrenia a neglected phenomenon?// Journal of Physiology – Paris №2, 2011

6. Carroll C.A. Timing dysfunctions in schizophrenia span from millisecond to several-second durations // Brain and Cognition № 1,2009
7. Ortuño F. Functional neural networks of time perception: Challenge and opportunity for schizophrenia research // Schizophrenia Research № 1,2012

### **Скрининговые и базовые психодиагностические методики в диагностике синдрома деменции** Носачев Г.Н., Носачев И.Г. (Самара)

Клиническая психодиагностику заняла свое достойное место как в психиатрии, сформировав соответствующий раздел – патопсихологию и неврологии – нейропсихологию, так и клинической медицине. Если в психиатрии, и соответственно патопсихологии, предмет, цель и задачи достаточно методологически и диагностически разведены и взаимно дополняют друг друга как на симптомальном, так и синдромальном уровнях, то в меньшей степени это можно сказать о неврологии и нейропсихологии, тем более о использование психодиагностических методик в соматической медицине, где они носят пока случайный и мало обоснованный характер. Внешняя простота и «объективность» тестов и опросников порождает у многих врачей, особенно в исследованиях (чему еще способствуют рекомендации фармфирм), их широкое использование. Именно на этот факт указывает М.К.Акимова с соавт. [3], полагая, что психологическая диагностика невозможна без знаний основных законов психологии, и называют это увлечение «диагностоманией», а исследователя «неквалифицированным пользователем». За последние десять лет, особенно в неврологии, появилась более четырех десятков методических рекомендации, практических пособий и руководств для врачей по диагностике синдрома деменции, в которых широко используются психодиагностические методики.

Цель работы – анализ рекомендации по психодиагностике синдрома деменции с организационно-методических, нормативно-правовых и клинических позиций (аспектов) психодиагностики. Для анализа использован ряд крупных публикаций, преимущественно неврологов (так как именно неврологам принадлежит значительное число публикаций по деменции за последние десять лет), без литературного обзора всех публикаций на указанную тему (ограничимся 2 книгами одного автора) [1,2].

Анализ показал, что большинство авторов не пользуются понятием скрининговые клинические опросники и тесты и считают скрининговые тесты как основными для диагностики синдрома деменции, что приводит к ошибочным заключения, которые позволяют неврологам диагностировать синдром деменции там, где их нет, что стигматизирует и дискриминирует пациентов.

Так, О.С.Левин [1] приводит следующие общие принципы (подходы) к диагностике деменции: 1) сбор анамнеза; 2) нейропсихологическое исследование; 3) неврологический осмотр; 4) общий осмотр; 5) исследование аффективных и поведенческих нарушений; 6) исследование функционального статуса (уровня поведенческой активности) пациента; 7) лабораторное исследование и др. Можно было бы логически считать, что как не будет невролог сам проводить лабораторные исследования крови, так и психологические исследования будет соответственно проводить психолог. Но порядок диагностики показывать, что невролог «посылает» (которого в поликлинике нет) к психологу раньше проведения неврологического и общего осмотра пациента, который пришел к врачу специалисту. Большинство книг автора [1,2] приводят обилие психологических тестов и опросников, которые рекомендуются проводить самим врачам неврологам. Следовательно, врач проводит психодиагностику самостоятельно и выставляет диагноз – деменция. В главе об общем и неврологическом осмотрах приводится таблица «Когнитивные функции и методы их оценки» [1, с.158], а в нейропсихологическом исследовании вновь возвращается к нарушенным или сохранным когнитивным функциями. Таким образом, из 7 приведенных диагностических подходов 3 чисто психодиагностические, а при приведенном подходе к общему и неврологическому осмотру то и все 5 составляют исследование когнитивных функций с помощью психодиагностики.

Главная опора на психодиагностику присутствует и в другой книге автора [2], посвященной алгоритму диагностики деменций, где из 8 подглав 5 посвящено психодиагностическим и психопатологическим поискам с помощью тестов и опросников («нейропсихиатрические нарушения») и ни слова о неврологическом симптомах и синдромах (хотя бы нейропсихологических). И все это завершается нозологической диагностикой, где наконец-то появляется неврология как причина развития синдрома деменции. В предисловии автор обещает «подробное изложение методики краткого нейропсихологического тестирования, а проводит мнение (в книге свыше 30 тестов и опросников), что ими «в большей или меньшей степени владеть врач любой специальности...» [1, с.6]. У других авторов так же обилие психодиагностических тестов и опросников и мало неврологической семиотики. Необходимо заметить, что в национальном руководстве по неврологии (к слову тех же авторов) как во всем руководстве, так и в главе посвященной нарушению когнитивных функций отсутствуют нейропсихологические исследования. А базовый учебник по нейропсихологии Е.Д.Хомской, продолжающий разработку идей А.Р.Лурия, И.М.Тонконогова выделяет и описывает нейропсихологические симптомы и

синдромы при локальных поражениях мозга, не выделяя и не описывая синдрома деменции. Для анализа возьмем наиболее популярный по частоте встречаемости в исследованиях, а так же по абсурдности интерпретации тест MMSE. Из самого названия теста следует, что тест MMSE является скрининговым опросником, позволяющим обратить внимание врача на когнитивный дефицит, но не диагностировать его, даже на синдромальном уровне. Между тем в большинстве неврологических публикаций с использованием теста приводится следующая интерпретация: «мягкая деменция», «дементные психические расстройства», «постоперационные деменции», «преходящие деменции» и др. Вплоть до абсурдных утверждений: «Диагноз деменции не является синонимом недееспособности» [2, с.25].

Скрининговые тесты и опросники являются только предварительным (психологическим или психопатологическим) впечатлением для постановки предварительного диагноза и его последующего уточнения с помощью базовых (стандартных) методик. Организационно-методические и нормативно-правовые подходы к психодиагностике, включая синдром деменции, разработаны в судебной и трудовой экспертной деятельности психиатров и патопсихологов.

Таким образом, в современной медицине клинико-психологическим методом, включая психодиагностику, пользуются, с одной стороны, врачи в рамках клинического диагноза, а с другой – клинические психологи, выставляющие психологический диагноз как вспомогательный (дополнительный, этапный, экспертный) по отношению к клиническому. И первый нормативно-правовой и организационно-методический вопрос – вопрос компетентности специалиста, когда речь идет о психологическом диагнозе, в след за ним и клиническом (синдромальном) диагнозе.

#### Литература

1. Левин О.С. Диагностика и лечение деменций в клинической практике. М.: Медпресс, 2010: 256 с.
2. Левин О.С. Алгоритм диагностики и лечения деменции: 3-е изд., испр. и доп. -М.: МЕДпресс-информ, 2011.- 192 с.
3. Психологическая диагностика: учебное пособие./ под редакцией М.К.Акимовой. - СПб.: Питер, 2005. - 304 с.

### **Семейно-партнерские взаимоотношения и боевое посттравматическое стрессовое расстройство** Остапенко А.В., Янин К., Колов С.А. (Волгоград)

Психологическая травма затрагивает не только индивидуума, но и окружающих его людей. У комбатантов (участников боевых действий) отмечается большое количество серьезных и разнообразных проблем в семейной сфере: нарушения в общем семейном функционировании, во взаимоотношениях супругов [1], в том числе сексуальном [2], в ухудшении психического здоровья партнеров комбатантов [3] и т.п. Нарушенная способность поддерживать оптимальные социальные контакты сказывается на семейных отношениях комбатантов: почти каждый четвертый проживает в разводе с семьей [4]. Многие исследователи связывают нарушения семейного функционирования с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) комбатантов, но при этом отмечают, что и семейные отношения могут усилить симптомы и тяжесть ПТСР, при этом отмечается недостаточная изученность этой проблемы [1]. Последствия боевого стресса могут вызывать у членов семей комбатантов психологический дистресс с необходимостью приспосабливаться к поведению ветеранов локальных войн и оказывать им поддержку.

В связи с этим было проведено исследование особенностей социально-психологических установок (когниций, убеждений) и восприятия комбатантов о семейной сфере жизни и их взаимоотношения с клинико-психопатологической картиной. отношения.

Материалы и методы. Было обследовано 557 участников боевых действий, средний возраст 39,98±9,16, находившихся на лечении в Волгоградском областном клиническом госпитале ветеранов войн. Из них женаты были на момент исследований 62%, холостых 13%, разведенных 14%. Для изучения дисфункциональных социально-психологических установок (убеждений) комбатантов о семейной жизни применялся опросник ДУ [4]., для изучения социального восприятия методика «Уровень социальной фрустрации». Для уточнения характера взаимоотношений между исследуемыми параметрами применялся корреляционный анализ по r-Spearman ( $p < 0,05$ ) и Для определения дифференцированного воздействия дисфункциональных убеждений на клинику постбоевых стрессовых расстройств был проведен многомерный дисперсионный анализ (MANOVA) для сравнения силы воздействия различных факторов дисфункциональных убеждений на зависимые клинико-психологические и поведенческие переменные, в том числе уровень посттравматического стрессового расстройства, определенного по Миссисипской шкале посттравматических стрессовых реакций (военный вариант) [6].

Результаты и их обсуждение.

По результатам дисперсионного анализа фактор «Партнерской дисгармонии» преимущественно воздействовал на симптомы ПТСР ( $\eta^2 = 0,13$ ,  $F = 39,6$  (12,5%),  $p < 0,001$ ). Эти данные согласуются с результатами корреляционного взаимодействия клинических симптомов и фактора «Неудовлетворен-

ность отношениями с родственниками» по тесту УСФ ( $r=,31$ ) Возникновение клиники ПТСР сильно зависит от взаимоотношений с близким окружением, родственниками, женами. Именно нарушение в этой жизненной области у комбатантов является одним из механизмов развития отдаленных последствий боевого стресса.

Заключение. Дисфункциональные социальные установки участников боевых действий формируют патологическое содержание внутрисемейных отношений, как в супружеской, так и в родительско-детской подсистемах семьи, детерминируют реализацию комбатантом не адаптивных семейных функций и ролей, которые не удовлетворяют потребности членов семьи и ведут к социально-психологической дизадаптации самих участников войн. Близким приходится справляться с внезапной агрессией, алкоголизацией, с привычкой оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности, и т.д. Выявленная значимость партнерских отношений определяла необходимость проведения семейной психотерапии и коррекции, которая должна была снизить силу симптомов ПТСР.

Литература.

1. I.Ruscio, A. M., Weathers, F. W., King, L. A., King, D. W. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing// *J. Traum. Stress.* — 2002. — №15. — P. 351-357.
2. Cosgrove D. J., Gordon Z., Bernie J. E. et al. Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder// *Urology.* — 2002. — №60. — P.881-884.
3. Waysman M., Mikulincer M., Solomon Z., Weisenberg M. Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology// *J. Fam. Psychol.* — 1993. — №7. — P.104-118.
4. Колов С.А. Влияние особенностей отдельных когнитивных процессов на клиническую картину и эффекты лечения постбоевых стрессовых расстройств/ С.А. Колов, Е.И. Чехлатый, В.К. Шамрей // Вестник психотерапии. — 2012. — № 42 (47). — С. 101–109.
5. Рыбников О.Н., Манихин В.В. Особенности социально-психологической адаптации военнослужащих, получивших ранение в боевых действиях// Военно-медицинский журнал. — 2004. — № 3. — С. 29-33.
6. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса/ Н.В. Тарабина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

#### **Снижение понимания эмоциональной экспрессии у больных заболеваниями круга шизофрении** Румянцева Е.Е. (Москва)

При расстройстве круга шизофрении регистрируются следующие негативные изменения – эмоциональные нарушения, нарушения способности к пониманию окружающих [Критская В.П. с соавт., 1991]. Исследователями изучалась способность больных шизофренией понимать когнитивный аспект эмоциональной экспрессии. Было выявлено, что больные шизофренией формально и рационально воспринимают эмоциональные стимулы, игнорируют их эмоциональное содержание. При опознании эмоциональных стимулов больные шизофренией склонны давать формальные ответы. Так же обнаружено, что в менее структурированных и определенных заданиях на распознавание эмоций больные шизофренией совершают больше ошибок [Курек Н.С., 1986, 1988].

В настоящей работе была выдвинута гипотеза о наличии снижения понимания невербальной эмоциональной экспрессии у больных заболеваниями круга шизофрении, зависящего от степени определенности задания.

Обследовали больных заболеваниями круга шизофрении (F20, F23, F25 МКБ-10): 54 мужчин и 17 женщин, после перенесенного эндогенного приступа, находящихся на излечении в клинике ФГБУ НЦПЗ РАМН и ГКПБ №15; и психически здоровых испытуемых: 38 мужчин и 65 женщин. Все больные обследовались перед выпиской из клиники на фоне выраженной редукции психопатологической симптоматики, все они получали психотропные препараты. Средний возраст психически здоровых испытуемых составлял – 21,9 лет у мужчин, 20,6 лет у женщин, средний возраст больных – 23 лет у мужчин, 23 лет у женщин. Образовательный уровень испытуемых был достаточно высок, все испытуемые контрольной группы имели высшее или неоконченное высшее образование, 61 больных имели высшее или неоконченное высшее образование, 10 человек имели среднее или среднее специальное образование.

В исследовании использовались методики, направленные на выявление особенностей понимания эмоциональной экспрессии. Тест «Чтение психического состояния другого по взгляду» («Reading the mind in the eyes»), направленный на диагностику понимания ментального состояния человека по его взгляду [Baron-Cohen S. et al., 2001]. Производилось два предъявления методики, без выбора вариантов ответа, и с выбором ответа из четырех вариантов. Тест на распознавание выражений лица, позволяющий судить о понимании испытуемым сильно выраженной эмоциональной экспрессии [Изард К., 1980]. Тест на распознавание выражений лица, позволяющий судить о понимании достаточно слабых, не интенсивных выражениях лица [Экман П., 2010], для выбора ответа прилагался бланк с основными эмоциями человека.



Группы испытуемых были поделены по полу, производилось сравнение результатов испытуемых. Использовался критерий Манна-Уитни (SPSS 16.0).

Психически здоровые испытуемые мужчины лучше справлялись с пониманием ментального состояния другого (тест «Чтение психического состояния по взгляду») как при предъявлении без выбора вариантов ответа ( $U=47$   $p<0,01$ ) (норма 14,1+2 vs больные шизофренией 9,7+-2,7), так и при предъявлении с выбором ответа ( $U=288$   $p<0,01$ ) (норма 27,6+-2,9, vs больные шизофренией 25,2+-3,2). Лучше справлялись с пониманием сильновыраженных эмоций (карточки К.Изарда) (норма 5,7+-1 vs больные шизофренией 4,3+-1,3), слабовыраженных эмоций (карточки П.Экмана) (норма 7,3+-1,3 vs больные шизофренией 6,2+-1,9) ( $U=208,5$ ,  $p<0,01$ ) ( $U=319,5$ ). Психически здоровые испытуемые женщины лучше справлялись с пониманием ментального состояния другого (тест «Чтение психического состояния по взгляду») при предъявлении без выбора вариантов ответа ( $U=108$   $p<0,01$ ) (норма 13,4+-2,5 vs больные шизофренией 10,7+-2,6). Лучше справлялись с пониманием сильновыраженных эмоций (карточки К.Изарда) (норма 7,4+-1,4 vs больные шизофренией 5,1+-1).

Из всех групп испытуемых мужчины больные заболеваниями круга шизофрении наиболее неуспешны при опознании эмоциональной экспрессии. Возможно, большая успешность женщин больных шизофренией в опознании эмоциональной экспрессии связана с тем, что женщины, согласно ряду авторов [Baron-Cohen S., 2003] в целом лучше понимают эмоциональные состояния, но в контрольной группе данного исследования подобных отличий обнаружено не было, и данный вопрос требует дальнейшего изучения. При опознании ментального состояния другого человека по его взгляду без вариантов выбора ответа больные заболеваниями круга шизофрении оказались наиболее неуспешны. Однако больные заболеваниями круга шизофрении более успешны в выполнении данного задания с вариантами выбора ответов. Таким образом, гипотеза исследования о снижении понимания невербальной экспрессии в зависимости от степени определенности задания подтвердилась.

Понимание эмоциональной экспрессии является частью способности выстраивать репрезентацию ментального мира другого человека. Данная способность является важной частью успешной социальной адаптации человека, в связи с чем, важно изучать механизмы нарушения понимания другого, и искать пути оказания помощи больным заболеваниями круга шизофрении.

### **Психофармакотерапия, как инструмент исследования когнитивной дисфункции при шизофрении**

Рупчев Г.Е. (Москва)

Широко известны традиционно сложившиеся направления изучения нарушения познавательных функций в рамках раннего экспериментально- психологического подхода, патопсихологического [1,3,6] и нейрпсихологического подхода [2,4].

Исследование изменения психических функций «фармакологическими пробами» в экспериментально-психологическом аспекте встречались крайне редко, при этом трудно найти развернутое описание этих результатов. Тем не менее, подобные попытки внутри патопсихологии указывали на то, что структура психического состояния и познавательных функций может приоткрываться не только за счет варьирования инструкций или сложности задания, но и другими методами.

В этом аспекте психофармакологический агент (препарат), можно рассматривать как «независимую переменную», воздействующую на ту или иную «почву» когнитивных функций - нейрональные системы мозга, направленно проверяя, вызовет ли это отрицательную или положительную динамику.

Стоит отметить, что дизайн таких «экспериментально-фармакологических» исследований отвечает самым современным научным требованиям: это необходимый объем выборки, плацебо-контроль, двойной-слепой характер исследования для нивелирования субъективного фактора самого исследователя.

При внешнем сходстве протоколов их надо отличать от клинических исследований (КИ), ставящих своей задачей испытание безопасности и эффективности новых лекарственных средств. Модель «экспериментально-фармакологического» исследования разрабатывается самими исследователями и результаты принадлежат им, в то время как клинические исследования проектируются фармакологической компанией-спонсором, которой и принадлежат результаты и права на публикации и т.д.

Отбирая психологические методики в исследование, нужно учитывать, в отличие от классического патопсихологического обследования, следующие пункты. Не все тесты, измеряющие познавательные функции, могут быть использованы в экспериментально-психофармакологических исследованиях [6]. Помимо стандартных психодиагностических требований они должны отвечать и другим критериям: охватывать по возможности широкий спектр познавательных функций, но при этом их проведение не должно занимать много времени (до 20 минут максимум каждый), в целом «батарея

тестов» должна занимать не больше 1.5 часов, также для многократного применения должны иметь несколько серий (вариантов) стимульного материала, результаты должны быть представлены количественно, экспериментальные задания должны быть доступны и пациентам с резко выраженным когнитивным дефицитом.

Для решения подобных задач в лаборатории психофармакологии ФГУП НЦПЗ РАМН (рук. д.м.н. Морозова М.А.) из большого числа отечественных и зарубежных методик были отобраны тесты по описанным параметрам, которые составили компактную батарею для многократного применения. Она включала субтесты из Шкалы для исследования памяти Векслера, субтест из теста Векслера для исследования интеллекта, тест визуально-пространственной памяти Бентона, тест «Лондонская башня», тест Струпа, тест «Таблицы Шульте» (3 предьявления), Висконсинский карточный тест, модифицированный тест Бурдона (корректирующая проба), тест на «поддерживаемое» внимание (САТ). Батарея, составленная в 2001 году, оказалась в целом похожая на тестовые системы, впоследствии ставшие стандартными для оценки когнитивной дисфункции при шизофрении, это шкала «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) (2008) [7,9] и согласованная батарея когнитивных тестов MATRICS (2010).

В отделе психофармакологии НЦПЗ РАМН было проведено 2 больших (3-летнее 1.5 летнее) экспериментально-психофармакологических исследования, выдержанных в русле описанной методологии [5,8]. Кратко обобщая их результаты, можно сказать, что применение «психофармакологического метода» в лонгитуде (динамике) позволяет получать дифференцированные данные об относительно неподвижных, интактных для лечения и других воздействий «звеньях» когнитивного дефицита, специфичных для шизофрении. Наряду с этим, подобные исследования дают информацию и о «звеньях» подвижных, изменяющихся, даже если первоначально они могли быть отнесены к проявлениям дефекта, психическим деформациям, считающимся необратимыми, «застывшими». Все вышесказанное позволяет по-новому смотреть на шизофрению, которая, хотя представляет собой некоторую «семью» расстройств (например, шизофрении Э. Блейлера), и это отражается в различных современных типологиях, все же имеет свою специфику, поэтому и «dementia praecox», не сводится к набору проявлений просто «dementia».

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. С-Петербург 1997.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. МГУ, 1991.
4. Лурья А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 1969.
5. М.А. Морозова, А.Г. Бениашвили, Г.Е. Рупчев, Т.А. Лепилкина, Д.С. Старостин, О.С. Брусков. Эффекты антихолинэстеразного препарата неиромидин у больных шизофренией с выраженными признаками шизофренического дефекта (двойное слепое, плацебо контролируемое исследование комбинированной терапии неиромидином и рисперидоном или плацебо и рисперидоном). Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова: научно-практический рецензируемый журнал. – 2008. - Том 108, N 11. - С. 28-35. - ISSN 0044-4588.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. Практическое руководство. М 1970.
7. Г. Р. Саркисян, И. Я. Гурович, Р. С. Киф. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). Социальная и клиническая психиатрия. Том 10. Выпуск 3. 2010. с. 4-15.
8. Margarita A. Morozova, Allan G. Beniasvili, Taisiya A. Lepilkina & Georgiy E. Rupchev. Double-blind placebo-controlled randomized efficacy and safety trial of add-on treatment of dimebon plus risperidone in schizophrenic patients during transition from acute psychotic episode to remission. *Psychiatria Danubina*, 2012; Vol. 24, No. 2, pp 730-999
9. Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 102, N 1–3. P. 108–115.

### Анализ содержательной стороны нарушений мышления при шизофрении

Рыжов А.Л. (Москва)

Исследования нарушений мышления при шизофрении в основном сосредоточены на рассмотрении его формальной стороны. С этой точки зрения шизофреническое мышление отличается не тем, что, а тем, как думает больной.

Это отчетливо видно на примере трактовки такой отличительной характеристики шизофренических особенностей мышления, как своеобразие устанавливаемых связей (здесь мы говорим о работах школы Ю.Ф. Полякова, как наиболее авторитетной в данном вопросе). Шизофренические изменения мыслительных процессов связываются с «нарушением избирательности следов прошлого опыта»,

распадом иерархии используемых признаков, большей легкостью актуализации разных признаков. Этот фактор рассматривается, как predispositionalный и относительно независимый от другого фактора – нарушения потребности в общении, который в большей степени отражает саму суть болезненных изменений [1]. В зарубежных концепциях связь этих двух факторов постулируется с большей определенностью, а ранние нарушения коммуникации и социального обучения рассматриваются как прямые предпосылки нарушений категориально-понятийного аппарата.

На наш взгляд учет содержательного аспекта мышления может позволить лучше понять механизмы происхождения формальных расстройств умственных процессов при шизофрении. Кроме теоретического значения, исследование содержательного аспекта мышления имеет также и практическую диагностическую значимость. Известно, что латентные ассоциации не являются прерогативой шизофрении, они встречаются и при расстройствах личности, эпилепсии, различных расстройствах органического происхождения, злоупотреблении психоактивными веществами, особых функциональных состояниях и т.д. Тем не менее, специфически шизофренические, «вычурные» ответы выделяются среди спектра латентных ассоциаций своим содержанием. Понимание характера этих различий может служить дополнительным диагностическим признаком, особенно в случаях сложной дифференциальной диагностики.

В качестве отправной точки можно обратиться к идеям Л.С.Вygотского по поводу роли распада понятий в шизофренической психике. Несмотря на то, что его представления о неспособности больных к оперированию понятиями в целом опровергнуто экспериментальными данными (так же закончилась и полемика К.Гольдштейна и Н.Камерона), высказанная им идея об изменении значений слов при шизофрении кажется продуктивной. Многие экспериментальные и клинические характеристики нарушений мышления могут быть переинтерпретированы в терминах диффузии границ между понятиями, другие рассматриваться, как ее следствие. На этот аспект часто обращают внимание клиницисты, работающие с детьми – их способность различать живое и неживое, конкретное и отвлеченное.

Понимание происхождения диффузии границ понятиями, на наш взгляд, должно искать в дизонтогенезе – нарушении базовых дифференцирующих признаков, имеющих эмоциональную природу. Здесь мы следуем логике идей В.В.Лебединского, который считал, что нечеткость, неопределенность границ между понятиями связана с расхождением между размытостью предметных образов и преждевременным формированием речевых обобщений [2]. По Ж.Пиаже уровневое строение интеллекта подразумевает, что каждый последующий уровень проводит свои операции с элементами, являющимися результатом деятельности более ранних уровней. Согласно высказанной В.В.Лебединским гипотезе, при шизофрении страдают социально детерминированные инварианты предметной деятельности.

Представляется, однако, что можно выделить и другой фактор, препятствующий формированию устойчивых инвариантов, необходимых для оперирования вербально-логическими категориями, связанный с аффективными нарушениями, и действие которого прослеживается в содержательных особенностях мышления. Здесь можно обратиться к понятию эмоциональной «спутанности», предложенного М.Кляйн [3]. В норме ребенок развивает нормальное базовое расщепление, позволяющее удерживать границы между «хорошим» и «плохим» опытом, сформировать надежность удовлетворяющих объектов. Центральным дефектом при шизофрении является неустойчивость эмоционального опыта, прежде всего позитивного, его легкая коррозия, трудности накопления и удержания. В развитии мышления при шизофрении, таким образом, недостает «эмоциональной подложки». Категории приобретаются, но остаются неустойчивыми, легко регрессируют и смешиваются, так как они не основаны на эмоциональном опыте, глубинной убежденности в устойчивости и необходимости базисных различий. Известную роль здесь могут играть расстройства эстетического чувства, среди основных функций которого мы ранее постулировали преодоление спутанности между качественно разным, плохо совместимым эмоциональным опытом [4].

Спутанность в мышлении проявляется в нечеткости границ между категориями, их неустойчивости. Один вид спутанности возникает рано в онтогенезе и препятствует развитию понятий, другой характеризует активацию психотических переживаний, связан с эмоциональным напряжением и беспокойством и приводит к ослаблению способности пользования уже имеющимся категориальным аппаратом.

Данная теоретическая модель имеет практические следствия. При оценке шизофренических расстройств мышления продуктивным представляется оценивать степень, в которой спутанность захватывает базовые категории, такие как живое-неживое, съедобное-несъедобное, дозволенное-недозволенное, причиняющее боль-причиняющее удовольствие, внутреннее-внешнее, конкретное-отвлеченное, мужское-женское. «Латентные» ассоциации должны характеризоваться не только с точки зрения их редкости, но и с точки зрения того, какая базовая категория оказывается проигнорированной при их возникновении. Этот аспект может представлять интерес не только при исследовании

шизофрении, но также и личностных расстройств и т.д. Но также по степени и глубине смешанности этих категорий можно делать дифференциально-диагностические выводы.

Возникает вопрос о том, как может проводиться подобное исследование. Здесь есть несколько путей. При исследовании детей с помощью схемы оценки нарушений уровней эмоциональной регуляции эти аспекты оцениваются в спонтанной деятельности ребенка (как относящиеся к 5 уровню эмоциональной регуляции) [5]. Во-вторых, в рамках классического патопсихологического эксперимента содержательный аспект мышления может оцениваться наряду с формальным (например в таких методиках, как сравнение понятий, классификация понятий или предметов, если специально подобрать стимульный материал). Третий метод – это исследование персональных конструкторов по Келли. Исследование персональных конструкторов при шизофрении проводил Баннистер, однако в фокусе его внимания была оценка системы конструкторов в целом, а не сформированности отдельных значимых конструкторов [6]. Наконец, могут привлекаться данные проективных методик.

#### Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. М., 1991
2. Лебединский В.В. Название: Нарушение психического развития в детском возрасте. М., 2003
3. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. М., 1997.
4. Рыжов А.Л. Уровневая модель эмоциональной регуляции в применении к анализу эстетического чувства // Идеи В.В.Лебединского в психологии аномального развития. М., 2012.
5. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей, М., 2003.
6. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. М., 1987.

### Социальная ангедония и нарушения социальной направленности при шизофрении

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. (Москва)

Теоретические положения отечественной психологии - культурно-историческая концепция психики и теория деятельности, - стали прочной основой для понимания патологии психической деятельности при различных психических расстройствах. Положения о культурном (социальном) генезе высших психических функций Л.С.Выготского, сформулированный им принцип единства интеллекта и аффекта, были развиты в работах отечественных патопсихологов, в первую очередь - Б.В.Зейгарник (1969; 1986; 1989). Для описания нарушений мышления в контексте измененной структуры деятельности у больных шизофренией, с учетом мотивационной регуляции этой деятельности, ею была предложена классификация, дифференцирующая нарушения операциональной, динамической и мотивационной составляющих; при этом в качестве основного дефицитарного фактора у больных шизофренией мыслились нарушения мотивационно-личностного аспекта деятельности. Позже в работах представителей московской школы патопсихологии (Е.Т.Соколова, 1976; А.Б.Холмогорова, 1983; Б.В.Зейгарник, А.Б.Холмогорова, 1985; Б.В.Зейгарник, А.Б.Холмогорова, Е.С.Мазур, 1989; В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Поляков, 1991 др.) были сформулированы и эмпирически подтверждены эвристические идеи о нарушениях коммуникативной направленности и рефлексивной регуляции мышления и социального поведения у больных шизофренией, описаны неспособность больных встать на позицию другого человека, и использовать общий культурный опыт в процессе решения задач и коммуникации с людьми. Вычленение таких нарушений позволяет подойти к обоснованию психологических механизмов накопления дефицитов социального и культурного опыта, и трудностей коммуникации, наблюдаемых при шизофрении.

Траговка шизофрении как заболевания эндогенной природы, длительное время бывшая безальтернативной в отечественной психиатрии, в свою очередь предопределила ряд психологических концепций, базирующихся на представлении о наличии первичного дефекта у больных шизофренией. Такой врожденный (эндофенотипический) дефект определяли как нарушения вероятностного прогнозирования (И.М.Фейгенберг, 1972) или процессов переработки информации (Ю.Ф.Поляков с соавт., 1972-1991). В рамках последней модели были описаны ставшие общепризнанными феномены использования больными латентных, «слабых» признаков объектов, предопределяющие особые нарушения восприятия и мышления при шизофрении. Существенным дополнением к представлениям о шизофрении стали идеи дефицитов и искажений восприятия лицевой экспрессии, эмоций других лиц, затруднений понимания социального взаимодействия, иных смежных нарушений (Е.И.Елигулашвили, 1982; Д.Н.Хломов, 1984; Н.С.Курек, 1982-1989; Н.Г.Гаранян, 1986). Итогом многолетних исследований стало определение в качестве ведущего компонента патопсихологического синдрома при шизофрении «нарушения потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения», проявляющееся в «снижении социальной направленности личности» (с клиническим аналогом – аутизмом) (В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Поляков, 1991).

Особое место в понимании нарушений психической деятельности при шизофрении занимает так называемая «социальная ангедония». Западными авторами интерес к данному концепту в клинике

шизофрении был проявлен в рамках идеи аффективной причинности (S.Rado, 1962; P.E.Meehl, 1962, 1990). Эти концепции не получили широкого распространения, но привели к ряду эмпирических работ, подтвердивших роль не любой, но именно социальной ангедонии (L.J.Chapman, et al, 1982, 1994; T.R.Kwapil, 1998; D.Klein, 1984; др.). Среди отечественных авторов близкие идеи разделял Курек Н.С., предложивший концепцию «истинного дефицита положительных эмоций» при шизофрении как основы для глубоких нарушений эмоциональной и, более широко, психической активности больных шизофренией (Н.С.Курек 1988-1998; Н.Г.Гаранян, 1988); речь шла о попытке определения аффективно-мотивационного нарушения в качестве механизма иных (когнитивных, поведенческих) дефицитов. Такое видение сочетания нарушения полностью отвечает традиции отечественной психологии, позволяет не разрывать когнитивные и эмоциональные процессы, мышление и личность.

Перекличка концепта «социальная ангедония» с отмеченным выше «снижением социальной направленности» при шизофрении (В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Поляков, 1991) очевидно. Особо необходимо подчеркнуть двойную природу описываемого явления – аффективную, то есть собственно отсутствие переживания удовольствия, и мотивационную, когда отсутствие опыта удовольствия от общения ведет к отказу от него. Наши собственные исследования (Рычкова О.В., Холмогорова А.Б., 2010-2012) не только подтверждают приведенные наблюдения, но и доказывают причастность социальной ангедонии к значительному числу нарушений социального интеллекта у больных шизофренией. У больных этой клинической группы были выявлены различные нарушения социального интеллекта - как операциональные, связанные с недостаточностью, нечеткостью, неполнотой восприятия и понимания состояний, намерений, действий другого человека, межличностных ситуаций, взаимодействий, так и поведенческие (проявляющиеся в низкой эффективности поведения в социальных ситуациях), регуляторные (в аспекте социального познания и поведения) нарушения. И социальная ангедония вносит свой вклад в данные нарушения, выступает механизмом их стабилизации, хронификации. Аналогичные данные о нежелании лиц с явлениями ангедонии участвовать в социальных взаимодействиях, а потому о накоплении у них дефицита социального опыта, результирующего в нарушении социального познания (D.F.Beckfield, 1985; Т.Кrupa, J.Thornton, 1986; А.М.Kring, 1999), о роли механизмов «кольцевой причинности» для стабилизации состояний дефицита, нарушений социального научения (А.М.Saperstein, et al, 2004; D.E.Gard, et al, 2007) получены и зарубежными авторами.

Итак, можно видеть, что идеи Б.В.Зейгарник о роли мотивационной составляющей (частью которой можно считать социальную ангедонию), Ю.Ф.Полякова и его соавторов, касающиеся роли социальной направленности больных в генезе и стабилизации иных психологических дефицитов при шизофрении, находят свое подтверждение и продолжение в современных исканиях.

### **Морфологические основы нарушений памяти при шизофрении**

Савина Т.Д., Орлова В.А., Муртазаева Д. Э., Губский Л.В., Анисимов Н.В., Корниенко В.Н., Арутюнов Н.В., Михайлова И.И., Кретова Ж.Ю. (Москва)

В настоящее время память рассматривается как сложная этапная мнестическая деятельность, опирающаяся на целую систему совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих структур мозга. В наших предшествующих работах [1, 2] была показана взаимосвязь дисфункции семантической памяти у больных шизофренией с МРТ-признаками аномалий подкорковых структур и их асимметрии (хвостатое ядро). Поскольку морфофункциональные аномалии асимметрии мозга рассматриваются как ключевые в патогенезе шизофрении [3], актуальным является продолжение этого направления исследований.

С целью изучения взаимосвязей изучаемых характеристик памяти и особенностей подкорково-лобных структур мозга были получены 3D МРТ-изображения с использованием томографов 0.5 T Tomikon S50 (Brüker, Германия) (на материале 42 больных шизофренией и 34 здоровых лиц контрольной группы) и 1.5 T Signa Horizon EchoSpeed (General Electric, США) (на материале 27 больных шизофренией и 17 здоровых лиц контрольной группы). Вычислялись объемы (см<sup>3</sup>) хвостатых, чечевицеобразных ядер и серого вещества лобных долей, а также коэффициенты их асимметрии с учетом полушарной локализации. Экспериментально-психологическое исследование предусматривало оценку особенностей мнестической деятельности с использованием хорошо известного метода пиктограмм. Проводился как качественный, так и количественный (объем опосредованного запоминания-ООЗ - в %) анализы.

Использовался метод вычисления коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение.

Результаты качественного анализа выявили снижение числа стандартных и атрибутивных образов в пиктограммах больных шизофренией. Они свидетельствовали о нарушении процесса декодирования информации, первые стадии которого осуществляются в подкорковых структурах.

Данные количественного анализа, проведенного по параметру «ООЗ» не различались у больных и лиц контрольных групп, прошедших исследование на разных томографах. В целом по всему материалу исследуемый параметр составил  $65,8 \pm 19,5\%$  у больных шизофренией, и был достоверно хуже по сравнению со здоровыми ( $86,2 \pm 11,0\%$ ) ( $p < 0,01$ ).

Как видно из Табл.1, у больных шизофренией было выявлено достоверное уменьшение общего объема хвостатых ядер, а также уменьшение объема как левого (в большей степени), так и правого хвостатого ядра. Имела место редукция общего объема чечевицеобразных ядер, а также достоверное уменьшение объема правого (в большей степени) и левого чечевицеобразного ядра (Табл.2). Было выявлено достоверное уменьшение общего объема серого вещества лобных долей, левой (в большей степени) и правой лобной доли (Табл. 3).

**Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения объемов хвостатых ядер в изученных группах больных шизофренией и контрольных группах здоровых**

Томограф	Объем хвостатых ядер (см <sup>3</sup> )	Группа больных шизофренией ( , )		Группа родственников ( , )		Контрольная группа ( , )		p
		среднее	ст. откл.	среднее	ст. откл.	среднее	ст. откл.	
1) 0.5 T Tomikon S50, Bruker	Правого	3,72	0,59	3,92	0,52	4,12	0,60	0,048
	Левого	3,23	0,63	3,65	0,64	4,10	0,61	0,046
	Суммы	6,95	1,22	7,57	1,16	8,22	1,21	0,048
2) 1.5 T GE Signa System	Правого	3,83	0,45	3,87	0,54	3,98	0,55	0,046
	Левого	3,16	0,42	3,34	0,50	4,12	0,60	0,044
	Суммы	6,99	0,87	7,31	1,04	8,10	1,15	0,048

**Таблица 2. Средние значения и стандартные отклонения объемов чечевицеобразных ядер в группах больных шизофренией и контрольных группах здоровых.**

Томограф	Объем чечевицеобразных ядер (см <sup>3</sup> )	Группа больных шизофренией ( , )		Группа родственников ( , )		Контрольная группа ( , )		p
		среднее	ст. откл.	среднее	ст. откл.	среднее	ст. откл.	
1) 0.5 T Tomikon S50, Bruker	Правого	1,66	0,31	1,71	0,43	1,89	0,40	0,046
	Левого	1,80	0,34	1,87	0,45	1,90	0,37	0,048
	Суммы	3,46	0,65	3,62	0,88	3,79	0,77	0,048
2) 1.5 T GE Signa System	Правого	1,69	0,35	1,73	0,40	1,92	0,45	0,044
	Левого	1,82	0,38	1,91	0,44	1,94	0,40	0,048
	Суммы	3,51	0,73	3,67	0,84	3,82	0,85	0,046

**Таблица 3. Средние значения и стандартные отклонения объемов серого вещества лобных долей в изученных группах больных шизофренией и контрольных группах здоровых.**

Томограф	Объем серого в-ва лобных долей (см <sup>3</sup> )	Группа больных шизофренией ( , )		Группа родственников ( , )		Контрольная группа ( , )		p
		среднее	ст. откл.	среднее	ст. откл.	среднее	ст. откл.	
1) 0.5 T Tomikon S50, Bruker	Правой	124,6	13,4	139,2	14,8	148,6	15,2	0,048
	Левой	115,9	11,0	132,4	11,3	148,0	14,7	0,030
	Суммы	240,5	24,4	271,6	26,1	296,53	29,94	0,042
2) 1.5 T GE Signa System	Правой	126,8	11,7	140,5	12,5	144,8	13,3	0,048
	Левой	115,0	10,6	131,9	12,0	146,2	14,1	0,034
	Суммы	241,8	22,3	272,4	24,5	291,0	27,4	0,040

**Таблица 4. Корреляции коэффициентов асимметрии изученных структур и параметра «объем опосредованного запоминания».**

Томограф	Коэффициент корреляции и уровень значимости (r, p) с ООЗ		
	Коэффициент асимметрии хвостатых ядер	Коэффициент асимметрии чечевицеобразных ядер	Коэффициент асимметрии лобных долей
1) 0.5 T Tomikon S50, Bruker	r = - 0,50 p = 0,042	r = - 0,51 p = 0,040	r = - 0,48 p = 0,048
2) 1.5 T GE Signa System	r = - 0,54 p = 0,046	r = - 0,57 p = 0,038	r = - 0,52 p = 0,045

Табл. 4 показывает, что имеются достоверные ( $p < 0,05$ ) корреляции между коэффициентами асимметрии объемов хвостатых ядер, чечевицеобразных ядер и серого вещества лобных долей с параметром «ООЗ»: чем больше коэффициент асимметрии структуры, тем хуже изучаемый психологический показатель.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии у больных шизофренией первичных расстройств памяти, отражающихся в показателе ООЗ, и сопряженных с морфологическими аномалиями (степенью редукции, усилением асимметрии) глубинно расположенных срединных структур мозга (хвостатое, чечевицеобразное ядра). Последние имеют прямое отношение не только к поддержанию необходимого для активного процесса мнестической деятельности тонуса коры, но и для обеспечения условий для сохранения непосредственных следов и адекватному кодированию запоминаемого материала. Первичные мнестические расстройства распространяются и на более высокоорганизованные структуры следов, усугубляясь нейроанатомическими аномалиями лобных структур, что отражается в корреляциях ООЗ с морфологическими характеристиками лобных долей. Описанные взаимосвязанные аномалии в итоге приводят к существенным искажениям сложной многоуровневой психологической структуры мнестических процессов.

#### Литература

1. Орлова В.А., Савина Т.Д., Ефанова Н.Н. и др. Асимметрия подкорковых ядер (МРТ-данные) и характеристики памяти (семантический аспект) в семьях больных шизофренией. // Психиатрия, 2009 - Том 3. - № 3. - С. 23-29
2. Т. Д.Савина, В.А. Орлова, Н.П. Щербакова и др. Некоторые особенности мнестической деятельности (семантический аспект) у больных шизофренией и их родственников I степени родства (данные пато- и нейропсихологического исследований). // Ж. Неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 2008. - N 10. - С.55-60.
3. Crow T.J. Commentary on Annett. Yeo et al., Klar, Saugstad and Orr: Cerebral asymmetry, language and psychosis – the case for a Homo sapiens – specific sex-linked gene for brain growth. // Schiz. Res. 1999. – V.39. – P.219.

### **Организация познавательной деятельности в условиях оценочного стресса: патопсихологическая модель социального расстройства**

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. (Барнаул)

Статья публикуется *при поддержке Гранта Президента РФ* (МК-219.2011.6). Социальное тревожное расстройство (СТР) рассматривается нами в рамках общепсихологической, патопсихологической модели, а также отдельных идейных положений метакогнитивного подхода. Патопсихологический анализ СТР обеспечивает возможность определения первичного, вторичного компонента нарушения деятельности в оценочных ситуациях ее осуществления на фоне сохраненных компонент деятельности. Очевидным маркером СТР выступает снижение уровня регуляции аффекта в оценочных, субъективно экспертных ситуациях, вызывающее дезорганизацию целенаправленной деятельности, потерю контроля, владения своим поведением и эмоциями в ситуации, избегание или другие стратегии дезадаптивного копинга. Основой для экспериментально-патопсихологического исследования организации познавательной деятельности в условиях оценочного стресса при разном уровне социальной тревоги является моделирование данной деятельности, сопровождаемой провоцированием ситуации успеха/неуспеха, критики/похвалы, эмоционально-неоднозначного реагирования на результаты деятельности в условиях регламентации времени. В качестве базовых экспериментальных методик при моделировании оценочной познавательной деятельности выступает методика Ф. Хоппе «Уровень притязаний», методика Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн «Уровень притязаний», экспериментально-патопсихологическая методика социальной тревоги (О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев), сопровождаемая изменением инструкции с учетом необходимости моделировать условие оценочного стресса. Помимо экспериментальных методик, можно использовать и опросниковые методики, направленные на воссоздание типичной модели поведения в условиях оценочного стресса (например, авторские методики - Многофакторный опросник СТР (когнитивно-поведенческих и метакогнитивных искажений в ситуациях оценивания), Опросник социальной тревоги и социофобии, Опросник метакогнитивных искажений при СТР).

Тревога в ситуациях оценивания, сопровождаемая опасениями негативной оценки, критики, осмеяния, отвержения, публично унижения может полностью парализовать социальную активность, которая всегда сопряжена с «проверкой» способностей, контролем результатов деятельности, «аттестацией» навыков, подтверждением компетентности. Ослабление гибкости динамического регулирования познавательных процессов искажает целенаправленный характер деятельности, избирательность когнитивно-перцептивной деятельности в социальных ситуациях оценивания. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия подчеркивали, что когнитивная регуляция деятельности есть активный, динамический и гибкий процесс, выстраиваемый в соответствии с поставленной целью, регулируемый мотивами деятельности. Субъект деятельности может произвольно реорганизовывать структуру регулятивных систем за счет определения целей и вспомогательных подцелей деятельности (уточнения и последо-

вательной организации промежуточных операционально-технических средств и субцелей), а также посредством применения психологических орудий (знаков, внутренней речи), разнообразных способов овладения деятельностью и поддержания адекватных целевых установок. Произвольность поведения при СТР в ситуации оценивания нарушается за счет искажения когнитивного и метакогнитивного контроля в состоянии аффекта, при этом управление деятельностью перестает быть целенаправленным, организованным, адекватным ее цели и мотиву, в результате чего произвольное обобщение опыта, коррекция притязаний, баланс целевого континуума, - оказываются значительно затруднены. Данный тезис лежит в основе разработки психотехник опосредствования социальной тревоги. А.Р. Лурия подчеркивал, вслед за Л.С. Выготским, неопределимую роль психологических, культурных «средств» (орудий, знаков) в восстановлении, организации и опосредствовании изначально импульсивных, примитивных, болезненно непосредственных реакций. А.Р. Лурия экспериментально показывает роль символических приемов в овладении аффектом, показывая, что «переживания в символе» заменяет необходимость аффективного реагирования. Степень субъективной стрессогенности оценочных ситуаций самопредъявления может являться условием, повышающим вероятность дезорганизации. С точки зрения отечественной психологии личности и патопсихологии, система смыслообразующих мотивов, составляющая остоу личности, формирует контекст деятельности человека, определяя ее личностный смысл (А.Н. Леонтьев). В русле этого подхода, патология личности при разных расстройствах рассматривается через патологию системы мотивов (Б.В. Зейгарник, П.Б. Братусь). Феномен «сдвига мотива на цель» при СТР заключается в том, что изначально социально-адекватный мотив деятельности становится целью, отодвигая мотивационную смысловую основу деятельности на второй план, тем самым искажая характер психической деятельности. Все когнитивно-перцептивные процессы должны быть выстроены, в соответствии с реализуемой в настоящий момент целью при постоянном отторжении отвлекающих стимулов (кто-то разговаривает в аудитории, преподаватель что-то помечает в блокноте, лицу стало жарко, вопрос задан «недружелюбно» и пр.). Процесс конструктивной регуляции возможен при активном фокусировании внимания на образе цели, сохранении ее в оперативной памяти на протяжении деятельности при одновременном абстрагировании от несущественных деталей. При СТР первоначальные мотивы социального характера являются адекватными (желание понравиться, стремление к совершенству, мотивация достижения успеха в социальной среде), однако с течением расстройства происходит «сдвиг мотива на цель», и уже не стремление к достижению побуждает и придает смысл деятельности человека, а – побуждение «не испытывать тревогу» и напряжение в социальных ситуациях, максимально скрывать признаки собственной тревоги. При выраженном страхе негативного оценивания в связи с негативным прогнозированием, попытками вторичного управления тревогой (метакогнитивные искажения), характерно нарушение внимания. Это связано с позицией «self-focus attention», самоконцентрацией внимания (смещение фокуса внимания на отдельные операционально-технические компоненты деятельности – «образе себя глазами других»). Характеризуемое явление заключается в том, что внимание сосредоточено не на самом процессе достижения успеха и получении признания, а на субъективных проявлениях в этих ситуациях (как выглядеть, как не демонстрировать признаков волнения, как избежать рискованных обстоятельств, «экзаменатор» что-то помечает в блокноте, лицу стало жарко, вопрос задан «недружелюбно», «мои руки дрожат, это замечают другие», «они подумают, что я некомпетентен», «я не могу никого заинтересовать»). По мере роста интенсивности переживания внимание дезорганизуется, оказывается во власти второстепенных стимулов, связанных с предощущением опасности, угрозы осмеяния, отвержения, фиаско. Вспомогательные операционально-технические средства донесения информации при самопредъявлении (тон голоса, физиологические проявления) смещаются с периферии в центр внимания, теряя автоматизированный характер и функциональную «прозрачность», при этом деятельность теряет свою целенаправленность, а цель замещается операциональными аспектами ее достижения. Патологически механизм актуализирует мотив избегания участия в ситуации. В итоге избегание становится ригидным поведенческим паттерном реагирования даже на воображаемый образ ситуации самопредъявления, еще больше фиксируя внимание на установочном, негативном «образе себя в глазах окружающих», поддерживая дисфункциональные мысли, я-образ и поведение на уровне «патологического круга» расстройства и лишая субъекта возможности научиться адаптивно регулировать аффект оценочного стресса в условиях познавательной деятельности и самопредъявления.



## **Роль руминаций и самофокусировки внимания в формировании и поддержании социального тревожного расстройства (социофобии)<sup>1</sup>** Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. (Барнаул)

Авторами разработана методика исследования социальной тревоги и сопутствующих когнитивно-поведенческих паттернов реагирования, когнитивных и метакогнитивных искажений и поведенческих рисков. Многофакторный Опросник социального тревожного расстройства (СТР) (социофобии) выявляет когнитивно-поведенческие и метакогнитивные паттерны реагирования в ситуациях оценивания. Валидизация методики позволяет говорить о ее диагностических возможностях. Пункты-утверждения направлены на определение когнитивных, метакогнитивных (руминации и самофокусировка внимания, мониторинг угрозы, супрессия мыслей, проявлений тревоги) искажений, характерных для СТР, а также поведенческих рисков, вариантов декомпенсации и компенсации социальной тревоги и ее последствий. Проверка внутренней согласованности измеряемого методикой свойства и его проявлений (в виде когнитивно-поведенческих и метакогнитивных паттернов) методом коэффициента «альфа» Кронбаха показала высокий уровень однородности (Cronbach's Alpha = 0,983) содержания пунктов. Общее количество пунктов Опросника 155. Пункты методики отобраны в пилотажных исследованиях и при предварительной статистической обработке данных из изначально сформулированных 203 пунктов. При формировании диагностической методики статистически (с помощью дисперсионного, факторного, кластерного и корреляционного анализа) определены и валидизированы шкалы Опросника (наименования и краткое описание). 1) Общая социальная тревога / дистанцирование. Шкала представлена пунктами, выражающими острое переживание собственной социальной неадекватности, телесное и социальное дистанцирование, патологию «культурного тела», по А.Ш. Тхостову, а также выраженные руминации о прошлых и возможных неудачах, длительное переживание стыда, тревоги, опасений отвержения, осмеяния, негативного оценивания в ряде ситуаций, избегание участия в них, страх выражения эмоций и чувств, самопродвигания на людях). Поскольку данная шкала представляет собой наиболее типичную констелляцию СТР, можно заключить, что метакогнитивное искажение в виде руминаций в структуре избегания и дистанцирования, переживание своей неадекватности, формируют и поддерживают социальную тревогу, нескончаемое переживание стыда, униженности и обиды, тревоги и страха в ситуациях оценивания и при мысленном их «проживании». 2) Социальная потребность в позитивном оценивании. Шкала представлена пунктами, выражающими потребность в социальном одобрении, признании, уважении, принятии коллегами, друзьями и интересными людьми, желание получать комплименты, быть интересным и значимым для других, вызывать восхищение. 3) Декомпенсация при социальной тревоге, сопровождаемая руминациями. Шкала представляет собой осложненную форму социофобии, характеризует поведенческие риски. На основе первичной невозможности адекватного удовлетворения значимых социальных потребностей возникают разные формы декомпенсации, симптомы которых чаще всего и попадают в поле зрения специалистов. Шкала демонстрирует особую роль руминаций как навязчивых, всплывающих систематически и помимо воли субъекта, мыслей о прошлых и будущих (в т.ч., воображаемых) неудачах, пережитой неловкости, ошибках и промахах, сопровождаемых чувствами вины и стыда, тревоги, неловкости, обиды, а также желанием в дальнейшем избежать участия в подобных ситуациях. Фиксированность на негативных мыслях и эмоциях в ситуации оценивания, раз за разом интрузивно всплывающих в памяти, направляя внимание и мышление субъекта по ригидному установочному руслу, определяя феномен игнорирования объективных требований изменившейся ситуации, особенностей ситуации, целевых приоритетов деятельности. Страх критики и осмеяния сопровождается парадоксальным инвертированием ценностей или их обесцениванием (снижение ценности жизни в сопоставлении с ценностью позитивного оценивания и одобрения, реакции в виде вспышек гнева на критику, соматоформные расстройства, расстройства пищевого поведения, употребление успокоительных средств, размышления об уходе из жизни, суицидальное поведение). При высоких баллах по данной шкале можно говорить о высоком риске срыва деятельности, существенной вероятности возникновения вторичных психических нарушений. 4) Фиксированная концентрация внимания на «образе себя в глазах окружающих». Пункты шкалы выражают самофокусировку внимания, концентрацию на вероятном мнении других о себе в процессе и по завершении ситуации как способ предотвратить негативное оценивание (компенсация), сопровождается опасениями критического отношения, насмешек, отвержения, фиксированным сосредоточением на «образе себя глазами других» при игнорировании объективных особенностей и целей ситуации. 5) Метакогнитивные искажения в ситуациях оценивания. Шкала определяет общую склонность к разным типам метакогнитивных искажений как попыток вторичного управления внутренними психическими явлениями. Это блокировка тревоги,

<sup>1</sup> Статья публикуется при поддержке Гранта Президента РФ (МК-219.2011.6).

мониторинг угрозы и долженствования, а также отдельные проявления самоконцентрации внимания, связанные с долженствованиями о необходимости отслеживать свои проявления при самопредъявлении и изменения поведения / настроения участников ситуации. 6) Выученная беспомощность в отношении достижений и «виртуальной» компенсации. Беспомощность сопровождается убеждением о случайности успеха, его ситуативной обусловленности, пассивностью в конфликте в ущерб своим потребностям, установками об отсутствии необходимых навыков общения, сопровождаемых компенсацией субъективной потери контроля в реальной социальной жизни общением в интернет-среде и социальных сетях. 7) Выученная беспомощность в отношении неудач, трудностей и предстоящей деятельности. Данный тип психологической беспомощности сопровождается когнитивными паттернами - убеждениями о невозможности исправить допущенные ошибки, представлениями о непреодолимости трудностей, а также поведенческими паттернами - пассивностью и избеганием, промедлением (прокрестинацией). 8) Склонность к употреблению алкоголя как способа снятия социального напряжения. 9) Перфекционизм в ситуациях оценивания (жесткие стандарты в отношении достижений, внешности, критериев результативности как компенсация неуверенности в себе). 10) Потребность в позитивном оценивании в ситуации интимно-личностного общения.

Произведен анализ наиболее значимых положительных корреляций отдельных пунктов Опросника, а также шкал Опросника с общим баллом выраженности социальной тревоги, полученным в результате диагностики выборки испытуемых по ранее разработанному Опроснику социальной тревоги и социофобии, а также общим баллом выраженности гелотофобии, полученным в результате диагностики испытуемых на Опросник гелотофобии (Р. Пройер и В. Рух в адаптации Е.А. Стефаненко, Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова).

В целом, корреляция феноменов социальной тревоги и гелотофобии оказалась высоко значимой (на уровне  $p < 0,001$ ). Корреляции выраженности социальной тревоги и гелотофобии с отдельными пунктами Опросника практически идентичны, поскольку феномен гелотофобии является одним из составляющих СТР. Гелотофобия наиболее значимо связана с пунктами Опросника, выражающими социальное / телесное, дистанцирование, страх самодемонстрации из-за опасений критики, недоброжелательного отношения, отвержения, руминации о прошедших неудачах и тенденцию к избеганию ситуаций оценивания. Итак, руминации и самофокусировка внимания, как показывает исследование, играют решающую роль в формировании, поддержании СТР, а также провоцировании коморбидных нарушений психики.

### **Ранняя диагностика нарушений развития личности** Семакова Е.В. (Смоленск)

Исследования последних лет в перинатальной психологии подтверждают, что ощущения, испытываемые ребенком до его рождения вполне реальны. Человек появляется на свет с достаточно богатым психологическим опытом, который получен им уже в период внутриутробного развития. И то какой это опыт имеет огромное значение в развитии личности ребенка на перинатальном периоде в онтогенезе. Ведь связь ребенка с матерью, особенно в самые решающие периоды жизни, которым является период беременности, имеет огромное значение для закладки базовых индивидуальных и личностных особенностей [2,6].

Среди нарушений развития личности в популяции достаточно часто, в 4,7% случаев, встречается синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который в 84% случаев обусловлен перинатальными механизмами развития, что делает его удобной моделью для изучения тех или иных патологических процессов и механизмов в раннем онтогенезе. Поврежденные во время внутриутробного развития мозговые структуры у этих детей вызывают сложные функциональные отклонения, приводящие к нарушениям развития личности ребенка, вызывая в будущем дезадаптацию и проблемы интеграции ребенка в социальной среде. Таким образом, можно говорить о том, что патологический процесс, у детей с СДВГ начинается еще до рождения ребенка и продолжается и в постнатальном периоде [1,3].

Целью исследования явилось: изучение перинатальных условий онтогенеза *ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности*.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Изучить особенности эмоциональной сферы матерей детей с СДВГ во время беременности и определить ведущий тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).
2. Определить ведущие факторы в формировании диадических отношений на ранних этапах развития ребенка с СДВГ.

Для достижения обозначенной цели была сформирована выборка из 573 детей и их родителей. Она была разделена на две группы: родители детей с СДВГ – 27 человек и детей без СДВГ – 546 че-

людей. Эти группы были сопоставимы по полу и возрасту. Истинные расстройства поведения у детей из семей, определяемые МКБ-10 самостоятельной нозологической формой (СДВГ) подтверждались записью психиатра в амбулаторной карте.

Основным критерием отбора в группы исследования являлся возраст ребенка в семье - 7-10 лет и подтвержденный у него диагноз СДВГ. В контрольную группу включались дети без нарушений психического развития.

Методы работы:

1. Беседа с матерями,
2. тест отношений беременной для ретроспективного исследования (ТОБ(р)),
3. статистические методы:  $\chi^2$  критерий Пирсона, факторный анализ.

Беседа с матерями позволила получить информацию о протекании беременности, во время которой вынашивался обследуемый ребенок, состояние эмоциональной сферы женщины во время беременности дополнительно оценивалось с использованием теста отношения беременной для ретроспективного исследования (ТОБ(р)) [5,6].

Результаты исследования по методике ТОБ(р), а также информация полученная в ходе беседы показали, что 15 из 27 опрошенных женщин (57%), воспитывающих детей с СДВГ в период беременности были подвержены тревоге, страху, беспокойству, что соответствует тревожному типу ПКГД и встречается при данном нарушении формирования личности ребенка гораздо чаще, чем в среде матерей, дети которых не имеют личностных нарушений (критерий хи-квадрат = 40,81, при  $p < 0,05$ ). Оптимальный – у 5 (20%) беременных и гипогестогностический - у 5 беременных (20%) типы ПКГД регистрировались гораздо реже. Депрессивный тип отмечался у 2 (3%) женщин. Эйфорический тип у матерей детей с СДВГ не выявлялся.

Результаты показали, что тип формирования психологического компонента гестационной доминанты у женщин с детьми без нарушений развития личности распределился несколько иным способом. Наиболее часто встречался оптимальный тип – у 349 (64%) женщин, реже встречались гипогестогностический тип – 98 человек (18%) и тревожный тип – 65 человек (12%). Депрессивный и эйфорический типы встречались у 27 (5%) и 6 (1%) матерей соответственно [4].

Для уточнения условий формирования ПКГД матерей детей с СДВГ и определения факторов в формировании диадических отношений на ранних этапах развития ребенка мы обработали полученные данные с помощью факторного анализа (после вращения факторов методом varimax), использованного для определения условий формирования ПКГД детей с СДВГ, учитывались факторы, вклад которых наиболее значим (со значением не менее 0,70).

Результатом факторного анализа явились следующие данные. При СДВГ ПКГД беременной формируется преимущественно Блоком В: Отношение к отношению окружающих. Причем на раздел «отношение к мужу» и «отношение к близким» приходится 22% (0,704877 и 0,767355, соответственно), а на раздел «отношение к посторонним» - 18% (0,793963). Интересно, что другие блоки А: Отношение к себе беременной и Б: Отношения в системе мать и дитя – практически не представлены. Позиция из блока Б «отношение к себе-матери» представляет 16% и имеет противоположную направленность (-0,753892). ПКГД матерей детей без нарушений развития формируется практически под равноценным влиянием факторов из различных блоков.

В результате нашего исследования стало возможным говорить о некоей специфичности перинатальных условий развития детей с СДВГ. Онтогенез этих детей связан с повышенным уровнем тревожности матери во время беременности, формирующимся преимущественно под влиянием взаимоотношений с окружающими. Это, очевидно, формирует специфические отношения в диаде «мать-пренейт», способные в дальнейшем распространиться и на отношения в системе «мать-дитя».

Современная психология считает, что первый и главный человек, стоящий у истоков развития личности ребенка - это мать. Поэтому любая психологическая помощь, которая оказывается ребенку, имеющему проблемы в психическом развитии, обязательно включает работу не только с ребенком, но и с матерью. В плане предупреждения нарушений развития личности в будущем, особенно важен перинатальный период. Полученные нами данные указывают на возможность ранней диагностики условий, способствующих нарушению развития ребенка на перинатальном периоде. Предупреждение их возникновения или своевременная коррекция позволит реализовать мероприятия по профилактике нарушений развития личности уже на самых ранних этапах онтогенеза. Это видится нами как наиболее эффективный способ оздоровления современной России.

Литература

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. /Ю.И.Барашнев. - М.:Триада, 2001. - 640 с.
2. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Под редакцией Д. И. Фельдштейна. /Л.И. Божович. - М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 352 с.
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях./И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 96 с.

4. *Семакова Е.В.* Перинатальное формирование нарушений развития / *Е.В. Семакова* // Международный научно-практический журнал «Психиатрия, психотерапия, клиническая психология». – Минск, 2012. – Вып. 3 (09). С. 27-34.
5. *Диагностика здоровья. Психологический практикум* / Под ред. Проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.
6. *Добряков И.В.* Перинатальная психология / *И.В. Добряков*. – СПб.: Питер. – 2011. – 272 с.

### **Мотивация и личностно-социальное восстановление при шизофрении** Семенова Н.Д. (Москва)

Медицинское психиатрическое знание постепенно входит в каждодневный дискурс о здоровье и болезни. Изменилась позиция психически больного в обществе, изменилось и отношение общества к больным. Этот тезис особенно усиливается в связи с современными тенденциями – сдвигом фокуса системы психиатрической помощи в направлении *recovery* или личностно-социального восстановления при шизофрении [7, 9]. На этом фоне особое значение придается внебольничным формам – психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, сберегающе-превентивной реабилитации, позволяющим максимально приспособить больного к проживанию в открытом обществе [1].

С одной стороны, пациент получил возможность в большей мере определять свою жизнь, с другой – он как никогда остро нуждается в своего рода «психотехнических орудиях», которые позволили бы ему стать действительно самостоятельным и приспособленным к проживанию в обществе. Такими орудиями или «психотехническими средствами» пациента снабжают в ходе психосоциальной терапии и реабилитации. Эти средства пациент впоследствии может использовать для побудительного воздействия на самого себя в стремлении преодолеть последствия болезни, противостоять ослаблению и угасанию мотивации к социальному восстановлению, в стремлении вернуться к полноценной жизни [6].

Мотивационные факторы играют особую роль в развитии психопатологии при шизофрении, и их настоящее значение еще не до конца прояснено. Взаимодействие познавательных и мотивационных нарушений при шизофрении, негативная симптоматика, решающим образом связанная с изменениями мотивационной сферы [3, 5], – все эти вопросы по-прежнему привлекают внимание исследователей.

Эффективность психосоциальной терапии стала оцениваться в терминах мотивации – «мотивации к выздоровлению (*recovery*)» – как способ жить с ощущением удовлетворения в условиях ограничений, обусловленных болезнью [9].

Проблема мотивации в контексте лечебного и реабилитационного процессов активно разрабатывается в зарубежной клинической психологии и психиатрии [10]. Различные грани этой проблемы были и в фокусе отечественных исследователей [3, 4, 5].

Эффективность психосоциальных подходов, основанных на обучении, подтвержденная широким спектром рандомизированных контролируемых исследований, может быть повышена с помощью психолого-педагогических мотивирующих воздействий [10] – речь идет о применении методов обучения, основанных на достижениях психологии мотивации и предполагающих использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции. Мотивация привлекательностью, при сниженной способности пациентов к переживанию удовольствия и прочих ангедонистических тенденциях, не всегда оправдывает себя. Пациенты более мотивированы, если предлагаемые упражнения видятся ими в практической плоскости как путь к возвращению в жизнь – путь к независимому проживанию [6].

Исходящие в результате болезни ресурсы личности (когнитивные, эмоциональные, поведенческие) – все это служило объектом разного рода воздействий [2, 4, 9]. Собственно мотивирующие воздействия (как обучение пациента «самоопределению») – от теоретических моделей до конкретных методик – еще требуют своей разработки.

На методологии «мотивирующей беседы» основываются многие, развивающиеся в настоящее время мотивирующие вмешательства при шизофрении [8].

В программах психосоциальной реабилитации используются виды деятельности, дающие пациенту возможность управлять процессом, ощущать собственную компетентность, подкрепляя все это практикой межличностных отношений [10]. Оптимальным является умелое сочетание факторов внешней и внутренней мотивации, когда становится возможным их взаимно подкрепляющий эффект [6].

Мотивация в контексте реабилитации и личностно-социального восстановления при шизофрении предстает актуальной проблемой. Необходима дальнейшая теоретическая проработка проблемы мотивации в контексте психосоциальной реабилитации и разработка соответствующего понятийного аппарата. Необходимы исследования, позволяющие объективно детерминировать активные ingredi-

енты мотивирующих вмешательств при шизофрении. Все это позволит осуществлять более фокусированные вмешательства и даст ответ на вопрос, какие психосоциальные (мотивирующие) методы необходимы и что именно эти вмешательства могут сделать для тех или иных групп пациентов с шизофренией, какой ценой и за какой период времени. Без ответа на данный вопрос научная модернизация системы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных будет не вполне завершенной.

#### Литература

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. (2007). Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции. // Социальная и клиническая психиатрия, Журнал Российского общества психиатров, выпуск 4, 78-86.
2. Кириллова М.Г., Курек Н.С. Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции. Психологический журнал, 2002, том 23, N 5, с. 80-99.
3. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978
4. Курек Н.С. Экспериментально-психологическое исследование некоторых аспектов снижения активности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. N 12, с. 71-74.
5. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание/В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
6. Семенова Н. Мотивация и личностно-социальное восстановление при шизофрении: Мотивирующие вмешательства в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., 2012, 78 с.
7. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s// Psychosoc. Rehab. J. – 1993. – Vol. 16. – P. 11-23.
8. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing. New York: Guilford Press.
9. Mueser K.T. et al. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, development, and preliminary findings // Schizophrenia Bull. - Vol. 32, S 1, pp. S32-S43.
10. Medalia A, Choi J: Motivational Enhancements in Schizophrenia; in Roder V, Medalia A (eds): Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment. Karger, 2010, pp 158-173.

### **Особенности психологического времени жизни медитирующих**

Семенова О.Ф. (Москва)

В последние десятилетия в нашей стране отмечается поступательный рост числа лиц, официально страдающих от различных депрессивных симптомов с устойчивым чувством тоски, тревоги, потери радости жизни. В этих случаях люди зачастую вместо понимания своих внутренних интенций выбирают внешние заместители – чаще стимуляторы (например, психоактивные вещества, TV и пр.). Психологическую составляющую проблемы можно, вслед за В.Франклом, увидеть в так называемом «экзистенциальном вакууме» - «отсутствии смысла жизни...ради которого стоит жить». В его основе лежит фрустрированная потребность в актуализации бессознательной духовности – корня всего сознания и атрибута человеческой психики. Имманентная духовная составляющая психики ищет проявления из сферы бессознательного в сознание. Скука, апатия являются индикаторами этого процесса. Духовность не измеряется лишь религиозностью. Она может проявляться в совести, любви, эстетическом сознании, познании себя, реализации в творчестве, наполненности глубокими переживаниями, осмысленном проживании жизни, в том числе и со страданием, которое она несет. В экзистенциальной философии человеческое существование (следовательно, и его смысл) соединяет в себе время и бытие (Э.Кант, М.Хайдеггер).

В самосознании вопрос смысла жизни непосредственно связан с хронологическим самовосприятием, проявляясь в том числе в психологическом возрасте (ПВ). Последний суть интегративная мера субъективной реализованности личностью психологического времени в биографическом масштабе (Парилис С.Э. А.А.Кроник и Е.И.Головаха). Единицы измерения реализованности психологического времени не сводятся к чисто количественным хронологическим единицам - годам или числу событий в некий период, но определяются соотношением психологического прошлого, настоящего и будущего, а также производны от субъективного качественного наполнения/понимания психологического времени. Реализованность психологического времени своей жизни человек переживает как полноту жизни.

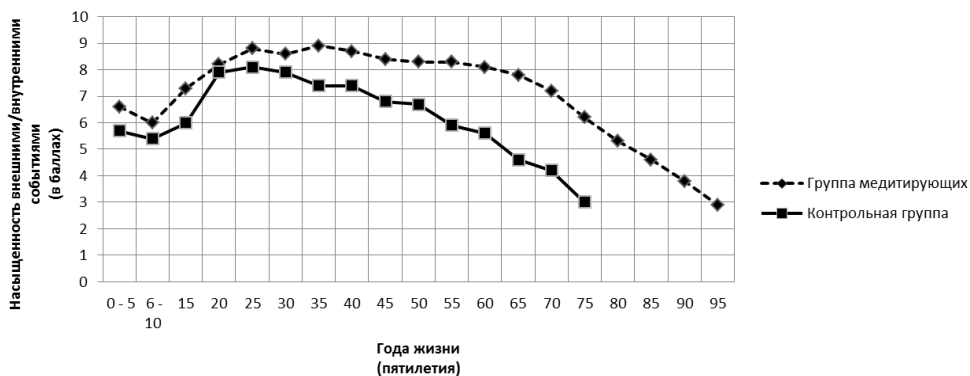
Для исследования ПВ лиц, актуализирующих свою экзистенциальную, духовную потребность, мы обратились к людям, практикующим трансцендентальную медитацию, поскольку их образ жизни с религиозных и режимных позиций ничем не отличается от людей немедитирующих. Т.е. их практика сводится лишь к ежедневным 20-минутным сидячим медитациям, в процессе которой они мысленно повторяют мантру – некое звукосочетание, не имеющее смыслового значения. В процессе медитации у человека есть возможность трансцендировать границы обыденного восприятия и самосознания (К.Ясперс, А.Маслоу).

Для исследования мы использовали методику «Оценка пятилетних интервалов» («ОПИ») (А.А.Кроника). Жизненный путь личности можно представить как некий континуум, плавное течение жизненных обстоятельств, на котором будут выделяться своеобразные, воспринимаемые как лично-относительно значимые узловые моменты, связанные с особыми смыслами и опытом взаимоотношений, социального положения, физического/эмоционального самочувствия. Различная интенсивность, силу влияния событий на личность, Е.И.Головаха и А.А.Кроник подчеркивают, что «чувств эту разномасштабность позволяет анализ значимости событий, следовательно продуктивность определенного периода жизни можно измерить степенью насыщенности его значимыми событиями, а продуктивность жизни в целом определяется суммарной насыщенностью всех периодов, т.е. количеством значимых событий и продолжительностью жизни».

Основную группу – медитирующих (ГМ) составили 30 мужчин и 30 женщин, практикующих медитацию около 14 месяцев, средний возраст которых - 34 года. В контрольную группу (КГ) вошли 30 мужчин и 30 женщин со средним возрастом 36 лет.

Обследование с помощью методики «ОПИ» состояло из нескольких этапов: а) определение испытуемыми предполагаемой продолжительности собственной жизни; б) присваивание ими каждому 5-летнему интервалу жизни (прошлого, настоящего и будущего) балла – от 1 до 10, что являло собой оценивание насыщенности соответствующего интервала значимыми внешними/внутренними событиями: чем она больше, тем больший балл присваивается (см. график);

### Психологическое время жизни



в) математический анализ сырых данных методики «ОПИ». В частности, U-критерий Манна-Уитни -  $U_{\text{эмп}}=88,5$  находится в зоне значимости, что говорит о достоверности различий данных двух выборок; г) качественный анализ полученных результатов.

Обнаружено существенное отличие – в 17 лет- прогнозов *ожидаемой продолжительности жизни*: у КГ – 75 лет - и ГМ – 92 года. Исходя из того, что в настоящее время средняя продолжительность жизни в РФ приближается к 70 годам, то прогнозы КГ более реалистичны, а ГМ – более оптимистичны. Т.е. ГМ демонстрирует удовлетворенность жизненными обстоятельствами не на основе объективной реальности, а - внутренних ресурсов – особенностей мотивационно-смысловой сферы и ее эмоциональной составляющей.

*Реализованность*, т.е. продуктивность прожитого отрезка собственной жизни в процентах, составила 35% у ГМ и 50% - у КГ. С учетом того, что стопроцентная реализованность тождественна «психологической смерти», рассматриваемый показатель указывает на большую остроту, новизну ощущения жизни медитирующими, большую включенность в жизнь и интерес к ней в сравнении с КГ.

*Кривая*, полученная на основе баллов испытуемых ГМ, расположена выше, чем кривая КГ в среднем на 1,7 балла. Это показатель ощущения большей полноты жизни у медитирующих. Пик кривой КГ приходится на интервал 21-25 лет, т.е. на возраст, прожитый минимум 11 лет назад. С 26 лет отмечается неуклонный спад с отдельными плато, как и в случае среднего возраста группы – 36 лет. Одновременно следует отметить, что максимально кривые двух групп приближены в периоде 17-23 лет. С объективной точки зрения, на это время приходится активное психофизическое взросление человека, открытие нового опыта, освоение окружающего мира. Одновременно, с социальной позиции, в нашем обществе существует культ юности. Последняя связана в бытовом сознании с привлекательным телом, практически «иллюзорностью» конечности бытия, с широкими возможностями покорения материально-социальных вершин без принятия на себя «отягощающей» ответственности. Воз-

никает эффект «консервации возраста», при котором большинство населения оказывается в социально навязанной, проигральной позиции, когда происходит обесценивание накопленного жизненного опыта и процесс духовной инволюции (Ю.В.Мамлеев, Л.Я.Гозман).

Несмотря на ценность для медитирующих 20-30-летнего интервала жизни, пик графика ГМ отмечается в период 31-35, который, является актуальным периодом жизни. Т.е. медитирующие обнаружили большую продуктивность жизни в настоящем, когда существует возможность осуществления реальных изменений через практическую деятельность. С учетом того, что испытуемые практикуют медитацию последних 14 месяцев, можно связать подъем на графике с занятиями трансцендентальной медитацией и ожиданиями, связанными с ними, что подтверждалось и комментариями испытуемых при тестировании.

Вместе с тем на своего рода плато линии психологического времени жизни ГМ можно видеть 2 возвышенности: с 17 до 22 лет и с 32 до 38. Плато отражает насыщенность жизни минимум в 7,8 балла, максимум - 9, и оно охватывает период жизни с 22 до 65 лет. У КГ также можно констатировать наличие плато, но его максимум приходится на 8 баллов, а продолжительность соответствует интервалу от 20 до 30 лет. Это свидетельствует о наличии у медитирующих больших надежд относительно полнокровности жизни, в отличие от немедитирующих, у которых преобладают пессимистические прогнозы на будущее. С психотерапевтической точки зрения для человека важно наличие в будущем неких целей, которые бы наполняли его жизнь в настоящем смыслом и активностью, направленной на ее реализацию. Этот процесс соответствует наличию экзистенциального смысла жизни.

Литература

1. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности, М., Смысл, 2008.
2. Франкл В. Человек в поисках смысла, М., Прогресс, 1985.

### **Нарушения интенционального аспекта коммуникации**

Соколова Е.Т., Иванищук Г.А. (Москва)

Изучение интенционального аспекта и прагматических эффектов коммуникации возможно благодаря существованию прагматической избыточности, или принужденности. По механизму положительной обратной связи, позволяющему оценить, насколько результативной является та или иная тенденция и стоит ли ее поддерживать, коммуникация приобретает неслучайные паттерны. Закрепление паттернов необходимо, поскольку они снижают неопределенность общения, задают роли, фиксируют установившиеся отношения, тем самым уменьшая энергетические затраты. В патологии ригидность паттернов, особенно, если конституирующую роль играет манипуляция, приобретает травмирующий характер. Степень осознанности этих паттернов различна – от пространяемых стратегий поведения до формировавшихся неосознанных манипулятивных систем – например, семейных, в основе которых лежат скрытые потребности партнеров.

К осознанным формам манипуляции, активно изучаемым в психологии, относится макиавеллизм. Согласно В.В.Знакову, это набор особых установок и убеждений, обосновывающих для человека возможность использовать других людей в своих целях, не задумываясь о последствиях манипуляций для них[2]. Макиавеллизм указывает на сложившиеся определенные образы себя и других. «Они» представляются недостойными уважения, враждебными, не слишком умными; их внутренний мир со своими переживаниями и стремлениями не представляет интереса сам по себе, а только как возможное средство достижения цели (деперсонализация). И тогда Я, дистанцировавшись от эмоционального сопереживания, «имею право» на манипуляцию. То есть, макиавеллизм можно рассматривать как фактор, побуждающий к манипулятивному поведению[7].

Несмотря на сознательность установок, отчет о которых человек отдает при заполнении опросника, макиавеллизм может сосуществовать с бессознательными формами манипуляции. Понимание бессознательных мотивационных источников и регуляторных функций манипуляции требует обращения к психоаналитической концепции проективной идентификации, благодаря которой возможна частичная «эвакуация» непереносимого психофизического напряжения и установление резонансных эмоциональных отношений взаимозависимости. Функции, выполняемые ею двойственны: с одной стороны, это простейшее структурирование, организация и контроль границ психического пространства, эмоционального содержания переживаний, коммуникативных ролей. А с другой, – один из генетически ранних способов агрессивного делегирования Другому ответственности, контроля и функций психической детоксикации собственных мощных разрушительных сил.

Другая защитная функция манипуляции заключается в деперсонализации, в уходе от ментализирования силу болезненности представления чужих переживаний, с возможной драматичностью которых рискует не справиться хрупкая система саморегуляции [3, 5]. Ментализация рассматривается как способность понимания собственных внутренних состояний и чувств и мыслей других людей. Особенность этого концепта, предложенного П.Фонаги, заключается в рассмотрении не только реф-

лексивной – рациональной – стороны метакогнитивных способностей, но и чувственной, эмпатической [5,6].

Одним из предикторов нарушения развития ментализации может выступать агрессия в адрес ребенка со стороны значимых взрослых. Развитие осознания психического мира объектов ребенком само становится небезопасным, поскольку приводит к постоянным травмам и фрустрациям, если объект испытывает к ребенку злость или думает о нем крайне негативно [6]. То есть способность думать о чувствах других людей блокируется вследствие болезненного нарастания тревоги. В свою очередь представление о другом, как о лишенном чувств и мыслей, то есть не способном страдать, никак не служит регуляции собственной агрессии ребенка. По мысли Фонаги, агрессия, часто направленная и на других, и на себя основывается на желании «атаковать мысли – неважно, свои или чужие», избавиться от мучительных, непереносимых мыслей с помощью самоповреждения [5, 6].

Манипуляция, как генетически наиболее ранняя форма коммуникации, является в значительной мере инстинктивным регуляторным механизмом обслуживания базовых нормальных нарциссических потребностей (самоуважении, принятии, автономии, взаимности), обеспечивающих соматопсихологическую целостность и автономию Я. Макиавеллизм же отвечает в большей степени социальным вызовам, развивается и поддерживается и оценивается в контексте определенных социокультурных норм; в этом смысле, он направлен на удовлетворение инструментальных потребностей, однако поставленных на службу удовлетворения идеализированного перфекционного Я. Макиавеллизм предполагает высокую степень осознанности, игнорирование нравственного выбора и ответственности и, в силу указанных причин, – макиавеллизм уже аморален. Если макиавеллизм означает продуманную, оснащенную специально выбранными стратегиями манипуляцию, то манипуляция посредством проективной идентификации – это инстинктивная попытка справиться с непереносимыми аффектами более примитивным способом - «эвакуацией» аффекта в кого-то другого, кто может его выдержать, «детоксифицировать» и смягчить, с одновременным агрессивно-зависимым цеплянием за материнский объект [3, 4]. В онтогенезе манипуляция, осуществляемая посредством проективной идентификации, выступает - по необходимости - «паразитическим» средством и способом экзквизитного выживания за счет материнских терпения и выдержки (контейнирования), и в этом смысле она еще «аморальна». Триггером манипулятивного поведения и инициирующими факторами выступают интенсивность и противоречивость мотивации, «исходящей» из разных фрагментов дезинтегрированного и расщепленного «я», высокий уровень тревоги, связанной с ситуацией неопределенности в коммуникации, и неспособность своими силами справиться с сильными и непереносимыми аффективными напряжениями [3, 4].

#### Литература

1. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. СПб.: Речь, 2000.
2. Знаков В.В. Методика исследования макиавеллизма личности. – М.: Смысл, 2001. – 20 с.
3. Соколова Е.Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах. В кн.: Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995. С. 27–206.
4. Соколова Е.Т., Коршунова А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентации отношений Я–Другой у лиц с суицидальным поведением // Вестн. МГУ. Сер 14. Психология. 2007. № 4. С. 48–63.
5. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford University Press, 2004.
6. Fonagy P., Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder // Development and Psychopathology 21, p. 1355–1381, Copyright Cambridge University Press, 2009.
7. Jones D.N., Paulhus D.L. Differentiating the Dark Triad within the interpersonal circumplex. In: Horowitz L.M., Strack S.N. Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions. New York: Guilford, 2010. pp. 249-267.

### **Вспомогательный психометрический критерий диагностики легкой умственной отсталости** Солондаев В.К., Сенин И.Г. (Ярославль)

Целью предлагаемой работы является краткий анализ проблемы диагностики легкой умственной отсталости и одного из возможных путей ее решения.

Стигматизация детей с интеллектуальными расстройствами, описанная нами ранее [3], определяет высокую значимость вопроса для детей и их родителей (законных представителей) и требует как можно более объективного обоснования диагноза.

В соответствии с действующим законодательством умственная отсталость диагностируется на основании МКБ-10, где явно указано, что умственная отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Там же указано, что у умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых



среди них, по меньшей мере, в 3-4 раза выше, чем в общей популяции. Все это может приводить к постановке не только задачи психодиагностической верификации клинического диагноза, но и достаточно сложным дифференциально-диагностическим задачам, решение которых само по себе непростое.

С одной стороны МКБ-10 указывает, что определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культуральных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам. А коэффициент умственного развития (IQ) должен определяться по индивидуально назначаемому стандартизованному тесту, для которого установлены местные культуральные нормы. При невыполнении стандартизованных процедур диагноз должен устанавливаться лишь как временный. На легкую умственную отсталость указывают показатели IQ 50-69.

С другой стороны, действующее клиническое руководство по моделям диагностики и лечения психических расстройств, утвержденное Приказом Минздрава РФ от 06.08.1999 №311, задает для легкой умственной отсталости более широкий диапазон IQ - 60-80, т. к. используемый в России адаптированный вариант методики Векслера дает более высокие показатели при аналогичном уровне интеллекта, определяемом по клиническим критериям.

Рассмотрим подробнее психометрический аспект проблемы. Шкала IQ [2] строится на основе нормального распределения с математическим ожиданием 100 и стандартным отклонением 15. Расширение вправо диагностического интервала IQ в четыре раза увеличивает численность соответствующей этому критерию группы (вероятность  $IQ < 70$  равна 0,022, вероятность  $IQ < 80$  равна 0,091 по формуле нормального распределения). Правомерно считать, что вероятность диагностических ошибок возрастает в такой же мере. Применение экспериментальных патопсихологических методик, описанных Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн, не снимает, а дополнительно усложняет проблему. Расширение диагностического диапазона обосновано именно клиническими и патопсихологическими данными, которые мы не подвергаем сомнению.

Кроме того, введенное Минздравом РФ расширение диагностического интервала IQ перекрывает значительную часть диапазона, соответствующего смешанному специфическому расстройству психического развития, что существенно усложняет задачу дифференциальной диагностики.

Но помимо указанных сложностей возникают ограничения психометрической природы. Ранее нами было показано [4], что распределение суммы баллов по тестам интеллекта достоверно отличается от нормального. Поэтому в соответствии с центральной предельной теоремой мы можем диагностически точно говорить об IQ в диапазоне 85-115 (верифицировать норму, исключая интеллектуальные расстройства), хотя для диагностики патологии и подтверждения клинического диагноза нас интересует левая половина распределения. Этот результат был получен не на материале теста Векслера. Но в современной отечественной литературе мы не обнаружили данных о нормировании теста Векслера на достаточной выборке, поэтому необходимо распространить выводы и на тест Векслера до получения надежных статистических оценок.

Однако все описанные трудности не отменяют необходимости клинико-психологической диагностики, для которой при возникновении затруднений в интерпретации психометрической оценки интеллекта кроме прямых (значение IQ) могут использоваться вспомогательные критерии. Для решения этой задачи нами были проанализированы результаты обследования детей имеющих катанестически верифицированные психиатрические диагнозы. Контрольную группу составили 40 детей в возрасте 11-13 лет с примерно равным соотношением мальчиков и девочек. Экспериментальную группу составили 100 детей, обследованных в региональном центре психолого-педагогической и медико-социальной помощи и областной психиатрической больнице при добровольном обращении по поводу различных проблем в развитии ребенка. Уравнивания экспериментальной группы по полу и возрасту не проводилось, критерием включения было возникновение необходимости оценки IQ для постановки психиатрического диагноза. В экспериментальной и контрольной группе проводился детский вариант теста Векслера (WISC), выпускаемый компанией «Иматон».

В результате были выявлены два возможных вспомогательных психометрических критерия диагностики легкой умственной отсталости: превышение невербального IQ над общим на 5 и более единиц ( $Nv > Ob$ ); превышение невербального IQ над вербальным на 7 и более единиц ( $Nv > Ve$ ). Оба выявленных критерия вполне логично интерпретируются в содержательном плане, поэтому для оценки их диагностических возможностей в соответствии с рекомендациями С.А. Айвазяна и др. [1] на общей выборке (экспериментальная и контрольная группы) оценивалась чувствительность и специфичность.

Чувствительность Нв>Ве 59,00%, специфичность Нв>Ве 27,50%. Чувствительность Нв>Об 63,00% специфичность Нв>Об 82,50%. По двум критериям одновременно чувствительность 59,00%, специфичность 17,50%.

Таким образом, наиболее оптимальным в настоящее время вспомогательным критерием диагностики легкой умственной отсталости представляется превышение показателя невербального интеллекта над показателем общего интеллекта на 5 и более единиц IQ.

Конечно оценка чувствительности и специфичности на выборке, на которой были сформулированы критерии, далеко не оптимальна, но пока мы не располагаем другими данными, хотя намерены продолжить работу в это направлении. Чувствительность и специфичность требуют проверки на разных выборках. Одной из целей данной публикации является приглашение всех заинтересованных специалистов к проведению многоцентрового исследования. Однако уже полученные результаты позволяют проявить сдержанный оптимизм в оценке перспектив психометрической диагностики легкой умственной отсталости.

#### Литература

1. Айвазян С.А., Бухштабер В.М., Енюков И.С., Мешалкин Л.Д. Прикладная статистика: Классификация и снижение размерности. М.: Финансы и статистика. 1989. 607 с. стр. 60-61.
2. Анастаси А. Психологическое тестирование. - Москва [и др.] : Питер, 2009 - 688 с.
3. Конева Е.В., Солондаев В.К. Социальная адаптация и стигматизация детей с особыми образовательными потребностями // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения. - Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2009. - С. 113-116.
4. Солондаев В.К., Барашков В.М. Возможности применения тестов интеллекта для диагностики психической патологии у детей // Ярославский психологический вестник. Выпуск 10, Москва-Ярославль: РПО, 2003. С. 144 - 148.

### Исследование гелотофобии у больных психическими расстройствами

Стефаненко Е. А., Ениколопов С. Н., Иванова Е. М. (Москва)

Анализ современных исследований демонстрирует актуальность и новизну проблемы гелотофобии (страх выглядеть смешным), сфокусированность исследовательских работ на универсальности феномена гелотофобии, на широком круге ее коморбидных состояний и негативных последствий.

Впервые феномен выявлен М. Титцем как особая форма социофобии [9]. Среди общих показателей фобических проявлений можно выделить: наличие выраженного страха определённого типа социальных ситуаций (ситуации насмешки), преобладание тревоги в определённых ситуациях, выраженность психофизиологических симптомов тревоги, низкая самооценка, эмоциональное переживание из-за симптомов, осознание того, что страх не обоснован, избегание потенциально травматичных ситуаций. Особенности гелотофобии (как особые формы тревожности, основанные на стыде) базируются на убеждении человека в своей комичности и нелепости.

Дж. Форабоско с соавт. было показано, что у больных шизофренией и пациентов с расстройствами личности выраженность гелотофобии выше, чем у пациентов с расстройствами настроения, тревожными и пищевыми [5]. Исследования пациентов с синдромом Аспергера, показали, что 40% таких пациентов имеют как минимум лёгкую степень выраженности гелотофобии, что значительно больше, чем лица с пищевыми и депрессивными расстройствами [7]. Результаты нашего исследования свидетельствует, что у больных психическими заболеваниями гелотофобия более выражена, чем у здоровых лиц, и скорее, связана с переживанием страха, в то время как у психически здоровых людей - с переживанием стыда [6].

Целью нашего исследования является изучение выраженности гелотофобии у больных психическими расстройствами, а также особенностей ее изменения при разных типах течения шизофрении.

Основной гипотезой стало предположение, что гелотофобия в группе пациентов с шизофренией с нарастанием степени дефекта уменьшается.

Выбор пациентов с шизофренией в качестве объекта исследования гелотофобии не случаен. В центре внимания - нарушения в переработке информации, особенности социального функционирования пациентов, заключающиеся в аутистическом отказе от взаимодействия с другими, трудности понимания социальных ситуаций [1]. Наличие паранойяльных тенденций, наличие бреда как ложного умозаключения об определённом отношении может лежать в основе страха осмеяния при шизофрении. Характерные для депрессивных больных патологические черты: негативный образ себя, чувства малозначности, критичность к своим ошибкам, негативный образ будущего, неопределённые опасения, чувство дискомфорта в обществе - позволяют думать о высоком значении гелотофобии и в этой группе испытуемых [2].

В исследовании приняли участие: группа больных шизофренией (89), представленных в МКБ-10 как шизотипическое расстройство (23 мужчин и 2 женщины), эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, параноидная форма (42 мужчин и 19 женщин); группа пациентов с эндогенным

депрессивным синдромом (35 мужчин и 16 женщин), группа условно здоровых людей (78 мужчин и 47 женщин). Возрастной диапазон испытуемых от 18 до 35 лет. Пациенты были обследованы на выходе из острого состояния.

Для исследования гелотофобии мы использовали шкалу GELOPH<15>, адаптированную нами ранее [7]. Статистический анализ данных проводился с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.

Анализ частоты встречаемости гелотофобии показал, что среди здоровых испытуемых 11,2 % имеют как минимум лёгкую степень гелотофобии, 22,9% -среди пациентов с шизофренией, 28% с депрессивным синдромом. В целом, процент испытуемых, болеющих шизофренией, имеющих как минимум лёгкую выраженность гелотофобии в России (22,9 %), ниже, чем в Италии (50 %) [5].

Страх казаться объектом насмешки в группе здоровых испытуемых оказался значимо меньше, чем в группе психически больных людей ( $M_{здоровые}=1.81$ ,  $SD=.51$ ,  $M_{шизофр}= 2.21$ ,  $t=5.842$   $p<.001$ ;  $M_{здоровые}=1.81$ ,  $SD=.51$ ,  $SD=.47$ ,  $M_{депрес}= 2.19$ ,  $SD=.47$ ,  $t=4.698$   $p<.001$ ). В отличие от результатов зарубежных исследований в данной работе значимых различий гелотофобии в группе пациентов с шизофренией и депрессией не обнаружено [5].

Анализ выраженности гелотофобии в каждой подгруппе пациентов с шизофренией продемонстрировал, что самые высокие значения гелотофобии имеют больные приступообразно-прогредиентной шизофренией с одним приступом, значение меньше - пациенты с более чем с одним приступом ( $M=2.38$ ,  $SD=0.26$  и  $M=2.12$   $SD=0.4$ ,  $t=2.477$   $p<.001$ ). Пациенты с вялотекущей шизофренией занимают промежуточное положение по значению гелотофобии (2.28), однако значимо от рассматриваемых групп не отличаются.

Приступообразно-прогредиентная форма предполагает усугубление негативной симптоматики от приступа к приступу (аутизм, эмоционально-волевое снижение, нарушения мышления) [4]. Наиболее выраженные дефектные состояния, сопровождающиеся апатобулическим синдромом, могут сопровождаться безразличием к оценке окружающих. Предположительно, пациенты с первым приступом в молодом возрасте в целом не успевают достигнуть такой высокой степени дефектности, а паранойяльная симптоматика способствует формированию повышенной подозрительности к окружающим. Важную роль может играть эффект стигматизации, формирующий в результате насмешек и агрессии окружающих по отношению к странностям поведения таких пациентов, которое по принципу обратной связи отрицательно сказывается на самооценке пациента. При вялотекущих формах шизофрении отмечается более медленное развитие, обычно не достигающее крайней степени выраженности изменений личности, особенно в молодом возрасте [4].

Целевая группа в зарубежном исследовании в основном представлена шизоидным расстройством личности [5]. Наличие в нашем исследовании психотической симптоматики, разнообразие типов течения шизофрении подразумевает целый спектр специфических нарушений, каждое из которых может обуславливать меньшую или большую выраженность страха насмешки. Актуальность представляет более подробный анализ гелотофобии при каждом типе течения и форме шизофрении, связь гелотофобии с длительностью болезни и количеством приступов, а также качественный анализ нозологической специфики гелотофобии.

#### Литература

1. вация, общение, познание. М., 1991.
2. Смуглевич А. Б. Депрессии и коморбидные расстройства // <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/5>.
3. Стефаненко Е. А., Иванова Е. М., Ениколопов С. Н., Проер Р., Рух В. «Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии». Психологический журнал, 2011, том 32, № 2.
4. Тиганов А. С., Руководство по психиатрии, том 1. - М.: Медицина, 1999.
5. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients // *Humor: International Journal of Humor Research*. 2009. Issue 22–1/2. P. 233–252.
6. Ivanova A., Stefanenko E., Enikolopov S. Gelotophobia in structure of mental illness: Paper presented at the 20th annual conference of the International Society for Humor Studies. Alcalá de Henares, Spain, July 7–11, 2008.
7. Ruch W., Proyer R.T. Who Fears Being Laughed at? The Location of Gelotophobes in the PEN-model of Personality // *Personality and Individual Differences*. 2009. V. 46(5-6). P. 627–630.
8. Samson, A. C., Huber, O., Ruch, W. (2011). Teasing, ridiculing and the relation to the fear of being laughed at in individuals with Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41. 2011. P. 475–483.
9. Titze, M. Gelotophobia: The fear of being laughed at. *Humor: International Journal of Humor Research*, 22-1/2, 27-48E. – 2009.

## Характеристика нарушений когнитивных функций у больных с тревожными расстройствами при терапии анксиолитиком афобазолом

Сюняков Т.С., Шабанова А.А. (Москва)

В последнее время отмечается увеличение интереса к изучению когнитивных функций, что обусловлено их значимостью для качества повседневной жизнедеятельности [1,2]. Особое внимание в этой связи привлекают исследования данной проблемы при, так называемых, пограничных состояниях, сопровождающихся незначительной выраженностью проявлений болезни, но существенными нарушениями повседневной деятельности. В частности, это важно при широком спектре тревожных нарушений, при которых, по данным ряда авторов, преобладают нерезко выраженные нарушения памяти и внимания [3, 4]. В этой связи представляется важным, насколько современные анксиолитические средства, являющиеся наиболее эффективными при данных состояниях, оказывая влияние на проявления тревоги, влияя на когнитивные функции с учетом того, что наиболее часто используемые при этих расстройствах бензодиазепины приводят к ухудшению когнитивного функционирования [5,6].

Целью настоящего исследования являлся психологический анализ когнитивных нарушений у больных с тревожными расстройствами (в том числе у больных с разной структурой тревоги) и их динамики при терапии афобазолом.

В исследование были включены 10 больных генерализованным тревожным расстройством (F41.1 по МКБ-10), при котором тревога имеет относительно простую структуру и носит чувственный характер, и 7 пациентов со структурно сложной тревогой при тревожно-фобических (F40.01) и тревожно-ипохондрических расстройствах (F45.2), при которых тревога сочетается со значительным идеаторным компонентом. Также в исследование была включена контрольная группа из здоровых испытуемых (17 человек), сопоставимая по половозрастным и образовательным характеристикам.

Для психологической характеристики когнитивного функционирования в исследовании применялся тест Векслера. Для оценки выраженности тревоги использовалась шкала оценки тревоги Гамильтона (НАМА).

В результате исследования установлено, что группа больных с тревожными расстройствами ( $n=17$ ) достоверно отличалась от здоровых испытуемых по показателям субтестов «Шифровка» ( $9.63\pm 2.19$  и  $10.94\pm 2.54$  в группе больных и контрольной группе, соответственно, U-тест Манна-Уитни  $79.0$ ,  $p<0.05$ ) и «Недостающие детали» ( $10.40\pm 1.99$  и  $12.35\pm 1.98$  в группе больных и контрольной группе, соответственно, U-тест Манна-Уитни  $79.0$ ,  $p<0.05$ ). Это свидетельствует о том, что у больных с тревожными расстройствами имеются нарушения процессов распределения и переключения зрительного внимания, снижение скорости и точности зрительно-моторной координации, нарушения процесса дифференцировки главного и второстепенного при анализе наглядно-образной информации. Группы больных с простыми ( $n=10$ ) и сложными ( $n=7$ ) по структуре тревожными расстройствами достоверно не различались ни по одному из субтестов Векслера. Однако при сопоставлении показателей здоровых испытуемых и больных простыми по структуре тревожными расстройствами обнаружены достоверные различия по субтесту «Шифровка» ( $9.22\pm 2.17$  и  $10.94\pm 2.54$  в группе больных и контрольной группе, соответственно, U-тест Манна-Уитни  $29.5$ ,  $p<0.05$ ), а при сравнении с больными со структурно сложной тревогой – по субтесту «Недостающие детали» ( $10.00\pm 2.38$  и  $12.35\pm 1.98$  в группе больных и контрольной группе, соответственно, U-тест Манна-Уитни  $29.0$ ,  $p<0.05$ ). Таким образом, при простых расстройствах, преимущественно исчерпывающихся тревожными проявлениями, наблюдаются трудности распределения и переключения зрительного внимания, снижение скорости и точности зрительно-моторной координации. При структурно более сложных тревожных расстройствах, выявлены более выраженные когнитивные нарушения, проявляющиеся в снижении продуктивности процесса дифференцировки существенного от второстепенного в наглядно-зрительной информации.

При применении афобазола у больных с простыми тревожными расстройствами отмечалась отчетливая динамика психопатологических нарушений (редукция балла по шкале тревоги Гамильтона:  $17.22\pm 4.89$ ,  $p<0.01$ ). При усложнении синдромальной картины заболевания терапевтические изменения носили парциальный и неустойчивый характер, не затрагивая «когнитивного ядра» психопатологического синдрома (средняя редукция балла по шкале тревоги Гамильтона:  $14.40\pm 4.83$ ,  $p<0.05$ ).

Исследование влияния афобазола на результативность когнитивного функционирования у больных со структурно «простыми» тревожными расстройствами показало, что отмечалось статистически достоверное улучшение показателей по субтестам «Шифровка» (с  $9.22\pm 2.17$  до  $10.67\pm 3.24$ ,  $Z=1.96$ ,  $p<0.05$ , тест Уилкоксона) и «Недостающие детали» (с  $10.75\pm 1.67$  до  $12.25\pm 3.06$ ,  $Z=2.02$ ,  $p<0.05$ , тест Уилкоксона), что указывает на повышение продуктивности процессов концентрации и распределения внимания, увеличение объема кратковременной памяти, позитивные изменения скорости и точности

зрительно-моторной координации, улучшение результатов дифференцировки существенного от второстепенного. При «сложных» тревожных расстройствах достоверных изменений показателей продуктивности когнитивной деятельности в процессе терапии афобазолом обнаружено не было.

Эти данные позволяют полагать, что когнитивные нарушения являются структурным компонентом состояния при тревожных расстройствах, и их терапевтическая редукция тесно связана с изменением другой психопатологической симптоматики.

#### Литература

1. Castaneda AE, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Suvisaari J, Lonnqvist J: A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of affective disorders* 2008, 106(1-2):1-27.
2. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG: Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion* 2007, 7(2):336-353.
3. Eysenck MW, MacLeod C, Mathews A: Cognitive functioning and anxiety. *Psychological research* 1987, 49(2-3):189-195.
4. Ferreri F, Lapp LK, Peretti CS: Current research on cognitive aspects of anxiety disorders. *Current opinion in psychiatry* 2011, 24(1):49-54.
5. Boeuf-Cazou O, Bongue B, Ansiau D, Marquie JC, Lapeyre-Mestre M: Impact of long-term benzodiazepine use on cognitive functioning in young adults: the VISAT cohort. *European journal of clinical pharmacology* 2011, 67(10):1045-1052.
6. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF: Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS drugs* 2004, 18(1):37-48.

### **Структурно-содержательные характеристики взросления и личностного развития подростков с психическими расстройствами** Тереженко В.В. (Смоленск)

Актуальность исследования личностного развития подростков обусловлена тем, что в последние годы в меняющемся обществе все отчетливее выявляются новые стороны проблемы личностного становления современной молодежи, в том числе, имеющие негативные последствия для целостного развития значительной части взрослеющих людей. В новейших психологических исследованиях по проблеме личностного развития индивида (работы А.В. Гоголевой, Е.Г. Дозорцевой, Т.В. Корниловой, К.Н. Поливановой, Д.И. Фельдштейна и многих) отмечается, что общество на сегодняшний день существенно ослабило внимание к проблемам Детства, в том числе, к формированию личности современных подростков, созданию необходимых и достаточных условий содействия становлению их гражданской позиции, зрелости.

Выполненный нами анализ клинико-психологических и педагогических исследований, авторы которых в решении разных научных задач обращаются к проблеме личностного развития современного подростка, показывает, что в значительном числе работ последнего десятилетия предметом обсуждения становятся отношения взаимодействия взрослого и ребенка, психологическое содержание которых рассматривается в роли важнейших условия психического и личностного развития индивида, раскрывается в анализе многоплановых проблем адаптации взрослеющего человека к социокультурной среде, изменения ценностных ориентаций, мотивации, общения и деятельности (системе), воспитания в семье и в образовательных учреждениях различного типа и др. Вместе с тем, при всей глубокой разработанности проблем подросткового возраста, в психологии к настоящему времени объективно сложилась ситуация, когда в связи с новыми явлениями меняющегося мира настоятельно требуется дальнейшее детальное изучение психологического содержания отношений взаимодействия «ребенок-взрослый», определение устанавливающихся, возможно, новых его структурных, типологических, функциональных характеристик в существовании новой социальной ситуации развития современного Детства (Д.И. Фельдштейн). На этом пути также важно уточнить особенности психического развития современных подростков, воспитание которых осуществляется в тех семьях, где развиваются отношения отчуждения, взаимного неприятия, непонимания взрослыми и детьми возникающих проблем. Сделать это важно и потому, что в системе образования мы все чаще встречаемся с необходимостью изменить психопрофилактическую и психокоррекционную работу с особой группой школьников-подростков, определяемой как группа риска, придать этой работе подлинно системный и вместе с тем эффективный характер. Вышеприведенные позиции определили выбор темы исследования, цель и решаемые задачи.

Исследование проводилось на базе общеобразовательных школ, ПТУ, ОГУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница», «Смоленский областной психоневрологический клинический диспансер». Всего в исследовании были включены 525 человек. Из них: 305 подростков, обучающихся в общеобразовательных школах, 102 подростка из группы «риска», проходивших амбулаторную и стационарную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу, родителей 76 человек, педагогов – 42 человека. Для решения задач исследования применялся комплекс методов, адекватно

отвечающий исходным методологическим позициям и теоретическим решениям проблемы личностного развития индивида в онтогенезе: анализ и синтез, структурно-содержательный анализ, изучение документации, включенное наблюдение, беседа, стандартизированное интервью, математические методы (описательные, индуктивные статистические методы).

В изучении отдельных аспектов влияния отношений взаимодействия «ребенок-взрослый» на личностное развитие подростка в современной семье использовались цветовой тест отношений – ЦТО (А.М. Эткинд, 1988) с применением стандартного восьмицветового набора, используемого в тесте М. Люшера (И.А. Кудрявцев, Е.Г. Дозорцева, 1993, Е.Г. Дозорцева, В.А. Давыдов 2001,2004); тест «Подростки о родителях» - ADOR (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына, 1995); индивидуально-типологический опросник (ИТДО) (Л.Н. Собчик, 2002); метод мотивационной индукции Ж. Нюттена; минисочинение «Каким я вижу свое будущее...»; тест-опросник самооотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев, 1988); авторская анкета для педагогов и родителей.

Нами были выдвинута и подтверждена гипотеза о том, что системное ослабление внимания мира взрослых к проблемам воспитания и личностного развития детей выражено в особом состоянии отношений взаимодействия «ребенок-взрослый» - дефицитарности. Мы считаем, что переживание и понимание дефицитарности отношений взаимодействия «ребенок-взрослый» выступает для подростка важным психологическим условием, способным неоднозначно влиять на его личностное развитие и взросление. Переживание и понимание подростками дефицитарности отношений взаимодействия «ребенок-взрослый» (46% от всех изученных детей, почти каждым вторым) способно повлиять на нормативность их личностного развития и взросления: в отдельных случаях, при частичном сохранении условно благополучными семьями гармоничности отношений, приводить ребенка к границам нормы поуровневого личностного развития, в других, когда дефицитарность четко устанавливается в диссоциальных семьях (13% случаев), личностное развитие приобретает аномальный характер.

Психические аномалии у подростков были представлены в первую очередь органическими заболеваниями головного мозга (61%). Резидуально-органические изменения психики проявлялись нерезким психоорганическим синдромом в двух его клинических вариантах – астеническом и психопатоподобном. Наряду с такими компонентами, как церебральная симптоматика (повышенная утомляемость, истощаемость), вегетативная лабильность, метеозависимость, эпизодические головные боли, трудности сосредоточения, отмечались характерные для подросткового патоморфоза нарушения преимущественно в виде эмоционально-волевой неустойчивости и в ряде случаев парциального психофизического инфантилизма. У несовершеннолетних с акцентуациями характера, условно относимыми к психическим аномалиям из-за значительного личностного своеобразия и особенностей реагирования акцентуантов, наблюдалось устойчивое зaoстрение (47%) отдельных характерологических черт без тенденций к их динамической трансформации. Были установлены акцентуации гипертимного, эксплозивного, демонстративного, эпилептоидного (по Э.Г. Эйдемиллеру – инертно-импульсивный или аффективно-ригидный тип), неустойчивого и эмоционально лабильного типа. Остальные акцентуации (конформного, шизоидного и других типов) в исследовании встречались мало. Нарушенное поведение при акцентуациях характера (в частности при гипертимной, эпилептоидной акцентуации) проявлялось в стремлении подростков к риску и острому ощущению, новым переживаниям, что влекло за собой аддиктивное поведение со стремлением «попробовать на себе» действие наркотических препаратов, алкоголя и токсических веществ. У данной группы подростков соответственно выявлены алкоголизм (38%), наркомания (9%), токсикомания (4%). Патохарактерологическое формирование личности (9%) отмечалось в виде формирующейся психопатии эксплозивного, истероэксплозивного, неустойчивого, психастенического и мозаичного круга. Невротические состояния имели более низкий показатель (19%). Они проявлялись преимущественно в неврастенических проявлениях и аффективной неустойчивости.

Таким образом, полученные исследования позволяют увидеть еще одну тенденцию взросления подростков, воспитание которых определяется нарушенными детско-родительскими отношениями, а именно: возникающую у подростков за 14-летним рубежом подросткового периода онтогенеза устойчивость ряда образующих в структуре индивидуально-личностных свойств симптоматические группы «ядерных» компонент. В первую очередь могут быть включены свойства агрессивности, ригидности, спонтанности, во вторую – экстравертированность и интровертированность, в третью – тревожность, сензитивность, интровертированность. При дефицитарных отношениях взаимодействия «ребенок-взрослый» на дистанции подросткового периода риски личностного становления ребенка как целого сдвигаются «вниз», что следует рассматривать как новую тенденцию «излома» в развитии к 12-13-летию современного подростка. У тех подростков, чье личностное развитие и взросление протекает аномально по типу дефицитарности, были констатированы психические расстройства. Они вызваны органическим заболеванием головного мозга, проявляющимся нерезко выраженным психоорганическим синдромом в двух его клинических вариантах - астеническом, психопатоподобном.

## **К проблеме изучения восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией** Толмачева Е.А.(Москва)

Несмотря на то, что изучением шизофрении на протяжении достаточного длительного времени занимаются представители различных дисциплин, каждая из которых вносит свой вклад в комплексное представление об этой болезни, картина заболевания до сих пор представляется незавершенной. Очевидно, что важность своевременной и точной диагностики этого заболевания не только с медицинской, но и с юридической, социальной и культурной сторон. Например, первичная диагностика данного психического расстройства у значительной части больных происходит впервые в период проведения судебных, в том числе комплексных психолого-психиатрических, экспертиз, то есть, уже после совершения ими социально-опасного деяния [3].

Для диагностики нарушений шизофренического спектра клинические психологи, работающие в общей и судебной психиатрии, используют классические патопсихологические методы и методики. Особо отмечаемый в последние годы патоморфоз шизофрении, обусловленный различными факторами, усложняет ее первичную диагностику. Свой вклад в это вносит не только полиморфизм проявляющейся психопатологии, но и наличие сохранных интеллектуальных возможностей и эмоциональных ресурсов у больных, что может дезориентировать специалистов и приводить к диагностическим ошибкам. Следует упомянуть, что данные, полученные С.Н. Осколковой ещё в 1992 году [3], свидетельствовали о том, что «клинически чистая» шизофрения часто диагностируется с опозданием в 10 и более лет, а также при этом высока частота ошибочного диагностирования психопатий (личностных расстройств) и различных зависимостей.

К сожалению, многие методики, использующиеся в настоящее время при психологическом обследовании, находятся в легкой доступности на различных интернет ресурсах, содержащих их описание и перечень стандартных ответов [2], это требует разработки нового методического обеспечения. Введение дополнительных методов для диагностики шизофрении обеспечит патопсихолога новым стимульным материалом, в перспективе уменьшив тем самым количество неверно поставленных диагнозов. При этом предлагаемые экспериментальные задания должны быть основаны на классических подходах к выявлению нарушений в психической деятельности и способны помочь дифференцировать шизофрению от других заболеваний и расстройств. В этом ключе важно отметить, что в последние несколько лет были проведены исследования, направленные на изучение особенностей восприятия зрительных иллюзий у больных слабоумием, шизофренией и психически здоровых. При этом было установлено, что испытуемые этих групп по-разному воспринимали зрительные иллюзии не только в зависимости от пола, возраста, социального статуса и образования, но и диагноза.

В 2011 году И.И. Шошиной, И.Н. Перевозчиковым, Н.Б. Семеновой и Ю.Е. Шелепиным были проведены исследования, показавшие, что изучать дефицит ранней визуальной обработки и познавательных функций у больных шизофренией на начальной стадии заболевания возможно с помощью зрительных геометрических иллюзий [4]. Исследования, проведенные Д. Димом (2009) и Т. Стэйдтер (2005), выявили различия в восприятии зрительных иллюзий больными шизофренией по сравнению с психически здоровыми, в том числе обусловленные иной картиной биоэлектрической активности коры головного мозга, что проявилось, в частности, в слабости контекстной обработки информации [1,5].

В нашем исследовании было продолжено изучение особенностей восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией. Выборки были соотнесены по полу, возрасту и типу заболевания, чтобы внутри каждой группы половые и возрастные особенности не влияли на результаты. Исследование было проведено на двух выборках испытуемых: выборка №1 (экспериментальная) - 20 взрослых испытуемых мужского пола (средний возраст – 40 лет) больных шизофренией с галлюцинаторной симптоматикой. Выборка №2 (контрольная группа) - 20 взрослых испытуемых мужского пола (средний возраст 40 лет) без психических заболеваний. Исследование проводилось на базе психиатрической больницы №13, и ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского».

В исследовании были использованы следующие методики:

1. Иллюзорные изображения (далее - «Иллюзии»). При этом экспериментальный материал состоял из различного вида иллюзорных изображений (двойственные изображения, распознавание образов, искажение образов, смена фигуры и фона и «перевертыши»).

2. «Дорисовывание фигур» (О.М.Дьяченко; 2008);

3. «Исключение предметов» (С.Я.Рубинштейн в модификации Л.Н.Собчик; 2002)

4. Субтест Векслера «Нахождение недостающих деталей»;

5. В качестве контрольного материала выступали различные изображения, не содержащие иллюзий (далее - «контрольные изображения»).

Были получены следующие результаты:

1. Больные шизофренией по сравнению с лицами, не страдающими психическими расстройствами, менее способны распознавать зрительные иллюзии в целом. Статистически значимые различия были получены при распознавании таких типов иллюзий как «Двойственные изображения», «Смена фигуры и фона», «Распознавание образов».

2. У больных шизофренией была выявлена и статистически подтверждена обратная зависимость между количеством верно замеченных иллюзий и коэффициентом оригинальности (по методике «Дорисовывание фигур»). Это дает основание нам полагать, что более развитое воображение препятствует распознаванию иллюзорных изображений больными шизофренией.

3. У психически здоровых испытуемых, в отличие от лиц, страдающих шизофренией, был обнаружен следующий, феномен (обозначенный нами, как «феномен готовности») - они находили иллюзии и на тех изображениях, где их не было.

4. При распознавании зрительных иллюзий «Двойственные изображения» больные шизофренией первым опознавали тот образ, который психически здоровые лица распознавали вторым или не замечали вообще.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить дифференцированные различия в восприятии иллюзорных изображений больными шизофренией и лицами без психической патологии. Использование различного рода зрительных иллюзий в качестве стимульного материала при проведении патопсихологического исследования в случаях дифференциальной диагностики шизофрении, в том числе и в экспертной практике, дает психологу дополнительную возможность для выявления нарушений в сфере восприятия и мышления.

#### Литература

1. Д. Дим. «У шизофреников нет иллюзий» / «NeuroImage» (20.07.2009) <http://www.newscientist.com>
2. Осколкова С.Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при психопатоподобных состояниях (вопросы клиники и оптимизации диагностического процесса): автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1992. - 46 с.
3. Руководство по судебной психиатрии/ под ред. А.А. Ткаченко. – М.: Издательство Юрайт, 2012. – 959 с.
4. Шошина И.И., Перевозчикова И.Н., Семенова Н.Б., Шелепин Ю.Е. Особенности зрительной оценки размера и местоположения частей объекта у лиц с начальной стадией шизофрении // Экспериментальная психология. - 2011. - № 4. – С. 17-26.
5. Tracy Staedter «Schizophrenics Better at Discerning Illusions» / «Scientific American» (26.10.2005) <http://www.scientificamerican.com>

### Типология патопсихологического синдрома при параноидной шизофрении

Харисова Р.Р. (Москва)

В рамках классических патопсихологических работ школы Б.В.Зейгарник выделяются три фактора ведущих нарушений (динамический, операциональный, мотивационный), характерные для той или иной формы психических расстройств. При этом в структуре разных нозологических форм патопсихологический фактор может отличаться лишь спецификой включенной в него феноменологии. Так, при реактивных психических состояниях, личностных и эндогенных расстройствах в качестве ведущего нарушения выделяется мотивационный компонент психической деятельности. Рассмотрению отдельных компонентов внутри патопсихологических факторов до сих пор было уделено недостаточно внимания. Подобная дифференциация может позволить выявить более четкие диагностические критерии как при «стертых» формах психических заболеваний, так и при «смешанной» психической патологии [3]. Особую значимость рассмотрение компонентной структуры патопсихологического фактора приобретает при шизофрении в виду наличия разных форм патопсихологических синдромов<sup>1</sup> [4, 5], сложностей дифференциации постпсихотических депрессивных состояний [1], отсутствия четких способов операционализации степени и формы дефекта при данном заболевании. Обозначим компоненты внутри мотивационного фактора, предполагающего одновременное наличие и оценку следующих компонентов психической активности: эмоционального (выраженность и степень адекватности аффективных реакций), личностного (структура и уровень личностной организации [2]), деятельностного (особенности мотива к деятельности). Ранее были выделены патопсихологические синдромы при шизофрении [5], определяющие структуру состояния больных, своеобразие клинических проявлений, динамику и прогноз, и, в целом, отражающие разную структуру компонентной организации мотивационного фактора. Рассмотрим типологию синдромов.

<sup>1</sup> В работах, на которые не ссылается автор статьи, а именно, в монографии В.П.Критской, Т.К.Мелешко и Ю.Ф.Полякова очень подробно описаны патопсихологические синдромы при шизофрении. В последующих работах В.П.Критской и Т.К.Мелешко уделялось внимание специфике психологических особенностей (когнитивный стиль, личностный склад и др.) в связи с психопатологическими синдромами. Эти данные автору следует обязательно учесть в будущих работах (*прим. ред.*).



1. Синдром по типу «эмоциональной хрупкости». В качестве ведущего нарушения нарушения внутри фактора выделяется «поломка» эмоционального компонента по типу искажения, проявляющегося эмоциональной неадекватностью, неустойчивостью, расторможенностью.

2. Синдром по типу «эмоционального панциря» отражает нарушения деятельностного компонента в виде общего снижения мотива к деятельности с феноменом негативистичности.

3. Синдром по типу «эмоциональной монотонности». Данный вариант патопсихологического синдрома определяется нарушением эмоционального компонента по типу снижения, проявляющегося общей аффективной уплощенностью.

4. Синдром по типу «хаотичности» предполагает нарушения преимущественно личностного компонента с феноменологией по типу неадекватности социальной активности.

Таким образом, дифференциация компонентов патопсихологических факторов позволяет выявлять структуру нарушений и «мишени» дальнейшего психотерапевтического воздействия.

#### Литература

1. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О.А. Гонжал // Психиатрия: Научно-практический журнал / Ред. А.С. Тиганов, Н.М. Михайлова. – 2006. – №3 2006. – с.39-46.
2. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 464 с.
3. Смулевич А.Б. Малопрогредивная шизофрения и пограничные состояния / М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
4. Чебакова Ю.В. К вопросу о типологии патопсихологического синдрома при шизофрении // Сборник тезисов Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья: «Психиатрия 21 век: традиции и инновации» – 2007. – с.211-214.
5. Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Шишкова Д.И. Патопсихологический анализ типологий выхода в ремиссию больных параноидной шизофренией // Психологические исследования 2012 - №. 2(22), 9.

### **К проблеме качественной и количественной оценки динамики познавательного развития детей и подростков с эндогенной психической патологией**

Хромов А.И.

Вопрос оценки динамики когнитивного функционирования на наиболее сензитивных этапах онтогенеза в отношении формирования познавательных процессов (произвольной памяти и внимания, восприятия, мышления) – в детско-подростковом периоде – давно находится в центре внимания специалистов, занимающихся проблемами как нормального, так и аномального психического развития (Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев, В.В. Лебединский, Т.К. Мелешко, В.П. Критская, Ю.Ф. Поляков, С.М. Алейникова, Н.В. Зверева и др.). В отношении лиц, страдающих тяжелыми формами эндогенной психической патологии (детский тип шизофрении, шизотипическое расстройство), бесспорным и доказанным можно считать факт наличия когнитивного дефицита, признаки которого появляются уже на ранних этапах онтогенеза и имеют свою специфику в зависимости от ряда клинических факторов (прогредиентность заболевания, возраст начала), пола и других переменных. Об этом свидетельствовали исследования, проводимые в 1970-80-е гг. в лаборатории патопсихологии НИИ клинической психиатрии ВНИЦПЗ АМН СССР под руководством Ю.Ф. Полякова [1, 2, 3].

Несмотря на современную популярность исследований, посвященных оценке когнитивного дефицита, который, наряду с традиционными позитивными и негативными симптомами, рассматривают как признак шизофрении, еще в школе Ю.Ф. Полякова были определены общие закономерности нарушенного развития и протекания познавательных процессов больных шизофренией. К числу таких можно отнести наличие признаков когнитивного дефицита в доманифестный период [2], выраженное когнитивное снижение в первые годы после начала заболевания [3] и др. Эти исследования во многом предвосхитили более поздние зарубежные исследования, выполненные в другой методологии, но имеющие аналогичные результаты (White et al., 2008; Ross et al., 2008; Cannon et al., 2000; Gochman et al., 2005; Cervellione et al., 2007 и др.).

**Оценка возрастной динамики.** В настоящее время под руководством Н.В. Зверевой проводятся исследования когнитивного функционирования детей и подростков с эндогенной психической патологией (исследование когнитивного дизонтогенеза) как продолжение исследований лаборатории патопсихологии Ю.Ф. Полякова, посвященных оценке нарушенного познавательного развития в этот период онтогенеза. Одним из ключевых аспектов в этом вопросе стала оценка динамики когнитивного дефицита таких больных. Анализ имеющихся данных показал, что на современном этапе картина динамики познавательного развития детей и подростков как в норме, так и в патологии по многим аспектам отличается от той картины, которая была получена в исследованиях лаборатории Ю.Ф. Полякова. В новом исследовании использовались те же методики, что и в старых исследованиях.

Оценка возрастной динамики когнитивного развития на примере памяти, внимания, восприятия и мышления проводилась с опорой на выделение ряда *количественных* показателей, которые сравнивались между собой в разные возрастные периоды [4]. Использование такого формального подхода оказалось продуктивным, в первую очередь, в отношении тех познавательных процессов, которые являются более «изменчивыми», «подвижными» и в большей мере зависят от возраста и состояния испытуемого (тяжести состояния больного). К ним можно отнести память и внимание, измерение которых легко провести количественно, а полученные показатели использовать для различных видов математического анализа. Такие показатели будут хорошо коррелировать с психофизиологическими данными (например, скорость реакции) и отражать динамические аспекты когнитивного функционирования.

Для оценки тех познавательных процессов, формирование которых в большей степени опосредовано жизненным опытом и отражает актуальную социальную ситуацию развития испытуемого, использование количественного способа оценки оказалось весьма ограниченным. К ним можно отнести восприятие и мышление. Традиционные способы оценки этих процессов связаны с *качественным* анализом особенностей работы испытуемого с заданием. Но такой подход в большей степени удобен при работе с отдельными испытуемым, чем в тех случаях, когда необходимо оценить группу, которая рассматривается не как целое, а динамически изменяющийся континuum. В нашей работе [4] был найден компромиссный вариант оценки, совместивший в себе качественную и количественную оценку мышления и восприятия. Именно по этим показателям были получены наибольшие различия со старыми данными. Наиболее неожиданным оказалось отсутствие возрастной динамики по показателям восприятия у современных детей и подростков, тогда как данные 1980-х демонстрировали наличие такой динамики.

По-видимому, оценка возрастной динамики более «устойчивых» процессов восприятия и мышления должна осуществляться с опорой на методологию, отражающую происходящие качественные и количественные изменения, и опираться на методики, не зависящие от той ситуации развития, в которой находится испытуемый.

**Оценка когнитивного дефицита.** Отдельной проблемой является (качественное) определение таких понятий как когнитивное снижение, дефицит, дефект, особенно при необходимости их количественной оценки. При этом границы, отделяющие выраженность дефицита разной степени остаются весьма условными. В нашей работе попытка такого анализа была предпринята с использованием z-шкал, отражающих степень отклонения уровня выполнения заданий больными по отношению к норме, уровень выполнения которой принимался за ноль [5, 6]. Выбор границ, разделяющих степени выраженности дефицита, во многом определяет результаты полученного соотношения этих степеней в разных диагностических группах больных. Кроме того, дефицит, определенный подобным образом, не показывает отчетливой возрастной динамики.

Таким образом, результаты исследований, проводимых в лаборатории патопсихологии, руководимой Ю.Ф. Поляковым, воспроизводятся лишь отчасти. Оценка характера динамики и выраженности дефицита с использованием лишь количественного подхода оказывается удобной только в отношении «динамичных» познавательных процессов, но имеет определенный потенциал для развития тех идей о закономерностях когнитивного дизонтогенеза, которые были заложены нашими предшественниками.

#### Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
2. Литвак В.А. Нарушения избирательности мышления и их связь с шизофреническим процессом: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1983. – 23 с.
3. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / Под ред. М.Ш. Вроно. – М., 1986. – С. 146-160.
4. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2012. – 16 с.
5. Хромов А.И., Зверева Н.В. Возрастная динамика познавательной деятельности у детей и подростков при эндогенной психической патологии // Будущее клинической психологии: материалы Междунар. науч.-практ. конф. (8 апреля 2011 г.) / науч. ред. А.Ю. Бергфельд и др.; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – Вып.5 – С.91–98.
6. Zvereva N., Khromov A., Koval-Zaytsev A. Degree of cognitive deficit in children and adolescents with schizophrenia / July 2012 "IACAPAP 2012 – 20th World Congress – Paris. Brain Mind and Development" // Neuropsychiatry de l'enfance et de l'adolescence – 2012, Vol. 60(5). – P. S238-S239.

### К проблеме критериев патопсихологич

**еской диагностики характеристик  
эмоционально-личностной сферы при малопрогрессирующих формах шизофрении**  
Чебакова Ю.В. (Москва)

Одной из наиболее дискуссионных проблем в современной психиатрии является вопрос о дифференциальной диагностике малопрогрессирующих форм шизофрении и непроцессуальных пограничных расстройств. Сложности определения четких клинико-психопатологических критериев указанных нозологических групп возросли, как в связи с расширением спектра пограничной патологии, так и тенденцией к «смягчению» форм течения шизофрении, появлению множества переходных, «стертых» вариантов со значительным удельным весом личностных аномалий в картине нарушений по типу «псевдопсихопатий» [2]. В связи с данными факторами наибольшие дифференциально-диагностические трудности касаются разграничения малопрогрессирующего эндогенного процесса и конституциональных расстройств личности, а также патохарактерологических личностных развитий вследствие затяжных психогений.

Обозначенная проблема требует расширения арсенала диагностического инструментария с использованием не только клинико-психопатологических, но и психологических критериев оценки. Выделение «мишеней» психодиагностической квалификации клинической феноменологии должно опираться и на дополнительные методологические основания, встроенные в логику патопсихологического синдромного анализа и обеспечивающие дифференциацию структуры личности при пограничных расстройствах и малопрогрессирующих формах шизофрении. Подобный методологический ресурс можно выделить в современной психоаналитической теории объектных отношений, реализованный в представлениях о структурном диагнозе, встроенных в традицию исследования различных нарушений самосознания [3], а также внесших важный вклад в пересмотр классификации психических болезней DSM-IV [1]. Согласно данным представлениям, основной «мишенью» диагностики становится личность, которая может функционировать на трех уровнях психической организации: относительно здоровом, условно нормативном невротическом, охватывающем спектр пограничной патологии пограничного и определяющем ее особенности при эндогенных расстройствах психическом. Соответственно диагностические акценты смещаются с клинической картины заболевания на личность в условиях болезни, что включает как ее преморбидную оценку, так и стратегии компенсации и декомпенсации. Выделяются следующие критерии определения уровня личностной организации: 1) тестирование реальности, в т.ч. социальной; 2) тип и уровень защитных механизмов; 3) степень интеграции идентичности [1].

Обозначим особенности функционирования личности на психическом уровне при малопрогрессирующих формах шизофрении в рамках описанных критериев. Тестирование реальности как способность разграничивать внешний и внутренний мир, т.е. отсутствие галлюцинаторно-бредовой симптоматики сохранно, однако, оказывается нарушенной возможность соотносить собственное поведение, мысли и чувства с требованиями социума. Данный критерий является основным параметром дифференциации процессуальных нарушений и пограничных расстройств личности. Защитные механизмы при психическом уровне личностной организации отличаются отсутствием разнообразия и гибкости; отмечается дефицитность и незрелость их форм, выстроенных на основе принципа расщепления. Идентичность характеризуется как дезинтегрированная: в основе феномена «диффузной идентичности» лежит невозможность проводить различия между представлениями о себе и других. Феномен «диффузной идентичности» при пограничных личностных расстройствах проявляется в трудностях интеграции «хороших» и «плохих» качеств себя и других в единую целостную концепцию личности [1].

Традиционный патопсихологический синдромный анализ в случае необходимости дифференциальной диагностики малопрогрессирующих форм шизофрении и пограничных расстройств личности обнаруживает недостаточность психодиагностического инструментария именно в отношении регистрации тонких нарушений эмоционально-личностной сферы, отражающих специфику нерезко выраженного психопатоподобного дефекта по типу «фершробен», или «патологической аутистической активности» с нарушением тестирования социальной реальности и гипертрофией патологических личностных черт [2]. Необходимость разработки новых методических критериев оценки эмоционально-личностной сферы при малопрогрессирующих формах шизофрении также обуславливается тем фактом, что структуры патопсихологических синдромов при данной нозологии и пограничных расстройствах личности во многом сходны. Практически отсутствуют нарушения мышления по эндогенному

типу<sup>1</sup>; когнитивные процессы так же, как и при психопатическом патопсихологическом синдроме, аффективно дезорганизованы и опосредованы субъективным опытом.

Наиболее перспективным для оценки специфики личностной организации психотического уровня, на наш взгляд, является Тематический Апперцептивный Тест (ТАТ), в рамках которого развивается проективная продукция пациентов в широком социальном пространстве межличностных отношений. В заключение лишь наметим возможные критерии оценки и специфику проективных рассказов больных с малопрогредиентными формами шизофрении:

1) степень социальной адекватности рассказов: сюжеты пациентов или полностью формализованы и лишены какой-либо социальной структуры («это мужчина и женщина, просто сидят, он немного отвернулся»), или представляют собой сказочные, гротескные, нелепые истории, рассказываемые по ролям («жила была красивая молоденькая девушка, все хотели только ее, и захотел ее старый, лысый, морщинистый олигарх, она подставила шкатулочку да и говорит: «заполнишь ее доверху золотом и бриллиантами – буду твоей»);

2) степень эмоциональной уплощенности: сюжеты больных либо не включают эмоционального взаимодействия между персонажами и подменяются формальными обобщениями, либо в рассказах присутствует избыточная идентификация с персонажами социально гипертрофированных сюжетов, в которых переживания героев не реалистичны; характерно игнорирование заложенного эмоционального подтекста в картинках;

3) степень целостности рассказов и их критической оценки: в сюжетах пациентов наблюдаются нереалистичные окончания рассказов, их несоответствие завязке истории («как-то раз заподозрил муж жену в измене и побил немного, да так, что упала она на кровать без чувств, они помиряются и все у них будет хорошо»; «последний день Помпеи, девушка выползла из-под обломков, вот чудище какое-то ползет из норы, девушка знает, что она пойдет и начнет новую прекрасную жизнь»);

4) тип и уровень защитных механизмов: в сюжетах больных отсутствует связность и целостность, рассказы представляют собой отдельные расщепленные фрагменты («одна женщина душил другую, в будущем они помиряются и пойдут вместе пить чай»);

5) степень интеграции идентичности: в рассказах больных или отсутствует идентификация с персонажами, или регистрируется идентификация то с женскими, то мужскими персонажами; характеры героев не выстроены или расщеплены, не раскрывают единой, целостной концепции личности.

Таким образом, интеграция традиции отечественной патопсихологии с некоторыми методологическими принципами теории объектных отношений обогащает психологический инструментарий новыми критериями оценки, служащими цели дифференциально-нозологической диагностики.

#### Литература

1. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 464 с.
2. Смудевич А.Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния / М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
3. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / М.: Изд-во МГУ, 1990. – 215 с.

---

<sup>1</sup> По мнению Ю.Ф.Полякова и его коллег, при данных вариантах патологии, и даже у здоровых родственников могут быть общие для шизоидного склада психики особенности мышления, в частности, нарушение избирательности (*прим. ред.*).

## Раздел 3

### Современные исследования в психосоматике

#### Отношение пациентов к болезни и психологический профиль

Атаманов В.М. (Пермь)

Независимо от ведущей биологической, психологической причины болезни, заинтересованности тех или иных органов и систем, больной человек попадает в сложные жизненные обстоятельства. Эти факторы часто меняют стиль его жизни, отношение к самому себе, различным иным обстоятельствам. Выявление сахарного диабета типа 1 (СД-1), последующая жизнь больных с этой патологией создаёт много проблем – необходимость соблюдения диеты, многократные инъекции инсулина, возможная смена профессии, утрата трудоспособности. Пограничные психические нарушения при СД-1 в виде неврозоподобных нарушений или патологического развития личности выявляются в 90% случаев [1]. Эти нарушения опосредуются личностной реакцией: интеллектуальной переработкой факта болезни или неадекватным, чрезмерным реагированием. Чем медленнее темп действия патологии, чем слабее действие фактора, тем больше остаётся «простора» для личностной переработки [3].

Нами поставлена цель оценить изменение психологического профиля пациентов СД-1 при возникновении и развитии заболевания, возможное влияние на возникновение психопатологических нарушений отношения к сахарному диабету типа 1.

Мы использовали клинические, лабораторные методы, опросник мини-мульти (сокращённый вариант ММРП) [2], а также усовершенствованный вариант опросника ТОБОЛ [4]. Нами обследованы 106 пациентов СД-1, средний возраст 35,7±5,4 года, которых мы разделили по гендерному признаку: 1-я группа – 44 мужчины СД-1 (длительность заболевания 13,65±0,10 года) и 2-я группа 62 женщины с СД-1 (длительность болезни 13,34±1,04 года). Контрольные группы составили 51 здоровых человека такого же возраста, которых также разделили по половому признаку: 3-я группа 25 мужчин и 4-я группа 26 женщин.

Нами проанализировано, в каком направлении меняется психологический профиль пациентов с СД-1 по методике мини-мульти. Итоговая оценка в 1-й мужской группе составила 73,97±3,22 балла, что достоверно выше, чем в контрольной 3-й мужской группе (63,82±4,29 балла). Результирующая оценка во 2-й женской группе составила 81,16±3,26 балла, что достоверно выше, чем в контрольной женской 4-й группе (67,31±4,69 балла). Нами выявлено, что по ипохондрической шкале достоверно выше параметры как в мужской (8,30±0,42 при контроле 6,46±0,65 балла), так и женской (9,54±0,47 при контроле 7,29±0,57 балла) группах СД-1, в сравнении с контрольными данными. Достоверные изменения, как в мужской, так и женской группе СД-1, по сравнению с контрольными данными, обнаружены нами по шкалам депрессии, истерии и шизоидности опросника мини-мульти. По шкалам психопатии и паранойальности не выявлено нами достоверных отличий мужских группах, а женские группы достоверно отличались (9,79±0,36 при СД-1, а в контроле 8,59±0,54 балла по шкале психопатии; 5,07±0,33 при СД-1, а в контроле 3,69±0,51 балла по шкале паранойальности). По шкале психастении напротив, выявлена достоверная разница в мужских группах (13,70±0,38 при СД-1, а контроле 11,84±0,063 балла), а женских (2-й и 4-й) отличий не обнаружено.

Типы отношения к болезни (методика ТОБОЛ) были объединены в 3 блока. Первый блок: гармонический, эргопатический, анозогностический типы отношений – без существенных нарушений социальной адаптации. Второй блок: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический тип отношений – с наличием дезадаптации преимущественно интрапсихической направленности. Третий блок: сенситивный, эгоцентрический, паранойальный, дисфорический – с наличием дезадаптации интерпсихической направленности.

Изменение психологического профиля при СД-1 нами выявлено у 86% мужчин и 84% женщин, в сравнении с контрольными группами. Можно выявить множество причин социального, медицинского свойства при СД-1 способствующих формированию психопатологических синдромов с течением длительного времени. Нами обнаружено 10 пациентов в 1-й группе и 14 во второй, которые страдали СД-1 не более 5 лет и уже имели изменения шкал психологического профиля мини-мульти. Особенностью этих пациентов СД-1, относительно недавно страдающих этой патологией явился тот факт, что их тип отношения к болезни относился ко второму, либо третьему блоку ТОБОЛа.

Таким образом, профиль личности изменяется с течением лет у подавляющего большинства пациентов СД-1. Трансформация этого профиля имеет гендерные отличия по шкалам психопатии, паранойальности и психастении. В первые годы заболевания СД-1 изменению профиля личности, вероятно, способствует тип отношения к заболеванию характеризующийся интерпсихической, либо интрапсихической дезадаптацией.

## Литература

1. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете и её зависимость от психодинамических особенностей нервной системы / П.И.Сидоров, А.Г.Соловьёв, И.А.Новикова, Н.Н.Мулькова. - Ж. Проблемы эндокринологии. - 2006. - Т.52, №3. - С.3-7.
2. Опросник мини-мульти (адаптация Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова) / Практическая психодиагностика. - 2007. - Самара. С.261-269.
3. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией / А.М.Спринц, О.Ф.Ерышев, Е.П.Шатова, И.Н.Филиппова. - Руководство для врачей. 2007. - С-Петербург. - 253 с.
4. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни/ Методические рекомендации. - авторы - составители: Л.И.Вассерман, Б.О.Иовлев, Э.Б.Карпова, А.Я.Вукс. - С-Петербург. - 2001. - 33 с.

## Психологические аспекты бесплодия

Васина А.Н. (Москва)

В последние годы проблема бесплодия стала одной из актуальных проблем различных наук. Диагноз «бесплодие» ставится, если усилия забеременеть в течение 2 лет постоянной половой жизни остаются безуспешными. В настоящее время вводится и такой термин как «психологическое (психогенное) бесплодие». На практике акушеры-гинекологи чаще всего в случае невыявления никаких видимых причин бесплодия, ставят диагноз «бесплодие неясного генеза». О психологическом бесплодии чаще говорят психологи. Однако такой диагноз можно ставить, только убедившись, что у женщины нет физиологических причин для возникновения бесплодия.

Были проанализированы 15 психотерапевтических случаев психологического бесплодия и литературные данные. Выделены следующие компоненты в структуре психологического бесплодия как психосоматического феномена:

1. *Телесный компонент.* Женщины с проблемами зачатия и вынашивания обладают следующими характерными особенностями телесности: общая низкая дифференцированность образа телесного Я, плохая представленность в образе телесного Я пространства живота и таза, неприятие своего телесного Я, отвержение витальных сил тела, переход на мужской тип реагирования, интеллектуальный контроль своих телесных проявлений, потеря контакта с внутренней женщиной в себе и др. [3]

2. *Эмоциональный компонент.* Одна из главных ролей в возникновении психологического бесплодия отводится воздействию стресса и прошлых травмирующих событий. Сюда включают и жизнь в тяжелой домашней обстановке, и переживания за близких, и трудоголизм, и склонность к депрессиям. К этому же компоненту можно отнести и сильное желание иметь ребенка, т.к. любая навязчивая мысль может обернуться тяжелым стрессом.

3. *Когнитивный компонент.* У женщин с бесплодием часто мы можем обнаружить так называемые патологические установки (идеализации). Это излишне значимые идеи, которые доставляют длительные негативные переживания. К таким идеализациям относится идеализация цели родить ребенка, идеализация семьи («семья без ребенка – не семья»), и др. [1]

4. *Личностный компонент.* Женщины с проблемами репродуктивной сферы в повседневной жизни, а также в способах решения ими проблем деторождения руководствуются чисто мужскими принципами: борьбы и усилия, рациональности и контроля, стремления достичь внешней цели (стремление получить ребенка, а не подарить его), ища средства решения только вовне.

5. *Мотивационный компонент.* Исследователи данной проблемы показали, что очень часто, даже имея сильное сознательное желание иметь ребенка, такая женщина на подсознательном уровне может ощущать, что рождение ребенка ставит под угрозу ее благополучие, успешность и т.д.

6. *ССР.* Основным психологическим источником трудностей для формирования репродуктивной сферы является неприятие матерью телесных и психологических проявлений женственности дочери, особенно в возрасте до 5 лет (ограничение телесного контакта с ребенком и др.). [2]

В литературе рассматриваются также семейный, сексуальный аспекты психологического бесплодия, проблемы самооценки у женщин с бесплодием, проблемы мужского бесплодия, социальный аспект данной проблемы и т.п.

Таким образом, можно заключить, что психологическая помощь должна строиться с учетом различных компонентов психологического бесплодия.

## Литература

1. Кавер О. Хочу ребенка. - М.: Весь, 2013. - 250 с.
2. Филиппова Г.Г. Проблемы телесности в психологии репродуктивной сферы женщины. // Междисциплинарные проблемы психологии телесности: материалы межведомственной конференции, Москва, 20-21 октября 2004г. / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: МосГУ, 2004. - с.367-379.
3. Харитонов А.Ю. Телесно-ориентированная психотерапия и медитативный танец в коррекции репродуктивной сферы женщины. // Междисциплинарные проблемы психологии телесности: материалы межведомственной научно-практической конференции, Москва, 20-21 октября 2004г. / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.:

## **Стратегия психологической помощи подросткам с тяжелыми хроническими заболеваниями (на примере неспецифического язвенного колита и болезни Крона)** Венгер А.Л., Лазуренко С.Б., Свиридова Т.В. (Москва)

### **Введение**

Реализация личностно-ориентированного принципа в современной педиатрии невозможна без дифференцированного подхода к лечению и организации психологической помощи детям.

В условиях тяжелой хронической болезни дети находятся в качественно иной социальной ситуации (длительная астенизация и болевые ощущения, отсутствие систематической педагогической нагрузки, ограничение в социальной активности и т.д.), что оказывает неблагоприятное влияние как на их психическое состояние, так и на развитие личности в целом.

В силу стремительных психофизических изменений в подростковом возрасте, сопровождающихся повышенной эмоциональной лабильностью, обостренностью личностных переживаний и большей уязвимости личности в ситуации стресса, следует уделить особое внимание психологической помощи подросткам в условиях стационара.

### **Материалы и методы**

С целью выявления факторов, влияющих на психологическое состояние подростков, были проанализированы 75 клинических случаев психологической помощи подросткам (в возрасте от 12 до 16 лет), находящихся на лечении в отделении гастроэнтерологии НИЦЗД РАМН с диагнозами неспецифический язвенный колит (48%) и болезнь Крона (52%), со средним стажем заболевания 3 года.

Стандартное обследование психологического состояния пациентов включало метод наблюдения, клинической беседы, а также комплекс проективных методик («Незаконченные предложения», «Методика исследования самооценки Т.В. Дембо-С.Я. Рубинштейн», тест «Нарисуй человека»).

### **Результаты**

Физическое состояние ребенка и стадия заболевания являются определяющими показателями при выборе содержания психологической помощи ребенку на всех этапах лечения. Обострение заболевания оказывает негативное влияние на психологическое состояние детей. Все они (30 %) в этот период болезни находятся в тяжелом психологическом состоянии. В качестве актуальных переживаний у подростков данной группы наблюдаются: сниженный фон настроения, острая тревога за свое здоровье, чувство одиночества, сужение мотивационно-потребностной сферы до мотива «выздоровление».

Улучшение психологического состояния напрямую связано с тактикой и эффективностью медикаментозной терапии. Создание в палате стационара комфортных условий среды и наличие эмоциональной поддержки, позволит снизить степень эмоционального напряжения ребенка, а значит улучшить его физическое и психологическое состояние.

Психологическое состояние детей с легким течением заболевания (54 %) зависит и определяется физическими ощущениями, их остротой и постоянством (например, наличие болевых ощущений, выраженность астении), а также условиями социальных среды, в которых они находятся. Для подростков данной группы свойственны повышенное эмоциональное напряжение и лабильность настроения. Дополнительное отрицательное воздействие оказывает фрустрация потребности в общении (со сверстниками и значимыми взрослыми) и потребности в самоутверждении, проявлении инициативы. Атмосфера отделения, возможность реализовать в процессе лечения свои возрастные, индивидуальные и личностные возможности, значительно улучшит психологический настрой ребенка, благоприятно скажется на его эмоциональном и физическом состоянии, а также процессе выздоровления.

У подростков с заболеваниями в стадии ремиссии (16 %) наблюдается стабильное эмоциональное состояние по сравнению с детьми из других двух групп. В ходе обследования они демонстрируют внутриличностную напряженность, вызванную активным становлением психологических достижений возраста, развитием личности: самопринятия и самопознания, освоение способов социального общения и расширением круга социальных контактов, профессионального самоопределения. На данном этапе детям необходима психологическая помощь в реализации индивидуальных психологических потребностей, социальной активности с учетом состояния и особенностей их здоровья.

**Заключение:** при разработке содержания психологической помощи детям с хроническими заболеваниями на каждом этапе лечения необходимо учитывать характер и тяжесть течения болезни, а также их возрастные, психологических и личностные потребности.

## Социокультурные стандарты привлекательности, их связь с формированием образа тела и пищевого поведения у девушек

Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. (Москва)

За последнее время влияние общего социокультурного фактора, состоящее в идеализации крайне низкого веса у женщин, достигло огромных размеров. Сосредоточение внимания женщин на стремлении к худобе является сейчас нормативом, а навязанные образы масс медиа становятся все более жесткими и нереалистичными. Все это повышает риск развития таких расстройств как дисморфофобия (неудовлетворенность телом) и нарушения пищевого поведения (НПП).

Социальные стандарты привлекательности наиболее значимы для женщин, поскольку они, в отличие от мужчин, больше подвергаются оценке с позиции «привлекательна - не привлекательна». По этой причине влияние масс медиа направлено, в первую очередь, на женскую аудиторию. Например, реклама разнообразных диет встречается в десять раз чаще в женских журналах, чем в мужских [3]. Если говорить о распространенности НПП среди женщин и мужчин, то соотношение будет примерно такое же: у женщин нарушения пищевого поведения встречаются примерно в десять раз чаще, чем у мужчин.

В зарубежной литературе опубликовано множество исследований, направленных на изучение влияния социокультурных факторов на формирование образа тела и пищевого поведения у женщин, однако в отечественной литературе наблюдается недостаток подобных исследовательских работ.

Целью данного исследования является изучение влияния социокультурного фактора на формирование образа тела и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста. Мы полагаем, что наличие жесткой связи между физической привлекательностью, эталоном которой являются худые образы масс-медиа, и другими аспектами жизни выступает в качестве одного из главных факторов формирования негативного восприятия тела и нарушений пищевого поведения.

В исследовании приняли участие 107 девушек 12-23 лет (средний возраст 17 лет,  $Sd=2,86$ ) – учащиеся школ и студентки.

В качестве инструментария были выбраны:

- опросник EAT-26 (Eating Attitudes Test) - широко применяемый во всем мире скрининговый опросник, направленный на выявление степени риска развития пищевых расстройств и состоящий из трех шкал - увлечение диетами, шкалы булимии и шкалы орального контроля [2]. Для подсчета суммарного балла мы использовали диагностическую шкалу, в которой 0 баллов соответствует ответам «Никогда», «Редко», «Иногда»; 1 балл - ответу «Часто», 2 балла - ответу «Обычно», 3 балла - ответу «Всегда». Значения суммарного балла, равные 20 и выше свидетельствуют о риске НПП.

- опросник BAS (Body Appreciation Scale), направленный на изучение отношения к собственному телу [1]. Чем выше суммарный балл по данному опроснику, тем выше уровень удовлетворенности собственным телом.

- опросник SCAA (Social and cultural attitudes about appearance), направленный на изучение связи между привлекательностью и разнообразными аспектами жизни, такими как социальное принятие, самооценка, успешность в жизни и личное счастье [3]. Опросник состоит из 26 утверждений. Все утверждения сгруппированы в пять факторов: 1) привлекательность, фитнес и самооценка (например, «Люди, физически более развитые и совершенные, чувствуют себя более привлекательными»); 2) привлекательность и счастье (например, «Необходимо быть физически привлекательным, чтобы иметь счастливую жизнь»); 3) худые образы масс медиа как эталоны привлекательности (например, «Чтобы соответствовать стандартам красоты, женщине необходимо быть очень худой и всегда в тонусе»); 4) привлекательность и социальное принятие («Чем привлекательней человек выглядит, тем лучше его принимают другие»); и 5) привлекательность и успешная работа (например, «Люди в хорошей физической форме более успешны в работе»). Чем выше суммарный балл, а также баллы по каждому из этих факторов, тем сильнее влияние социокультурного фактора. Особенно опросник состоит в том, что испытуемый должен оценить каждое высказывание с трех позиций: 1) насколько испытуемый сам согласен с этими высказываниями, 2) насколько общество (по мнению испытуемого) согласно с данными высказываниями и 3) насколько образ жизни самого испытуемого соответствует данным высказываниям (например, если он согласен, что хорошая физическая форма сопутствует успеху, поддерживает ли он сам эту форму). В данной работе мы пока использовали только результаты ответов по первой позиции (степень согласия испытуемых с высказываниями). Опросник был переведен с английского языка и впервые используется на российской популяции.

В результате статистической обработки данных мы получили положительные корреляции между суммарным баллом EAT-26 и факторами опросника SCAA, а также отрицательные корреляции между суммарным баллом BAS и факторами опросника SCAA (табл.).



Шкалы SCAA	Удовлетворенность телом (BAS)		Риск НПП (EAT-26)	
	N	r	N	r
Привлекательность, фитнес и самооценка	107	-0,26*	100	0,42**
Привлекательность и счастье	107	-0,23*	100	0,33**
Худые образы масс-медиа как эталоны привлекательности	107	-0,33**	100	0,43**
Привлекательность и социальное принятие	107	-0,22*	100	0,39**

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Таким образом, чем выше неудовлетворенность телом и больше риск нарушений пищевого поведения, тем выраженнее влияние социокультурного фактора, в основе которого лежит жесткая фиксация представлений девушек о связи между физической привлекательностью и успешностью в жизни в целом (счастье, социальное принятие, успех). Полученные результаты нуждаются в дальнейшем эмпирической проверке. Предполагается в дальнейшем проанализировать оставшиеся две позиции опросника SCAA.

#### Литература

1. Avalos L., Tylka T., Wood-Barcalow N. The body appreciation scale: development and psychometric evaluation//Body image. 2005 (2).
2. Garner D., Olmsted M., Garfinkel P., Bohr Y. The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates//Psychological medicine. 1982 (12).
3. Kiang L., Harter S. Sociocultural values of appearance and attachment processes: an integrated model of eating disorder symptomatology//Eating Behaviors. 2006 (7).

### Тревога о здоровье и телесный образ Я у больных ишемической болезнью сердца

Желонкина Т.А. (Москва)

В настоящее время многими исследователями отмечается, что высокий уровень личностной тревожности является одним из факторов, влияющих на развитие заболевания ишемической болезни сердца (ИБС) [1, 3, 4]. «Тревога о здоровье» [«health anxiety»; 11] является одним из вариантов личностной тревожности. По мнению ряда авторов [7, 9], проявления тревоги о здоровье тесно связаны с восприятием тела. Однако описание подобного соотношения представляются не до конца изученным в отношении пациентов с различными соматическими заболеваниями. Это определило основную цель настоящего исследования – выявление и изучение связи тревоги о здоровье и образа тела.

В выборку вошли 40 пациентов с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца. Средний возраст пациентов – 67, 3 лет, среди них: 22 – мужчины и 18 – женщины.

В ходе исследования применялись следующие психодиагностические методики: 1) Пятифакторный опросник NEO-FFI; 2) Методика изучения телесного образа Я «Сегменты»; 3) Краткий опросник тревоги о здоровье SHAI (Short Health Anxiety Inventory) [5]<sup>1</sup>; 4) Опросник тревоги о здоровье HAQ (Health Anxiety Questionnaire) [8]<sup>\*</sup>; 5) Опросник когнитивных установок о теле и здоровье САВАН (Cognition about Body and Health Questionnaire) [9]<sup>†</sup>; 6) Шкала оценки поведения в болезни SAIB (Scale for the Assessment of Illness Behavior) [10]<sup>†</sup>; 7) Шкала тревоги Спилбергера-Ханина; 8) Опросник защитных механизмов личности Life Style Index; 9) Опросник качества жизни SF-36. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью SPSS 19.0.

Корреляционный анализ показал наличие связи между выбором грудной клетки как наиболее важной зоны тела и значениями шкалы тревоги о здоровье ( $r=0,4$ ;  $p=0,03$ ), а также между шкалой страха смерти и восприятием грудной клетки как наиболее значимой зоны тела ( $r=0,45$ ;  $p=0,025$ ).

По результатам методик был также проведен кластерный анализ, который позволил выделить 2 группы больных. Между группами была проведена процедура сравнения средних значений по непараметрическому критерию Манна-Уитни, достоверным считался уровень значимости  $p < 0,05$ . Итак, в первую группу вошли 23 больных (58%), для которых характерен высокий уровень тревоги о здоровье, выраженный страх смерти, низкие показатели качества жизни. Такие больные уделяют особое внимание телесным ощущениям, их характеризует высокая бдительность в отношении телесных ощущений и стремление их катастрофизировать, ощущение своего тела как слабого и истощенного. В данной группе больных значимо чаще грудная клетка выбирается как наиболее важная телесная зона. В поведении таких пациентов можно отметить приверженность здоровому образу жизни, активное выражение своих жалоб близким и медицинскому персоналу, высокую комплаентность в отношении лечения. У 30% больных данной группы при психопатологическом обследовании было диагностировано ипохондрическое расстройство.

<sup>1</sup> В рамках данного исследования проводится адаптация методики.

Вторая группа (17 больных, 42%) характеризуется более низким уровнем нейротизма, а также общей и ситуативной тревожности. Описанные выше особенности отношения к здоровью и заболеванию, своему телу, а также поведение в болезни, характерные для первой группы, не являются выраженными у данной категории больных.

Полученные данные об уровне тревоги пациентов относительно своего здоровья планируется использовать в рамках психологических консультаций больных.

#### Литература

1. Васюк Ю.А., Довженко Ю.А., Школьник Е.Л., Ющук Е.Н. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. М., 2009.
2. Волець Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия). М., 2009.
3. Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э., Никитина Ю.М. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогрессировании ИБС. Кардиол. и серд.-сосуд. хир. 2008; 3: 24-27.
4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизев М.Ю., Иванов С.В. Психокордиология. М., 2005.
5. Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy Research*, 31, 871–883.
6. Abramowitz, J. S., Oltunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behaviour Therapy*, 38, 86–94.
7. Barsky, A. J., Wyshak, G., & Herman, O. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 4, 323-334.
8. Lucock, M. P., Morley, S. (1996) The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 137-150.
9. Rief, W., Hiller, W., Margraf J. Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome *Journal of Abnormal Psychology* 1998. Vol. 107, No. 4, 587-595.
10. Rief, W., Ihle, D., Pilger, F. A new approach to assess illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research* 54 (2003) 405–414.
11. Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843–853.

### **Качество жизни пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и дисциркуляторной энцефалопатией**

Иванова Е.В., Рощина И.Ф., Любаева Е.В. (Москва)

Чувства и переживания человека, связанные с пожилым возрастом, а также с наличием у него того или иного заболевания, глубоко затрагивают его эмоциональную сферу. Болезнь и пожилой возраст ведут за собой физические и социальные последствия и ограничения, которые усугубляют остроу психологических переживаний человека. Тогда на первый план выступает неудовлетворённость человека своей жизнью в целом, а также низкая степень удовлетворения человеческих потребностей.

Так как сильное желание долгой, активной и счастливой жизни преобладало в мечтах и мыслях людей всех времён и народов, исследователи стали задумываться над описанной проблемой. В 1966 году J. R. Elkington впервые использовал термин «качество жизни» для характеристики обозначенной проблемы. Он особо выделил проблему качества жизни и определил её как «гармонию внутри человека и между человеком и миром, гармонию, к которой стремятся пациенты, врачи и общество в целом».

Целью данной работы является изучение качества жизни (КЖ) на примере исследования особенностей качества жизни пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП).

Исследование КЖ пожилых пациентов с ИБС и с ДЭП проводилось нами в ответ на практический запрос учреждения – Российского Научно-Исследовательского Института Геронтологии МЗСР РФ (РНИИ Геронтологии МЗСР РФ). Были обследованы 30 пожилых пациентов, 14 мужчин и 16 женщин в возрасте от 56 до 85 лет, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и неврологии и имеющие диагнозы ИБС и ДЭП соответственно. Стоит отметить, что в данном исследовании приняли участие лишь пациенты с диагнозами ДЭП 2 степени.

Объект исследования – особенности качества жизни в пожилом возрасте. Предмет исследования – особенности качества жизни пожилых больных с ИБС и с ДЭП.

В исследовании выдвигается гипотеза о том, что уровень качества жизни у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией ниже уровня качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Логика исследования предполагает сочетание методик, направленных на изучение факторов, влияющих на качество жизни, самооценки, уровня тревожности и личностных характеристик. Методическая программа включает в себя комплекс экспериментально-психологических методик и психологический опросник.

«Краткий опросник оценки статуса здоровья» Medical Outcomes Study Short Form 36 Health Survey (SF-36) («Краткая форма изучения медицинских итоговых параметров – 36»), который является неспецифическим (общим) опросником измерения качества жизни.

Методика изучения самооценки (модифицированный вариант методики Дембо-Рубинштейн с добавлением шкал оценки параметров, специально подобранных для данного контингента больных). Мы использовали следующие шкалы: здоровье, качество жизни, счастье, характер, оптимизм, спокойствие, общительность, любознательность и широкий/узкий круг интересов.

Методика измерения уровня тревожности (шкала Дж. Тейлора) в адаптации Г. В. Норакидзе, которая позволяет оценить уровень тревоги, а также искренность и правдивость ответов испытуемых.

Проективная методика исследования личности («Hand-test» Э. Вагнера, направленная на исследование потребностей, мотивов, страхов и конфликтов личности, а также способности к открытому агрессивному поведению).

Теоретическую основу данной работы составили представления об истории развития науки о качестве жизни, о понятии «качество жизни» и его критериях. В работе упомянуты исследования качества жизни, проведённые в смежных психологии областях, а также значение этих исследований для науки и практики. Краткие клинические характеристики выбранных для исследования нозологий дополняют теоретическую основу работы.

Результаты данной работы могут быть использованы при построении программ психологической помощи больным с ИБС и с ДЭП.

### **Результаты и выводы**

Уровень тревожности в группе пациентов с ДЭП достоверно выше, чем в группе пациентов с ИБС.

Уровень психологической активности в группе пациентов с ДЭП достоверно ниже, чем в группе пациентов с ИБС. Это свидетельствует о сниженном энергетическом потенциале больных с ДЭП, что может быть связано с тяжестью заболевания и с ограничениями, которые оно накладывает на пациентов. Сниженный энергетический потенциал, в свою очередь, может влиять на ощущение больными качества своей жизни, снижая его.

Творческая сторона мышления и воображение у пациентов с ДЭП выражены слабее, чем у пациентов с ИБС. Таким образом, у больных с ДЭП меньше личностных и творческих ресурсов, которые помогли бы облегчить протекание заболевания на уровне его переживания. Это влияет на ощущение ими качества своей жизни, не повышая его.

Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, а также общий показатель положительных эмоций в группе больных с ДЭП достоверно ниже, чем в группе больных с ИБС. Больные с ДЭП не удовлетворены собой как полноценными членами общества и своей семьи. Они чувствуют, что не в состоянии выполнять определённую желаемую роль в жизни общества и в жизни своих близких из-за значительных физических ограничений, которые налагает на них заболевание.

### **Перфекционизм как условие для возникновения психосоматических расстройств**

Исмагилова А.Г., Федулева А.Г. (Пермь)

В последние двадцать лет феномен перфекционизма стал предметом активных эмпирических исследований в клинической психологии и психиатрии, как за рубежом, так и в России. П.Хьюитт, Г.Флетт, С.Ингрем и др. отмечают, что при неправильном соотношении перфекционистских тенденций, непропорциональном их развитии возникает риск формирования невротического перфекционизма [цит. по 1]. В.А.Ясная указывает, что в исследованиях перфекционизма выделяются следующие сферы, на которые перфекционизм оказывает негативное влияние: эмоциональное состояние, продуктивность деятельности, межличностные контакты [4]. В работе И.И.Грачевой установлено, что мотивационной основой перфекционизма является интенсивный «конфликт достижения», при котором мотивы «стремление к успеху» и «избегание неудачи» выражены с одинаковой силой. Одновременно перфекционисты характеризуются меньшей устойчивостью к этим конфликтующим переживаниям [2]. Е.Т.Соколовой было выявлено, что специфика мотивационного компонента перфекционного стиля личности суицидальных пациентов включает в себя парадоксальное сочетание высокого перфекционизма с низкой мотивацией достижений [3].

Анализ исследований по проблеме перфекционизма позволил выдвинуть предположение, что высокий уровень перфекционизма выступает как неблагоприятный психологический фактор риска или предрасполагающее условие для возникновения психосоматических расстройств. Высокий уровень перфекционизма сопровождается высоким уровнем невротизации, выраженной эмоциональной возбудимостью, продуцирующей различные негативные переживания (тревожность, напряженность,

беспокойство, растерянность, раздражительность) может привести к развитию психосоматических заболеваний.

Цель нашего исследования – изучение особенностей проявления перфекционизма и уровня невротизации у лиц с соматическими заболеваниями. Мы предположили, что высокий уровень перфекционизма и невротизации может служить прогностическим признаком возникновения соматических заболеваний (сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных).

Эмпирическое исследование проводилось в ГБУЗ ПК «МСЧ № 9 им. М.А.Тверье» г. Перми (февраль – март 2012 года). В исследовании приняли участие 60 испытуемых (24 мужчины и 36 женщин в возрасте от 26 до 82 лет). Из них: 30 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, пороки сердца, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, нарушение ритма и проводимости, миокардиты, эндокардиты; 30 пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями, такими как гастрит, язва желудка, колиты.

Для измерения перфекционизма использована многомерная шкала перфекционизма П.Л.Хьюитта и Г.Л.Флетта (адаптация И.И Грачевой) [2]. Показатели: перфекционизм, ориентированный на себя; перфекционизм, ориентированный на других; социально предписанный перфекционизм; общий уровень перфекционизма. Степень выраженности невротизации измерена шкалой для экспресс-диагностики уровня невротизации (НИИ им. В.М.Бехтерева, 1974) [5].

Изучение связи между показателями перфекционизма и уровня невротизации показало, что в общей выборке показатель уровня невротизации отрицательно связан с показателем перфекционизма, ориентированного на других ( $r = -0,270$ ;  $p \leq 0,05$ ), с показателем социально предписанного перфекционизма ( $r = -0,352$ ;  $p \leq 0,01$ ), с показателем общего уровня перфекционизма ( $r = -0,377$ ;  $p \leq 0,01$ ), т.е. с увеличением названных показателей перфекционизма увеличивается уровень невротизации и наоборот.

Для выявления различий в характере связи между показателями перфекционизма и уровня невротизации в выборках испытуемых с сердечно-сосудистыми и желудочно-кишечными заболеваниями мы сравнили матрицы интеркорреляций.

Обнаружено, что в группе с сердечно-сосудистыми заболеваниями показатель уровня невротизации отрицательно связан с показателем социально предписанного перфекционизма ( $r = -0,378$ ;  $p \leq 0,05$ ), т.е. с увеличением уровня социально предписанного перфекционизма увеличивается уровень невротизации и наоборот.

А в группе лиц с желудочно-кишечными заболеваниями обнаружена несколько иная картина: показатель уровня невротизации отрицательно связан с показателем перфекционизма, ориентированного на других ( $r = -0,376$ ;  $p \leq 0,05$ ) и с показателем общего уровня перфекционизма ( $r = -0,385$ ;  $p \leq 0,05$ ), т.е. с увеличением уровня перфекционизма, ориентированного на других и общего перфекционизма увеличивается уровень невротизации и наоборот.

Установлено, что в группе испытуемых с желудочно-кишечными заболеваниями уровень социально предписанного перфекционизма значимо выше, чем в группе испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями ( $t = -2,24$ ;  $p = 0,028$ ). Приближается к уровню значимости и показатель общего уровня перфекционизма ( $t = -1,86$ ;  $p = 0,067$ ), т.е. лица с желудочно-кишечными заболеваниями имеют более высокие показатели общего уровня перфекционизма, чем лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выявленные корреляции показателей перфекционизма и уровня невротизации на общей выборке позволяют выдвинуть предположение, повышение перфекционизма сопровождается повышением невротизации личности. Очевидно, стремление человека к установлению чрезвычайно высоких стандартов, для себя, для других, стремление соответствовать высоким стандартам, установленным в обществе, может способствовать развитию различных негативных переживаний (тревожности, напряженности, беспокойства, растерянности, раздражительности), что в свою очередь определяет развитие невротизации личности. А уже на фоне невротизации личности развиваются различные соматические заболевания.

Различия в характере взаимосвязи показателей перфекционизма и уровня невротизации в группах с различными соматическими заболеваниями позволяют высказать предположение о разной психологической составляющей сравниваемых заболеваний. Так, пациенты с желудочно-кишечными заболеваниями оказываются более невротичными в связи с повышением перфекционизма, ориентированного на других и общего уровня перфекционизма. Вероятно, проявление требовательности по отношению к окружающим, нетерпимости, нежелание прощать их ошибки, их несовершенства, постоянное оценивание, критика других людей приводит к конфликтам из-за чрезмерных требований и ожиданий в адрес окружающих, к недостатку близких и доверительных отношений с ними. На этой почве повышается невротизация личности и развиваются различные желудочно-кишечные заболевания.

Лица же с сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризуются большей невротизацией в связи повышением уровня социально предписанного перфекционизма. Иными словами, они в большей мере ориентированы на высокие ожидания от них других людей, они стремятся им соответствовать, они осознают, что соответствовать этим стандартам необходимо, чтобы заслужить одобрение и принятие, избежать негативной оценки, у них складываются конкурентные отношения с людьми из-за сравнений себя с ними. Это может сопровождаться негативными эмоциями, что в свою очередь приводит к повышению уровня их невротизации и развитию на этой почве различных сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, мы получили подтверждение предположениям, что повышение предельно допустимых значений перфекционизма, связанное с повышением уровня невротизации личности может приводить к невротическому перфекционизму, который, в свою очередь, может вызвать патологические изменения в различных системах органов, что и проявляется в различных соматических заболеваниях.

#### Литература

1. Гаранян Н.Г. Типологический подход к изучению перфекционизма // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 52-60.
2. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. № 6. С. 72-80.
3. Соколова Е.Т., Цыганкова П.В. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. 2011. № 2. С. 90-100.
4. Ясная В.А. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2007. № 4. С. 157-166.
5. [http://azps.ru/tests/tests\\_unp.html](http://azps.ru/tests/tests_unp.html)

### **Страхи и ночные кошмары детей младшего школьного возраста с различными соматическими заболеваниями**

Курганова Ю.Е., Казакова М.Ю. (Москва)

Любое соматическое заболевание оставляет свой отпечаток на личностном развитии и психологическом состоянии индивида, особенно длительно текущее или хроническое. Повышенный уровень тревоги, страхи, как и возникающие на этом фоне ночные кошмары, свойственны детям с соматическими заболеваниями, поэтому так важно разобраться в особенностях этих процессов, посмотреть как они протекают в условиях различных нарушений.

Данная работа посвящена проблеме страхов и ночных кошмаров у младших школьников с соматическими заболеваниями. Мы рассмотрим содержание страхов и ночных кошмаров, что может помочь в дальнейшем в построении коррекционной работы с такими детьми.

**Объект исследования:** страхи и ночные кошмары детей младшего школьного возраста.

**Предмет исследования:** отличие содержания страхов и ночных кошмаров у детей младшего школьного возраста с различными соматическими заболеваниями между собой и в сравнении со здоровыми школьниками.

**Цель исследования** состоит в сопоставлении содержания ночных кошмаров у детей младшего школьного возраста с кардиологическими и нефрологическими нарушениями различной степени тяжести и из здоровых сверстников.

**Гипотеза исследования:** Страхи и ночные кошмары детей с кардиологическими и нефрологическими нарушениями отличаются друг от друга и от кошмаров школьников без соматической патологии.

#### **Описание выборки:**

Исследование проводилось на четырёх группах детей в возрасте от 7 до 11 лет. В первую группу вошли 30 пациентов нефрологического отделения НИИ Педиатрии и детской хирургии (12 мальчиков и 18 девочек). Вторая группа набиралась в кардиологическом санатории для детей МВД РФ «Быково» (16 мальчиков и 14 девочек). Также мы набирали материалы в отделении пересадки почки Российской детской клинической больницы. В этой группе наименьшее количество испытуемых – всего 8 (4 мальчика и 4 девочки). Контрольная группа набиралась в ГОУ СОШ №1399 – 30 школьников (16 мальчиков и 14 девочек).

#### **Методы исследования:**

1. Клиническая беседа;
2. Шкала личностной тревожности А.М. Прихожан;
3. Методика «Страхи в домиках» А.И. Захарова и М.А. Панфиловой;
4. Рисунок и описание своего ночного кошмара.
5. Статистические методы обработки данных с использованием однофакторного анализа и критерия Фишера.

Нами оценивалась ресурсность ребенка в его сновидении по следующим параметрам:

1) Не один в сновидении (отсутствие чувства одиночества, изоляции);

2) Есть продуманный план действий (нет оцененности);

3) Есть шанс на спасение (нет чувства обреченности);

4) Есть с собой оружие, магические предметы, инструменты, которые могут помочь справиться с опасностью;

5) Диссоциация себя с ситуацией;

6) Наличие помощника.

#### **Результаты исследования:**

По показателю общей тревожности не было выявлено значимых различий между группами. Для здоровых школьников характерны повышенные школьная, самооценочная и магическая виды тревожности. Для здоровых детей школа занимает важную часть их жизни, это объясняет то, что их тревоги связаны с социальной жизнью внутри учебного учреждения. Магическую тревожность можно рассматривать как часть ещё не изжитых интересов к ролевой игре, сказочным историям детей младшего школьного возраста. Для детей с нефрологическими нарушениями также характерны повышенные школьная и самооценочная виды тревожности. Можно предположить, что их заболевание не дает им новых поводов для тревожности. Не смотря на то, что обследование проводилось в условиях больницы, школьная жизнь является важной темой для таких детей. У детей с кардиологическими нарушениями отмечается повышенный уровень магической и межличностной тревожности. Это говорит о том, что такие дети больше склонны к иррациональному мышлению, а также о значимости для них отношений с другими людьми. Дети из отделения пересадки почки имеют средние баллы по всем видам тревожности. Низкий уровень школьной тревожности таких детей можно объяснить тем, что требования их родителей больше касаются соблюдения режима и медицинских предписаний, нежели школьной успеваемости.

Наибольшее количество страхов имели дети из отделения пересадки почки. В этой группе чаще, чем в остальных, встречались страх собственной смерти, нападения и высоты (их имели 88% детей в этой группе), страх стихии (74%), страх заболеть или заразиться и страх пожара (72%). В этой группе чаще встречались случаи, когда количество страхов у ребенка выходило за рамки возрастной нормы. В группе детей с кардиологическими нарушениями также выявилось довольно много случаев, когда количество страхов у ребенка выходило за рамки возрастной нормы. Для этой выборки также был характерен довольно специфичный страх – страх пожара (92%). Особенность этой группы не в большом количестве страхов, а в их интенсивности. Одновременно с этим, такие дети меньше остальных испытывают страх, когда засыпают, меньше боятся темноты и ночных кошмаров. У детей с нефрологическими нарушениями чаще, чем у остальных, встречается страх животных, хотя этот страх и распространен в других группах. Они реже боятся сказочных персонажей. Страх войны распространен во всех группах, но у детей с нефрологическими нарушениями этот страх встречается реже. Здоровые школьники чаще других отмечали, что боятся неожиданных резких звуков. А больше других они боятся своих сверстников. Это можно объяснить тем, что они больше общаются с ними. В отличие от больных, в условиях школы общение с другими детьми чаще может привести к негативному опыту – вспышкам агрессии, угрозам.

В целом, дети с соматическими нарушениями используют в своих сновидениях больше ресурсов, чем здоровые школьники. А дети с нефрологическими нарушениями и дети из отделения пересадки почки используют ресурсов больше, чем дети с кардиологическими нарушениями. Оказалось, что сновидения соматически ослабленных детей в целом более ресурсны, чем сны здоровых детей. То, что дети с кардиологическими нарушениями не так ресурсны, а страхи их довольно интенсивны, может означать, что они не так успешны в способах самопомощи. Они также чаще других используют в своих снах ресурс «есть защитник», что показывает их тенденцию в ожидании помощи извне. Также часто в их снах встречается ресурс «есть с собой оружие». А вот ресурс «есть шанс на спасение», то есть наличие возможности позитивного разрешения кошмара, встречается у них реже, чем в других группах. Основные мотивы их страшных снов – убийство незнакомых им людей и встреча с фантастическими чудовищами. У детей с нефрологическими нарушениями чаще есть продуманный план действия при встрече с опасностью. Основные мотивы их снов – страх быть разлученными с родителями и страх фантастических чудовищ. Дети из отделения пересадки почки чаще других находятся не одни в своих сновидениях и реже прочих диссоциируют себя от происходящего во сне. Основная тематика их ночных кошмаров – встреча с фантастическими чудовищами. Здоровые школьники реже других пользуются ресурсом «защитники», то есть верят в собственные силы.

При психокоррекционной работе с детьми с хроническими соматическими заболеваниями важно учитывать характер и направленность их страхов, а также возможности, помогающие им справиться со своими страхами. Психокоррекционную работу необходимо направить на снижение интенсивности страхов, посредством развития внутренних возможностей ребенка.

## Психологические особенности приверженности к лечению больных эссенциальной артериальной гипертензией

Лапанов П.С. (Речица, Республика Беларусь)

В работе проведено сравнение стремления к самозащите и избегания неудач здоровых респондентов и больных артериальной гипертензией, а также оценена взаимосвязь между данными стремлениями и приверженностью к лечению и выполнению медицинских рекомендаций – комплаентностью.

На комплаентность влияют множество факторов: личностные особенности, клиника, методы лечения, наличие родственников и близких людей, социально-экономическое положение, личность врача, особенности организации оказания медицинской помощи [1]. Для повышения комплаенса, а, следовательно, и эффективности лечения, выпускаются комбинированные препараты пролонгированного действия, организуются школы здоровья, проводится диспансеризация больных. Однако психологические аспекты комплаентности, в частности, взаимосвязь между совокупностью различных побуждений и готовностью выполнять медицинские рекомендации, изучены недостаточно.

Целью данной работы является изучение взаимосвязи между стремлением человека к избеганию неудач и приверженностью к лечению.

Материалы и методы

Респондентам основной и контрольной групп было предложено ответить на вопросы теста «Мотивация к избеганию неудач» Т. Элерса. Основная группа была протестирована на приверженность к лечению.

Опросник Элерса предназначен для изучения стремления человека ставить слишком легкие цели или, наоборот, слишком трудные, невыполнение которых не приносит огорчений [2].

Комплаентность оценена по тесту Н.А. Николаева «Приверженность к лечению больного ГБ» [3]. На основании самоотчета пациента оцениваются отношение пациента к лечению (когнитивная составляющая) и выполнение врачебных рекомендаций (волевая составляющая). Факторы комплаенса разбиты на три независимых блока: модификация образа жизни (общие привычки, диета, физическая и сексуальная активность, вера в Бога), лекарственной терапии (регулярность и кратность приема лекарственных средств, побочные действия) и медицинского и социального обслуживания (самоконтроль пациентов, регулярность посещения лечащего врача).

В основную группу были включены 37 пациентов кардиологического профиля поликлиники УЗ «Речицкая ЦРБ». Критерием исключения стало наличие сопутствующих заболеваний и расстройств, могущих повлиять на психический статус и комплаентность обследуемых, и отсутствие согласия пациента на обследование.

В группу контроля были включены 17 человек, прошедших профилактический осмотр в поликлинике УЗ «Речицкая ЦРБ» и давших согласие на обследование. Критериями исключения стали наличие психических расстройств и хронических соматических заболеваний.

В качестве параметров оценки основной и контрольных групп были взяты возраст, пол, образование, семейное положение, род деятельности. Согласно критерию сравнения Манна-Уитни, группы получились однородными по своему составу. Единственным статистически достоверным различием групп стало преобладание в контрольной группе обследуемых высшим образованием. Собираемый образ обследуемых - это замужняя женщина 55 лет со среднеспециальным образованием, служащая.

Результаты и их обсуждение

По результатам теста Элерса в обеих группах ответы получились статистически однородными. Средний балл респондентов равнялся 9, что соответствует сильно выраженному стремлению к самозащите и избеганию неудач.

Основная группа была оценена по особенностям течения артериальной гипертензии. Оценивались такие параметры, как стаж болезни, средние величины систолического, диастолического артериального давления, факторы риска по SCORE.

Среднее значение стажа болезни составило около 11 лет, средняя величина артериального давления – 157 мм рт. ст. САД и 100 мм рт. ст. ДАД. Поражение органов-мишеней и наличие ассоциированных клинических состояний было у трети респондентов основной группы.

Для респондентов характерна удовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства по всем блокам теста комплаентности. С критерием значимости  $0,01 < \alpha < 0,05$  отмечается прямая взаимосвязь между факторами модификации образа жизни и результатами теста избегания неудач. Достоверных данных о корреляции с другими факторами комплаентности выявлено не было. Таким образом, чем менее выражено стремление к самозащите и мотивация к избеганию неудач, тем выше приверженность к модификации факторов образа жизни.

Выводы.

1. Собираемый образ обследуемых - это семейный человек 55 лет со средне-специальным образованием, служащий.

2. Достоверного различия в мотивации к стремлению к самозащите и избеганию неудач больных АГ и практически здоровых респондентов выявлено не было. Средний балл респондентов составил 9, что соответствует сильно выраженному стремлению к самозащите и мотивации к избеганию неудач.

3. Для респондентов характерна удовлетворительная ожидаемая эффективность вмешательства по всем блокам теста комплаентности: модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинского и социального обслуживания.

4. Чем менее выражено стремление к самозащите и мотивация к избеганию неудач, тем выше приверженность к модификации факторов образа жизни.

#### Литература

1. Гречко, Т.Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии (обзор литературы) // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35. – С. 72-75.
2. Розанова, В.А. Психология управления [Текст]: учебное пособие / Розанова В.А. Психология управления – М.: ЗАО "Бизнес-школа "Интел-Синтез", 1999. – 352 с.
3. Николаев, Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результатов антигипертензивной терапии [Текст] / Н.А. Николаев. - М.: ИД "Академия Естественности", - 2008. - 92с.

### **Опыт применения Методики оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС) в практике клинического психолога туберкулезного стационара** Любаева Е.В. (Москва)

Цель работы: поделиться опытом применения в клинической практике психолога инфекционно-го стационара модифицированного метода, ранее использовавшегося в психосоматической клинике.

#### Материалы и методы.

Методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС) является модифицированной версией метода PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), разработанного Stefan Vuchi и Tom Sensky (1998). Ранее применялась в психосоматической клинике [Садальская Е. В., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В., 2000г.]

Объект исследования: пациенты туберкулезного стационара, находящиеся на лечении от 3 мес. до 6мес., мужчины и женщины (32 и 25 соответственно), страдающие сочетанной патологией (ТБ и ВИЧ-инфекция).

В условиях современной эпидемии ВИЧ-инфекции растет число случаев заболевания сочетанной патологией – ТБ и ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция резко повышает риск развития активного туберкулеза. По этой причине ВИЧ-инфекция значительно увеличивает число случаев туберкулеза. Больные ВИЧ-инфекцией имеют намного больший риск заболевания туберкулезом по сравнению с лицами без нарушений иммунитета. Туберкулез является главной причиной смертности среди больных ВИЧ-инфекцией. ТБ и ВИЧ-инфекция – это два заболевания, которые взаимно отягощают друг друга.

Информация о невозможности излечения от ВИЧ-инфекции и о прогнозе заболевания вызывает у пациентов тяжелые эмоциональные реакции, связанные с осознанием смертельной опасности. ВИЧ-инфекция оказывает влияние на личность пациентов: изменяет их самооценку (инфицированный человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей), самоуважение, уверенность в себе. В конечном итоге ВИЧ-инфекция изменяет самосознание людей.

Большинство пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом относятся к социально-дезадаптированным группам населения (злоупотребляющие алкоголем, потребители наркотиков, неработающие, малообеспеченные). Задача создания доверительного контакта врача с такими пациентами очевидна. Инструментом изучения особенностей восприятия пациентом воздействия симптомов и признаков болезни на повседневную жизнь является МОБиС. Объектом внимания становятся боль, страдания, другие аспекты заболевания, изучение их восприятия больным человеком. Однако, особенности субъективного восприятия пациентом воздействия симптомов и признаков болезни на повседневную жизнь сложны для вербального описания, а тем более для количественного измерения.

Не сразу и не все пациенты могут осмыслить и принять существенное изменение качества жизни и ограничение ее временных перспектив. Душевное состояние пациента имеет большое значение для развития заболевания, соблюдения режима диспансерного наблюдения, поддержания приверженности лечению, контролю над зависимостью.

Этот проективный метод позволяет пациенту самому отразить текущее воздействие болезни и имеет не только диагностическое, но и психотерапевтическое назначение.



Метод достаточно прост и в применении, надежен, удобен. Больные воспринимают его легко, выполняют задания с энтузиазмом. Интерпретация результатов позволяет сделать выводы о состоянии адаптации больного, об актуальных потребностях пациента, о его тревогах и переживаниях, причём – в динамике. Методика проводилась через каждые 2-3 месяца. Пациенты сами с удивлением замечали изменения в полученной схеме, проявляли интерес, задавали вопросы.

Результаты, полученные при помощи методики «МОБИС» дают возможность определить степень выраженности воздействия на больного болезни и симптомов, а также влияние семьи и профессиональной деятельности на состояние больного. Таким образом, чем меньше расстояние от «Я» до определённой сферы, тем более выражена степень воздействия данной области на человека.

В жизни больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом среди различных симптомов и жизненных сфер лидирует по значимости «семья», которая приобретает все большее значение по мере прогрессирования заболевания. Такие симптомы, как «тоска», «страх перед будущим», могут быть ослаблены посредством беседы с врачом или психологом. Физическая боль также достаточно часто вызывает переживания пациентов. По мере лечения ТБ, в процессе взаимодействия с психологом отмечается снижение эмоциональной насыщенности психологического симптома «Я - болезнь» и снижение уровня реактивной тревоги.

В настоящей модификации метод позволяет оценить значимость для больного отдельных симптомов заболевания, как соматического, так и психопатологического уровня. Пациент выбирает из списка перечисленных симптомов, из перечисленных жизненных сфер те из них, которые считает важными для себя. Затем он размещает их в своем «жизненном пространстве» на листе бумаги. Этот процесс не требует вербального опосредования, но может сопровождаться комментариями пациента и даже беседой о различных сторонах жизни. Метод позволяет понять место и значимость заболевания в контексте жизни человека, оценить отношение к заболеванию и мотивацию на лечение.

Знание психологических проблем пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ, поможет врачам строить отношение доверия с больными и создавать атмосферу сотрудничества в процессе лечения. Это в свою очередь приведет к преодолению внутреннего сопротивления диагностике и лечению.

Применение методики МОБИС может быть рекомендовано для работы клинического психолога с больными такими социально злокачественными и соматически тяжелыми заболеваниями, как ТБ и ВИЧ-инфекция.

### **Отношение к заболеванию и психологическое благополучие больных сахарным диабетом 1 и 2 типа**

Мотовилин О.Г., Лунякина О.В., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю. (Москва)

Сахарный диабет (СД) является ярким представителем хронических заболеваний, создающих особые условия для развития личности человека. Его специфической особенностью является высокий уровень предъявляемых больному требований в плане контроля заболевания (питания, гликемии, режима инсулинотерапии или приема пероральных сахароснижающих препаратов и т.д.).

Следствием болезни нередко становятся экзистенциальная фрустрация, влекущая за собой деформацию ценностно-мотивационной структуры, разрушение преморбидной личностной идентичности, развитие негативного самоотношения, реакция капитуляции и инвалидная жизненная позиция, редукция репертуара копинг-стратегий, тревожные и депрессивные расстройства, снижение качества жизни. Однако обнаруживаются и иные примеры, свидетельствующие о значительно менее деструктивном, а иногда даже и благоприятном влиянии заболевания на личность больного.

Можно предполагать, что одним из ключевых факторов, определяющих личностные изменения в условиях болезни, является отношение к ней человека. Выработка саногенного отношения, препятствующего инвалидизации и разрушению личности, является ничем иным как смысловой задачей, решение которой зависит от множества факторов. Одним из них, вероятно, является жизненная ситуация, в которой находится человек и которая во многом определяется его возрастом.

Существуют две основные формы СД: 1 тип характерен преимущественно для молодых людей, а 2 тип – для людей более старшего возраста (часто пожилых). В жизненной ситуации молодых пациентов с диабетом можно выделить две важные характеристики: во-первых, СД представляет из себя тотальную угрозу для их будущего, а во-вторых, у них больше ресурсов для совладания с ним. Люди пожилого возраста оказываются в иной ситуации: для них СД является одной из множества проблем (в т.ч. и болезней), которые им приходится решать, а их ресурсы уже не столь велики.

Исходя из этого была выдвинута гипотеза о том, что молодые пациенты с СД 1 типа чаще вырабатывают более благоприятное отношение к болезни по сравнению с пожилыми пациентами с СД 2 типа. При этом пациенты старшего возраста, сумевшие выработать более благоприятное отношение к

СД, также характеризуются более высоким уровнем психологического благополучия.

Материалы и методы исследования:

Исследование было проведено в Эндокринологическом научном центре. Выборка испытуемых составила 210 человек, из них 140 пациентов с СД1 типа и 70 пациентов с СД2 типа на инсулинотерапии продолжительностью не менее 3 месяцев. Последнее было необходимо для устранения различий, связанных с методами лечения. Группы достоверно не различались по соотношению мужчин и женщин, уровню HbA<sub>1c</sub> и длительности заболевания.

**Табл. 1. Общая характеристика выборки**

	кол-во (м/ж)	возраст, лет	длит. забол., лет	HbA <sub>1c</sub> , %
СД 1 типа	140 (47/93)	22,6±3,2	12,1±5,7	9,3±2,2
СД 2 типа	70 (15/55)	60,1±7,8	11,4±6,5	9,0±1,4

Прим.: HbA<sub>1c</sub> – основной показатель состояния здоровья при СД.

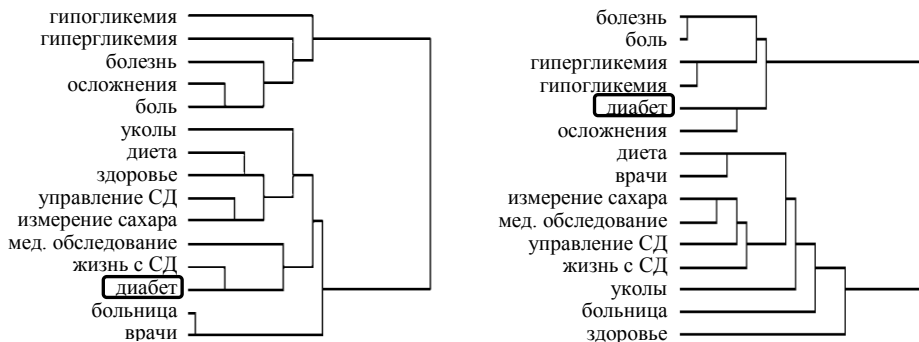
Для исследования отношения к СД применялась методика Цветовой тест отношений (ЦТО) Э.М. Эткинда. В качестве слов-стимулов выступили понятия, связанные с СД: здоровье, болезнь, боль, диабет, жизнь с диабетом, гипергликемия, гипогликемия, уколы, диета, измерение, сахара, управление диабетом, медицинское обследование, осложнения, врачи, больница.

Для изучения психологического благополучия использовались методики SF-36 (оценка качества жизни), шкала Ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина (СЛТ) и шкала депрессии CES-D.

Результаты исследования:

Кластерный анализ результатов ЦТО показал, что в обеих группах слова-стимулы делятся на два сходных кластера. В первый из них попадают слова, отражающие образ жизни, обусловленный СД (жизнь с диабетом, уколы, диета, измерение, сахара, управление диабетом, медицинское обследование, врачи, больница). Во второй – понятия, описывающие негативные явления, связанные с СД (болезнь, боль, гипергликемия, гипогликемия, осложнения).

При этом слово «диабет» в двух группах попало в разные кластеры: у больных СД 2 оно относится ко второму кластеру, а у больных СД 1 – к первому. Т.е. для пожилых пациентов с СД 2 типа диабет субъективно является именно заболеванием, тогда как для молодых пациентов с СД 1 типа он перестает быть таковым и становится частью образа жизни. Подобная трансформация отношения к диабету помогает пациенту минимизировать субъективную угрозу, исходящую от него, и тем самым существенно повысить психологическое благополучие. О последнем свидетельствуют результаты методик SF-36, СЛТ и CES-D.



**Рис. 1. Кластерный анализ результатов ЦТО в группе СД1 и СД2**

Так, согласно SF-36, пациенты с СД1 имели более высокие показатели качества жизни по 7 из 8 шкал методики (кроме шкалы психического здоровья, о причине чего будет сказано ниже) ( $p < 0,05$ ), а также более низкие показатели по шкалам тревоги и депрессии методики СЛТ и CES-D ( $p < 0,05$ ). При этом встает закономерный вопрос: возможно более высокий уровень психологического благополучия пациентов с СД 1 типа обусловлен исключительно молодым возрастом, а не отношением к болезни?

Для проверки этого предположения все больные, независимо от типа СД, были разделены при помощи кластерного анализа на две группы в соответствии с их отношением к болезни. В первую группу (А) были включены пациенты, характеризующиеся, согласно ЦТО, более негативным отноше-

нием к диабету и всему, что с ним связано, во вторую (Б) – те, чье отношение к СД является менее негативным. Процентное соотношение пациентов с СД 1 и 2 типа в группе А составило 58% и 42%, в группе Б – 71% и 29% соответственно.

Согласно методике SF-36, пациенты из группы Б, по сравнению с группой А, обнаружили более высокий уровень качества жизни по 7 из 8 шкал (кроме шкалы интенсивности боли) ( $p < 0,05$ ), а также меньшую степень выраженности тревоги и депрессии, согласно СЛТ и CES-D ( $p < 0,01$ ).

Указанные закономерности сохраняются и при проведении сравнения подгруппы А с подгруппой Б отдельно для каждой из нозологий (СД 1 и 2 типа). В группе пациентов с СД 1 различия между подгруппами А и Б значимы по 4 из 8 шкал опросника SF-36 и по всем шкалам опросников СЛТ и CES-D ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов с СД 2 различия между группами А и Б значимы по 4 шкалам опросника SF-36, а также по шкале депрессии CES-D ( $p < 0,05$ ).

Интересно, что по шкале Психического здоровья (SF-36) больные СД 2 типа, попавшие в группу Б, имеют более высокие показатели, чем даже больные СД 1 типа из группа А ( $p = 0,012$ ). Именно этим объясняется указанное выше отсутствие различий по данной шкале между пациентами с СД 1 и 2 типа.

Таким образом, проведенное исследование показало, что жизненные ситуации, зависящие от возраста больных, во многом определяют его отношение к заболеванию. Молодые пациенты с СД 1 типа вырабатывают более благоприятное отношение к диабету, воспринимая его не столько как болезнь, сколько как часть образа жизни, тогда как для пожилых пациентов с СД 2 типа диабет субъективно остается именно болезнью. При этом отношение к заболеванию, независимо от типа СД, является важным фактором, определяющим психологическое благополучие пациента.

### **Проблема синдромного анализа в клинической психологии телесности**

Николаева В.В., Арина Г.А. (Москва)

Поиск и анализ феноменологических и методологических оснований синдромного анализа в отечественной клинической психологии, начиная с ключевых работ Л.С. Выготского [1], означал определенную зрелость научной разработки проблемы, возможность не только описания, но и систематизации явлений. Решение задачи построения психологического синдрома теснейшим образом связано с определением предметного – специфически психологического – поля данной науки. В методологическом плане синдромный анализ и описанные по его правилам паттерны явлений и должны выполнять функцию самоопределения и спецификации клинической психологии, дифференциации ее от смежных медицинских областей. Как известно, эта задача успешно решается в таких разделах клинической психологии как нейро- и патопсихология.

По мере накопления психологических данных и опыта практического приложения психологических методов в соматической медицине все более актуальной эта задача становится в самоопределении такой области, которая исторически и традиционно именуется «психосоматикой», а в настоящее время организуется как клиническая психология телесности [11, 14]. Однако, в психологии телесности, в отличие от упомянутых разделов клинической психологии, систематизацию нельзя применить только к феноменам психологической природы, ибо ее предметное содержание – это сама психотелесная связь, биопсихосоциальная реальность здоровья и болезни. Поэтому синдромный анализ должен ответить не только на вопрос «как» изменяются психическая деятельность и психические процессы при определенной – психической, неврологической, соматической - патологии [4, 12], но и, в своем собственно «психосоматическом» варианте, создать доказательство детерминирующей клиническую картину заболевания роли психосоциальных факторов<sup>1</sup>. «Методологическая зрелость» любой создаваемой модели синдромного анализа, если руководствоваться отечественной традицией, определяется по нескольким ключевым критериям: во-первых, выделяемый синдром не очевиден, то есть не может быть зарегистрирован наблюдением, а получается аналитическим путем (одно из отличий от клинического синдрома). Во-вторых, синдром по своему содержанию не тождествен клинической картине болезни и/или ее этиопатогенетической модели, поэтому он ненозоспецифичен, но может быть патогномичным<sup>2</sup>. В-третьих, компоненты синдрома не составляют лишь «устойчивую совокупность» - неважно каких: психологических, соматических, психофизиологических и др., - явлений,

<sup>1</sup> Очевидно, что именно такую задачу психологического изучения психосоматических расстройств традиционно ставит психоаналитический, психодинамический дискурс [2].

<sup>2</sup> В психологии телесности проблема нетождественности психосоматического расстройства (болезни) и психосоматического синдрома стоит еще более остро, чем в свое время в патопсихологии. Например, до сих пор недостаточно проработан вопрос о различиях в феноменологии и структурировании психовегетативной дисфункции (соматоформное расстройство), с одной стороны, и психосоматического синдрома соматизации (хотя бы в понимании Ф.Александера), с другой. С остальными видами расстройств ситуация еще более запутанная.

симптомов, а организуют структурную (в предельном выражении, иерархическую), функционально связанную композицию, внутри которой определяется функциональное место и содержание каждого отдельного симптома<sup>1</sup>. В-четвертых, согласно пато- и нейропсихологической традиции синдром структурно соответствует (через содержание синдромообразующих факторов) не этиопатогенезу болезни, а тем или иным образом определяемому состоянию нормы<sup>2</sup> очерчиваемой психологической реальности. Другими словами, имплицитно психологический синдром отсылает исследователя к модели адаптивной, здоровой жизни души и тела (мозга). И наконец, синдромный анализ – это технология, алгоритм определенных профессиональных действий, последовательность и логика которых неслучайна, а задана задачей, гипотезой и характеристиками изучаемого объекта (т.е. моделью феноменов нормы и факторов их нарушения). Синдромный анализ проводится не только в соответствии с принципами (здесь действуют законы теории и вкуса), но в соответствии с ясными правилами, что и обеспечивает надежность и валидность результата – построенного эмпирического синдрома.

Следующий вопрос – какой синдромный анализ возможен и необходим в феноменологическом поле психологии телесности? В принципе, в этом поле могут пригодиться и будут полезны любые варианты систематизации, именно потому, что история развития психосоматики это история феноменологической науки. Прежде всего, к сегодняшнему дню понятна функция и польза практического применения традиционных форм методов синдромного анализа нейро- и патопсихологии: они уже позволили описать особенности протекания и организации психических процессов и деятельности на фоне конкретных соматических болезней [9,6]. Можно ожидать, что дальнейшее их приложение соберет мозаику нозотипических нейрокогнитивных и патопсихологических картин дефекта.

Следующий вариант синдромного анализа – самый распространенный и неалгоритмизированный, чаще всего и претендующий на звание «психосоматический синдром» - это описательный, феноменологический конструкт, создаваемый в соответствии с вкусовыми предпочтениями и методической оснащённостью исследователя. По сути это аддитивный психологический ПОРТРЕТ, в котором исполняются 3 требования: непротиворечивость описания, некоторая целостность – полнота феноменологической характеристики (скрывается под названиями «многофакторный», «интегративный» и др.), а также эмпирическая целесообразность. Последняя чаще всего связана с задачами функционального диагноза, фиксирующего «многообразные венозологические характеристики» [7] в контексте адапционно-компенсаторных ресурсов человека и его социального окружения. Данный вид синдрома и его технологии построения скорее можно оценить как комплексный и, в лучших его вариантах, как интегративный клинико-психологический синдром при любых формах расстройств и дезадаптации (психической, неврологической, соматической, психосоматической). В алгоритмах этого метода нет специфической чувствительности именно к психосоматической или телесной феноменологии. За одним исключением: особое место в содержании функционального диагноза занимает такой феномен как внутренняя картина болезни [9].

Третий вариант возможного синдромного анализа уже почти соответствует критериям Л.С.Выготского, его можно обозначить как структурно-функциональный анализ. Его эмпирическая реализация как правило состоит в статистическом сопоставлении психологических и физиологических параметров при какой-либо соматической болезни (часто фигурируют под названием «психосоматические соотношения»), либо это разной степени осмысленности взаимосвязи индивидуально-личностных характеристик и параметров клинической картины болезни. При этом установленный факт взаимосвязи начинает интерпретироваться как детерминация, а психологические факторы обретают статус механизмов. Конечно, это серьезное допущение, но его можно было бы обосновать и принять, если бы «за» таким эмпирическим конструктом лежал концепт о включенности данного психологического фактора в нормальную, здоровую организацию телесности. Такому требованию в настоящее время соответствует, например, анализ роли тревожности в психосоматическом симптомогенезе: известно как и что она определяет в нормальной психосоматике и как она может включаться в симптомогенез соматоформных, психоvegetативных расстройств. Без такой концептуальной модели структурно-функциональный синдром приближается просто к клинико-психологическому эмпирическому описанию.

Четвертый вариант синдромного анализа – самый «требовательный», трудный в его теоретико-методологическом обеспечении и технологии практического исполнения. Его можно назвать «структурно-генетическим». Прямой аналог и прототипный ход дискурса мы находим в психологии ано-

<sup>1</sup> Например, функциональное значение и содержание тревоги как симптома и механизма симптомообразования будет различным при психофизиологическом синдроме острого стресса и при хроническом гипервентиляционном синдроме и т.д.

<sup>2</sup> Так, в патопсихологии синдром соответствует структуре нормально протекающей психической деятельности [ ], в нейропсихологии – и деятельности, и обеспечивающим ее психофизиологическим факторам (отдаем себе отчет в некотором упрощении реальности). В анализе аномалий личности психологическая модель патологии в своей основе содержит концепты психологического здоровья [ 3] или когнитивно-аффективных стилей [13] и т.д.

мального детства [1,8], где также надо было решать проблему взаимосвязи биологических нарушений (например, патологии мозга), с одной стороны, и особенностей статуса и развития психических функций в контексте социальной ситуации развития ребенка, с другой. Как известно, биопсихосоциальный конструкт взаимосвязи этих факторов был получен на основе исследования хода развития. Этот путь опробован, и долгое время был и остается «мэйнстримом» анализа психосоматического симптомообразования (был сформулирован и реализуется психоаналитическим и близкими к нему направлениями). В клинической психологии телесности в настоящее время выстраивается иная модель психосоматического онтогенеза [11], которая также позволяет рассматривать онтогенетические факторы психосоматических расстройств. Однако, надо подчеркнуть, что принцип «структура в развитии» не сводится к онтогенетическим предпосылкам здоровья и болезни взрослых людей [10]. Психологическая детерминация может выступать в роли провокации симптомогенеза, патокинетического фактора (актуалгенеза и трансформации симптома), утяжеления, хронификации болезни, или напротив, факторов буферных, компенсаторных, адапционных, одним словом, психологическая регуляция может предоставлять определенный ресурс противостояния этиопатогенезу. К сожалению, и в отличие от нейро- и патопсихологии психосоматическому синдромному анализу почти недоступна методология доказательства структурно-функциональных и структурно-генетических связей в виде их экспериментального моделирования. Поэтому пока основным путем реализации обозначенных задач остается «старый знакомый» - анализ индивидуального случая по определенным правилам и алгоритмам. Остается открытым и главный методологический вопрос – о релевантной феноменологии нормальной телесности и ее психологической регуляции.

#### Литература

1. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства./ Собрание сочинений : В 6 т. М., 1983. Т. 5, с.257-321.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности.— М.: Мысль, 1988.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
5. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С.Выготского-А.Р.Лурии и постнеклассическая рациональность / В сб.: Наследие А.Р.Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, 2012, с.37-69.
6. Корсакова Н.К., Варако Н.А. О детерминантах формирования нейрокогнитивных расстройств при артериальной гипертензии в позднем возрасте. // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. - 2005. - № 4. - С. 16-24
7. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен./ Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева, т. 1, № 1, 2004.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: МГК, 1985.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
10. Николаева В.В., Арина Г.А. Принципы синдромного анализа в психологии телесности.// I Международная конференция памяти А.Р.Лурия: Сб.докладов./ Под ред. Е.Д.Хомской, Т.В.Ахутиной. М., 1998.
11. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности.// Психологический журнал. 2003. Т.24, №1.
12. Поляков Ю.Ф. Введение к Кн.: Е.Т. Соколова, В. Николаева. Особенности личности при пограничных расстройствах личности и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995.
13. Соколова Е.Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах // Е.Т. Соколова, В. Николаева. Особенности личности при пограничных расстройствах личности и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995. 27-206.
14. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

### **Риск нарушений пищевого поведения и уровень жизнестойкости**

Николаева Н.О., Алимова М.А. (Москва)

Пищевое поведение человека, имеющее в основе биологическую потребность, с раннего детства формируется как культурное и психологическое явление. В нем отражаются семейные, национальные и имущественные различия. А в нарушениях пищевого поведения (НПП) нередко проявляются личностные и психологические проблемы. Так, общеизвестен факт, что пищевое поведение человека уязвимо при низкой стрессоустойчивости – некоторые люди имеют обыкновенное «заедать» стресс. Также неуверенность в себе, неудовлетворенность своей внешностью влияют на установки пищевого поведения [1], которые, в зависимости от моды, будут направлены на увеличение или снижения веса.

Предметом данного исследования является связь рисков нарушений пищевого поведения с уровнем жизнестойкости у подростков.

Основные понятия:

Анорексия – нарушение пищевого поведения, связанное с ограничительными установками пищевого поведения, неадекватным восприятием своего тела и выраженной клинической симптоматикой.

Булимия – вариант анорексии, сопровождающийся приступами переедания и различными видами очищения.

Жизнестойкость – система убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром.

Методики:

1. Исследование установок пищевого поведения проводилось с помощью опросника EAT-26 (англ. Eating Attitudes Test), разработанного Д.М. Гарнером [3], адаптация русскоязычной версии Т.А. Мешковой. Тест содержит 26 вопросов и применяется для определения отношения человека к еде. EAT-26 имеет 3 шкалы: увлечения диетами (содержит 13 вопросов), булимическую (6 вопросов) и орального контроля (7 вопросов). На каждый вопрос предусмотрено пять вариантов ответа: «всегда», «обычно», «часто», «иногда», «редко» «никогда». Использовался исследовательский вариант обработки, при котором с первого по двадцать пятый вопросы являются прямыми и оцениваются следующим образом: «никогда» как 0 баллов, «редко» как 1 балл, «иногда» как 2 балла, «часто» как 3 балла, «обычно» как 4 балла и «всегда» как 5 баллов. Последний двадцать шестой вопрос является обратным.

Чем выше сумма баллов по тесту, тем значительнее риски нарушений пищевого поведения по анорексическому или булимическому типу.

2. Исследование жизнестойкости проводилось с помощью одноименного теста (англ. Hurdiness Survey), разработанного С. Мадди и адаптированного Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой [2]. Тест состоит из 45 вопросов и имеет три субшкалы – вовлеченность, контроль, принятие риска, которые и составляют общий уровень жизнестойкости. На каждый вопрос предусмотрено четыре варианта ответа: «нет», «скорее нет, чем да», «скорее да, чем нет», «да». Ответам присваиваются баллы от 0 до 3 и при подсчете необходимо учитывать наличие прямых и обратных пунктов.

Описание шкал теста жизнестойкости:

Вовлеченность – убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти стоящее и интересное для личности. При высокой вовлеченности человек получает удовольствие от деятельности. При низкой – возникает чувство отверженности.

Контроль – убежденность в том, что собственные усилия могут повлиять на происходящее. При высоком контроле человек ощущает, что сам выбирает свой путь. При низком контроле возникает ощущение беспомощности.

Принятие риска – убежденность в том, что все происходящие события способствуют развитию, являются приобретением опыта.

Выборка

В исследовании приняли участие 79 человек: 35 юношей в возрасте от 12 до 25 лет ( $M=17,3$ ) и 44 девушки в возрасте от 13 до 22 лет ( $M=16,4$ ). Среди участников были ученики школы с углубленным изучением иностранного языка и студенты, специализирующиеся в области психологии.

Результаты

Вычисления проводились с помощью программы Statistica 8.

Корреляции Спирмена между суммой баллов по тесту на установки пищевого поведения и параметрами теста жизнестойкости (субшкалами вовлеченности, контроля, принятия риска и суммой баллов) представлены в таблице. Показатели вычислялись отдельно для группы юношей и отдельно для девушек.

**Таблица. Значения коэффициентов корреляции между показателями пищевого поведения и жизнестойкости**

Юноши			Девушки		
№ п/п	Шкалы	Корреляции Пирсона	№ п/п	Шкалы	Корреляции Пирсона
1	Установки ПП <sup>1</sup> и Вовлеченность	-0,41*	1	Установки ПП и вовлеченность	-0,71*
2	Установки ПП и Контроль		2	Установки ПП и контроль	-0,54*
3	Установки ПП и Принятие риска	-0,47*	3	Установки ПП и принятие риска	
4	Установки ПП и Жизнестойкость	-0,40	4	Установки ПП и Жизнестойкость	-0,69*

<sup>1</sup> – установки пищевого поведения (суммарный балл теста EAT-26);

\* – корреляция значима на уровне 0,05.

Данные, приведенные в таблице, показывают, что увеличение баллов по тесту на установки пищевого поведения, связанное с соблюдением диет и повышенной озабоченностью контролем питания,

соответствует снижению показателей жизнестойкости. Особенно высокая связь пищевого поведения и параметров жизнестойкости отмечается у девушек. При этом среди всех показателей жизнестойкости показатель вовлеченности имеет наиболее выраженную отрицательную связь с тестом на установки пищевого поведения, что говорит о том, что к риску нарушений пищевого поведения склонны девушки, испытывающие чувства отверженности, с отсутствием интереса к происходящему в их жизни и не испытывающие удовольствия от деятельности.

Приведенные в таблице результаты показывают, что у юношей и девушек несколько отличается набор субшкал теста жизнестойкости, снижение которых связано с тенденцией возникновения рисков НПП. Снижение по шкале «вовлеченность» и снижение общей жизнестойкости характерно и для юношей, и для девушек. Отличия состоят в том, что у юношей также отмечаются низкие показатели субшкалы «принятие риска», а у девушек – субшкалы «контроль». Следовательно, акцентуированное отношение к еде и тенденции к нарушению пищевого поведения наблюдаются у юношей с низкой устойчивостью к разнообразию воздействий со стороны среды и общества и у девушек, считающих себя малоэффективными, с проблемами контроля над собственной жизнью.

В целом, показано, что установки пищевого поведения, связанные с озабоченностью питанием, демонстрируют обратную связь с жизнестойкостью, являясь, в зависимости от уровня выраженности, либо элементом заботы о своем здоровье, либо механизмом психологической защиты.

Литература

1. Келина М.Ю., Маренова Е.В., Мешкова Т.А. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. – 2011, № 5.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М., 2006.
3. Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates // Psychological Medicine. – 1982, 12, pp. 871–878.

### **Психосемантическое исследование интрацептивного опыта у больных с пролапсом митрального клапана** Первичко Е.И. (Москва)

Важность изучения явлений телесности человека представляется всем совершенно очевидной и, вместе с тем, психология интрацепции является одной из наиболее молодых областей исследования в психологии восприятия [1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14].

*Целью данного исследования* явилось изучение субъективной семантики интрацепции в больных с пролапсом митрального клапана (ПМК) <sup>1</sup>.

Наш исследовательский интерес к пациентам с ПМК неслучаен. ПМК – часто встречающееся заболевание: по данным различных исследователей, ПМК встречается у 30.8—42.0% населения [9, 15, 19]. Для больных с ПМК характерен риск развития ряда серьезных осложнений, наиболее опасным из которых является внезапная смерть в молодом возрасте, преимущественно в ситуациях эмоциональной и физической нагрузки [17, 24].

На наш взгляд, данная клиническая группа представляет интерес в контексте изучения психосоматической проблематики [4, 6, 27]. На правомочность выдвижения психосоматических гипотез при исследовании больных с ПМК указывают такие факты, как наличие выраженной диссоциации между многочисленными субъективными жалобами пациентов и крайне скудными данными объективных исследований [20, 22, 25], а также широкая распространенность тревожных расстройств и возможность формирования «функционального ПМК» в рамках панического расстройства [18, 21]. В ряде публикаций описываются случаи достоверного уменьшения выраженности клинической симптоматики после прохождения курсов психотерапии и после лечения антидепрессантами и анксиолитиками [20, 23, 25, 26].

*Гипотезы исследования:*

1. объем и структура словарей интрацептивных ощущений пациентов с ПМК отличаются от интрацептивных словарей здоровых лиц;

2. семантическая организация интрацептивных ощущений у пациентов с ПМК с признаками тревожно-фобических расстройств отличается от таковой в подгруппе пациентов с ПМК без признаков тревожно-фобических расстройств.

Для проверки выдвинутых гипотез использовалась психосемантическая методика «Классификация ощущений» [3, 13]. Испытуемым предъявлялись 80 слов-дескрипторов,

<sup>1</sup> Под термином «пролапс митрального клапана» (ПМК) понимают провисание всей створки сердечного клапана или ее части в систолу ниже уровня клапанного кольца [16].

использующихся в русском языке для описания телесных ощущений. Слова предъявлялись испытуемым на отдельных карточках. Выполнение методики в нашем исследовании включало 7 последовательных этапов<sup>1</sup>. Статистическая обработка данных включала расчет средних величин и их средних стандартных ошибок; определение достоверности различий между выборками испытуемых по показателям вероятности различий между исследуемыми показателями с использованием t-критерия Стьюдента; и TAXON-анализ результатов этапа «свободной классификации».

*Обследовано 134 больных с ПМК в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 24.8±1.2 года) и 73 практически здоровых человека (средний возраст 27.5±1.3 года). В группе пациентов с ПМК у 71 человека были диагностированы признаки тревожно-фобических расстройств (ТФР), в соответствии с критериями МКБ-10.*

Основные результаты исследования.

Показано, что больные с ПМК отличаются от здоровых лиц достоверно ( $p < 0.05$ ) большим объемом всех интрацептивных словарей (см. табл. 1).

**Таблица 1. Интрацептивные словари больных с ПМК и здоровых испытуемых.**

Типы интрацептивных словарей	Группы испытуемых	
	ПМК, n = 134	Здоровые лица, n = 134
1.Общий словарь интрацептивных ощущений	59,2±1,66*	43,7±1,42
2.Словарь «знакомых ощущений»	45,36±2,05*	31,99±2,81
3.Словарь «болезненных ощущений»	24,04±1,53*	11,74±1,61
4.Словарь «опасных ощущений»	12,52±1,63*	3,22±1,83
5.Словарь «часто испытываемых» ощущений	14,17±1,98*	5,79±0,23
6.Словарь «ощущений в области сердца»	10,12±1,22*	4,88±1,07

Примечание. \* - различия достоверны при сравнении с контрольной группой ( $p < 0.05$ ).

«Общий» интрацептивный словарь больных с ПМК достоверно ( $p < 0.05$ ) превышает по объему аналогичный словарь представителей контрольной группы, за счет более частого употребления дескрипторов, описывающих негативные эмоциональные состояния: «бесчувствие», «плохо» и конкретные физические проявления. Появились и «мучительные» ощущения: «терзающий», а также ощущения общего тонуса: «вялый». При выборе «знакомых» ощущений больные достоверно чаще ( $p < 0.05$ ) включают в этот словарь описания негативных эмоциональных состояний: «отчаяние», «тоска», «жужко». Для них характерно достоверно ( $p < 0.05$ ) более частое использование дескрипторов-метафор при описании «знакомых» и «болезненных» ощущений. При этом выявляются достоверные ( $p < 0.05$ ) различия при сравнении с контрольной группой по более частому использованию пациентами с ПМК эмоциональных и «диффузных телесных» дескрипторов.

В подгруппе пациентов с ПМК с проявлениями ТФР особенности субъективной семантики интрацепции, характерные для группы больных с ПМК в целом, выражены в большей степени. В ряде случаев различия между подгруппами больных с признаками и без признаков ТФР имеют статистически достоверный ( $p < 0.05$ ) характер: по общему объему всех словарей; по частоте использования дескрипторов негативных эмоциональных состояний (в словарях «часто испытываемых» ощущений и «ощущений в области сердца»); по выбору слов-метафор и «мучительных» признаков (в «общем» и «болезненном» словарях, а также словаре «часто встречающихся ощущений»).

В области понятий, описывающих диффузные и конкретные телесные ощущения, не выявлено достоверных различий между двумя подгруппами больных с ПМК, хотя такие различия ( $p < 0.05$ ) установлены при сравнении групп больных с ПМК и здоровых лиц: у здоровых испытуемых при построении интрацептивных словарей достоверно чаще ( $p < 0.05$ ) используются конкретные физические признаки.

Таким образом, исследование показало, что *больные с ПМК отличаются от здоровых лиц специфической субъективной семантики интрацепции*. Все Интрацептивные словари больных с ПМК превышают по объему словари здоровых лиц. Качественный и статистический анализ выявляют «сцепленность» физических и эмоционально-насыщенных признаков; высокую представленность «мучительных» признаков и более метафоризированный характер описаний интрацептивного опыта; детер-

<sup>1</sup> Этапы выполнения методики «Классификация ощущений»:

1. Отобрать слова, подходящие для описания интрацептивных ощущений;
2. Из выбранных на первом этапе слов отобрать знакомые по собственному опыту ощущения;
3. Объединить «знакомые» в группы так, чтобы в каждой группе были представлены сходные по качеству ощущения;
4. Из «знакомых» отобрать «болезненные»;
5. Из «болезненных» выбрать «опасные», угрожающие здоровью;
6. Из «болезненных» выбрать часто испытываемые;
7. Из «знакомых» выбрать те, которые подходят для описания «ощущений в области сердца»



минацию семантической организации интрацептивных ощущений пациентов их болевым опытом. В подгруппе больных с признаками ТФР описанные особенности представлены более отчетливо.

Полученные результаты, в целом, согласуются с данными исследований субъективной семантики интрацепции больных разных нозологических групп [2, 3, 5, 10, 11, 12, 14], что позволяет говорить о наличии некоторых общих, «универсальных» механизмов формирования семантической структурой интрацептивных значений при патологическом психосоматическом развитии.

Полученные результаты могут интерпретироваться в качестве доказательства роли психологических факторов в этиологии кардиалгий у больных с ПМК; они аргументирует необходимость психологической помощи этим больным.

#### Литература

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры. // Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов. / Под ред. В.В. Николаевой. М., 2009. С. 23-34.
2. Арина Г.А., Виноградова И.Л. Арина Г.А., Виноградова И.Л. Новый психологический метод изучения функциональных психосоматических симптомов // Тез. докл. Всес. конф. «Актуальные проблемы пограничной психиатрии». Москва - Витебск, 1989. Ч. 1. С. 11.
3. Ефремова О.В., Тхостов А.Ш. Исследование семантической организации интрацептивных ощущений. // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1990. № 3. С. 55-62.
4. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Синдромный подход в психологии телесности (на примере исследования больных с пролапсом митрального клапана). // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 2012. № 2. С. 57-67.
5. Иржевская В.П., Тхостов А.Ш., Морозова М.А., Рупчев Г.Е. Осознание собственной болезни как проблема в патопсихологии. // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 56-64.
6. Мартынов А.И., Поляков Ю.Ф., Николаева В.В., Степура О.Б., Остроумова О.Д., Первичко Е.И., Пак Л.С., Акатова Е.В. Моделирование эмоциональной нагрузки у лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. // Кардиология. 1999. Том 39. № 11. С. 51-59.
7. Николаева В.В. Клиническая психология телесности. // Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов. / Под ред. В.В. Николаевой. М., 2009. С. 49-72.
8. Николаева В.В., Арина А.Г. Клинико-психологические проблемы психологии телесности. // Психологический журнал. 2003. Том 24. № 1. С. 119-126.
9. Сторожаков Г.И., Верещагина Г. С., Малышева Н. В. Оценка индивидуального прогноза при пролапсе митрального клапана // Кардиология. 2004. № 4. С. 14-18.
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
11. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32-38.
12. Тхостов А.Ш., Григорьева В.Н., Елшанский С.П., Баландина Н.М., Егорова Е.А. Особенности словаря интрацептивных ощущений у больных головными болями напряжения // Боль. 2007. № 2. С. 17-23.
13. Тхостов А.Ш., Ефремова О.В. Метод исследования интрацептивной семантики при ипохондрических синдромах. // Тез. докл. Всес. конф. «Актуальные проблемы пограничной психиатрии». Москва - Витебск, 1989. Ч. 1. С. 110-112.
14. Тхостов А.Ш., Райзман Е.М. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект. // Психологический журнал. 2005. Том 26. № 2. С. 102-107.
15. Barlett C.B., Kirtley M., Mangham R. Mitral valve prolapse. // J. La State Med. Soc. 1991. Vol. 143. N.5. P. 41-43.
16. Barlow J.B., Pocock W.A. Mitral valve billowing and prolapse: perspective at 25 years. // Herz. 1988. Vol. 13. N. 4. P. 227 - 234.
17. Basso C., Thiene G., Corrado D., et al. Juvenile sudden death by cardiovascular disease // Eur. Heart J. 1993. Vol. 14 (Suppl.). P. 165.
18. Coplan J.D., Papp L.A., King D.L., Gorman J.M. Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder. // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. N. 11. P. 1587-1588.
19. Devereux R.B., Kramer-Fox R., Kligfield P. Mitral valve prolapse: causes, clinical manifestations, and management. // Ann. Intern. Med. 1989. Vol. 111. N. 4. P. 305-317.
20. Gonzalez E.A., Pimentel C., Natale R.A., et al. Psychiatric and medical co-morbidity in mitral valve prolapse. // Ir. J. Psych. Med. 2002. Vol. 19. N. 1. P. 16-20.
21. Gorman J.M., Goetz R.R., Fyer M., et al. The mitral valve prolapse - panic disorder connection. // Psychosom. Med. 1988. Vol. 50. N. 2. P. 114-122.
22. Joiner C.R., Cormann C.R. The mitral valve prolapse syndrome: clinical features and management. // Cardiovasc. Clin. 1986. Vol. 10. N. 2. P. 233-256.
23. Pariser S.F., et al. Arrhythmia induced by a tricyclic antidepressant in a patient with undiagnosed mitral valve prolapse. // American J. of Psychiatry. 1981. Vol. 138. N. 4. P. 522-523.
24. Puchala M. Neurologické a oftalmologické komplikácie prolapsu dvojicpovej chlopne. // Cesk. Neurol. Neurochir. 1990. Vol. 53. N. 1. P. 27-35.
25. Scordo K. Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome. // Clinical Nursing Research. 2007. N. 16. P. 58-71.
26. Stavrakaki C., Williams E., Boisjoli A., et al. Mitral valve prolapse and psychiatric complications: a case report. // J. Psychiatry. Neurosci. 1991. Vol. 16. N. 1. P. 45 - 49.
27. Zinchenko, Y. P., & Perovichko, E. I. (2012). The methodology of syndrome analysis within the paradigm of “qualitative research” in clinical psychology. Psychology in Russia: State of the Art. 5: 157-184.

## Психологические особенности жизнестойкости у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

Попенко Н.В. (Красноярск)

В настоящее время облитерирующие заболевания сосудов выходят на первое место по частоте проявлений и клиническому значению. В течение нескольких десятилетий отмечается увеличение пациентов с данной патологией, в связи с ухудшением экологической обстановки, урбанизацией общества, снижением качества продуктов. Особенностью облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей является постоянное прогрессирование процесса. [1; 2]. В клинической психологии и медицине активно изучается вопрос об отношении пациента к своему состоянию здоровья в ситуации болезни. Любая болезнь, независимо от ее происхождения, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Трудная жизненная ситуация, а это ни что иное как болезнь, отражает психическую деятельность больного, которая изменяется под влиянием тяжелого заболевания. Факторы, при которых происходят изменения личности и среды, повышают риск заболеваний и частоту осложнений.

В период с 2011 по 2012гг было проведено клиничко-психологическое обследование больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, которое включало клинический опрос пациентов, сбор анамнеза, наблюдение за поведением пациента. Исследование проводилось в ГКБУЗ «Краевая клиническая больница» в отделениях гнойной хирургии и хирургии сосудов, МУЗ «Городская клиническая больница №7» в отделении гнойной хирургии, МУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича» в отделении хирургии сосудов. В исследование включены больные с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей с III-IV степенью ишемии по классификации А.В. Покровскому.

Средний возраст больных I группы (ампутации на уровне бедра) составил 67,5+9,3 лет; 73,3% мужчин в данной группе и 26,7% женщин. У больных II группы (ампутации на уровне голени и стопы) средний показатель возраста составил 59,4+5,7; 66,7% мужчин и 33,3% женщин. Пациенты III группы (реконструктивные операции - орто-бедренное протезирование) – 62,9+6,5; 66,7% мужчин и 33,3% женщин.

Нами был использован тест жизнестойкости (Д.А. Леонтьева), который характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности.

При исследовании жизнестойкости (в момент обследования) у пациентов I группы было выявлено:

1. 43,3% пациентов с уровнем жизнестойкости в пределах нормы, что позволяет констатировать наличие психологических факторов, которые способствуют совладанию со стрессом и снижают внутреннюю напряженность.

2. У 36,7% обнаружен низкий показатель, который позволяет сделать суждение о психологических особенностях данных пациентов: личностный ресурс пациентов снижен, это отражается в низком уровне психологической защиты и проявляется в неспособности адекватно реагировать в стрессовой ситуации, т.е. в ситуации болезни.

3. 20% больных имеют высокий уровень жизнестойкости, что свидетельствует о стремлении преодоления стресса и достижения высокого уровня физического и психического здоровья, и способствует в достижении значимых целей.

Общий показатель жизнестойкости (73,6) в пределах нормы. Пациенты данной группы участвуют в происходящих вокруг них событиях, приобретают важный опыт в новой жизненной ситуации и стремятся к инициативе личного выбора.

По данным II группы результаты исследования жизнестойкости показывают:

1. У 63,3% пациентов обнаружен низкий уровень показателя, что свидетельствует о неудовлетворительной способности противостоянию стресса и приводит к ухудшению психического здоровья.

2. 20% больных со средним уровнем (в пределах нормы) показателя, это указывает на способность противостоять стрессовым обстоятельствам и предотвращать развитие психологической дезадаптации.

3. 16,7% пациентов с высоким уровнем показателя, который характеризует больных, как убежденных выдерживать тревогу за неопределенность перед будущим и найти выход из сложившейся ситуации болезни.

Общий показатель жизнестойкости в норме (81,3). Пациенты данной группы, благодаря своей жизнестойкости, воспринимают сложившуюся проблему, связанную со здоровьем, менее угрожающе

(возможно с минимальной инвалидизацией на момент обследования) и максимально вовлечены в социальную жизнь общества.

В III группе показатели жизнестойкости распределились таким образом:

1. У 50% пациентов выявлен низкий показатель, который позволяет сделать вывод о неспособности приспособиться к изменяющимся условиям жизни на фоне основного заболевания, что пагубно влияет на психическое здоровье больных.

2. У 40% больных выявлен средний уровень жизнестойкости (в пределах нормы), что может свидетельствовать о готовности пациентов выбирать и принимать новую для них жизненную ситуацию, в контексте основного заболевания.

3. 10% пациентов показали высокий уровень жизнестойкости, который проявляется в осознании собственных ошибок и в приобретении новых знаний, в условиях болезни, и извлекать из этого позитивный опыт.

Общий показатель жизнестойкости ниже среднего (66,4). Мы считаем, что низкий показатель в этой группе связан со стрессогенным фактором (болезнь и как следствие, большое оперативное вмешательство), при котором возникает внутреннее напряжение, неопределенность перед будущим.

У пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, мы можем определить общий показатель жизнестойкости как динамический процесс, который зависит от степени тяжести, длительности заболевания и прогрессирования, что определяется способностью человека на разных этапах жизни сохранять внутреннюю сбалансированность и выдерживать стрессовую ситуацию, либо проявляется реакцией дистресса, что отражается на психическом состоянии больного.

#### Литература

1. Казанцев А.В., Корымасов Е.А. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей: возможности диагностики прогрессирующего типа течения/Кубанский научный медицинский вестник. 2010.-№8-С.88-92
2. Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство/под.ред. А.В. Покровского. Т2.-М.:ОАО «Издательство Медицина», 2004.-888с.

### **Структура и диагностика репрезентации болезни при соматических заболеваниях: результаты пилотажного исследования**

Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В. (Москва)

Несмотря на то, что в современной психосоматике и психологии здоровья понятия саморегуляции и отношения к болезни признаются центральными конструктами для объяснения поведения, связанного со здоровьем и болезнью, а также качества жизни пациентов (например, [1, 2, 6, 9]), многие из зарубежных моделей отношения к болезни, саморегуляции в ситуации болезни до сих пор недостаточно известны в России, а многие идеи - что значительно важнее - "не доходят" до практики, оставаясь эмпирически обоснованными концепциями и теориями [3]. Х.Левенталь [6] предложил специфическую модель саморегуляции здоровья и болезни, согласно которой пациент выступает "наивным ученым", пытаясь делать выводы о своем состоянии. Объектом саморегуляции при этом выступают конкретные физические ощущения или симптомы, настроение, эмоции или уверенность в своих силах. Любой объект представляется параллельно на двух уровнях (модель параллельной переработки) - на уровне представлений и на уровне эмоциональных переживаний. Например, в ситуации угрозы у человека формируется одновременно репрезентация опасности и связанные с ней копинг-процессы и репрезентация собственного страха - и связанные с ним копинг-процессы. Оценки результативности обоих процессов сопоставляются между собой. В концепции Х.Левенталя выделяется пять доменов репрезентации болезни, которые обрабатываются одновременно на двух уровнях - когнитивном и эмоциональном: идентичность болезни (симптомы заболевания), причина заболевания (например, внешняя/внутренняя), временное течение заболевания (долгосрочное/краткосрочное, временное/хроническое), последствия заболевания и лечение. К настоящему времени связь особенностей репрезентации болезни с активностью пациентов, их качествами жизни, особенностями течения заболевания и следованием прописанному лечению подтверждена во многих как кросс-секционных, так и проспективных исследованиях на моделях заболеваний дыхательных путей (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), неврологических заболеваний, рака, сердечно-сосудистых заболеваний и т.д. (для обзора см. [5]), а также в исследованиях так называемых функциональных соматических синдромов (для обзора см. [8]).

Целью данной работы является первичная апробация опросника репрезентации болезни, выявление структуры репрезентации болезни и ее связи с качеством жизни.

Материал и методы. 109 пациентов неврологического и терапевтического отделений (72 женщины, средний возраст 55,9±14,6 лет) с преимущественными диагнозами ишемической болезни сердца и острого нарушения мозгового кровообращения (без выраженных когнитивных нарушений) отве-

чали на вопросы опросника репрезентации болезни [7] и опросника качества жизни и удовлетворенности [4]. Лечащие врачи оценивали давность заболевания и тяжесть состояния пациента («нет ограничений» / «трудности при чрезмерной нагрузке» / «не может работать, выполняет домашние обязанности» / «не может выполнять домашние обязанности, обслуживает себя» / «нужна помощь в обслуживании себя»).

Результаты. Надежность-согласованность методики была достаточной (альфа Кронбаха варьировало от 0,67 до 0,81). Конфирматорный факторный анализ подтвердил факторную структуру, соответствующую модели Х.Левенталья (пять компонентов). При большей давности заболевания отмечались особенности репрезентации болезни (улучшение идентичности болезни,  $r=0,26$ , понимания болезни,  $r=0,38$ , учащение представлений о длительности,  $r=0,30$ , снижение эмоциональной составляющей в репрезентации болезни,  $r=-0,29$ ). Тяжесть состояния была связана с более детализированной идентичностью болезни ( $r=0,25$ ), представлением о негативных последствиях ( $r=0,33$ ), эмоциональными репрезентациями ( $r=0,30$ ) и низким личностным контролем ( $r=-0,22$ ). Представления о длительности заболевания связаны со снижением качества жизни в сфере здоровья ( $r=-0,22$ ), представления о негативных последствиях – со снижением ( $r=-0,29$ ), а уверенность в личностном контроле – с повышением ( $r=0,25$ ) качества жизни в эмоциональной сфере.

Выводы. Опросник репрезентации болезни может быть признан надежным и валидным инструментом, позволяющим оценить когнитивную составляющую внутренней картины болезни и осознанные эмоциональные репрезентации. В структуре репрезентации болезни выделяются пять доменов, соответствующих модели житейского смысла Х.Левенталья: идентичность, причина заболевания, временное течение заболевания, последствия заболевания и лечение. Представления о длительности и негативных последствиях заболевания связаны с ухудшением качества жизни, тогда как уверенность в контроле – с улучшением, что подтверждает важность учета представлений человека о заболевании в исследованиях качества жизни пациентов.

#### Литература

1. Николаева В.В. Особенности личности при соматических заболеваниях / Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: 1995.
2. Психосоматика: телесность и культура. Учебное пособие для вузов. / Под ред. В.В.Николаевой. М.: Академический проект, 2009. - 311 с.
3. Рассказова Е.И. Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии // Вопросы психологии. 2012. №1. С. 75-82.
4. Рассказова Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. В печати.
5. Kaptein, A., Scharloo, M., Helder, D., Kleijn, W., Korlaar, I., Woertman, M. Representation of chronic illness / In L.D.Cameron, H.Leventhal (Eds) The self-regulation of health and illness behavior. 2003. Routledge: New York. Pp. 97-118.
6. Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. The common-sense model of self-regulation of health and illness / In L.D.Cameron, H.Leventhal (Eds) The self-regulation of health and illness behavior. 2003. Routledge: New York. Pp. 42-65.
7. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. The Illness-Revised Perception Questionnaire (IPQ-R). // Psychology and Health. 2001. 17(1). P. 1-16.
8. Moss-Morris, R., Wrapson, W. Representational beliefs about functional somatic syndroms / In L.D.Cameron, H.Leventhal (Eds) The self-regulation of health and illness behavior. 2003. Routledge: New York. Pp. 119-137.
9. Taylor, M. Health Psychology. New-York: Guilford Press. 2003.

### **Реакции адаптации пациентов онкологической клиники в ситуации необходимой по жизненным показателям операции**

Русина Н.А.(Ярославль)

Для онкологических больных снижение уровня агрессии свидетельствует о блокировании невротического и поведенческого каналов эмоционального отреагирования и трансформации эмоциональной напряженности в биологический вариант дезадаптации. Им свойственны нерациональные способы самозащиты, фрустрационная нетолерантность, сохранение личного баланса за счет нарушения вегетативного. В стрессовых ситуациях больные отказываются от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие физиологические процессы, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия для развития опухолей. На развитие рака большое влияние оказывает, реагирует ли человек отрицательными эмоциями на обстоятельства жизни или же нет, и насколько эти эмоции сильны. Оправданным является мнение о том, что различные факторы не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний, но являются факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями средовых факторов.

Американская Ассоциация Психиатров в 1994 году включила онкологические заболевания в перечень травматических стрессоров, способных вызвать ПСРТ. У хирургических больных в предоперационном периоде отчетливо выступает стрессовая ситуация различной интенсивности и продолжительности. Она находится в зависимости от тяжести заболевания, его длительности, выраженности общего и локального дискомфорта. В послеоперационном периоде отмечается подавленность настроения на почве дефектности, ущемленности соматическим неблагоприятием. В условиях выраженного эмоционального стресса, проведения манипуляций неустойчивость связи увеличивается. А.В. Фомин ввел понятие «операционная болезнь». Даже накануне выписки сохраняются депрессивные тенденции, напряжение психологической адаптации, астенические жалобы у 80-90% больных. В наших исследованиях показано сходство онкологических больных и пациентов плановой хирургической клиники по психосоматическому статусу, необходимость психологической подготовки больных к операции [Русина Н.А., Барабошин А.Т.].

Более значимой является проблема, как пациенты, имеющие онкологические заболевания справляются с трудностями и почему одни преодолевают их, а другие нет. На наш взгляд, не личные характеристики, но недостаточно развитые адаптационные механизмы являются факторами риска развития онкологических заболеваний. В ситуации с онкологическими больными мы имеем тройное усиление стрессового фактора: сама болезнь, страх операции и возможного летального исхода, дефекты после операции. По мнению В.А. Бодрова, любое переживание является условием развития стресса и не любое переживание стресса ведет к заболеванию. Если возможно показать отношения между преодолением и физическим здоровьем, то это открыло бы новые перспективы для профилактической медицины. Люди смогли бы сохранить здоровье, обучаясь эффективно преодолевать стресс.

Врачи поставили нам задачу для исследования, почему одни пациенты онкологического профиля в ситуации витальной угрозы соглашаются на операцию, а другие отказываются от неё, несмотря на то, что этот отказ обрекает их на умирание, сокращение жизни, ухудшение качества жизни.

В нашем исследовании пациентов, страдающих раком гортани и гортаноглотки, отказавшихся от операции и получавших только радиологическое лечение (22 чел.), и прооперированных пациентов (резекция гортани, ларингэктомия, наложение шунта между трахеей и пищеводом после ларингэктомии (ТПШ), всего 87 человек), использовались методы: «Индекс жизненного стиля», «Копинг-тест Lazarus», методика «Мини Мульти», ТОБОЛ, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R). Отдельно сравнивались группы больных отказавшихся от операции и получивших ТПШ. Применялся непараметрический критерий Манна Уитни.

По результатам исследования всех онкологических больных можно рассматривать как личностей, склонных к сверхконтролю, с присущей им мотивационной направленностью на соответствие нормативным критериям. Их отличает догматичный, лишенный свободы и раскованный стиль мышления, противоречивое сочетание сдержанности и раздражительности, скупость эмоциональных проявлений. Высокие баллы по шкале импульсивности у больных, отказавшихся от операции, в сравнении с больными, получившими ТПШ, означают, что первые более склонны к соматизации через уход в болезнь как средство избегания ответственности. В качестве механизмов адаптации все пациенты используют психологические защиты отрицания и интеллектуализации, т.е. не воспринимают все неприятные обстоятельства объективной реальности, очевидные для окружающих, стремятся скрыть свои внутренние истинные чувства, используют «умственный» способ преодоления фрустрирующей ситуации. В ситуации витальной угрозы больные, отказавшиеся от операционного вмешательства, прибегают в большей степени к защитным механизмам, но не к совладающим стратегиям. У всех больных преобладают эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни. Для них характерны уход от болезни в работу, избирательное отношение к предлагаемому выбору лечения, стремление сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности, боязнь произвести неблагоприятное впечатление на окружающих. Больные с ТПШ значимо менее импульсивны, отличаются большим самоконтролем, в меньшей степени стремятся соответствовать нормативным критериям, способны выражать свои эмоции открыто. Для них характерно значительное повышение представленности всех копинг-стратегий, причем конфронтация, поиск социальной поддержки, планирование решения проблем - до уровня нормы, дистанцирование и принятие ответственности – выше нормативных значений. Это означает, что они в большей степени признают свою роль в возникновении проблемы и принимают ответственность за ее решение, готовы анализировать причины трудностей, нередко используют интеллектуальные приемы, юмор. Такое поведение позволяет им улучшать качество их жизни, адаптироваться к жизни, несмотря на болезнь.

Различия статистически значимы для группы больных, отказавшихся от операции и получавших только радиологическое лечение, в сравнении со всеми прооперированными больными по шкале «проекция» (уровень достоверности  $p=0,022$ ). Для группы больных с ТПШ и отказавшихся от опера-

ции больных различия по этой шкале также статистически значимы (уровень достоверности  $p=0,046$ ), что маркирует пациентов, отказывающихся от операции, как личностей нерешительных, испытывающих страх перед сложившейся ситуацией, скрывающих эмоции, свои агрессивность и недоброжелательность, приписывающих их окружающим. Прооперированные больные и пациенты с ТПШ имеют более высокие баллы по шкале вытеснения: проведенные операции дают им подсознательно некоторую надежду на большую результативность. У больных с ТПШ самые низкие баллы по шкале «реактивные образования», что означает, что они в меньшей степени прибегают к искажению своих мыслей, чувств, поступков.

Получена статистическая значимость различий по шкале фобической тревожности между группой больных, отказавшихся от операции, и больных с ТПШ (уровень достоверности  $p=0,052$ ). Фобическая тревожность означает стойкую реакцию страха ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная, ведущая к избегающему поведению, в данном случае по отношению к ситуации операции. Достаточно близким к значимым различиям этот показатель оказывается и в целом для отказавшихся от операции и всех прооперированных больных (уровень достоверности  $p=0,086$ ).

В этой связи необходимо создание специальных программ психологической подготовки больных онкологического профиля к принятию решения об операции, необходимой им по жизненным показаниям, направленной на снятие страхов и беспокойств, обучение методам саморегуляции, психологического сопровождения больного на всех этапах лечения.

### **Совладающее поведение у женщин при онкологических заболеваниях репродуктивной системы** Сирота Н.А., Московченко Д.В. (Москва)

В настоящее время, несмотря на успехи ранней диагностики и лечения, проблема злокачественных новообразований не теряет своей актуальности. Актуальной проблемой являются злокачественные опухоли гинекологической системы (рак тела и шейки матки, опухоли яичников), их суммарная доля в 2007 г. в России превысила 17% среди онкологической патологии у женщин. При этом отмечаются тенденции к омоложению контингента больных, отмечается, что в возрастной группе 15-39 лет доля рака шейки матки является максимальной – 19,7% [1]. Заболеваемость злокачественными новообразованиями яичников остается высокой и занимает третье место в структуре онкогинекологической патологии.

Влияние онкологического заболевания на психику часто является обширным. Многие пациентки в процессе проводимого лечения могут испытывать значительный стресс, эмоциональный дискомфорт, связанный с выраженной тревогой и депрессией [2]. По мнению Hall (1996), снижение психосоциальной адаптации у женщин можно наблюдать по мере того как прогрессирует рак, у женщин на поздних стадиях. Некоторыми авторами указывается также сам процесс лечения как фактор психосоциальной дезадаптации у онкологических пациентов [3]. Химиотерапия длится в течение многих месяцев и может затруднять успешность больных в различных сферах социальных отношений, семье, работе, ввиду наличия порой достаточно тяжелых побочных эффектов и необходимостью регулярно повторения курса.

В ситуации болезни и лечения необходимым компонентом успешности адаптации выступают навыки самоорганизации, саморегуляции т.е. собственная активность субъекта, его чувство компетентности, а не просто пассивное реагирование на действие окружающей среды [4]. Самоэффективность в преодолении болезни выступает, как субъективная оценка пациента больного его способности справиться с требованиями стрессовой ситуации, обеспечивая эффективность поведения [5].

Не менее важным аспектом адаптации пациента к тяжелому хроническому заболеванию является когнитивная оценка болезни, выступающая посредником между стрессом и болезнью [6]. Некоторые зарубежные авторы выделяют три варианта когнитивной оценки хронического заболевания: беспомощность, принятие, предполагаемые преимущества в ситуации болезни [7].

В проводимом исследовании рассматривается роль когнитивной оценки болезни и самоэффективности в процессе совладающего поведения у женщин при онкологических заболеваниях репродуктивной системы. Цель работы: Исследование структуры совладающего поведения, самоэффективности и когнитивной оценки при онкологических заболеваниях репродуктивной системы. Методы исследования: Опросник «Типы поведения больных раком» (2001) Carolyn A. Heitzmann, Thomas V. Merluzzi, в адаптации Сирота Н.А. (2012), Опросник «Когниции болезни» (1998) Evers A.W.M., Kraaijmaat F.W., в адаптации Сирота Н.А. (2012), Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (1983) Zigmond A.S., Snaith R.P., Опросник «COPE» (1989) Карвер Ч., Шейер М., Вентрауб в адаптации Гордеевой Т.О., Осина Е.Н., Рассказовой Е.А., Сычева О.А., Шевяхова В.Ю. (2010).

С целью изучения совладающего поведения было обследовано 26 женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы. Средний возраст  $57,71 \pm 7,68$ . Из изученного контингента 17 пациенток с диагностированным раком шейки матки, 7 пациенток с раком тела матки, 2 пациентки с раком яичников. Пациентки обследовались на этапе стационарного лечения в послеоперационный период (15 чел.) и на этапе химиотерапии (11 чел.).

Результаты проводимого исследования выявили значимые различия внутри группы по показателям когнитивной оценки болезни и уровню самооффективности. На основе этих данных выборка была разделена на 2 группы: с высоким уровнем самооффективности (265,4 балла) и группа с низким уровнем самооффективности (157,6 балла). Значимые различия между группами по критерию Манна-Уитни (U-критерий) были получены по следующим факторам самооффективности: «Управление стрессом» ( $p < 0,001$ ), «Поддержание положительного отношения» ( $p < 0,01$ ), «Сохранение духовного благополучия» ( $p < 0,01$ ). Различия между группами по когнитивной оценке болезни: В группе с высоким уровнем самооффективности преобладают когниции болезни «Принятие», «Предполагаемое преимущество», в группе с низким уровнем самооффективности доминирующей когницией в отношении болезни является «Беспомощность» ( $p < 0,01$ ). В группе с высоким уровнем самооффективности не было выявлено превышения нормативных значений по показателям тревоги и депрессии. В группе с низким уровнем самооффективности уровень тревоги и депрессии соответствует субклиническим показателям. При исследовании совладающего поведения было выявлено, что пациентки в группе с высокой и низкой самооффективностью склонны использовать разные стратегии совладающего поведения. Пациентки в группе с высокой самооффективностью в большей степени опираются на стратегии: «Позитивное переформулирование» ( $p < 0,02$ ), «Использование инструментальной социальной поддержки» ( $p < 0,01$ ), «Принятие» ( $p < 0,02$ ). В группе пациенток с низкой самооффективностью пациентки в большей степени склонны использовать стратегии «Мысленный уход от проблем» ( $p < 0,02$ ), «Отрицание» ( $p < 0,02$ ).

Полученные результаты указывают на роль когнитивной оценки и самооффективности в процессе совладания с болезнью. Согласно Vandura A. лица с высоким уровнем самооффективности уверены в их способности решать проблемы, связанные со стрессом, в том числе и с болезнью. При низком уровне самооффективности человек может чувствовать себя разбитым, болезнь превышает ресурсные возможности человека, способствует нарастанию чувства беспомощности. В проводимом исследовании также установлено, что пациентки с высоким уровнем самооффективности менее подвержены эмоциональному дистрессу (тревога и депрессия). Самооффективность преодоления болезни и когнитивная оценка болезни (когниции болезни) являясь когнитивными конструктами, могут корректироваться с помощью методов когнитивно-поведенческих вмешательств при их своевременной диагностике.

#### Литература

1. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20. – № 3 (77). – Прил. 1. – 158 с
2. Shapiro S, Lopez A, Schwartz G, et al (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol*, 57, 501-19.
3. Hall A, Fallowfield L, A'Hern R (1996). When breast cancer recurs: a 3-year prospective study of psychological morbidity. *Breast J*, 2, 197-203
4. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
5. Charles C. Benight, Robert W. Freyaldenhoven et. al (2000). *Journal of Applied Social Psychology* Volume 30, Issue 7, pages 1331–1344.
6. Evers AW, Kraaimaat FW et. al (2001). *J. Consult. Clin. Psychol. Dec*; 69(6):1026-36.
7. Lauwerier E, Crombez G, Van Damme S et. al (2010). The construct validity of the illness cognition questionnaire. *Int J Behav Med. Jun*;17(2): 90-6.

### **Клинико-психологические проявления анозгнозии у больных туберкулезом легких**

Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н. (Березники, Пермский край)

Туберкулез легких всегда рассматривался как одно из серьезных заболеваний, отличающихся не только своими медицинскими (ущерб для здоровья, потеря трудоспособности, высокая контагиозность), но и социально-экономическими последствиями. Так, по данным статистики противотуберкулезного диспансера г. Березники, лица трудоспособного возраста составляют 87% от общего числа впервые выявленных больных и 90% среди инвалидов по туберкулезу. Если вопросы выявления и привлечения к лечению больных туберкулезом в тактическом плане в основном решены, то удержание пациентов в рамках терапевтических и режимно-гигиенических мероприятий все еще остается трудно решаемой задачей. Несмотря на то, что противотуберкулезными службами в настоящее время проводится ряд программ по материальному стимулированию пациентов, добросовестно относящихся к лечению, зачастую они не имеют продолжительного эффекта.

Больные часто «срываются», уходят от лечения. Одна из основных причин этого явления кроется в личностных особенностях больных туберкулезом, в том, как они реагируют на болезнь, как формируется внутренняя картина болезни. Центральное место в ряду этих механизмов занимает анозогнозия, традиционно рассматриваемая как «отрицание болезни» (denial), «недооценка очевидного», «недостаточное осознание тяжести своего состояния, приписывание имеющихся симптомов случайным обстоятельствам или другим, не серьезным, заболеваниям». Именно она доставляет фтизиатрам дополнительные сложности в работе с пациентами. Больных с анозогнозией труднее убедить в необходимости терапии, особенно на этапе долечивания.

Обследовано 106 больных туберкулезом в возрасте от 21 до 59 лет, из них 56 мужчин (52,8%) и 50 женщин (47,2%), лечившихся ГБ УЗ ПК «Краевой противотуберкулезный диспансер № 2» г. Березники. В исследовании принимали участие пациенты с установленными и подтвержденными диагнозами инфильтративного туберкулеза легких - 67 чел. (63,2%) диссеминированного туберкулеза легких - 8 чел. (7,4%), очагового туберкулеза легких - 31 чел. (29,4%), не имевших осложнений процесса и тяжелых сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекции, наркомании, психических заболеваний).

Использованы: клиническое интервью, методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), опросник Г.Келлермана - Р.Плутчика «Индекс жизненного стиля», тест жизнестойкости *Сальваторе Мадди*, опросник доверия к медицине Кранца. Статистическая обработка результатов производилась с использованием U-критерия Манна-Уитни,  $\phi$ -критерия (угловое преобразование Фишера), г-критерия Спирмена. Расчеты осуществлялись в программе Statistica 6.

Получены следующие результаты:

В общей выборке пациентов ведущим типом отношения к болезни (ТОБ) являлся анозогнозический, диагностированный у 47 больных (44,4 %). Указанный ТОБ оппонировал другим адаптивным типам – гармоническому (4 чел. или 3,8 %) и эргодатическому (2 чел. или 1,9 %), а также дезадаптивным типам с интра- и интерпсихической направленностью, определяемых у 53 пациентов (50,0 %). В социальном портрете больных с анозогнозией, в сравнении с пациентами с другими ТОБ, статистически значимыми факторами являются сравнительно низкий образовательный уровень ( $p < 0,05$ ), отсутствие официальной работы ( $p < 0,01$ ), пребывание в местах лишения свободы ( $p < 0,01$ ), злоупотребление алкоголем ( $p < 0,01$ ). Пациенты с анозогнозическим ТОБ проявляют гораздо меньший интерес к своей болезни, они достоверно хуже воспринимают сведения об опасности своего заболевания ( $p < 0,01$ ); больше доверяют сведениям о болезни и лечении, полученным от других пациентам, нежели врачей, верят различным слухам о вреде терапии ( $p < 0,05$ ); чаще прерывают лечение ( $p < 0,01$ ); менее склонны к сотрудничеству ( $p < 0,05$ ). Наличие туберкулеза для пациентов с анозогнозическим ТОБ не является удручающим фактом, что позволяет им открыто говорить о болезни своим сослуживцам и близким, особо не переживать по поводу финансовых трудностей, угрозы потери работы ( $p < 0,01$ ). Их также меньше заботит потеря внимания и заботы близких ( $p < 0,01$ ).

Пациентам с анозогнозическим ТОБ свойственна средняя степень доверия медицине, самостоятельность в процессе лечения, с некоторой тенденцией к недоверию, противодействию сотрудничеству с медперсоналом, что отличает их от пациентов с другими ТОБ ( $p < 0,01$ ).

Было установлено, что при анозогнозическом ТОБ преобладают механизмы психологической защиты (МПЗ) по типу «отрицания» ( $p < 0,01$ ) и «реактивного образования» ( $p < 0,01$ ), в отличие от прочих ТОБ, где преобладает защитный механизм личности «регрессия» ( $p < 0,05$ ).

При анозогнозическом ТОБ пациенты достоверно чаще используют копинг «поиск социальной поддержки», как внешний ресурс для успешного преодоления трудной ситуации ( $p < 0,01$ ), другие неконструктивные копинг-стратегии (бегство-избегание, дистанцирование от негативной информации). Им менее свойственно, в отличие от прочих ТОБ, применение копингов, направленных на принятия ответственности ( $p < 0,01$ ), самоконтроля ( $p < 0,01$ ) конфронтационного копинга ( $p < 0,01$ ).

У пациентов с анозогнозическим ТОБ достоверно более высокий уровень жизнестойкости и его компонентов: вовлеченности, контроля, принятия риска ( $p < 0,01$ ), чаще определяется средний и высокий уровни интегрального показателя жизнестойкости и его составляющих, в отличие от пациентов с прочими ТОБ, где уровень вовлеченности, и общий интегральный показатель жизнестойкости находятся ниже среднего уровня.

Результаты корреляционного анализа указывают на зависимость выбираемых копинг-стратегий и механизмов психологической защиты от уровня компонентов жизнестойкости. Чем выше уровень интегрального показателя жизнестойкости, вовлеченности, контроля, принятия риска, тем чаще пациенты, больные туберкулезом, используют копинг-стратегии дистанцирования



( $r=+0,22$ ,  $p<0,05$ ) и поиска социальной поддержки ( $r=+0,24$ ,  $p<0,05$ ) и МПЗ «отрицание» ( $r=+0,52$ ,  $p<0,001$ ) и «реактивные образования» ( $r=+0,33$ ,  $p<0,01$ ), и тем реже – «регрессия» ( $r=-0,55$ ,  $p<0,001$ ).

Сопоставление клинико-anamnestических характеристик больных с результатами психодиагностического исследования позволяет предположить, что пациенты с анозогнозическим ТОБ, отличаясь высокой жизнестойкостью, которая подтверждается всем образом их жизни, склонны формировать у себя внутренний субъективный мир искаженной реальности, в котором они чувствуют себя самодостаточно и даже комфортно. Прилагая «когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость» (копинг «дистанцирование») и включая МПЗ «отрицание», они повышают свою «живучесть» еще и тем, что переводят неприемлемое («я больной») в приемлемое представление о самом себе («я такой как все») за счет МПЗ «реактивное образование», и используют окружающих (других больных, родственников, сослуживцев) как объектов социальной (эмоциональной) поддержки. К сожалению, медицинские работники не входят в данную когорту, поскольку информационная составляющая копинга социальной поддержки (совет, помощь, информирование) не получает у них соответствующего отклика. Возникает позиция: «Да, я вас слушаю, но не слышу». Осознание данного факта работниками фтизиатрической службы крайне важно при построении принципиально новых стратегий работы с больными для преодоления анозогнозии.

### **Некоторые психологические особенности больных остеохондрозом позвоночника** Чефанова Н.В. (Ярославль)

#### **Постановка проблемы**

Остеохондроз позвоночника есть междисциплинарная проблема, находящаяся на стыке интересов многих клиницистов. Область эта в последние два-три десятилетия стала источником невероятно количества статей и монографий [1,2]. Сами клиницисты признают, что медикаментозная терапия не должна сводиться только к применению болеутоляющих средств, поскольку боль не есть симптом [3], а у каждого больного представляет особый синдром с целым рядом неодинаковых звеньев патогенеза, сопровождаемый личностными, весьма индивидуальными реакциями на боль [2]. Специалисты зачастую отмечают несоответствие степени выраженности, локализации и характера боли значимым клиническим и функциональным нарушениям. Примечательно, что, с одной стороны, встречаются люди с тяжелыми изменениями позвоночного столба, которые субъективно не испытывают никаких затруднений, а, с другой стороны, есть пациенты с жалобами на сильные боли, у которых, однако, не обнаруживаются никаких болезненных изменений в позвоночнике.

Имеющиеся исследования по изучаемой проблематике свидетельствуют о важной роли параметров психической деятельности в этиопатогенезе клинических проявлений заболевания. Особенно часто психогенный компонент в формировании и развитии заболевания наблюдают у больных с хроническими болями в области шеи и поясницы[2].

Целью проведенного нами исследования было изучение внутренней картины болезни и некоторых психологических особенностей больных остеохондрозом позвоночника.

#### **Процедура и метод исследования**

Объектом нашего исследования стали пациенты с диагнозом «остеохондроз позвоночника». Исследование больных проводилось на базе клинической больницы №8 г. Ярославля при участии кафедры нервных болезней и медицинской генетики с курсом нейрохирургии ЯГМА. Всего было исследовано 120 человек, 60 из которых – больные остеохондрозом шейного отдела позвоночника, и 60 – больные остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Для проверки гипотезы о существовании различий в ВКБ и некоторых других психологических особенностях были привлечены 30 больных остеохондрозом, находящихся на амбулаторном лечении. Возраст испытуемых варьировал в пределах 25 – 60 лет.

Для выявления типов психического реагирования на соматическое заболевание использовался личностный опросник бехтеревского института (ЛЮБИ). Для изучения личностных особенностей этой категории больных нами были использованы следующие методики: опросник Плутчика-Келлермана-Конте, Life Style Index (LSI); Тест Юмористических Фраз (ТЮФ), авторы – В.С. Бабина (Болдырева), А.Г.Шмелев; методика исследования уровня субъективного контроля - Дж.Роттер, адаптация Бажина Е. Ф., Гольнкиной Е. А., Эткинды А. М.

#### **Результаты исследования**

Нами были получены следующие данные:

1. Выявлено отсутствие достоверных различий по типам психического реагирования на соматическое заболевание у больных остеохондрозом шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Доминирующими типами отношения к болезни у обследованной группы больных являются сензитивный тип в сочетании с неврастеническим, тревожным и паранойальным типами.

2. В структуре психологических защит по группе больных в целом преобладают механизмы «реактивных образований», «интеллектуализации» и «проекции». Достаточно редко по группе встречаются «компенсация» и «замещение». При этом больные остеохондрозом шейного отдела позвоночника достоверно чаще прибегают к таким механизмам как «отрицание» ( $p < 0,05$ ), «регрессия» ( $p < 0,01$ ), «компенсация» ( $p < 0,01$ ), а больные пояснично-крестцовой формой заболевания достоверно чаще используют «интеллектуализацию» ( $p < 0,01$ ).

3. При исследовании мотивационной сферы больных остеохондрозом позвоночника были выявлены достоверные различия в преобладании мотивационных конструктов у больных шейным и пояснично-крестцовым остеохондрозом. Для больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника напряженной является тема «Человеческая глупость» ( $p < 0,05$ ), для больных остеохондрозом поясничного отдела – тема «Пагубные пристрастия» ( $p < 0,01$ ).

4. В ходе исследования уровня субъективного контроля, под которым мы понимаем «субъектную характеристику, организующую систему стабилизации личности в трудных жизненных ситуациях» [2], было выявлено отсутствие достоверных различий между больными остеохондрозом шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Для больных остеохондрозом в целом характерны низкие показатели по интернальности (как общей, так и в области здоровья).

5. При сравнении психологических особенностей больных, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении обнаружены достоверные различия лишь по гармоническому типу отношения к болезни (встречается чаще у амбулаторных больных). В целом же профили типов отношения к болезни у этих двух групп схожи, различия касаются лишь степени выраженности основных типов. При оценке выполнения ТЮФ был также выявлен схожий профиль доминирующей мотивации, но обнаружены достоверные различия в степени выраженности лидирующих тематических конструктов. Темы «Человеческая глупость» и «Пагубные пристрастия» в среднем имеют меньшую выраженность у больных, находящихся на амбулаторном лечении, но эти темы занимают такие же ранговые места, лидируют как и у больных, находящихся на стационарном лечении. Переходя к вопросу о защитных механизмах, отметим, что больные, находящиеся на амбулаторном лечении достоверно больше используют защитные механизмы «компенсации», «регрессии» и меньше используют такие механизмы как «подавление», «проекция», также меньше используют механизм «реактивного образования». В целом же можно отметить, что полученные профили механизмов психологической защиты схожи и различаются по степени выраженности вышеупомянутых механизмов. При обследовании больных, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении, по методике УСК были выявлены достоверные различия в общей интернальности больных (амбулаторные больные – неярко выраженные интерналы, а стационарные – экстерналы). В то же время и те и другие экстернальны в области здоровья.

Таким образом, для больных остеохондрозом позвоночника характерна психическая дезадаптация на интер- и интрапсихическом уровнях с опорой на такие механизмы психологической защиты как «реактивные образования», «проекция» и «интеллектуализация» при экстернальном локусе контроля. При этом обнаружены некоторые различия в исследуемых характеристиках у больных шейной и пояснично-крестцовой формой заболевания, что требует дополнительных исследований.

#### Литература

1. Григорьева В.Н. Роль личностных особенностей больных в хронизации неврологических проявлений остеохондроза позвоночника и пути психокоррекции/ В.Н. Григорьева // Журн. Невропатологии и психиатрии. – 1997. – Т.98, №10. – С.27-33.
2. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврогенеза / В.Д. Менделевич. – Казань: Медицина, 2011.
3. Урванцев Л.П. Психология соматического больного: учеб. пособие. – Ярославль, 2000. – 168с.

### **К вопросу о внедрении психологической службы в практику работы лечебных учреждений соматического стационара** Ярославская М.А. (Москва)

Хронические соматические заболевания – одна из наиболее сложных и важных проблем современного здравоохранения. Важность профилактических мер у больных хроническими заболеваниями обуславливается полиэтиологичностью и сложностью патогенеза, большой распространенностью заболеваний, отсутствием радикальных методов лечения, недостаточной изученностью многих аспектов развития хронических болезней, а так же узкой осведомленностью самих пациентов о важности поддержания собственного здоровья не только медикаментозными, но и психологическими методами.

Вышеизложенное, делает указанную проблему весьма актуальной, требующей комплексной разработки поиска новых методов лечения, а так же возможностей поддержания уже нарушенного здоровья больных. Профилактика у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями должна включать комплекс мероприятий, в частности, направленных на нивелирование факторов риска, которые могут привести к обострению, рецидивам и прогрессированию болезни.

Следует подчеркнуть, что существующие на сегодняшний день традиционные формы оказания помощи в соматических стационарах достаточно ограничены. Главная причина такого положения – это дефицит в штате государственных медицинских учреждений квалифицированных психологов, что существенно влияет на эффективность лечебного процесса. В частности, лечение пациентов в условиях больницы зачастую ограничивается обследованием, оценкой клинических и рентгенологических признаков, постановкой диагноза и медикаментозными назначениями врача. Т.о. не учитывается психологическое состояние пациента, оказавшегося в «ситуации болезни». Врачом бессознательно игнорируется определяющее психологическое звено в эффективности проводимого лечебного процесса – «внутренняя картина болезни» (далее «ВКБ») субъекта. Весомый вклад в детальное изучение проблемы целостного рассмотрения личности и болезни внесли отечественные врачи и психологи: Арина Г.А., Бехтерев В.М., Вассерман Л.И., Гаранян Н.Г., Зайцев В.П., Зейгарник Б.В., Лурия Р.А., Менделевич В.Д., Мясищев В.Н., Николаева В.В., Кербинов О.В., Краснушкин Е.К., Соколова Е.Т., Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Тхостов А.Ш., Холмогорова А.Б., Шевалев Е.В., Штрахова А.В. и др. Их научные труды позволили концептуализировать, систематизировать, расширить представления о субъективной реальности болеющего индивидуума. Знание механизмов формирования «ВКБ», типов реагирования на «ситуацию заболевания», умение грамотно оказать психологическую помощь больному необходимо для успешного лечения и диагностики.

Опираясь на вышеизложенное, в соматических отделениях больниц следует широко внедрять службы психологической помощи для пациентов.

Внедрение в практику работы лечебных учреждений психологической службы предусматривает:

1. экспериментально-психологическое исследование личности, включающее изучение регулятивной функции субъекта (когнитивного контроля, эмоциональной регуляции, произвольного контроля), ее интегрированности, предпочитаемых способов совладания и механизмов психологических защит;
2. организацию психопрофилактических и психокоррекционных программ, в особенности направленных на развитие и раскрытие индивидуальных ресурсов личности и обучение больного различным формам совладающего со стрессом поведения.

Детальное изучение копинг-поведения пациента позволяет выявить особенности его психологического реагирования на стрессовую ситуацию; сохранные личностно-средовые ресурсы; продуктивные и непродуктивные стили совладания со стрессовой ситуацией, что в последующем весьма полезно в обучении больного грамотно использовать различные формы совладающего поведения в процессе адаптации к заболеванию. Об этом писали в своих работах отечественные и зарубежные врачи и психологи Крюкова Т.Л., Русина Н.А., Сергиенко Е.А., Сирота Н.А., Тухтарова И.В., Церковский А.Л., Ялтонский В.М., Ярославская М.А., Adams R.J., Andenaes R., Arora V.K., Aspinwall L.G., Barton C., Boekaerts M., Broda M., Carver C.S., Fley G., Folkman S., Heim E., Lavoie K.L., Lazarus R. S., Nazarian D., Rydstrom I., и др.

Различные стили совладающего поведения в разной степени способствуют, либо препятствуют сохранению психологического благополучия личности, что во многом зависит от умения пациента адекватно оценить ситуацию и использовать наиболее приемлемый стиль совладания. Вне зависимости от того пассивный или активный, проблемно-ориентированный или эмоционально-ориентированный вид копинга используется, любой из них может быть эффективен в поддержании психического и физического благополучия пациента в стрессовой ситуации, в частности заболевания, и может позволить избежать ухудшения состояния. Эффективность копинг – поведения во многом обусловлена сбалансированностью функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов совладающего поведения. Это способствует повышению стрессоустойчивости индивидуума и может улучшить эффективность профилактики рецидивов и обострений заболевания.

Таким образом, одной из основных задач психопрофилактических программ становится – сбалансирование функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов совладающего поведения больного.

## Раздел 4

### Современные исследования в детской клинической психологии

---

#### Специфика обучения ВИЧ-инфицированных младших школьников

Акопова М.М. (Тверь), Давиденко Н.В. (Москва)

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация подчеркивает актуальность проблемы ВИЧ-инфекции в России. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией ежегодно увеличивается, что вызывает необходимость в значительном усилении профилактических мероприятий, в которых должны принимать участие, как медицинские работники, так и психологи и педагоги.

В настоящее время в Российской Федерации действует интеграция ВИЧ-инфицированных детей в образовательную среду, т.к. соответствующие законодательные акты гарантируют право ВИЧ-инфицированным детям обучаться в образовательных учреждениях при соблюдении конфиденциальности и основных гигиенических правил.

ВИЧ-инфекция влияет на центральную нервную систему человека, поэтому в обучении ВИЧ-инфицированных детей следует учитывать особенности их когнитивного развития, особенно в младшем школьном возрасте, когда формируется учебная деятельность. Такие зарубежные ученые, как Р. Brouwers, Р. Wolters, L. K. Brown, K. J. Lougie и др. исследовали и описали нервно-психические нарушения у детей с ВИЧ-инфекцией. Подобные исследования, включающие изучение особенностей личности ВИЧ-инфицированных матерей и их детей, также представлены в работах отечественных ученых – Рахманов А.Г., Эйдемиллер А.Г., Александрова Н.В., Городнова М.Ю. и др.

Однако проблема особенностей познавательной сферы ВИЧ-инфицированных детей остается мало изученной. Медицинский и педагогический персонал в работе с ВИЧ-инфицированными детьми сталкивается с решением задач двух направленностей - медицинской (знание особенностей течения ВИЧ-инфекции и терапии) и педагогической, связанной с воспитанием и обучением. Таким образом, возникает необходимость в разработке программы когнитивного развития ВИЧ-инфицированных младших школьников, которая учитывает особенности познавательной сферы данной группы детей и может применяться специалистами в образовательных и медицинских учреждениях.

Объектом исследования является познавательная сфера.

В качестве предмета исследования выступили особенности познавательной сферы ВИЧ-инфицированных младших школьников. Выбор предмета исследования определяет научную новизну данной работы.

Целью работы является выявление особенностей познавательной сферы ВИЧ-инфицированных младших школьников и разработка программы когнитивного развития данной группы детей.

В качестве гипотезы исследования выступает предположение о том, что существуют особенности когнитивного развития ВИЧ-инфицированных младших школьников, при этом система мер образования может их компенсировать.

В работе использованы следующие методики диагностики познавательной сферы младших школьников: проективная методика для выявления личностных пространственно-временных характеристик - рисунок «Я в прошлом, настоящем и будущем» (Белопольская Н.Л.); графический тест «Звезды и волны» (Аве-Лаллемант У.) для исследования интеллектуальной и эмоционально-личностной сфер; «Заучивание десяти слов» (Лурия А.Р.) для оценки состояния памяти и активности внимания; «Отыскивание чисел» («Таблицы Шульце») – исследование объема внимания и темпа психической деятельности; «Исключение предметов» для исследования особенностей мышления, аналитико-синтетической деятельности, способности к обобщению; «Раскрашивание кружков» (Виноградова А.Д.) для определения уровня волевой регуляции в структуре монотонной деятельности.

Научно-исследовательская работа проводилась на базе ВИЧ-инфекционного отделения ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева» (г. Тверь). В данном отделении ведется работа по диспансеризации и лечению ВИЧ-инфицированных детей и беременных, а также проводится работа по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ. На конец 2011 года на диспансерном учете состояли 106 детей с ВИЧ-инфекцией. В стационаре дети находятся под наблюдением специалистов от 7 до 14 дней. Данные сроки позволяют проводить коррекционные мероприятия.

Научно-исследовательская работа проведена на базе ВИЧ-инфекционного отделения ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева». Экспериментальная группа – 27 ВИЧ-инфицированных младших школьников (6-10 лет, ученики 1-4 классов).

Результаты исследования экспериментальной группы в процентном соотношении(1 – сироты; 2 – домашние дети): недостаточный уровень развития памяти – 41% (1=44%; 2=39%), внимания – 89% (1=78%; 2=89%), мышления – 52% (1=56%; 2=56%), волевой регуляции – 30% (1=33%; 2=17%); сни-

жен темп психической деятельности – 33% (1=44%; 2=28%); признаки органического симптомокомплекса в рисунках – 89% (1=56%;2=61%); нарушения пространственно-временного восприятия – 30% (1=22%; 2=22%).

По методике «Заучивание десяти слов» (оценка состояния памяти и активности внимания) получены следующие средние, максимальные и минимальные значения (количество воспроизводимых слов), соответствующие основным показателям состояния памяти и активности внимания:

- Объем кратковременной памяти (количество воспроизводимых слов после первого предъявления) – 4, max=8, min=1 (норма – 5-9 слов). Показатели ниже нормы выявлены у 55% детей;
- Общий показатель памяти (количество воспроизводимых слов после третьего предъявления) – 6, max=10, min=2 (норма – 9-10 слов). Показатели ниже нормы выявлены у 67% детей;
- Объем долговременной памяти (ретенция, отсроченное воспроизведение запоминаемых слов) – 6, max=10, min=2 (норма – 9-10 слов). Показатели ниже нормы выявлены у 70% детей.

Нарушение хотя бы одного показателя памяти выявлено у 82% детей.

Результаты исследования объема внимания и темпа психической деятельности у детей экспериментальной группы (методика «Отыскивание чисел» («Таблицы Шульте»)).

Среднее время выполнения задания составляет 89 секунд (норма – 30-50 секунд) при минимальном значении – 44 секунды, максимальном – 140 секунд. Нарушения внимания выявлены у 96% детей данной группы. При этом истогаемость внимания отмечается у 83% детей, выраженная неустойчивость (колебания) внимания – у 70% детей; вработываемость отмечается у 26% младших школьников.

По методике «Исключение предметов» отмечаются ошибки в выполнении заданий у 48% детей экспериментальной группы. Ошибки заключаются в затрудненном поиске обобщающего слова и обобщающего признака (опора на преимущественно функциональные, случайные признаки).

Признаки органического симптомокомплекса отмечаются в рисунках 89% детей экспериментальной группы.

Выявленные особенности познавательной сферы легли в основу разработанной программы когнитивного развития ВИЧ-инфицированных младших школьников. В настоящее время эффективность программы определяется в сравнении с экспериментальной группой.

### **Выраженность тревожных реакций у старшеклассников сельской и городской популяции Магаданской области** Бартош Т.П. (Магадан)

В условиях Севера организм человека подвергается комплексному воздействию природно-климатических и социально-экономических факторов, которые предъявляют повышенные требования к его функциональным системам. К особенностям северных регионов относится проживание населения в отдаленных труднодоступных поселках, которые характеризуются социально-экономическими трудностями, большими расстояниями между населенными пунктами, слабой транспортной освоенностью, недостаточной обеспеченностью квалифицированных медицинских кадров, что отражается на морфофункциональном и психофизиологическом развитии детей и подростков. По литературным данным [1], в современных условиях увеличение стрессовых воздействий сопровождается снижением адаптационных возможностей, что приводит к широкому распространению и постоянному росту психосоматических расстройств почти во всех возрастных группах населения Сибири и Дальнего Востока. Высокая тревожность служит признаком психической напряженности, может приводить к развитию невротического конфликта, неадекватной оценке своих возможностей, эмоциональным срывам и психосоматическим заболеваниям. Адаптационный процесс, при этом, является более ресурсозатратным. На процесс психической адаптации зачастую влияет характерная для подростков хроническая ситуация неудовлетворенности. Реакция на фрустрацию может проявляться в тревоге, неуверенности в себе, раздражительности и агрессивных реакциях.

В тоже время, показаны различия психического развития, выраженности тревожности и формирования психосоматических расстройств у городских и сельских детей [1, 2]. Однако недостаточно сведений об особенностях психического состояния старших подростков, проживающих в Магаданской области. Вышеизложенное определило актуальность и цель нашего исследования – определение особенностей структуры и выраженности тревожных и фрустрационных реакций у старшеклассников, проживающих в отдаленном п.Эвенск и г. Магадане.

В обследовании принимали участие 564 подростка обоего пола 15-17 лет общеобразовательных школ Магаданской области, которые были разделены на 2 группы: 1-я — уроженцы 1-3 поколений из числа европеоидов, проживающие в отдаленном п.Эвенск Магаданской области, расположенном в 535 км от г. Магадана (113 девушек, 105 юношей); 2-я - уроженцы-европеоиды, родившиеся и проживающие в г. Магадане (178 девушек, 168 юношей).

Дифференцированную оценку тревожности подростков определяли Многомерной оценкой детской тревожности (МОДТ), которая включает 10 шкал [3]. Уровень социальной фрустрированности подростков (УСФ-п) определяли по разработанной Л.И. Вассерманом и соавт. методике (Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург). Опросник позволяет определить риск нарушения психической адаптации в различных социальных сферах. Полученные данные были обработаны с использованием программных пакетов Excel-97 и Statistika-6.

На основании выполненного нами исследования можно выделить следующие особенности старшеклассников, проживающих в различных социально-экономических условиях сельской и городской среды Магаданской области (табл.). Девушки Эвенска отличаются от сверстниц-магаданок более высоким тревожным реагированием в ситуациях проверки знаний (шкала 8) ( $p < 0,05$ ). Сильнее выражено психофизиологическое и психовегетативное тревожное реагирование в стрессогенных ситуациях, повышена склонность к проявлению признаков астении, повышена утомляемость (шкалы 9 и 10) ( $p < 0,05$ ). Переутомление в результате школьных нагрузок ведет к неудачам, а накапливаемый опыт неудач порождает страх, неуспехи, подпитывающие тревогу. Юноши Эвенска, по сравнению с магаданцами, оказываются в большей степени зависимыми от взаимоотношений со сверстниками (шкала 2) и тревожатся об успешности в обучении (шкала 6) ( $p < 0,05$ ). Им в большей степени свойственно ощущение собственной неполноценности, боязливости, избегание неудач.

Таблица  
**Структура тревожности старшеклассников Магаданской области (М+п)**

Показатель, баллы	1 группа, п. Эвенск		2 группа, г. Магадан	
	девушки	юноши	девушки	юноши
1. Общая тревожность	3,6±0,4**	1,6±0,3	3,2±0,3	1,5±0,2**
2. Тревога во взаимоотношениях со сверстниками	2,6±0,2	2,8±0,3*	2,6±0,2	2,0±0,2**
3. Тревога в связи с оценкой окружающих	3,6±0,3	3,7±0,3	4,0±0,3	3,2±0,2**
4. Тревога во взаимоотношениях с учителями	3,2±0,3	2,9±0,3	3,3±0,3	2,6±0,2**
5. Тревога во взаимоотношениях с родителями	5,3±0,3**	3,8±0,5	5,0±0,4	3,5±0,2**
6. Тревога, связанная с успешностью в обучении	3,2±0,3	3,3±0,3*	3,0±0,2	2,7±0,2
7. Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения	3,7±0,3	2,9±0,3	3,5±0,3	2,5±0,2**
8. Тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний	4,8±0,3**	3,1±0,3	4,0±0,3*	3,3±0,2**
9. Снижение психической активности, связанное с тревогой	5,2±0,3**	2,6±0,3	4,4±0,3*	2,4±0,2**
10. Повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой	3,8±0,3**	1,8±0,3	3,1±0,3*	1,7±0,2**
Уровень социальной фрустрированности	1,9±0,06**	1,7±0,07	2,0±0,08	1,6±0,05**

\*- достоверное различие между показателями 1 и 2 групп при  $p < 0,05$ ;

\*\* - достоверное различие внутри групп – между девушками и юношами,  $p < 0,05$

Результаты исследования гендерных различий показали, что общий профиль тревожности девушек во всех группах выше, чем у мальчиков (табл.). Девушкам более присущи ранимость, чувствительность, эмоциональная нестабильность, что для них является характерной чертой. В 1-й группе сверстников разного пола различия наблюдаются по 6-ти шкалам тревожности из 10-ти (шкалы 1,5,7,8,9,10) ( $p < 0,05$ ). В частности, девушки менее уверены в себе, переживают в ситуациях самовыражения, проверки знаний, имеют более напряженные отношения с родителями, более выражены вегетативные проявления тревоги, признаки астении. В то же время, здесь можно говорить о большей старательности, добросовестности, ответственности девушек по сравнению с юношами. У городских подростков более отчетливо выражены гендерные различия профиля тревожности. У них нет различий только по фактору 6, связанного с успешностью в обучении. Подростки в равной степени мотивированы на достижение успеха. При исследовании у старшеклассников показателя степени социальной фрустрированности, межгрупповых различий не выявлено (табл.). В то же время, в обеих группах девушки в большей степени, чем юноши-сверстники, оказались неудовлетворенными различными сферами социального функционирования ( $p < 0,05$ ). Наиболее фрустрированными оказались девушки Магадана. Возможно, здесь имеет место наличие сочетания сильной мотивированности и осознания препятствий в достижении цели.

Таким образом, исследование показало, что у девушек сельской популяции более выражен ответ психовегетативной системы на тревожный фактор, а у юношей преобладают тревожные состояния в общении со сверстниками и ситуациях достижения высокого результата. В обеих популяциях наблюдаются гендерные различия показателя социальной фрустрированности и профиля тревожности. У городских жителей более отчетливо выражены гендерные различия профиля тревожности.

#### Литература

1. Афтас Л.И. Актуальные проблемы психосоматической медицины // Экономика и медицина сегодня. – URL: <http://www.mee.ru/opinions/o8-15.html/> (дата обращения: 10.12.2012)
2. Поляков В.М. Развитие высших психических процессов в городской и сельской популяциях детей // Культурно-историческая психология. – 2008. – № 1. – С. 9-16.
3. Ромицына Е.Е. Многомерная оценка детской тревожности. Учеб.-метод. пособие. – СПб.: Речь, 2006. – 112 с.

## Направления психологической помощи детям с тяжелым течением болезни в процессе восстановительного лечения

Буслаева А.С. (Москва)

### Введение

К числу актуальных и сложных проблем медицины относят вопросы лечения ревматических болезней. Являясь хроническими заболеваниями, приводящими к инвалидизации ребенка и требующими систематических, длительных госпитализаций (от 1-2 до 6 месяцев в году), ревматические болезни имеют ряд особенностей, влияющих на качество жизни, являющихся факторами риска в развитии нарушений эмоциональной и мотивационной сферы, трудностей общения, искажений в развитии самосознания, возникновения социальной дезадаптации и других психологических трудностей [1, 2, 3]. В связи с чем большее внимание в современном обществе уделяется вопросам организации психологической помощи в процессе лечения.

### Материалы и методы исследования

В течение 2011 - 2012 года на базе ревматологического отделения НИЦД РАМН обследован 41 ребенок с ревматическими болезнями в возрасте от 7 до 17 лет. Критериями отбора являлись: 1) верифицированный диагноз, 2) нормативное познавательное развитие, 3) информированное согласие родителей на психологическое обследование.

Мы разделили всех обследованных детей на две группы. Первую группу составили дети с тяжелым течением заболевания – 15 человек (5 детей с юношеским ревматоидным артритом, 1 ребенок с системной склеродермией, 3 ребенка с дерматополимиозитом, 5 детей с системной красной волчанкой, 1 ребенок с Гранулематозом Вегенера). Вторую группу составили дети со средней тяжестью течения болезни – 26 человек (22 ребенка с юношеским ревматоидным артритом, 2 ребенка с системной склеродермией, 2 ребенка с дерматополимиозитом).

В нашей работе мы предполагали исследовать следующие аспекты:

1. Эмоциональная сфера.
2. Мотивационно-потребностная сфера.
3. Образ Я, характер самооценки.

Решение поставленных задач осуществлялось с помощью комплекса следующих методик: модифицированный тест «Нарисуй человека» (рисунок себя, рисунок больного человека и рисунок здорового человека), методика «Диагностика самооценки» Дембо-Рубинштейн, тест «Гри желания» для исследования сферы мотивационных предпочтений, тест М.Куна, Т.Макпартленда «Кто Я?» для исследования особенностей развития самосознания подростков и методика «незаконченные предложения».

### Результаты

Все дети и подростки с ревматическими болезнями с тяжелым течением находились длительное время на лечении в стационаре, тяготились пребыванием в условиях отделения, испытывали острую потребность объединиться с семьей. 30% из них получали медицинскую помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии, где резко были ограничены контакты как с ровесниками, так и с близкими родственниками. 40% из них по состоянию здоровья не могли выйти за пределы палаты или не могли вставать с кровати из-за множественных компрессионных переломов позвоночника.

#### *Эмоциональная сфера.*

Эмоциональные особенности группы детей и подростков с тяжелым течением болезни отличались от детей и подростков с ревматическими болезнями со средней тяжестью течения болезни сниженным фоном настроения (73,3% против 23%), лабильностью эмоционального фона (53,3% против 30,7%), острыми эмоциональными реакциями (20% против 0%). У одного подростка зафиксированы депрессивные переживания с суицидальными мыслями. Устойчивый положительный фон настроения у детей и подростков с тяжелым течением болезни наблюдался реже, чем у их сверстников в состоянии ремиссии (6,6% против 34,6%). Данные особенности проявлялись преимущественно в виде колебаний настроения, плача, повышенной чувствительности, ранимости, раздражительности по отношению к высказываниям со стороны окружающих. Некоторые подростки отмечали, что большое количество времени с грустью размышляют о болезни, тревожатся о собственном будущем, боятся, «что не смогут выздороветь».

#### *Мотивационно-потребностная сфера.*

У значительной части детей и подростков с ревматическими болезнями с тяжелым течением в мотивационно-потребностной сфере наблюдалось резкое сужение интересов, фиксация на ситуативных потребностях и желаниях, связанных с физическими ограничениями (снять кислородную маску, выйти из палаты, вернуться из реанимации в отделение и др.).

Внимание и эмоциональные переживания детей и подростков чрезмерно сильно были фиксированы на вопросах лечения заболевания, страхах никогда не вылечиться, результатах анализов и др. медицинских процедур.

#### *Самооценка и образ Я.*

Младшие школьники и подростки, страдающие ревматическими болезнями с тяжелым течением затруднились себя охарактеризовать (53,3 %), у них наблюдалась сниженная самооценка (33,3%). Детям и подросткам со средней тяжестью течения болезни было легче описать собственные достижения, особенности характера, а снижение самооценки наблюдалось чаще (53,8%), чем у детей с тяжелым течением болезни.

#### **Направления психологической помощи**

Содержание психологической помощи в процессе лечения необходимо разрабатывать с учетом характера течения заболевания и возрастно-психологических характеристик ребенка.

Детям с тяжелым течением болезни необходима индивидуальная форма психологической помощи в процессе лечения (в палате или кабинете психолога). С целью снижения эмоционального напряжения, психологической поддержки в сложной жизненной ситуации, расширения круга общения.

Детям со средней тяжестью течения болезни подойдет групповая форма работы. Тренинг поможет через общение и совместную деятельность научиться получать и давать эмоциональную поддержку сверстнику, находить способы самоподдержки, планировать собственное время, развивать умение ставить и достигать цели, осознавать собственные эмоциональные состояния и потребности, а так же повысит чувство самоуважения и личностной ценности.

#### **Литература**

1. Джос Ю.С. Психосоциальные особенности у детей с ювенильными хроническими артритам: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 2001. - С. 24.
2. Шелепина Т. А., Кузьмина Н. Н. Психологическая реабилитация детей и подростков с ювенильным артритом на этапе стационарного лечения // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2011. - №5. С. 39-45.
3. Burwinkle T. M. The impact of health-related quality of life assessment in pediatric rheumatology clinical practice // Ph. D., San Diego, 2005.

### **Соотнесение защитного поведения и особенностей фрустрационного реагирования у детей с неврозоподобными нарушениями и неврозами**

Вейц А.Э.(Сумгаит, Азербайджан)

Анализ особенностей механизмов психологической защиты имеет важное значение в формировании эмоционального благополучия детей. Механизмы психологической защиты являются производным эмоций, а эмоции определяются как базисная основа адаптации. Способность защитить себя, справиться с внутренним и внешним дискомфортом, умение принимать самостоятельные решения зависят от зрелости «Я» ребенка.

В нашем исследовании, посвященном изучению особенностей эмоциональной сферы детей с неврозоподобными нарушениями, обусловленными резидуально-органической патологией ЦНС, мы задались целью провести сравнительную характеристику взаимосвязи защитного поведения и особенностей фрустрационного реагирования детей с неврозоподобными нарушениями и детей с неврозами.

В исследовании приняли участие дети дошкольного (5-7 лет) и младшего школьного (8-10 лет) возраста с неврозоподобным расстройством (1 группа, основная-86 человек); дети с неврозами (2 группа-82 человека).

Корреляционный анализ взаимосвязи защитного поведения и особенностей фрустрационного реагирования детей основной группы выявил, что при предпочтении защиты «идентификация», дети в ситуациях фрустрации проявляют реакции импунитивного характера М ( $p < 0.001$ ). Отождествляя себя со значимой личностью, в роли которой им хорошо и спокойно, они просто ждут, что со временем ситуация разрешится сама, не проявляя агрессии ни к себе, ни к окружающим.

Дети с преобладанием защиты «замещение» применяют реакции препятственно-доминантного типа OD ( $p < 0.001$ ), экстрапунитивные реакции E ( $p < 0.001$ ), необходимо-упорствующие NP ( $p < 0.023$ ) и интрапунитивные I ( $p < 0.022$ ), т.е. они фиксируются на препятствии, у них растет агрессия от бессилия что-то сделать для разрешения ситуации, и они начинают обвинять себя и окружающих и требовать от последних, чтобы они нашли способ удовлетворить их потребности любым путем.

Дети, использующие защиту «регрессия», применяют реакции интрапунитивного характера I ( $p < 0.011$ ), и показатели этой защиты положительно коррелируют с GCR ( $p < 0.033$ ). Показывая поведение, свойственное более младшим по возрасту, дети этой группы представляют, что ничего не произошло, им становится спокойнее, коэффициент социальной адаптации GCR повышается.



При предпочтении защиты «символизация» детьми I группы наблюдаются положительные корреляционные связи с показателями M ( $p < 0.009$ ), ED ( $p < 0.022$ ) и GCR ( $p < 0.037$ ): заменяя свои чувства, желания, потребности символами, дети успокаиваются, начинают смотреть на ситуацию, как нечто неизбежное, со временем проходящее, символизация для них - форма самозащиты.

Применяя защиту «проекция», дети применяют преряточно-доминантную форму реагирования OD ( $p < 0.001$ ) и экстрапунитивные реакции E ( $p < 0.001$ ). В то же время показатели этой защиты обратно коррелируют с показателями GCR ( $p < 0.012$ ) и I ( $p < 0.045$ ), т.е. чем больше выражена фиксация не прерятности и склонность к обвинению других, тем меньше адекватная самооценка детей и тем менее они адаптированы к жизни в социуме.

Результаты исследования взаимосвязи защитного поведения и особенностей фрустрационного реагирования детей с неврозами, достоверно выявили, что при применении детьми с неврозами защиты «вытеснение», дети реагируют интрапунитивно I ( $p < 0.032$ ), накапливая невыраженные отрицательные эмоции, загоняя их все глубже вовнутрь; и показатели этой защиты отрицательно коррелируют с коэффициентом социальной адаптации GCR ( $p < 0.049$ ), что свидетельствует о неэффективности применения защиты вытеснение для повышения адаптированности детей с неврозами.

Показатели защиты «реактивное образование» у детей с неврозами положительно коррелируют с коэффициентом GCR ( $p < 0.049$ ) и типом реакции OD ( $p < 0.001$ ). Фиксируясь на неприятном событии и показывая поведение, противоположное, неадекватное в данном случае, дети как бы защищаются от внешних воздействий, внушают себе, что ведут себя подобающим образом, «как страус - голову в песок». В результате они могут временно приспособиться, поэтому такая защита считается более эффективной, чем вытеснение.

Используя защиту «замещение», дети второй группы проявляют те же реакции, что и дети I группы-E ( $p < 0.040$ ), OD ( $p < 0.001$ ), но наряду с ними наблюдаются отрицательные корреляционные связи с M ( $p < 0.049$ ), что говорит о неэффективности этой защиты, неумении этих детей смотреть на неблагоприятную ситуацию как на нечто неизбежное и проходящее.

При предпочтении защиты «регрессия» детьми 2 группы, выявляются отрицательные корреляционные связи с типом реакции NP ( $p < 0.037$ ), что объясняется неумением и нежеланием находить конструктивный выход, перекладыванием ответственности на других.

Корреляционные связи показателей защит «проекция» и «символизация» с показателями фрустрационного реагирования не отличаются от таковых у детей с неврозоподобными нарушениями.

Результаты проведенного исследования показали, что для достижения эффективной социальной адаптации дети с неврозоподобными нарушениями предпочитают психологические защиты, характерные для раннего уровня реагирования – «символизацию» и «регрессию», что свидетельствует о незрелости их эмоциональной сферы; а дети с неврозами – «реактивное образование». Защиты «подавление» и «вытеснение» достоверно признаны неэффективными в обеих группах.

Применение детьми основной группы примитивных психологических защит, не позволяющих преодолеть трудности, ведущих к еще большей фиксации на проблеме, ведет в дальнейшем к закреплению негативных черт характера и формированию личности по патологическому типу, что усугубляет уже имеющуюся дезадаптацию личности.

Поэтому сравнительный анализ взаимосвязи защитного поведения и особенностей фрустрационного реагирования детей с неврозоподобными нарушениями, обусловленными органической патологией ЦНС, и неврозами, позволяет определить уровень индивидуальной адаптации каждой группы к своему социальному окружению, своевременно выявить «уязвимые участки» в формировании индивидуальной адаптации и разработать план психокоррекционных мероприятий, направленных на:

- обучение эффективному защитному поведению;
- коррекцию эмоциональных нарушений;
- обучение бесконфликтному взаимодействию с окружающими.

### **Методика исследования восприятия опасности подростками в норме и при психической патологии**

Вешикова М.И. (Москва)

В повседневной жизни люди регулярно сталкиваются с ситуациями, которые могут в той или иной степени представлять для них угрозу, это приводит к необходимости осваивать общепринятые и разрабатывать индивидуальные критерии опасности. Принятые решения об опасности или безопасности ситуации влияют на поведение человека и его эмоциональное состояние.

В психологии существуют понятия и методики, позволяющие косвенно делать выводы о том, как происходит восприятие опасности (например, через тревожность, страх, склонность к рисковому поведению), однако прямые методы отсутствуют. Наиболее близки по содержанию исследования

Д. Канемана, П. Словик и А. Тверски, проводившиеся в рамках разработки теории принятия решений [4; 5].

В связи с этим нами была предложена методика, которая позволила бы исследовать процесс восприятия опасности внешней среды (оценки их содержания и степени угрозы), построенная по аналогии с методом предметной классификации. В данной методике перед испытуемым ставится задача разделить предложенные ему карточки-фотографии на три группы по степени опасности. Стимульный материал – карточки с фотографиями потенциально опасных мест и ситуаций, с которыми можно встретиться в повседневной жизни; источниками опасности являются природные условия, антропогенная среда и социальные взаимодействия.

Результаты выполнения методики оценивались по следующим показателям:

- Количество карточек, отнесенных к каждому из трех уровней опасности (процентное соотношение уровней опасности по выделенным источникам).
- Интегральный балл воспринимаемого уровня внешней опасности, рассчитываемый путем присвоения каждой карточке, отнесенной к безопасным ситуациям 0 баллов, к опасным – 1 балла, к очень опасным – 2 баллов.

Пилотажное исследование с использованием данной методики проводилось на подростковой выборке, поскольку именно в этом возрасте вопрос восприятия опасности встает особо остро: поведение подростков наблюдается рост числа поступков, несущих потенциальную угрозу своему здоровью и, подчас, жизни. В частности, у подростков с психическими заболеваниями отмечается широкий спектр поведенческих проявлений, связанных с риском для себя («экстремальные» увлечения, анти-социальные поступки, употребление психоактивных веществ) [1;6]. Выборка была разделена на две группы: экспериментальную группу составили 22 подростка в возрасте 13-17 лет (9 девочек, 13 мальчиков), находившихся на стационарном лечении в детской клинике ГУ НЦПЗ РАМН и ГУ «Детская психиатрическая больница №6» г. Москвы. Контрольную группу составили 23 подростка (10 девочек, 13 мальчиков), учащихся средней общеобразовательной школы № 820 и средней общеобразовательной школы №659 г. Москвы.

#### Результаты

При расчете интегрального балла по всей методике выявляется значимое повышение балла в патологии по сравнению с нормой (по критерию Манна-Уитни подтверждается на уровне значимости 0,01), вызванное увеличением количества ситуаций, которым присвоена высшая степень опасности.

Оценки социальных ситуаций в экспериментальной группе поляризована: повышена доля особо опасных и безопасных ситуаций при сокращении доли ситуаций средней опасности. То есть в патологии оценка ситуаций менее дифференцирована, и в большей степени выражено повышение порога опасности, что может говорить о сложности понимания социальных ситуаций подростками с психической патологией.

Уровень субъективной опасности антропогенных ситуаций в экспериментальной группе повышен за счет расширения границ среднего уровня опасности. Расчет интегрального балла опасности в рамках антропогенных ситуаций показывает статистически значимый сдвиг между группами (критерий Манна-Уитни, уровень значимости 0,05).

Субъективная опасности природных ситуаций в экспериментальной группе резко повышена: значительно расширены границы высокой опасности, зона безопасных ситуаций крайне узкая. Расчет интегрального балла опасности в рамках природных ситуаций показывает статистически значимый сдвиг между группами (критерий Манна-Уитни, уровень значимости 0,01).

Помимо количественных отмечаются также качественные различия при выполнении методики. У подростков экспериментальной группы выражено эмоциональное отношение к изображенным ситуациям – они высказываются о своих страхах, либо об интересе к изображенной ситуации, в то время как подростки контрольной группы больше ориентированы на прямое выполнение инструкции. Среди подростков с психической патологией наблюдаются случаи личностно окрашенного отношения к заданию, введение дополнительного критерия оценки ситуаций (например, соответствие изображенных ситуаций нормативному поведению, источник опасности). То есть у подростков с психической патологией в процессе дифференциации опасности в большей степени задействуется процесс эмоциональной оценки, актуализируется личный опыт, который может носить травматический характер, вводятся вспомогательные критерии, оценка может носить отпечаток актуально переживаемых внутриличностных конфликтов.

Повышение уровня субъективной опасности ситуаций социального взаимодействия может быть связано с состоянием основного шизофренического настроения у больных, выражающемся в недоверии к окружающему миру [2]. Значительное повышение субъективного уровня опасности природных

ситуаций может являться следствием переживания специфических для подросткового возраста страхов [3], либо свидетельствовать о наличии у подростка страхов, связанных с психическим заболеванием.

#### Литература

1. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста – СПб, Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007 – 670 с.
2. Груле Г.В. (Гейдельберг). Психология шизофрении, часть 4 // Независимый психиатрический журнал, №2, 2010
3. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М., 2006
4. Канеман Д., Тверски А. Рациональный выбор, ценности и фреймы // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. - № 4. - С. 31-42.
5. Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. — Харьков: Гуманитарный центр, 2005 — 632 с
6. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Санкт-Петербург: Речь, 2010. — 256 с

### Экспериментальное исследование особенностей эмпатии у детей с ЗПР

Горячева Т.Г., Синельникова А.В. (Москва)

На сегодняшний день общепризнанным является тот факт, что социальная адаптация детей с нарушениями развития является не только самоцелью коррекционных мероприятий, но и важным фактором, помогающим, если не улучшить состояние ребенка, то, по крайней мере, не допустить его усугубления. В связи с этим представляется крайне важным изучить процесс социализации и факторы его обуславливающие. Одним из необходимых для успешной социализации условий является социальная компетентность, а ее предпосылкой, в свою очередь, способность к эмпатии.

В ходе анализа отечественных и зарубежных источников мы пришли к выводу, что, по мнению большинства исследователей, эмпатия как способность к сопереживанию имеет 3 основных компонента: поведенческий, когнитивный и эмоциональный. Наибольшую сложность для непосредственного наблюдения и изучения имеет именно эмоциональный аспект эмпатии. Это связано, как с мало разработанной методологией оценки эмоционального отклика, так и с тем, что для возникновения самого отклика необходимо погрузить ребенка в ситуацию сопереживания.

Ряд авторов в своих исследованиях (В. П. Кузьмина [3], Глоба Н. В. [2], Е. Н. Васильева[1]) показывают, что способность к эмпатии у детей с ЗПР имеет свои особенности. Указанный факт, высокая распространенность ЗПР и ее относительно благоприятный прогноз при проведении адекватных коррекционных мероприятий стали основанием для выбора нами в качестве исследуемой группы именно детей с ЗПР.

Для исследования нами был разработан экспериментальный план. В ходе эксперимента ребенок ставился в ситуацию, которая провоцировала проявление эмпатии. Данная ситуация создавалась с помощью демонстрации ребенку видеосюжета, в котором главный герой испытывает интенсивные эмоции. Контекст переживаний героя был также освещен. Главный герой каждого из видеосюжетов – ребенок (мальчик), что должно, с нашей точки зрения, облегчать идентификацию с ним ребенка. Эксперимент проводился с каждым ребенком индивидуально для того, чтобы избежать эмоционального заражения детей друг другом. Каждому ребенку демонстрировалось 4 видеосюжета. Первый сюжет был посвящен чувству вины и стыда, второй – грусти, третий – гневу, четвертый – радости. После просмотра каждого видеосюжета оценивался эмоциональный компонент эмпатии ребенка.

Т.к. эмпатическое поведение одобряется обществом, ответы детей могли иметь социально желательный характер, поэтому в нашем исследовании оценивался как осознанный, так и бессознательный компонент эмоционального отклика ребенка.

#### *Оценка сознательного эмоционального отклика*

Оценка сознательного эмоционального отклика проводилась с помощью самоотчета ребенка. Для этого после просмотра видеосюжета экспериментатор просил ребенка рассказать о тех чувствах, которые вызвал фильм. Также ребенку нужно было оценить интенсивность своего переживания. Для оценки интенсивности переживания и преодоления трудностей в номинации чувств ребенку предлагались специально разработанные нами шкалы эмоций. Анализировались следующие параметры:

1. Синтонность, т.е. совпадение эмоционального отклика по знаку с героем фильма. Параметр оценивался в баллах: каждый синтонный ответ – 1 балл, т.е. максимальное значение по критерию – 4б.

2. Интенсивность эмоционального отклика, оценивалась по самоотчету ребенка. Интервал значений от 0 до 4 б.

#### *Оценка бессознательного эмоционального отклика*

Оценка бессознательного эмоционального отклика основывалась на исследованиях Э. Т. Дорофеевой [4]. Автор изучала изменения чувствительности к цвету в зависимости от эмоционального состояния. Ею была разработана методика, позволяющая по результатам предпочтения цветов испытуемым судить о его эмоциональном состоянии. Непосредственно данная методика не могла быть применена в нашем исследовании. Поэтому мы использовали основанную на сходных теоретических предпосылках методику восьми-

цветового теста М. Люшера в модификации Л. Н. Собчик. Инструкция, стимульный материал и процедура интерпретации модифицированы не были. Выбор цветов предлагался ребенку после каждого видеосюжета. Наличие адекватного ситуационного эмоционального отклика на каждый видеосюжет оценивалось в 1 б. по параметру «бессознательный эмоциональный отклик».

Также был выделен параметр «осознанность», отражающий разницу между сознательным и бессознательным откликом испытуемого.

В исследование было включено две группы: экспериментальная и контрольная. Экспериментальная группа включала в свой состав 20 детей 6-7 лет с задержкой психического развития (15 мальчиков и 5 девочек) и их родителей. Отбор детей в экспериментальную группу проводился либо по результатам прохождения ребенком ПМПК, либо 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 статистически значимые различия по параметру «бессознательный эмоциональный отклик» на уровне значимости  $p=0,045$ . Среднее значение по контрольной группе ср. контр.=2,18, а по экспериментальной - ср. эксп. = 1,52. Т.е. дети с задержкой психического развития продемонстрировали меньшую способность к эмоциональному отклику.

По параметрам «интенсивность», «синтонность» и «осознанность» значимых различий обнаружено не было.

Таким образом, эмоциональный компонент эмпатии у детей с ЗПР сформирован недостаточно по сравнению со здоровыми детьми. Данный вывод согласуется с другими исследованиями. В исследованиях данной проблемы эмоциональный компонент эмпатии изучался по поведенческим признакам и высказываниям детей. В нашей работе изучался непосредственно эмоциональный отклик. Тот факт, что результаты изучения эмоционального компонента эмпатии в его вербальных, поведенческих и непосредственно эмоциональных проявлениях согласуются между собой, позволяет с большой уверенностью говорить о правомерности утверждения о недостаточной сформированности данного компонента у детей с ЗПР.

#### Литература

1. 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.
2. Глоба Н. В. Психологический анализ эмпатии у детей с задержкой психического развития: младший школьный возраст. Дис. . канд. псих. наук. – Москва, 2008. - 182с.
3. 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.
4. Хасанова Р. И. Особенности эмпатии у дошкольников с нарушением интеллектуального развития. - Санкт-Петербург, 2009. - 204с.

### **Эмоционально-личностные особенности инфантильных подростков с психическими расстройствами** Дементьева Л.А. (Москва)

Подростковый возраст – это период становления личности [3], биопсихосоциального кризиса, для которого характерны эмоциональная неустойчивость, резкие перепады настроения, внезапные вспышки агрессии и другие, нередко маломотивированные с точки зрения взрослых, реакции, в том числе, активного и пассивного протеста [1,2]. Эмоционально-личностные характеристики изменяются при психической патологии, особенно, если отмечается отягощение психическим инфантилизмом.

Исследование, проведенное на базе психиатрической клинической больницы №15 г. Москвы, было направлено на выявление эмоционально-личностных особенностей у инфантильных подростков с психической патологией. Материалом исследования послужили данные обследования 70 подростков обратившихся за амбулаторной или стационарной психиатрической помощью. 50% (10 девушек, 25 юношей) имели формирующееся шизотипическое расстройство личности (F21.8), а другие – органические непсихотические расстройства (10 девушек, 25 юношей) (F06.6 - F06.8). Пациенты обеих групп имели черты психологической незрелости. Диагностика проведена психиатрами в соответствии с критериями МКБ-10 и верифицирована научными сотрудниками отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. По половому признаку обе группы специально подбира-

лись таким образом, чтобы соотношение юношей к девушкам составило 2,5 к 1 соответственно. Это отражает распределение по полу в группе пациентов, обратившихся за помощью к психиатру. Все исследуемые были обследованы с помощью проективных рисуночных тестов («Рисунок человека» и «Рисунок несуществующего животного»), методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн и теста Клониджера. Кроме того, с каждым была проведена клинико-психологическая беседа.

По результатам проведенных методик был выявлен ряд особенностей инфантильных подростков с психическими расстройствами.

У большинства подростков с органическим расстройством отмечается невысокий рост, худощавое телосложение, недостаточность развития вторичных половых признаков. Мимика и моторика характеризуется яркостью и выразительностью. Такие подростки бурно реагируют на ситуацию неуспеха. У них мало выражены какие-либо страхи. Во время общения со сверстниками 83% подростков употребляют слабоалкогольные напитки и курят. Также инфантильные подростки с органическим расстройством часто увлекаются компьютерными играми, в которые вовлечены как знакомые им люди, так и незнакомые, контакт с ними поддерживается только в Интернете. Кроме того, 49% таких подростков любят смотреть телевизор, в особенности те передачи, которые связаны с наблюдением за жизнью людей. Они не настроены на обучение. К оценке своих знаний относятся с попустительством. Несмотря на это, они оценивают себя как достаточно успешных в учебе и общении. Отношения в семьях часто бывают конфликтными, в связи с тем, что ребенок не хочет учиться, а стремится гулять и развлекаться с друзьями. В связи с неусидчивостью и недостаточностью послушания такие дети плохо удерживались в детских дошкольных учреждениях и плохо успевали в школе, что вызывало недовольство учителей. У таких подростков часты нарушения социальной компетентности либо в виде снижения социально-психологического взаимодействия и эмоционального отстранения от возможных успехов, либо в форме аффективной расторможенности, которая приводит к агрессивным вспышкам и другим нарушениям поведения.

У подростков с шизотипическим расстройством внешний вид соответствует возрастным характеристикам. Внешние проявления эмоциональных реакций снижены. Мимика и моторика характеризуются тусклостью, что соответствует данному типу нозологии. Они испытывают страхи, свойственные шизотипическому расстройству, такие как употребление желе и холодца, нежелание мыться и плавать и т.д. В детстве испытывали недифференцированные страхи темноты. Только 26% имеют какие-либо увлечения помимо учебы, однако они носят индивидуалистический характер: предпочитают собирать, коллекционировать разные предметы, увлекаются такими играми на компьютере, которые не предполагают общения со сверстниками. Планы на будущее у таких подростков не носят определенный характер. Их родители обращались за помощью в определении профессиональной предрасположенности. В учебной деятельности такие подростки успешны лишь в тех областях, которые им интересны. По другим предметам часто наблюдается неуспеваемость вплоть до неудовлетворительных оценок. Это может быть связано со слабостью мотивационно-потребностной сферы, свойственной всем заболеваниям шизофренического круга. Отношения между подростками и их родителями характеризуются доверительностью, однако подростки часто испытывают агрессивные чувства, поскольку родители заставляют их соблюдать меры гигиены, мешают погружаться в их интересы безгранично. В связи с этим могут возникать конфликты. Так же выражены страхи как социальные, так и недифференцированные, связанные с едой или самообслуживанием. В связи с этим такие дети с трудом удерживались в детских дошкольных учреждениях и школе.

Все подростки с психическим инфантилизмом характеризуются повышенными опасениями при контакте с социумом. Это проявляется высокими показателями по шкале «избегание вреда» в тесте Клониджера, отсутствием органов чувств у нарисованных персонажей в проективных методиках «Рисунок человека» и «Рисунок несуществующего животного» (особенно у подростков с шизотипическим расстройством), преобладанием травоядного способа питания в «Рисунке несуществующего животного». Кроме того, низкий уровень владения социальными навыками обусловлен недостаточностью развития полороловой сферы и невозможностью оценить себя. Можно отметить тенденции к завышению самооценки, особенно у подростков с органическим расстройством, что проявляется как в методике Дембо-Рубинштейн, так и в рисуночных проективных методах тенденцией к завышенному расположению персонажей на листе. Это может быть компенсаторной защитой внутренней тревожности, которая отражается в сильной штриховке и наличии страхов у персонажей рисуночных тестов.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что инфантильные подростки с психическими расстройствами характеризуются социальной дезадаптацией, обусловленной недоразвитием социальных навыков, тревожностью и компенсаторным завышением самооценки. Также можно отметить преобладание игровых интересов над учебными, невозможность профессионального самоопределения, нарушение социального взаимодействия со сверстниками, учителями и родителями. Резуль-

таты исследования согласуются с представлениями отечественной школы психиатрии и психологии о нозоспецифических характеристиках психического инфантилизма.

#### Литература

1. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Эксмо, 2006, 1136 с.
2. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. Учебное пособие для вузов. М.: Академический проект, Трикста, 2011, 304 с.
3. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. М.: Тривола, 1998, 351 с.

### **К вопросу о квалификации содержания фантастических и устрашающих образов, выявляемых у детей во время патопсихологического исследования**

Дьяченко А.С. (Москва)

Данное сообщение направлено на привлечение внимания практических психологов к квалификации содержания фантастических и устрашающих образов, выявляющихся у детей во время патопсихологического исследования в психиатрическом стационаре.

Актуальность темы объясняется тем, что неверная трактовка данных образов может привести к ошибочной оценке состояния ребенка, вплоть до неправильной постановки диагноза.

Содержание наблюдаемых у ребенка устрашающих и фантастических образов зависит от его общего уровня развития, возраста, личности, а также и от социальной и культурной ситуации, в которой он оказывается. Вопросы особенностей мышления и патологического фантазирования больных, принципы и критерии оценки подробно рассмотрены в работах В.Н. Мамцевой [1], Г.Е. Сухаревой [2], М. Ш. Вроно [3].

В настоящее время решение патопсихологом задачи дифференциальной диагностики, отграничения заимствованных фантастических образов от собственной психопатологической продукции больных затрудняется тем, что количество и разнообразие фантастических и устрашающих образов за последние 20 лет значительно возросло. Происходит это как отражение значительных изменений в жизни нашего общества. Самыми важными в этом контексте кажутся два фактора. Во-первых, заметное снижение уровня безопасности жизни в связи активными действиями террористов, захватывающих заложников, организующих взрывы домов и т. п. Во-вторых, значительное расширение информационного потока - увеличение количества телевизионных каналов, и появление многочисленных программ и фильмов (художественных и документальных) соответствующего содержания, появление в пользовании населения плодов научно-технической революции: сперва видеомаягнитофонов, позже компьютеров, DVD проигрывателей. Ставшие доступными весьма многочисленные мультипликационные, художественные и документальные фильмы, а позже и сеть интернет, предоставляющая пользователю неограниченные возможности в поиске информации практически на любую тему, крайне расширили диапазон фантастических и устрашающих образов.

Названия и облик героев современных мультипликационных и художественных фильмов, компьютерных игр иногда оказываются столь необычными, причудливыми, что могут при незнании первоисточника быть расценены как собственная психопатологическая продукция ребенка. В связи с этим, для врачей-психиатров и психологов, работающих с детьми, очень важно быть в курсе соответствующего современного культурного контекста - во избежание отягощения актуального состояния ребенка.

Встречаясь в рассказе или рисунке ребенка с необычным персонажем, нам представляется весьма важным и необходимым уточнение его происхождения. Помощь в этом могут оказать коллеги, имеющие детей, и, в силу этого, знакомые с популярными сейчас у детей играми и фильмами либо поисковая система сети интернет.

При ближайшем рассмотрении многие необычные названия («розовая пантера», «десептикон», «чупакабра», «бьякуган» и т.п.) - оказываются не продуцированными ребенком ярко своеобразными, вычурными образами, неологизмами, а всего лишь причудливыми названиями, которые заимствованы из мультипликационных или художественных фильмов, компьютерных игр, интернет сайтов. И, соответственно, не являются свидетельством наличия у ребенка специфических нарушений мышления, а также продуктивной психопатологической симптоматики.

#### Литература

1. В.Н.Мамцева Детская и подростковая психиатрия 2003г.
2. Г.Е.Сухарева Лекции по психиатрии детского возраста 1998г.
3. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста под.ред. М. Ш. Вроно, 1999г.

## Особенности когнитивной сферы у детей и подростков с прогрессирующими миодистрофиями и врожденными структурными миопатиями

Ерохина В.А. (Москва)

Наследственные миопатии – генетически гетерогенная группа наследственных заболеваний скелетномышечной ткани, общими проявлениями, которых являются, как правило, генерализованная мышечная гипотония, симметричная мышечная слабость мышц плечевого и тазового поясов, снижение сухожильных рефлексов. В клинической картине этой группы болезней различают: прогрессирующие мышечные дистрофии; врожденные структурные миопатии; митохондриальные миопатии и энцефаломиопатии.

В работах отечественных и зарубежных психологов практически отсутствует оценка формирования и развития когнитивной функции у детей и подростков с врожденными миопатиями. Проведенное нейрopsихологическое исследование позволяет определить характер нарушений нервно-психического развития пациентов с прогрессирующими миодистрофиями и врожденными структурными миопатиями и подобрать адекватные методы психолого-педагогической коррекции для улучшения качества жизни и социальной адаптации этих больных.

Характеристика детей и методы исследования

Исследование проведено в отделении психоневрологии МНИИ педиатрии и детской хирургии. Были обследованы 19 пациентов с прогрессирующими мышечными дистрофиями (3 девочки и 16 мальчиков) и 10 больных с врожденными структурными миопатиями (3 девочки и 7 мальчиков)

**Таблица. Характеристика групп пациентов**

Группы детей	Возраст детей, лет.	Количество детей	Пол	
			Муж	Жен
ПМД-1группа	7-10	11	11	0
ПМД-2группа	11-17	8	5	3
ВСМ-1группа	7-10	3	2	1
ВСМ-2группа	11-17	7	5	2

Для определения характера нейрopsихологического дефицита у детей и подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями и врожденными структурными миопатиями использовался метод синдромного анализа нарушений высших психических функций, разработанный А.Р. Лурия и его школой и адаптированный для данного контингента больных.

Нейрopsихологическое обследование включало пробы, направленные на оценку состояния двигательной сферы, гностической сферы, памяти, речевых функций и интеллекта.

Количественная оценка полученных результатов осуществлялась с учетом возрастных нормативов выполнения отдельных проб. Выраженность выявленных нарушений оценивалась по балльной системе: 0 баллов - отсутствие нарушений; 3 балла – выраженный дефект (от 70 до 100% ошибок).

Результаты и обсуждение

Все больные экспериментальной группы обучаются по программе общеобразовательной школы, и тем не менее в проведенном исследовании был выявлен нейрopsихологический дефицит, который выражается в недостаточности зрительно-пространственной деятельности и сомато-сенсорного гнозиса и тактильной чувствительности (диаграмма 1).

В результате исследования когнитивных функций у детей и подростков с наследственными миопатиями было установлено, что у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями и врожденными структурными миопатиями отмечаются нарушения, соответствующие определенным нейрopsихологическим

факторам и зонам мозга: фактор пространственного и квазипространственного восприятия (височно-теменнозатылочные отделы мозга) (синдром ТРО); фактор кожно-кинестетического восприятия (теменные отделы мозга) (теменные синдромы); фактор зрительного и зрительно-пространственного вос-

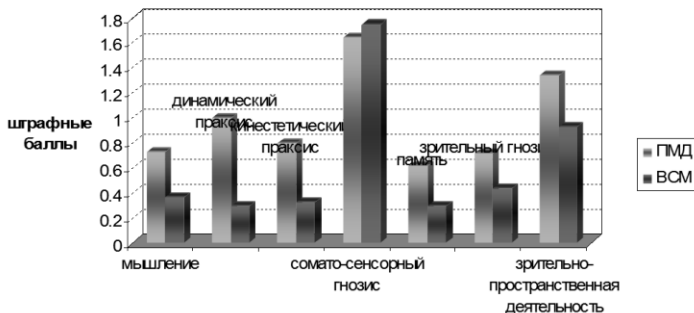


Диаграмма 1. Характер нарушений ВМФ у больных с наследственными миопатиями

приятия (затылочные, затылочно-теменные отделы мозга) (затылочно и затылочно-теменные синдромы); Фактор объема вербально-акустического восприятия и слухоречевой памяти (височные отделы мозга) (височные синдромы); фактор программирования, регуляции и контроля (переднелобные отделы мозга) (переднелобные синдромы); кинетический фактор (заднелобные отделы мозга) (заднелобные синдромы); фактор активации-инaktivации (глубинные структуры мозга) (глубинные синдромы).

Для анализа степени выраженности синдромов и описания разных вариантов сочетания синдромов для каждой группы детей были построены диаграммы, отражающие количество набранных детьми штрафных баллов.

После сравнении нейропсихологических синдромов групп больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями (ПМД) и врожденными структурными миопатиями (ВСМ) для всех возрастных категорий была выявлена одинаковая тенденция: наиболее выраженными являются синдромы ТПО, теменные и глубинные синдромы.

В ходе проведенного исследования было установлено, что недостаточность когнитивных сферу детей и подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями более выражена, чем у больных с врожденными структурными миопатиями. Полученный результат можно связать, по всей видимости, с недостаточностью дистрофина в головном мозге у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями (диаграмма 2).

Таким образом, согласно полученным данным, степень выраженности нарушений ВПФ у детей и подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями выше, чем у больных с врожденными структурными миопатиями.

### Выводы

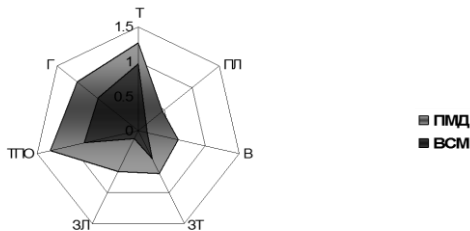
1. У детей с прогрессирующими мышечными дистрофиями и врожденными структурными миопатиями были выявлены нарушения функции зрительно-пространственной деятельности.
2. Нарушения высших психических функций у обследованных детей обусловлены дефицитностью теменных, теменно-затылочных и височно-теменно-затылочных отделов коры головного мозга, что характерно для всех групп больных. В исследовании было выявлено, что степень выраженности нейропсихологического дефицита у детей и подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями выше, чем у пациентов с врожденными структурными миопатиями, что объясняется нарушением функционирования дистрофина в головном мозге больных с ПМД.

### Экспериментальный подход к исследованию памяти и восприятия в разных модальностях при шизофрении у детей

Зверева Н.В., Тутукова Е.А. (Москва)

Ю.Ф.Поляков был одним из инициаторов обращения к экспериментальной разработке тематики детской патопсихологии в возглавляемой им лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР. Автор статьи неоднократно участвовала в подобных разработках, имеющих отношение к разным аспектам детской клинической психологии. Данная работа продолжает цикл исследований по психологической квалификации психического дизонтогенеза при шизофрении у детей (Т.К.Мелешко, В.В.Лебединский, С.М.Алейникова, Н.В.Захарова, АЕ.Назаренко, Н.В.Зверева и др.). Н.В.Зверева, Е.Г.Каримулина, Т.А.Ермилов, И.Н.Власенкова и др. экспериментально исследовали полимодальные особенности когнитивного дизонтогенеза при шизофрении и другой эндогенной патологии. Новый ракурс экспериментального исследования касается качественных особенностей психического развития у детей с расстройствами шизофренического спектра с учетом фактора модальности и межфункциональных связей психических процессов.

Тактильная сфера выступает как модель для изучения проявлений когнитивного дизонтогенеза при психической патологии. Данное сообщение представляет результаты пилотажной разработки новых экспериментальных средств диагностики своеобразия произвольной памяти у детей, больных шизофренией, в младшем школьном возрасте в сравнении со здоровыми сверстниками. Произвольная память нами исследовалась в двух разновидностях осязания: тактильной (фактура) и стерео-



**Диаграмма 2.** Выраженность нейропсихологических синдромов у больных с прогрессирующими мышечными дистрофиями с дебютом заболевания от 0 до 3 лет. (передне- и заднелобный (ПЛ и ЗЛ), височный (В), теменной (Т) височно-теменно-затылочный (ТПО), затылочно- теменной (ЗТ), глубинный синдромы (Г))



гностической (стереогноз), кроме того, вводилось условие взаимодействия и возможного соревнования осозательной и зрительной модальностей.

Цель – сопоставление мнестической деятельности в разных вариантах осозания (фактура и стереогноз) в норме и при шизофрении у детей. Отдельную задачу составляла оценка успешности произвольного запоминания при разных вариантах модальности подачи стимульного материала, а также изменение успешности произвольного запоминания при двойной стимуляции тактильной и зрительной модальности.

Гипотеза исследования: у здоровых детей визуальная подача стимульного материала положительно меняет результат запоминания материала, знакомого по тактильному и стереогностическому запоминанию, а дети, больные шизофренией, в меньшей степени будут использовать визуальный компонент.

Испытуемые: мальчики от 8 до 12 лет, больные шизофренией и их здоровые сверстники (по 14 человек). Группы были подобраны таким образом, чтобы единственным различительным признаком было наличие психического заболевания. Мужской пол испытуемых был выбран из-за большей частоты встречаемости расстройств шизофренического спектра у мальчиков.

Исследование проводилось на базе отделений детской психиатрической больницы № 6 города Москвы, а также средней общеобразовательной школы № 12 города Коломны.

Методики и процедура: Для исследования произвольной памяти в тактильной и стереогностической модальности были сформированы наборы по 10 стимулов (фактурные и стерео) в виде различных предметов и карточек с различной поверхностью, которые ребенок может потрогать или поместить в руку. Для исключения зрительного контроля использовалась коробка, играющая роль ширмы. Процедура включала несколько последовательных этапов:

1. Проверка произвольного запоминания стимулов.
2. Визуальное знакомство со стимульным материалом.
3. Проверка произвольного запоминания стимулов после визуальной стимуляции.

Испытуемому предлагалось взять в руки предмет и на ощупь определить, что он держит в руках, затем после нейтрального задания его просили вспомнить, что он трогал (1). Далее стимулы предъявлялись зрительно (2), после непродолжительной нейтральной деятельности проверялось произвольное запоминание стимулов после визуального знакомства с ними (3). Для исследования произвольной памяти после двойной стимуляции использовалась та же ширма и стимульный материал.

Оценивались: объем произвольного тактильного запоминания и, стереогностического запоминания, объемы запоминания тех же стимулов после зрительного предъявления. Данные приведены в таблице.

**Таблица 1.** Успешность произвольного тактильного запоминания (фактурно и объемно) до и после визуальной демонстрации стимулов (в % по группе)

Группы	фактурная память	Объем памяти на те же стимулы после визуальной демонстрации	Стереогностическая память	Объем памяти на те же стимулы после визуальной демонстрации
Дети, больные шизофренией	50%	52%	48%	61%
Здоровые дети	62%	82%	61%	81%

Из таблицы видно, что все виды произвольного тактильного осозательного запоминания значимо более успешны в группе здоровых испытуемых. Сравнительный результат оценки произвольного запоминания на основе разных видов осозания – стереогностического и фактурного, показал более низкую продуктивность в обеих группах в тактильной серии. Визуальное знакомство со стимулами приводило к значительно лучшей продуктивности запоминания материала на основе стереогностического, объемного осозания стимулов.

Сопоставление продуктивности произвольной памяти в разных модальностях (стереогностическая и фактурная память), показывает, что в контрольной группе имеются значимо лучшие показатели по сравнению с больными детьми.

Результаты в контрольной группе качественно отличались от таковых в экспериментальной группе лучшими показателями произвольной памяти в обеих модальностях тактильного запоминания под влиянием введения визуального ознакомления со стимулами. В группе больных детей обнаружена разница влияния введенного зрительного ознакомления со стимулами в тактильной и стереогностической сериях. Зрительный образ положительно сказывался на последующем стереогнозе (не так выражено, как в норме), а при фактурном запоминании повторная визуальная подача совсем не оказала положительного влияния на результат запоминания. Проведенное исследование показало, что применение комплекса специализированных экспериментально психологических методик, направленных на оценку произвольной памяти в сочетании с более традиционными методиками диагностики когнитивной деятельности в разных модальностях (зрительной и осозательной) адекватно для

сравнительного изучения особенностей когнитивной деятельности. Межфункциональные связи между зрительной и тактильной модальностью у детей нормы развития и при шизофрении не одинаковы, опора на визуальный компонент при двойной стимуляции (тактильно и зрительно) менее успешна у больных шизофренией детей. Полученные данные могут быть использованы в диагностической работе с детьми, больными шизофренией, а также при построении программ коррекционных занятий.

### **Клинико-психологические особенности детей с хронической гастродуоденальной патологией**

Ильхамова Д.И., (Ташкент, Узбекистан)

В настоящее время хронические заболевания органов пищеварения у детей в силу своей большей распространенности являются одной из актуальных проблем педиатрии. Несмотря на рост частоты этих заболеваний у детей, которые нередко осложняются разнообразными психоневрологическими нарушениями, к сожалению, эти нарушения к настоящему времени изучены мало [1,2,4]. По мнению многих авторов к соматогенным расстройствам при заболеваниях пищеварительного тракта у детей относятся астенические состояния (повышенная утомляемость, слабость, головная боль), причем отмечается зависимость этих жалоб от периода болезни. При этом подчеркивается, что в начальной стадии заболевания степень выраженности психоневрологических расстройств находится в прямой зависимости от течения соматической патологии. Однако по мере развития соматического процесса нервно-психические нарушения развиваются уже самостоятельно, проявляясь даже в период ремиссии заболевания. Д.Н.Исаев отмечает, что при хронических заболеваниях органов пищеварения у детей также наблюдаются неврозоподобные расстройства, которые формируются через 1-2 года после возникновения соматического заболевания, к ним относятся анорексия, энурез, тики, расстройства сна. При этом обострение соматического процесса неизменно приводит к ухудшению психического состояния, в период ремиссии соматического заболевания редуцируется неврозоподобная симптоматика[4].

Отсутствие единого мнения о причинах возникновения заболеваний пищеварительной системы позволяет говорить о комплексе психологических причин, участвующих в патогенезе этих расстройств. В то же время, психологические механизмы возникновения желудочно-кишечных заболеваний сближают их с другими как психосоматическими, так и психическими, заболеваниями.

Н. Frayberger, W.Zander, H.Weiner, M.Thaler, I.A.Mirski, W.Shuffel, T.Uexkull, Б. Любан-Плюцца, Г. Амон, А.В. Мазурин, А.М. Запруднов, Ю.Ф. Антропов, Д.Н.Исаев, Л.И. Тульчина и др. отмечают, что характерной чертой гастроэнтерологической патологии является ее частая психологическая обусловленность. В ряде исследований [2,3] показана связь психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта с эмоциональным напряжением: депрессией, эмоциональными переживаниями, неудовлетворенной потребностью в персональной любви, потерей доверия к миру, отторжением себя от идентификации с близким кругом лиц.

В последнее время все больше специалистов приходят к мнению, что для успешного лечения ребенка необходима оценка его эмоциональной сферы, которая включает в себя изучение поведения ребенка с родителями дома, в школе, среди друзей и взрослых, оценку реакций ребенка на непосредственное окружение и на стресс. Длительные хронические соматические заболевания обуславливают задержку эмоционального развития, эмоциональную незрелость детей и подростков. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт личности как робость, боязливость, неуверенность в себе. Эти же свойства в значительной степени детерминируют и создание для больного ребенка режима ограничений и запретов. Так, к явлениям, связанным непосредственно с болезнью, относится искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки. Задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию к труду.

Нами обследованы 60 детей, в возрасте от 5 до 9 лет с хронической гастродуоденальной патологией. Контрольную группу составили 30 практически здоровые дети. Психологическое исследование проводили с помощью комплекса психодиагностических методик, разработанных и хорошо апробированных в клинической практике (клиническая беседа с детьми и их родителями, методики самооценки «Шарики», тест Дембо-Рубинштейн, тесты Р.Тэмпл, М.Дорки, В.Амен для изучения уровня тревожности, «методика «Кинетический рисунок семьи»).

Результаты клинической беседы выявили, что ведущим в психологическом статусе у детей с хронической гастродуоденальной патологией является неврастенический синдром, который был обнаружен у 83,5% больных и характеризовался понижением настроения (80,0%), быстрой утомляемостью (84,4%), снижением работоспособности (77,7%), нарушением сна (75,5%) и аппетита (100%). При выраженной степени заболевания эти явления ещё больше усугублялись. У 60,4% больных имели

место неблагоприятный климат в семье, т.е. частые ссоры взрослых, плохие взаимоотношения между родителями и развод родителей, злоупотребление отцом алкоголем. 68,2% детей предъявляли жалобы на нарушения в межличностной сфере с братьями и сестрами или друзьями. По результатам исследования самооценки отмечалось резкое снижение самооценки по всем градациям по сравнению со здоровыми детьми. Особенно заниженной оказались шкалы «здоровье» и «счастье». 52 больных поставили себя по шкале «здоровья» на уровень ниже нормы, тогда как в группе здоровых это явление отмечалось лишь у 3 детей ( $P < 0,001$ ). По шкале «счастье» заниженная самооценка наблюдалась у 49 детей основной и у 6 детей контрольной группы ( $P < 0,001$ ). Нужно отметить, что в возрастной группе детей 5-7 лет заниженная самооценка по градации «счастье» была обусловлена с отношением родителей к ребенку. Дети, которые находились в благополучной семье, независимо от состояния здоровья оценивали себя самыми счастливыми, и наоборот у детей, у которых отмечалось обеднение родительской любви и внимания, наблюдалась заниженная самооценка по всем градациям. Результаты исследования уровня тревожности показали, что у 96,6% детей наблюдалась выраженная степень тревожности и страха ( $P < 0,001$  по сравнению с контрольной группой). Тема болезни, а также явления тревожности и страха проявляются и при качественном анализе «Кинетического рисунка семьи». Так, нарушения эмоциональной сферы обнаруживаются в рисунках детей в 24 случаях (40% против 4% в контрольной группе  $P < 0,001$ ). При выраженных формах заболевания в рисунках детей постоянно прослеживалось изображение в комнате дома кровати, лежащего в нем больного ребенка или одного из сказочных персонажей, что говорит о депрессивном настроении больных, т.е. дети недвусмысленно идентифицируют себя с ними. Также в рисунках больных детей можно наблюдать наличие цветов в комнате или во дворе, бабочек, что свидетельствуют о желаемом спокойствии и безмятежности. Обращает на себя внимание тот факт, что у детей больных с хронической гастродуоденальной патологией уровень притязаний ниже, чем у здоровых детей, у них менее удовлетворительное эмоциональное состояние, чаще встречаются признаки тревоги и депрессии, они чаще ощущают дискомфорт в семье. Характер изображения себя на рисунке дает основание говорить о таких чертах детей как подозрительность, настороженность, ориентированность на мнение окружающих, склонность к интроверсии, недостаточная или неудовлетворенная потребность в общении.

Таким образом, у детей, больных с хронической гастродуоденальной патологией в той или иной степени наблюдаются нарушения в психологическом статусе, уровень которых зависит от степени активности заболевания. Нами проводятся работы по внедрению в практику методов психотерапии и психокоррекции при гастродуоденальной патологии. Результаты проведенной работы показывают, что применение адекватных способов психотерапевтического воздействия в комплексе мероприятий по реабилитации больных детей, рациональное использование психопрофилактики открывает новые возможности для более полной коррекции психологических расстройств и улучшения качества жизни больных детей.

#### Литература

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – Ростов-на Дону.- 2000.
2. Булыгина М.В. Особенности коммуникации между матерью и ребенком с хроническим соматическим расстройством (на материале гастропатологии). //Автореф. Канд.психол.н. М. 2007. – 20 с.
3. Воронков Б. В., Александрова И. В., Вельская Л. А., Тульчина Л. И. О роли психосоциальных влияний в возникновении заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей и подростков // 8-й всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1988. Т. 2. С. 81-183.
4. Д.Н.Исаев. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – Санкт-Петербург.- 2005. -400 с.

### **Специфика детско-родительских отношений у детей с соматоформными расстройствами вегетативной нервной системы** Калинина М.А, Баз Л.Л. (Москва)

Широкое распространение психосоматических расстройств и многообразие их проявлений, привлекают внимание многих исследователей – психиатров, неврологов, терапевтов – специалистов по пограничным психическим расстройствам. Возникновение таких расстройств в детском возрасте принято рассматривать в ключе формирования патохарактерологических черт личности и невротических расстройств. Важную роль в возникновении подобных нарушений отводят влиянию неблагоприятных семейных факторов. В литературе используется термин «психосоматическая семья». Считается, что типичной формой взаимоотношений детей и родителей в семье является стиль «гиперопеки», способствующий подавлению у ребенка свободы самовыражения. Привычка сдерживать свои эмоциональные порывы, в свою очередь, продуцирует негативные эмоции, чувство постоянного дискомфорта, что приводит к проявлению разнообразных соматических проявлений невротического характера и искажению личностных черт, по типу ипохондрической фиксации или истерической диссоциации, а в итоге развиваются типичные психосоматические заболевания.

В течение 2008-2011 гг. на базах НЦПЗ РАМН проводилось обследование детей, направляемых первоначально на лечение в педиатрический стационар с подозрением на кардиологическую или дыхательную патологию. Основными жалобами были одышка, стесненное дыхание, головные боли, покальвания в области сердца, сопровождающиеся тревогой, беспокойством. В дальнейшем, в связи с отсутствием данных за соматическое заболевание, с согласия или просьбы родителей, дети консультировались психиатром и психологом. Родителям предлагалось информированное согласие принятого в Центре образца. Всего было обследовано 48 детей в возрасте от 7 до 13 лет (9 мальчиков и 39 девочек). Для исключения сопутствующей соматической патологии в стационаре все дети обследовались стандартными клиническими методами: соматическим, неврологическим, параклиническими методами (клинические, биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, ЭХОКГ, ЭЭГ). Психическое состояние детей оценивалось с учетом анамнестических данных, психопатологического, психологического обследований и параклинических методов. Впечатление о родителях и семье складывалось из анамнестических данных, сведений лечащих врачей в стационаре, а также с помощью разработанного полуструктурированного интервью.

Клиническая картина психического состояния в 19,2% определялась невротическими расстройствами в рамках акцентуации тревожно-мнительного, истерического типа. В 42,3% отмечались невротоподобные расстройства на фоне специфического развития по типу шизотипического диатеза. В 15,3% случаях, у детей с шизотипальными стигмами, отмечались транзиторные эпизоды психотических расстройств по типу просоночных, квалифицированных как форпост симптомы эндогенного заболевания. У других 15,3% детей диагностировались нарушения мышления (искажение уровня обобщений, разноплановость) в виде симптомов парциального постпроцессуального дефекта, укладывающихся в рамки дисгармонического мозаичного развития личности. Типичными для всех детей были проявления алекситимии. Неврологическое обследование выявляло отдельные рассеянные симптомы минимальной мозговой дисфункции.

Нейрофизиологические пробы выявляли нарушения процесса латерализации, зрительно восприятия и переработки информации со слабостью правополушарных, реже левополушарных функций.

Было проведено нейро- и психопсихологическое обследование детей, исследовались особенности детско-родительских отношений.

Психологическое исследование детей выявило разнообразную картину психопсихологических синдромов соответствующих задержанному, дисгармоническому и искаженному психическому развитию (В.В.Лебединский 1985). В целом дети имели общий невысокий уровень развития. Только у 11% детей развитие словесно-логического мышления соответствовало возрастной норме. В остальных случаях у детей отмечался невысокий уровень обобщения, склонность к конкретности мышления. Была выявлена несформированность пространственных представлений в разной степени выраженности. Более чем в двух третях случаев у детей не были сформированы навыки рисования. Практически у всех больных выявлялась неразвитость мотивационной сферы, узкий круг интересов, некоторое уплощение эмоциональной сферы. Типичными для всех детей были проявления алекситимии.

Начиная с дошкольного возраста, дети находились в детских дошкольных учреждениях, в том числе и детских садах с пятидневным пребыванием. В школьном возрасте либо дети были загружены различными кружками, либо совсем не посещали каких-либо дополнительных занятий вне школы. В быту к детям предъявлялись достаточно высокие требования хорошо учиться, посещать кружки, выполнять некий круг бытовых обязанностей, условия к выполнению которых были достаточно высокими. При этом родители мало помогали или обучали своих детей выполнять те или иные обязанности. Они объясняли это тем, что уровень их образования был недостаточен для помощи в учебе, или же тем, что были чрезвычайно загружены на работе. В реальности же родители часто не считали необходимым это делать. На вопрос психолога, не может ли мама помочь дочери научиться вязать, мать удивляется: «Что помогать? Мне моя мама дала клубок ниток и спицы и сказала, чтобы я вязала».

Со стороны родителей наблюдалось непонимание психологического состояния детей, не было внимания к потребностям ребенка.

Так, девочка жившая последние 3 года в деревне с бабушкой и срочно перевезенная матерью в г.Москву за месяц до начала обучения в школе, уже через два дня походов в школу не смогла ее посещать. В дороге у нее начинало «болеть сердце», ее срочно вели на прием к врачу в поликлинику. У ребенка отмечали повышение артериального давления, и девочку отправляли домой. Через месяц такой учебы, девочка была стационарирована в кардиологическое отделение.

Создавалось впечатление, что только жалобы на соматическое недомогание – это единственное, что привлекало внимание взрослых к проблемам ребенка. Ситуация болезни ребенка была понятна для матерей, они знали, что необходимо срочно обращаться к врачу. Так, даже в раннем возрасте при заболевании ребенка банальной респираторной инфекцией, его помещали в больницу, хотя состояние

детей часто не требовало госпитализации.

Привыкнув с раннего детства к пребыванию в различных детских учреждениях, дети обычно не тяготились пребыванием в больнице. У них отсутствовало чувство глубокой привязанности к родителям и дому. Так, девочка 14 лет на вопрос врача, нравится ли ей в больнице, ответила: «Да, ведь здесь столько новых подружек!». Дети сами не торопились вернуться домой, в котором им было не очень «уютно». Вместо одних соматических жалоб они высказывали другие. Наблюдались случаи, когда детей, которых намеревались выписать из отделения кардиологии из-за отсутствия показаний к лечению, переводили в другие отделения для проведения обследования по новым жалобам. Показательной является ситуация, когда после назначения даты выписки девочка 10 лет позвонила в 12 часов ночи домой и сообщила матери, что у нее возникла новая проблема со здоровьем. Разговор с ней она заканчивает фразой: «Мама, меня же не могут выписать, если у меня болит живот!» Некоторые дети сами требуют от матерей, чтобы их положили в больницу.

Оценивая в целом психическое состояние группы наблюдавшихся детей, можно заключить, что оно соответствует дизонтогенетическому с преобладанием почти у половины из них шизотипальных стигм, и практически у всех - парциальным недоразвитием формирования сенсорной и эмоционально-волевой сфер. При разнообразных нарушениях психического развития детей во всех случаях сходной является картина детско-родительских отношений. Выявляется недостаток внимания и заботы со стороны родителей, нежелание заниматься психологическими проблемами детей и наличие высоких требований к результатам их деятельности, напоминающий ситуацию социального сиротства.

Проведенное исследование показывает, что соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы у детей развиваются в условиях внутрисемейной психической депривации сложного генеза.

### **Основные принципы и задачи работы медицинского психолога в клинике детской онкологии/гематологии**

Клипинина Н.В., Хаин А.Е., Стефаненко Е.А., Евдокимова М.А., Орлов А.Б., Шуткова Е.С.,  
Кудрявицкий А.Р. (Москва)

Сегодня более 70% детей с целым рядом заболеваний, которые еще недавно были абсолютно фатальными, выздоравливают. Однако данные болезни и их лечение, по-прежнему, остаются сильнейшим психологическим потрясением, стрессом для всех участников лечебного процесса - пациентов, семьи, персонала. Детям/подросткам приходится сталкиваться с быстрыми и значительными изменениями привычной жизни, различного рода ограничениями и депривацией, потерей некоторых навыков и важных контактов, страхами, болью, депрессивными переживаниями, тревогой, физическими изменениями, ощущением слабости и уязвимости, следствием чего становятся мучительные переживания собственной неполноценности. Родители, сопровождающие ребенка в период лечения, испытывают колоссальное психологическое напряжение и боль, переживают тяжелые эмоциональные реакции (шок, депрессию, тревогу, апатию), связанные с заболеванием и со страхом потери, смерти ребенка. У них часто отмечаются трудности осознания и принятия сложившейся ситуации; трудности адаптации к условиям больницы и разлуке с оставшейся дома частью семьи. Психологическая сложность работы детского онколога/гематолога определяется высокой эмоциональной и психологической нагрузкой; неизбежность в некоторых случаях неблагоприятных исходов нередко приводят к возникновению у персонала чувства вины, беспомощности, пустоты, депрессии, ощущения профессиональной неудовлетворенности и хронической психологической усталости.

Именно поэтому, одним из наиболее весомых принципов работы медицинских психологов в клинике детской онкологии/гематологии/иммунологии, по мнению авторов, является принцип комплексности. Психологическая помощь оказывается не только отдельно каждому участнику лечения (пациенту, родителю, персоналу), но, возникающие во время проводимого лечения психологические проблемы (у пациента, родителя, персонала), рассматриваются в целостности взаимосвязи всех участников лечебного процесса, взаимодействия пациент-семья-врач. Исследование проблемы со стороны всех участников лечения предоставляет психологу глубокое и целостное виденье картины происходящего.

Несомненным преимуществом работы медицинского психолога обладает формат непрерывного сопровождения лечения ребенка/подростка и его близких с самого начала лечения и на всех последующих его этапах. Такая форма позволяет значительно снизить число отказов от помощи психолога, повышает удовлетворенность качеством психологической помощи как у самих подопечных, так и у медицинского персонала (в отличие от формы работы, где психолог приглашается лишь в критические моменты).

Квалифицированная и качественная помощь клинического психолога в тяжелой детской соматической медицине оказывается невозможной без тщательного анализа возрастных особенностей,

потребностей, этапов развития ребенка/подростка, социо-культурных особенностей. Организация как психологической (диагностической, психокоррекционной, психотерапевтической), так и медицинской помощи должна проводиться в рамках актуальной ведущей деятельности ребенка/подростка – игры, обучения и т.д. Немаловажными представляются оценка и учет динамики внутрисемейных отношений «пациент-семья». Нередко, сопряжение ребенка/подростка проводимому лечению оказывается связано с неудачными попытками разрешения возрастных кризисов развития, и/или дезадаптацией, в виду «закрепления» у ребенка/подростка болезни и лечения как ведущих видов деятельности, а так же конфликтов внутри семьи, обусловлена особенностями социо-культурного опыта.

Одна из первых задач медицинского психолога в клинике детской онкологии/гематологии/иммунологии – выявление нарушений адаптации, мониторинг психологического состояния и проблем пациентов и родителей, с последующими психокоррекционными, психотерапевтическими интервенциями. Отдельно здесь можно отметить - диагностику различного рода явлений дизонтогенеза, тяжелых психических состояний и заболеваний, повышающих суицидальный риск, уровень некомплаентности, преждевременного прекращения/отказа от лечения. Полуструктурированные диагностические интервью и проективные методы (с последующими методами качественной и количественной обработки) представляют особую диагностическую, прогностическую и психотерапевтическую ценность, являясь удобными и доступными ввиду особого режима стерильности в клинике, а так же благодаря своей б'ольшей универсальности использования, по причине значительного возрастного (от 0 до 24 лет) и социо-культурного разброса проходящих лечение пациентов.

Другой важной задачей работы медицинского психолога является помощь в выстраивании представлений о болезни и лечении у ребенка и его семьи, согласование разных представлений и пластов информации о происходящем у ребенка, его семьи, формирование более адекватной и дружелюбной картины болезни и лечения, помощь в интеграции переживаемого опыта. Именно это позволяет облегчить и психологическое состояние пациента, его семьи и способствует комплаентному лечению. Повышению комплаентности способствует также решение таких возникающих на фоне тяжелого лечения проблем как боль и нарушения питания. Поиск и подготовка различных методических пособий обеспечивает необходимую информационную поддержку, выполняя также и роль своеобразного «переходного объекта» в момент возвращения к привычному образу жизни.

Отдельную задачу представляет работа медицинского психолога с тяжелыми переживаниями ребенка/подростка и его родителя (тревогой, депрессиями, страхами, болью), в том числе, с переживаниями, связанными с воображаемой или действительной реальностью смерти, без преувеличения являющимися одними из тяжелейших для каждого человека. Принципиально новой задачей для медицинского психолога стала работа в совместном для ребенка/подростка и родителя отделении интенсивной терапии и реанимации. Не менее важной задачей является помощь ребенку/подростку и его семье в случае/ на этапе окончания лечения, в т.ч. в случае его неэффективности и перехода на паллиативное лечение.

Особое место в работе медицинского психолога занимает помощь участникам лечебного процесса в организации психологически помогающего пространства. Выработка согласованного взаимодействия команды разных специалистов (медицинского персонала, научных сотрудников, психологов, клоунов, волонтеров), анализ групповых процессов, разработка рекомендаций для персонала во время проведения манипуляций и процедур - предоставляют дополнительный ресурс в борьбе с тревогой, болью, усталостью от лечения у детей/подростков и их родителей. Преимущественными формами работы с персоналом становятся консультации, баллунтвские и тематические семинары. Задачи семинаров - организация пространства для обсуждения связанных с работой переживаний, снятие психологического напряжения, поддержка, обмен опытом и обучения навыкам, исследование ситуаций.

Значительную помощь в повышении эффективности работы комплексной службы медицинских психологов и снижении риска выгорания оказывает проведение регулярных внутренних и внешних супервизий, научно-исследовательская деятельность, регулярное повышение квалификации.

### **Динамика внимания у подростков с эндогенными психическими заболеваниями, находящимися на стационарном лечении**

Коваль-Зайцев А.А., Тыдень Е.А. (Москва)

Задача оценки состояния внимания у подростков, больных эндогенной психической патологией, актуальна со времени описания первых случаев заболевания. Особенности развития и динамики внимания у детей и подростков с нормальным онтогенезом всегда привлекали интерес специалистов, тогда как исследований, посвященных оценке терапевтической динамики внимания у подростков с искаженным дизонтогенезом, практически не проводилось. Необходимость оценки терапевтической

динамики внимания у подростков с эндогенными психическими заболеваниями с целью прогнозирования их дальнейшего лечения и реабилитации, а также оценка динамики заболевания для формирования наиболее полного представления о картине болезни, ее течении, обуславливают актуальность и практическую значимость настоящего исследования. Оценка оказываемой терапевтической помощи таким больным на примере познавательных процессов (динамики произвольного внимания) может служить хорошим индикатором ее эффективности наряду с ухудшением клинических характеристик.

В данной работе оценивалась динамика внимания у подростков от 12 до 14 лет с эндогенными психическими заболеваниями, которые находились на лечении в стационаре по сравнению со здоровыми сверстниками.

Цель исследования. Оценка динамики внимания у подростков с эндогенными психическими заболеваниями, находящимися на стационарном лечении.

Задачи исследования.

- Сравнить динамику внимания, у подростков с эндогенными психическими заболеваниями при первичном обследовании и при повторном обследовании.
- Сравнить динамику внимания, у подростков, входящих в контрольную группу, при первичном обследовании и при повторном обследовании.
- Провести оценку данных о терапевтической динамике внимания, полученных при проведении экспериментального исследования подростков с эндогенными психическими заболеваниями, по сравнению со здоровыми сверстниками.
- Сравнить данные о терапевтической динамике внимания подростков с эндогенными психическими заболеваниями в зависимости от диагноза.

Материал исследования. Исследование было проведено на базе Отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ РАМН, а также на базах средней массовой школы №396 г. Москвы и средней массовой школы №246 г. Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 108 человек. В экспериментальную группу вошли 35 подростков 12-14 лет, 9 девочек и 26 мальчиков (средний возраст – 12,7 лет), больных эндогенными психическими заболеваниями, проходящих стационарное лечение в клинике НЦПЗ РАМН и имеющих выставленные врачами-психиатрами диагнозы: шизотипическое расстройство (F21.3, F21.4) и шизофрения детский тип (F20.80.43). Все испытуемые получали назначенную им стационарную монотерапию нейролептиками. Оценка динамики внимания по различным видам нейролептиков не проводилась, т.е. оценивалась общая терапевтическая динамика внимания. Критерии включения в экспериментальную группу: стационарное лечение, наличие диагноза, возраст от 12 до 14 лет, обучение в общеобразовательной школе.

Контрольную группу составили 73 подростка от 12 до 14 лет, 28 девочек и 45 мальчиков (средний возраст – 12,8 лет) учащиеся средней общеобразовательной школы №396 г. Москвы и средней общеобразовательной школы №246 г. Санкт-Петербурга.

Критерии включения в контрольную группу: отсутствие обращений за психиатрической помощью, возраст от 12 до 14 лет, обучение в общеобразовательной школе. Все испытуемые проходили два обследования – первичное и повторное, которое проводилось строго спустя 30 дней после первичного обследования.

Методический инструментарий

- «Тест Струпа»
- «Таблицы Шульце»
- «Запоминание в условиях распределенного внимания»
- «Children's Color Trails Test»

Результаты исследования. При анализе полученных результатов были выявлены различия в разнице средних показателей внимания между результатами повторного и первичного обследования у подростков экспериментальной группы: в каждой из четырех методик экспериментальная группа уменьшила время, затрачиваемое на прохождение тестов, т.е. улучшила свои результаты при повторном обследовании по сравнению с первичным обследованием. Отмечено уменьшение количества ошибок при повторном обследовании в каждой из методик.

Анализ результатов испытуемых контрольной группы, также показал сокращение временного интервала и наличие меньшего количества ошибок в повторном обследовании по сравнению с первичным обследованием. При этом оказалось, что подростки с эндогенными психическими заболеваниями, в целом, демонстрируют лучшие результаты (время и количество ошибок) по сравнению с контрольной группой. Здоровые сверстники также уменьшают количество ошибок и время, но динамика внимания у них не так ярко выражена, как у подростков экспериментальной группы.

Сравнение данных о терапевтической динамике внимания подростков с эндогенными психическими заболеваниями в зависимости от диагноза показывает, что группа больных с диагнозом F21 показывает существенное уменьшение времени и количества ошибок, чем группа с диагнозом F20.

Полученные результаты проведенного исследования согласуются с данными исследования А.И. Хромова (2012 г.), в котором показано, что группа больных с шизотипическими расстройствами (F21), показывает большую чувствительность к проводимой терапии за счет улучшения состояния внимания.

#### **Выводы**

1. Анализ результатов сравнения динамики внимания, у подростков с эндогенными психическими заболеваниями при первичном обследовании и при повторном обследовании показал, что больные подростки улучшают свои показатели внимания при повторном обследовании (при  $p < 0,01$ )

2. Анализ результатов сравнения динамики внимания у подростков, входящих в контрольную группу, при первичном обследовании и при повторном обследовании также выявил статистически значимые различия (при  $p < 0,05$ ) в полученных данных.

3. Подростки экспериментальной группы показывали лучшие результаты по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о том, что у больных подростков существует положительная терапевтическая динамика внимания. В данном случае высокие показатели экспериментальной группы получены не столько за счет элементов научения, как за счет именно терапевтической динамики внимания.

4. При сравнении данных о терапевтической динамике внимания подростков с эндогенными психическими заболеваниями в зависимости от диагноза также были получены достоверно значимые различия. Подростки из группы F21 показали лучшие результаты, чем группа F20 (при  $p < 0,01$ ).

Таким образом, в исследовании впервые предпринята попытка детальной оценки динамики состояния произвольного внимания на фоне фармакотерапии у подростков с эндогенной психической патологией. Проведенное исследование позволяет говорить о наличии положительной терапевтической динамики внимания у подростков 12-14 лет, с эндогенными психическими заболеваниями, находящимися на стационарном лечении.

### **Семейно-центрированный подход к оказанию комплексной медико-психолого-педагогической помощи ребенку с расстройствами психики** Лазуренко С.Б. (Москва)

В современной России существует большое число нерешенных социальных проблем. Одной из них является высокий уровень заболеваемости, который достигает 40% в общей популяции новорожденных. Ухудшение показателей физического и нервно-психического здоровья в период раннего детства вызвано заболеваниями нервной системы в 30,7% случаев, а с психическими расстройствами в 4,6% от общей популяции детей с проблемами здоровья [1]. Известно, что психические отклонения в младенческом и раннем детстве чаще всего проявляются трудностями адаптации к условиям внешней среды, снижением регуляторных и приспособительных механизмов нервной системы и имеют определенную специфику: сглаженность, кратковременность течения, непостоянство симптомов [4, 5].

Характерной особенностью психики ребенка этого возраста является повышенная восприимчивость любым патогенным агентам, что в свою очередь приводит к морфологическим изменениям в том или другом органе, сбоям в их работе. Своевременное выявление первых предикторов отклонений психического развития позволит оказать комплексное медико-психолого-педагогическое воздействие на психическое здоровье детей раннего возраста, сохранить физическую полноценность, функциональные резервы и защитные силы организма ребенка путем создания оптимальных условий развития в первые годы жизни [4].

Все это определяет особенности организации психиатрической помощи детям с характерным для нее профилактическим принципом, являющимся основой отечественной медицины: это раннее выявление первых характерных симптомов психических заболеваний и их устранение на функциональной стадии развития болезни, когда патологический процесс является еще полностью обратимым [1]. Картина психологического состояния больного связана со всей историей его развития и условиями окружающей среды, а успех лечения и активизация компенсаторных возможностей зависит от своевременно назначенной, тщательно подобранной терапии, а также условий жизни и воспитания, содержания и методов обучения, среды обитания [3, 4].

Все это указывает на важную составляющую лечебного процесса, которая заключается в организации работы с социальным окружением ребенка и создание в семье оптимальных педагогических условий с учетом его возраста, индивидуальных психологических особенностей, состояния его здоро-



вья и функциональных характеристик работы его нервной системы (реактивности и приспособляемости) [2, 4]. На современном этапе большинство стационаров на основании ратифицированных международных актов и Российских государственных законов реализуют право матери на совместное пребывание с малышом в ходе его стационарного лечения, на получение полной информации о состоянии его здоровья, применяемых методах медикаментозного воздействия и создание условий для ее активного участия в процессе реабилитации [1, 2, 5]. Все это должно быть использовано при организации лечебного процесса в клинике для детей с расстройствами психики. Взаимосвязь и взаимовлияние социальных условий (системы воспитания и обучения), физического, соматического и психологического состояния ребенка обуславливают необходимость одновременного воздействия на каждое из них с помощью соответствующих методов и техник для их оптимального функционирования. Только при создании специальных развивающих педагогических условий в процессе лечения и воспитания ребенка в семье смогут быть использованы большие потенциальные и компенсаторные возможности детской психики. Установлены социальные взаимоотношения ребенка со средой [2, 3].

Специальное обучающее воздействие на психическую сферу ребенка осуществляется с целью последовательного формирования оптимальных социальных способов взаимодействия ребёнка с внешним миром, определения организационных форм образовательного процесса, педагогической нагрузки, содержания обучения.

Таким образом, целью психолого-педагогической помощи как неотъемлемой части лечебного процесса является создание условий для реализации наследственно-конституциональных психологических задатков и познавательного потенциала, которое было бы характерно для этого ребенка в данном возрасте с учетом степени органического влияния заболевания на его центральную нервную систему [2, 4]. Субъектами психолого-педагогической помощи являются больной ребенок и его близкие родственники. В процессе лечения могут быть реализованы различные виды психолого-педагогического воздействия: консультирование, обучение, психотерапевтические техники, тренинги, беседы, лекции, игровая, учебная, продуктивная и творческая деятельность.

Основной целью деятельности педагога-психолога является определение формы и содержания психолого-педагогической помощи ребенку для актуализации потенциальных возможностей его психики, а также разработки индивидуальной программы обучения и воспитания ребенка для ее использования родителями в домашних условиях [2].

Достигается указанная цель путем решения следующих задач:

- определение в процессе психолого-педагогической диагностики актуальных психологических достижений и способов социального взаимодействия ребенка с внешним миром для выявления детей с особыми образовательными потребностями;
- обобщение эффективных методов и приемов, специальных воспитания и обучения ребенка с нарушенным вариантом психического развития с целью его социальной адаптации.

Объединение медицинских и педагогических технологий в процессе восстановительного лечения позволяет выявить детей с отклоняющимся от нормы вариантом психического развития, совместно с лечащим врачом наметить необходимые методы и приемы педагогической помощи, разработать комплексную программу реабилитации, оценить эффективность реабилитации с помощью клинических и психолого-педагогических методов, определить дальнейший реабилитационный, в том числе педагогический маршрут ребенка.

#### Литература

1. Профилактическая педиатрия / Под ред. А.А. Баранова, М.: Союз педиатров России, 2012г., 692с.
2. Лазуренко С.Б. Организация в учреждениях системы здравоохранения коррекционно-педагогической помощи детям с поражением ЦНС (методическое письмо), М.: 2008г., 60с.
3. Малофеев Н.Н. Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогики: из опыта работы Института коррекционной педагогики Российской Академии Образования // Дефектология. – 2003. - №4. – С.7-11.
4. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (том 1), М.: Медгиз, 1955. – 457с.
5. Ильин А.Г., Конова С.Р., Романова Т.А., Чумакова О.В. Организационные аспекты деятельности детской поликлиники /Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии /Под ред. А.А. Баранова. -М.: Гэотар- Медиа, 2006.

### **Психологический и телесный возраст у подростков с дисморфофобией** Литовченко И.С., Белопольская Н.Л. (Москва)

Как известно, проблемы, связанные с телесной идентификацией, являются весьма характерными для подросткового возраста. Подростки как бы заново примеряют и оценивают свой внешний облик, который может меняться довольно резко. Дополнительной проблемой становится оценка своего телесного возраста, так как современные подростки не хотят выглядеть как дети. Оценка своего телесного возраста вступает у подростков в сложные отношения с появляющимся чувством взрослости и психологическим возрастом [4, 5, 6, 8].

Естественно, такие сложные процессы, связанные с принятием или непринятием своего внешнего облика, часто сопровождаются довольно серьезными переживаниями. Переживания по поводу своей внешности в подростковом возрасте могут приводить к дезадаптации личности подростка: сужению круга общения, снижению учебной мотивации, возникновению внутриличностного конфликта [1]. Крайним негативным вариантом такого развития личности является дисморфофобия – психическое заболевание, связанное с переживанием некрасивости, уродливости своего лица. Подростки, страдающие дисморфофобией, стремятся изменить свою внешность, прибегая к пластическим операциям.

*Дисморфофобия* (телесное дисморфическое расстройство) – навязчивый страх невротического характера, связанный с убежденностью в наличии какого-либо мнимого дефекта внешности или чрезвычайной переоценкой существующего физического недостатка [7].

Нередко предметом недовольства является нос, уши, кожа или волосы, но в принципе, это может быть любая часть тела или внешность в целом. Эти мысли могут быть навязчивыми, но пациент понимает, что они преувеличены. В других случаях, переживания могут принимать форму бреда, тогда критика теряется, и у пациента возникает психоз.

Дисморфофобия занимает особое положение в ряду психических расстройств, так как этот синдром сопровождается различными психическими заболеваниями, весьма труден для диагностики на ранних этапах этих заболеваний, а главное, – порой с трудом отличается от столь характерного для подросткового и юношеского возраста недовольства собственной внешностью [3].

Подростки, страдающие дисморфофобией, испытывают тяжелые личностные переживания, что отражается в устойчивом непринятии собственной внешности, а также искаженном представлении о степени реализованности своего психологического прошлого и будущего.

Говоря о психологическом возрасте личности как о возрастном самосознании, зависящем от напряженности, событийной наполненности жизни и субъективно воспринимаемой степени самореализации личности, стоит отметить, что искажения психологического возраста связаны с переживанием личностью жизненного кризиса [8].

В настоящее время представляется актуальным поиск новых эффективных диагностических приемов по выявлению личностных проблем современных подростков. Одним из таких направлений являются исследования, сосредоточенные на изучение механизмов формирования телесной идентификации и связанных с нею у подростков представлений о своих телесном и психологическом возрастах. Своевременное выявление нарушений или искажений формирования важных для данного возраста компонентов самосознания открывает новые возможности коррекционной помощи подросткам, страдающим дисморфофобией, а также профилактики возникновения подобных состояний.

Нами была проведена серия экспериментальных исследований, направленных на изучение особенностей психологического и телесного возраста у подростков с дисморфофобией и подростков, не имеющих нарушения психического развития (контрольная группа). В исследовании приняли участие 46 человек. Были сформированы две экспериментальные группы. Первую группу (нормативную) составили 40 подростков общеобразовательных школ, вторую группу (клиническую) составили 6 подростков с дисморфофобией. Исследования подростков с дисморфофобией проводились на базе Института пластической хирургии и косметологии.

Методика исследования включала: 1) анализ истории болезни подростков; 2) беседы с врачами; 3) клиническую беседу; 4) методику «Половозрастная идентификация» (ПВИ-ПВ); 5) оригинальную методику «Самооценка внешности»; 6) «Прямую самооценку психологического возраста» (Кроник А.А., Ахмеров Р.А.); 7) «Оценивание пятилетних интервалов» (Кроник А.А., Ахмеров Р.А.).

Проведенное исследование позволило выделить некоторые особенности психологического и телесного возраста у подростков с дисморфофобией:

1. Подростки с дисморфофобией имеют системные нарушения самосознания, включающие в себя нарушения возрастной и телесной идентификации.
2. При выполнении заданий на возрастную идентификацию подростки с дисморфофобией обнаруживают регрессивную тенденцию.
3. Подростки с дисморфофобией имеют заниженную самооценку привлекательности своего лица.
4. Подростки клинической группы имеют заниженный психологический возраст и низкий уровень реализованности жизненных замыслов. Представления подростков о высокой насыщенности событиями в зрелости связаны с их уверенностью в положительном исходе пластической операции.
5. Подростки с дисморфофобией в отличие от нормативных подростков имеют искажения телесного возраста в сторону занижения.
6. В нормативной выборке обнаружены подростки с характеристиками самосознания, позволяющими отнести их к группе риска по формированию дисморфофобии.

7. Представленное исследование дает основание для разработки профилактических и коррекционных программ по формированию адекватных телесных и возрастных идентификаций у нормативных подростков и подростков с дисморфофобией.

#### Литература

1. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования самосознания подростков и взрослых (ПВИ-ПВ): Руководство. – М.: Когито-Центр, 2011.
2. Белопольская Н.Л., Иванова С.Р., Свистунова Е.В., Шафирова Е.М. Самосознание проблемных подростков. – М.: «Институт психологии РАН», 2007.
3. Вулик Н.К.К., Денис Д. Телесное дисморфическое расстройство (нарушение переживания собственного тела) // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - № 4.
4. Головаха Е. И., Кроник А. А. Психологическое время личности. - М.: Смысл, 2008.
5. Мухина В.С. Возрастная психология. – М.: «Академия», 1999.
6. Новгородцева А.П. Переживание подростками «чувства взрослости» // Психологическая наука и образование. – 2006. - №2.
7. Качаева М.А. Дисморфофобия и дисморфомания: симптомы, диагностика, прогноз // Эстетическая медицина. - 2008.-№ 3.
8. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия: Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. – М.: Смысл, 2008.

### **Особенности эмоционально-личностной сферы у детей и подростков с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией**

Орлова М.А., Троицкая Л.А. (Москва)

В последнее время в современной науке как отечественной [1-3 и др.], так и зарубежной [5 и др.] с позиции врачей невропатологов, генетиков, педиатров, психологов возрос интерес к исследованиям детей с наследственными синдромами (соединительно-тканной патологией, мышечной дистрофией) по особенностям протекания когнитивных процессов и эмоционально-личностной сферы.

Характеристика эмоционально-личностной сферы детей с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией в данной работе проводилась с помощью психодиагностических методов обследования [4 и др.]: методика «Дифференцированное измерение тревожности» Ч.Д. Спилбергера; опросник Г. Айзенка (подростковый); тест «Несуществующее животное»; тест «Виды страха» И.П. Шкуратовой; методика Дембо-Рубинштейн; методика «Незаконченные предложения» Каган В.Е., Шац И.К. Для выявления достоверности полученных результатов был использован статистический критерий Манна-Уитни.

В экспериментальные группы вошли: 1 группа- подростки с соединительно-тканной патологией в возрасте от 12 до 17 лет (14 мальчиков, 11 девочек), с ранним дебютом заболевания и генетической обусловленностью; 2 группа- подростки с мышечной дистрофией в возрасте от 12 до 17 лет (12 мальчиков, 10 девочек), из которых 11 человек с ранним и поздним дебютом заболевания и генетической обусловленностью. По возрастному диапазону подростки двух групп равно распределены, детей младшего и старшего подросткового возраста примерно равное количество в обеих выборках. Исследование проводилось на базе НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России в отделениях психоневрологии и врожденных и наследственных заболеваний у детей с нарушениями ЦНС. Встречаемые заболевания в данной работе по выборке подростков с соединительно-тканной патологией следующие: синдром Элерса-Данлоса, синдром Марфана, несовершенный остеогенез, мукополисахаридоз. Встречаемые заболевания в работе по выборке подростков с мышечной дистрофией следующие: дистрофия Дюшенна, мышечная дистрофия Эрба, различные нервно-мышечные синдромы при ряде соматических и неврологических болезней. Пациенты обучаются по программе массовой школы.

Важно заметить, что на различные проявления эмоциональных реакций чаще всего влияет эмоциональная ситуация. В нашем случае эмоциональной ситуацией является хроническое заболевание. В связи с этим была предпринята попытка узнать, есть ли различия в эмоционально-личностных проявлениях подростков с разными нозологическими формами.

В ходе работы выявлено своеобразие развития эмоционально-личностной сферы подростков с мышечной дистрофией и соединительно-тканной патологией, связанное с течением хронического заболевания, с возникновением особенностей поведения и функционирования, которые формируются в ситуации фрустрации.

У подростков с мышечной дистрофией более выражена агрессивность, они эмоционально неустойчивы, чаще бывают страхи мистического характера, чем у подростков с соединительно-тканной патологией. Негативные личностные свойства обусловлены ранним дебютом заболевания, тяжестью течения и незнанием прогноза.

Подростки с мышечной дистрофией и подростки с соединительно-тканными патологиями очень размыто представляют картину своей болезни (процесс лечения, возможное развитие, причину заболевания и пр.) Во внутренней картине болезни у подростков с мышечной дистрофией значительно ярче прослеживается негативное отношение к болезни, чем у подростков с соединительно-тканной патологией.

Формирование эмоционально-личностной сферы подростков с мышечной дистрофией и подростков с соединительно-тканной патологией происходит на фоне процесса дезадаптации, что приводит не просто к расстройствам нормальных механизмов функционирования ЦНС, а возникновению новообразований, которые и играют роль защитных, компенсаторных механизмов. Такие психические новообразования в виде реакций человека на болезнь, его новые особенности поведения и функционирования, будучи защитными, рассматриваются как «вторичные» и «третичные» личностные расстройства.

Различия в эмоционально-личностной сфере двух экспериментальных групп с хроническими заболеваниями обусловлены следующими факторами: тяжестью соматического состояния, степенью социализированности подростков, наработкой коммуникативных навыков, фактом непринятия подростка сверстниками, частотой госпитализации, сроками манифестации заболевания, ограничением активности, прогнозом заболевания, гиперопекой со стороны семьи.

Было выявлено, что подростки с соединительно-тканной патологией: оценивают уровень своих умственных способностей ниже; агрессивность у них выражена меньше; они более эмоционально устойчивы. Подростки с мышечной дистрофией отличаются: более высокой самооценкой; считают себя более счастливыми; у них чаще бывают страхи мистического характера; прослеживается негативное отношение к болезни. У подростков с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией нечеткое представление о картине заболевания, о лечении болезни; будущее им кажется перспективным; нет негативного отношения к процессу лечения.

Достоверные результаты получились по четырем шкалам: шкала «Ум», шкала «Счастье» (показатели самооценки), суммарный результат самооценки по четырем шкалам в мет. Дембо-Рубинштейн; наличие признака «Маленькая фигура» в мет. «Несуществующее животное». Полученные результаты носят предраспартный характер, но выявленная тенденция особенностей эмоционально-личностной сферы подростков с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией достаточно достоверная.

Следует обратить внимание, что исследований особенностей эмоционального реагирования этих двух нозологических форм с психодиагностических позиций крайне мало, что является перспективным важным для качества жизни этих пациентов, для улучшения их социальной адаптации и реабилитации.

#### Литература

1. Делягин В.М., Жакупова Ж.С., Горицкая Т.А., Полодов С.А., Васильева Г.Г., Нажимов П.В., Мельникова М.Б., Уразбагамбетов А., Нарычева И.А., Чиненов И.М. Состояние мышц и нервно-эмоциональной сферы у детей и подростков с синдромом Марфана// Детская больница №1, 2010, с. 16-22
2. Доронин В.Б., Доронина О.Б. Наследственные мышечные дистрофии// Бюллетень сибирской медицины, №3 (2), 2009.- с.72-78
3. Троицкая Л.А. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС: Автореф. дисс. ..док. психол. наук.- М., 2009.-50с.
4. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей. Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2008. – 624с. Редактор-составитель энциклопедии Д.Я. Райгородский.
5. A Van Tongerloo, A De Paepe Psychosocial adaptation in adolescents and young adults with Marfan syndrome: an exploratory study// G Med Genet 1998; 35: 405-409

### **Особенности интерпретации родителями поведения детей, страдающих аутистическими расстройствами**

Панова К.А., Шайдукова Л.К. (Казань)

За последние годы обращаемость в детскую психиатрическую сеть по поводу заболеваний аутистического спектра резко возросла, о чём неоднократно упоминалось в научной литературе [1,2]. Ограниченные возможности медикаментозной терапии, потребность в особом подходе, необходимость непрерывных и длительных занятий с подобными детьми ставят перед врачом важную задачу – составление методических рекомендаций родителям детей-аутистов с целью психологической коррекции ряда проявлений. Отчасти это является вынужденной мерой вследствие недостаточной государственной поддержки, оказываемой детям-аутистам – малым количеством специализированных учреждений, ограниченным числом мест, значительной территориальной удаленностью. Не вызывает сомнений и то, что именно от уровня организации помощи аутичному ребенку внутри семьи зависит его развитие и выработка социальных навыков. Понимание родителями сущности специфических

расстройств, характерных для аутизма, и степени их выраженности у своего ребёнка является основополагающим условием эффективности этой помощи.

Целью пилотного исследования являлось изучение особенностей восприятия и своеобразия интерпретации родителями аутистических проявлений у их детей, которые затрагивали различные сферы жизнедеятельности. Материалом исследования были 43 детей с расстройствами аутистического спектра и их родители.

Для оценки выраженности симптомов аутизма, помимо клинико-психопатологического, использовался экспериментально-психологический метод с применением рейтинговой шкалы аутизма С.А.Р.С., глоссария по детскому аутизму, составленного на основе диагностической карты [3], и шкалы оценки степени аутизма у детей (The PDD Assessment Scale/ Screening Questionnaire. По шкале С.А.Р.С. оценка производилась непосредственно врачом, в то время как шкалу PDD родителям предлагалось заполнить самостоятельно, но в присутствии специалиста, наблюдающего за ходом исследования и дающего необходимые пояснения.

PDD (Pervasive Developmental Disorder) Assessment Scale базируется на критериях аутизма, выделенных в DSM-IV, и состоит из четырех разделов, оценивающих социальное взаимодействие, речевое развитие, игру и особенности поведения.

При анализе оценок, которые давали сами родители, и данных клинических наблюдений и экспериментально-психологических исследований, интерпретируемых специалистом, были получены следующие результаты.

В I разделе «Трудности социального взаимодействия» выявлены противоречия по следующим пунктам:

П.2. Игнорирует зов, не откликается, не поворачивает голову на звук голоса

П.6. Мимика не соответствует ситуации

П.10. Не нравятся прикосновения (к волосам, к телу, к голове)

П.14. Аномалия выражения радости при виде родителей

В большинстве случаев родители выбирали варианты «преодолено - абсолютно нормально, но ранее имелись проявления» либо «неярко выражено», в то время как клиническое исследование подтверждало наличие умеренных или даже выраженных нарушений.

II раздел «Речь и задержка речевого развития»

Ответы на вопросы из данного раздела вызвали у родителей наименьшие затруднения. Члены семей детей-аутистов объективно оценивают наличие необычных модуляций голоса, тенденции к повторам, в большинстве случаев правильно трактуют проявления невербальной коммуникации. Интерпретация данных выявила лишь незначительные расхождения в оценках активности использования жестикуляции. Исходя из того, что главной жалобой родителей зачастую является задержка (отсутствие) речи у их ребенка, подобный результат был ожидаем. Объективность в оценке расстройств речи в совокупности со склонностью к преувеличению выраженности проявлений социальных нарушений может свидетельствовать о том, что родители уделяют большее внимание развитию вербальных способностей, не придавая должного значения социальной адаптации. Однако учитывая, что выявленная необъективность касалась пунктов, косвенно характеризующих симбиотическую связь между родителями и ребёнком (п.2, п.10, п.14), можно прийти к иному выводу. Родителями, особенно матерями, не осознаются в полной мере особенности того, как ребёнок контактирует с ними, при четком представлении о взаимоотношениях ребенка с окружающей средой. Таким образом, имеет место своеобразная избирательная гипнозогнозия, возможно явившаяся следствием действия механизмов психической защиты. Известно, что вытеснение, избегание вследствие переживания чувства вины и ощущения несправедливости произошедшего являются частой реакцией на болезнь.

III раздел «Аномалии символической или воображаемой игры».

В П.13. Потребности ритуалам и рутине, сопротивление изменениям большая часть родителей выбрала вариант «преодолено - абсолютно нормально, но ранее имелись проявления», при этом во время клинического разбора было выяснено, что многие действия детей-аутистов не осознаются родителями как ритуалы. Это свидетельствует о том, что в семьях детей-аутистов есть предпосылки для возникновения и сохранения патологических поведенческих стереотипов и эмоциональных реакций. Таким образом, необходимо акцентировать внимание родителей на болезненном стремлении аутичного ребёнка к ограничению себя рамками стереотипов, ритуалов в сочетании с повышенной склонностью к фиксации на отрицательных эмоциях (страхе, тревоге и даже родительском гневе).

Данное исследование является предварительным, в дальнейшем планируется привлечение большего числа пациентов и членов их семей. Тем не менее, уже полученные на данный момент результаты могут способствовать разработке оптимальных методических рекомендаций родителям для необходимой коррекционной работы с аутичными детьми.

Литература

1. Козловская Г.В., Калинин М.А., Котляров В.Л., Кузьменко Л.Г. Аутистические нарушения поствакцинального периода у детей раннего и дошкольного возраста // Журн. Психическое здоровье №2, 2012 г. – С. 27-29
2. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога / С.С. Морозова. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2007. — 176 с.
3. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностическая карта. Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма.

### **К вопросу о роли эмоциональной родительской компетентности в закладке и формировании синдрома нарушения внимания с гиперактивностью**

Пережигина Н.В., Куксова Ю.Ю. (Ярославль)

Одним из актуальных вопросов в возрастной клинической психологии является проблема методологии изучения, диагностики и коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). В большинстве исследований приводятся клинические описания этого синдрома, не учитывающие клинико-психологических аспектов факторов риска возникновения СДВГ и его этиопатогенеза. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из наиболее частых нервно-психических расстройств детского возраста. Статистика, приводящаяся Заваденко Н.Н., показывает, что в России таких детей 4 - 18 %, в США – 4 - 20 %, Великобритания – 1 - 3 %, Италии – 3 - 10 %, В Китае – 1 - 13 %, в Австралии – 7 - 10 %.

Актуальность проблемы диагностики и лечения СДВГ определяется также его ролью в возникновении расстройств социальной адаптации, в том числе алкоголизма и наркомании. История этого заболевания включает в себя почти столетие клинических и научных публикаций и служит основой для медицинской концептуализации расстройства и его медикаментозного лечения. Впервые упоминает о заболевании немецкий врач Heinrich Hoffman, затем исследования синдромальных проявлений сходного ряда продолжили George Still и Alfred Tredgold. Медицинская практика исследования и хирургия синдрома, исходящая преимущественно из феноменологической диагностики проявлений, выделяет три варианта синдромальных комбинаций нарушения внимания и поведения с постулированием стоящих за ними минимальные дисфункции мозга, не уточняя при этом ни топикку, ни время их возникновения. Психолого-педагогические исследования детей с СДВГ, особенно в дошкольном возрасте, утверждают наличие нормы интеллектуального развития, в диссертационном исследовании Л.В.Кочкиной выделен факт диссоциации здоровых и СДВГ-детей к 5 летнему возрасту (при наличии равенства по интеллекту) по образу и границам тела с одновременным наличием аналогичных диссоциаций в группе матерей. Рассуждая нейропсихологически следует заметить, что образ тела и его границы надстраиваются в ходе онтогенеза над постепенно формирующейся схемой тела. Образ тела встраивается в развитие Я-образа, Я-концепции, личности. Система схематических детерминант встраивается и обуславливает становление пространственной детерминанты когнитивных процессов. Отсутствие принципиальных различий в интеллекте ребенка-СДВГ и нормы на ранних этапах онтогенеза свидетельствует о факте постепенного накопления патологического качества, в пользу чего свидетельствует и момент первичной манифестации синдрома в посткризисный период. Проводившиеся нами сравнительные исследования в начальной школе ранних неврологических анамнезов детей с разной школьной успешностью, с наличием различных синдромов (астмы, СДВГ и др.), свидетельствует о «фронтальной» неврологической отягощенности детства и об отсутствии принципиальных статистических, количественных и качественных различий её представленности, например, в группах детей с СДВГ и астмой, СДВГ и нормой, здоровыми и астмой. Уровень ранней неврологической отягощенности настолько выражен, что следует обратить внимание на иные критерии и факторы, объясняющие качественное своеобразие детского страдания. В исследовании Л.В.Кочкиной, помимо сделанных ею выводов, имеет место указание на роль фактора эмоционального воздействия матери, позволяющее на ранних стадиях (до 3-х лет) детского развития в неосознаваемом плане поведенческого взаимодействия транслировать ребенку особенности материнской схематической детерминанты, тем самым сформировать и закрепить её особенности в детских мозговых ассоциативных паттернах. Тем самым, речь идет о социально-эмоциональной детерминации закладки и наследования патологических форм двигательного (схематическо обусловленного) поведения, к каковым можно отнести синдром нарушения внимания с гиперактивностью.

Мы полагаем, что сравнительное исследование эмоциональной компетентности родителей здоровых детей и детей с двумя степенями выраженности СДВГ позволит выявить особенности эмоциональной детерминации закладки синдрома. Под эмоциональной компетентностью (ЭК) мы понимаем наличие у родителей особой чувствительности и/или интуиции в опознании и понимании состояний ребенка, знаков, которые соответствуют этим состояниям, а также наличие умений предвосхищать на основе своих знаний перемену в состояниях ребенка и предупреждать возмож-

ный неблагоприятный для ребенка исход их развития. Тем самым, в родительской эмоциональной компетентности присутствует собственно эмоциональный компонент, когнитивный компонент и поведенческий. В структуре ЭК можно выделить план её прижизненного формирования и обусловленный им план актуального функционирования.

В исследовании были использованы: анкета для родителей по изучению социально-эмоциональной сферы ребенка Л.Г. Матвеевой; опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми И.М. Марковской; рисуночные методики для изучения эмоциональной сферы детей: «Лесенка» для изучения самооценки, «Семья животных» для изучения детско-родительских отношений; качественный и количественный анализ полученных данных с применением методов математической статистики. Общий объем выборки составил 222 человека, которые вошли в 3 парные (родители – дети) группы, каждая пара по 74 человек (группы были выровнены по количеству диагностированных детей СДВГ): Диагностика наличия СДВГ или его признаков проводилась в соответствии с психолого-педагогическими и психолого-педагогическими критериями его проявления, учтены результаты наблюдения психолога детского учреждения, а также результаты методик исследования системы внимания и эмоциональной сферы (Тулуз-Пьерон, Люшер и т.д.).

В результате сравнения данных мы получили картину специфики социально-эмоционального фона семьи с ребенком СДВГ и систему особенностей эмоциональной компетентности его родителей, вся система имеет три взаимосвязанных уровня накопления проблем: Ребенка рожают эмоционально и родительски незрелые (некомпетентные) люди, текущие трудности взаимодействия с собственным ребенком заостряют и накапливают систему ошибочных паттернов во всех трех компонентах системы эмоциональной компетентности. Механизмы психологических защит и вторичного обусловливания фиксирует и без того ригидную систему эмоциональной (не)компетентности.

Социально-эмоциональный фон семьи характеризуется высокой конфликтностью, отсутствием распорядка жизни, выделенных целей, распределения обязанностей и правил (моральных и организационных) их выполнения. Отношение родителей к ребенку имеет признаки субъект/объект-объектности. Ребенок, с одной стороны - сверхавтономен и неконтролируем, с другой стороны – сохраняет признаки симбиотической связи с матерью, что приводит к повышенной родительской тревожности, амбивалентности эмоциональных отношений, задержке формирования самоконтроля и самоорганизации у ребенка. В результате раскручивается спираль накопления стресса, скрытого накопления интеллектуальных, аффективных и сенсорных раздражений в семье, завершающаяся эмоциональным истощением и эмоциональным обеднением личности участников, без перспективы саморазрешения ситуации. Системность синдрома и ситуации, формирующейся в семье с ребенком СДВГ, не позволяет добиться результата и излечить ребенка сугубо фармацевтически, может решаться только комплексным привлечением психологической помощи разного типа.

### **Изучение особенностей эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста** Сокинина А.А. (Нижний Новгород)

На протяжении многовековой истории науки эмоции привлекали самое пристальное внимание исследователей, им отводилась одна из центральных ролей среди сил, определяющих внутреннюю жизнь и поступки человека. Проблемой изучения эмоциональных состояний человека занимались П. К. Анохин, Л. И. Божови, В. К. Вилюнас, В. Вундт Б. И. Додонов, А. В. Запорожец, К. Изард, Е. П. Ильин, А. Н. Леонтьев, В. Н. Мясищев, В. Н. Небылицын, С. Л. Рубинштейн, П. В. Симонов, П. М. Якобсон и другие ученые.

Младший школьный возраст начинается кризисом 7 лет. По мнению авторов, он считается наиболее «эмоционально насыщенным» (Л.И. Божович, В.В. Ковалев, А.Н. Лук, В.С. Мухина, П.М. Якобсон).

С поступлением ребенка в школу в его жизни наступают перемены, которые в значительной степени влияют на характер и содержание его эмоциональной жизни. В. С. Мухина отмечает, что, во-первых, в младшем школьном возрасте у ребенка в процессе учебной деятельности и по поводу нее появляются новые грани чувств; во-вторых, все те чувства и эмоции, которые появились на более ранних этапах онтогенеза, продолжают оставаться и углубляться в повседневных отношениях с «любимыми близкими взрослыми». Е. П. Ильин говорит о следующих особенностях эмоциональной сферы младших школьников: легкой отзывчивости на происходящие события; непосредственности в выражении своих переживаний – радости, печали, страха, удовольствия или неудовольствия; готовности к аффекту страха; большой эмоциональной неустойчивости. В то же время А. И. Захаров отмечает, что на каждом возрастном этапе у любого ребенка может и должен быть «здоровый» уровень страха, который играет положительную роль в жизни ребенка и его развитии.

В своих исследованиях Л.С. Выготский отметил несколько важных особенностей переживаний детей младшего школьного возраста: переживания приобретают смысл и обобщаются, т.е. возникает логика чувств; осмысление переживаний может порождать острую борьбу между ними; развивается собственная эмоциональная выразительность, что сказывается в богатстве интонаций, оттенков мимики.

Степень эмоционального благополучия и комфорта оказывает влияние практически на все сферы психического и личностного развития ребенка (В.С. Мухина, Д.В. Винникотт, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Е.Г. Силяева, Д.И. Фельдштейн).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей эмоциональных проявлений младших школьников. В исследовании приняли участие школьники 8-9 лет общеобразовательной школы г. Нижнего Новгорода. Общее число испытуемых 60 человек. Исследование проводилось в форме групповой и индивидуальной работы с каждым ребенком.

Для решения поставленной задачи мы использовали тест детской тревожности СМАС, методику «Выявление страхов у детей» А.И. Захарова и детский вариант методики «Самооценка форм агрессивного поведения» (Модифицированный вариант Басса-Дарки).

Нами было выявлено, что для 52% младших школьников характерен высокий уровень развития детских страхов. Доминирующими страхами данных детей являются: страх наказания; страх резких, неожиданных звуков; страшных снов; страх нападения; страх боли; страхи животных, стихий, глубины; страх высоты; страх войны; страх смерти; страх одиночества.

Оптимальный уровень страхов, являющийся возрастной нормой для младших школьников выявлен у 30% и у 15% испытуемых диагностируется низкая выраженность детских страхов. При изучении тревожности младших школьников нами были получены следующие результаты. Высокий уровень тревожности, отрицательно сказывающийся на общей жизнедеятельности ребенка, выявлен у 60% испытуемых. Наличие у детей среднего и низкого уровня тревожности отмечается, соответственно, у 23% и 17% младших школьников.

Анализируя общую картину склонностей детей к определенному поведению, мы получили следующие результаты: высокий уровень готовности к физической агрессии наблюдается у 26% детей из общего числа испытуемых; готовность к косвенной агрессии выражена у 32% испытуемых и к вербальной агрессии – лишь у 14%; раздражительность отмечается у 50% испытуемых, при этом на высоком уровне лишь у 22%; негативизм выявлен у 36% детей; у 29% наблюдается высокий уровень склонности к обидчивости. В тоже время чувство вины ярко выражено у 40% детей. Методика позволила выявить группу испытуемых, в которой дети абсолютно не склонны к проявлению данного чувства (31%).

Таким образом, можно констатировать, что у 50-60% детей нашей выборки достаточно часто отмечаются тревожные симптомы. Страхи, которые различным образом влияют на жизнь и общее самочувствие ребенка носят специфический характер и в своей массе не являются возрастными. Наличие высокого уровня страхов и тревожности у такого большого количества детей, значит, что каждый второй ребенок может испытывать эмоционально-личностные проблемы. При этом у большинства из испытуемых отмечается склонность к проявлению чувства вины, раздражительности и к агрессии. Можно предположить, что данные результаты являются определенным отражением той социальной реальности, в которой живут современные дети, и открывают дополнительные проблемы исследования.

### **Особенности стилей воспитания в семьях с детьми, имеющими негрубое перинатальное поражение нервной системы**

Султанова А.С., Иванова И.А. (Москва)

Представляемое исследование продолжает цикл наших работ, посвященных особенностям психического развития детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы (ПНС) негрубого характера. В предыдущих исследованиях были выявлены особенности развития когнитивной и эмоционально-личностной сферы этих детей. Некоторые из этих особенностей можно напрямую связать с перенесенным ребенком ПНС. Прежде всего, это проявления функциональной недостаточности подкорково-стволовых структур головного мозга и задержки формирования лобно-подкорковых связей. Эта недостаточность является прямым следствием перинатального поражения ЦНС и подтверждается данными электроэнцефалограмм этих детей. Однако некоторые особенности эмоционально-личностной сферы и поведения детей с ПНС нельзя объяснить только функциональной недостаточностью мозговых структур (дефицитарность произвольного контроля, инфантильность, сложности адаптации, существенные трудности в общении со сверстниками и взрослыми и др.). Вероятно, большое значение в формировании этих особенностей имеют социальные факторы. В



большинстве случаев наличие у ребенка ППНС негрубого характера недостаточно учитывается при воспитании и обучении; родители, воспитатели, педагоги часто предъявляют к ребенку требования, которые не соответствуют его возможностям. В итоге у детей возникают вторичные нарушения эмоционально-личностной сферы, и достаточно часто вырабатывается патологическая адаптация к окружающей социальной среде. Можно предположить, что основную роль в этом процессе играет ближайшее окружение ребенка – семья. В связи с этим, необходимо исследовать детско-родительские отношения, особенности семейного воспитания, что и стало предметом данного исследования.

В исследовании приняли участие родители (матери, отцы) и бабушки 67 детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, разделенных на 2 группы: 1) 43 ребенка, имеющих в раннем возрасте диагноз «перинатальная энцефалопатия», дальнейшим исходом которого было выздоровление; 2) контрольная группа – 24 здоровых ребенка без отклонений в развитии и без указаний на патологию беременности и родов в анамнезе. Использовались следующие методы: стандартизированная беседа, сочинение «Мой ребенок», «Анализ семейного воспитания» Эйдемиллера и Юстицкиса (АСВ).

Результаты исследования показали, что всем родителям детей основной группы свойственны те или иные нарушения в стиле воспитания. В контрольной группе отклонения были зарегистрированы лишь у 21% родителей; в основном, они были связаны с чрезмерностью требований-обязанностей, запретов и санкций к ребенку (шкалы Т+, 3+, С+ в АСВ).

У родителей детей основной группы (с ППНС в анамнезе) были зафиксированы два наиболее часто встречающихся паттерна нарушения детско-родительских отношений. В первом случае (37% родителей) характерны: воспитательная неуверенность, гиперопека, потворствующая гиперпротекция, снижение требований-обязанностей, запретов и санкций. Родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, его воспитание становится центральным делом их жизни. При этом они стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка, ребенок практически не имеет обязанности, ему «все можно» и «все прощается». Очень часто эти родители фиксируют внимание на жалобах, связанных со здоровьем ребенка (частые соматические заболевания и аллергические реакции, головные боли, энурез, нарушения сна, аппетита, утомляемость, метеозависимость и пр.). Для детей из этих семей характерна существенная дефицитарность произвольного контроля, сложности усвоения правил поведения, эмоциональная лабильность, несформированность чувства дистанции, сензитивность по отношению к себе и невнимание к эмоциям других. Эти особенности в сочетании с нейродинамическими дисфункциями, свойственными детям с ППНС, приводят к возникновению трудностей общения с детьми и взрослыми вне семьи, нарушению социальной адаптации. Дети не могут усвоить правила поведения, подчиниться заданному распорядку, нередко во время занятий своим неадекватным поведением отвлекают других детей, создают помехи педагогам. Этим трудностям зачастую не придают должного значения в дошкольном возрасте, однако затем они крайне осложняют процесс школьного обучения, являются причиной множества конфликтных ситуаций.

Во втором случае (32,5% родителей) характерны: неустойчивость стиля воспитания (переходы от очень строгого – к либеральному, от значительного внимания к ребенку – к эмоциональному отвержению), воспитательная неуверенность, тенденция к негативной оценке ребенка в целом (типичны высказывания родителей: «мы его, конечно, любим, но...», «устали от него» и т.п.). При предъявлении жалоб эти родители чаще всего проявляют недовольство особенностями поведения ребенка и его эмоциональной сферы (замкнутость, капризность, эмоциональные «срывы», агрессивность, негативизм и т.п.). Достаточно часто в этих случаях родители предъявляют высокие требования к уровню обучения ребенка и усвоению им правил поведения, а его неуспехи объясняют не особенностями состояния здоровья нервной системы, а списывают на «лень», «разболтанность», упрямство и другие негативные качества характера. Также родители могут поддерживать чрезмерно интенсивные когнитивные занятия с детьми в ущерб режиму дня, подвижным играм, досугу ребенка. Для детей из этих семей свойственно стремление быть «в центре внимания», отставание в формировании эмпатии, снижение контроля эмоциональных состояний. Они легко поддаются на провоцирующее поведение со стороны сверстников, для них характерны вербальные и невербальные проявления агрессии, дурашливое поведение («клоун, шут»), негативизм, в ряде случаев – употребление ненормативной лексики, воровство и пр. Данные наблюдения за детьми, а также опрос родителей показали, что эти дети могут достаточно долго концентрировать внимание, если они занимаются привлекательной для них деятельностью – например, играют в машинки или в компьютерные игры, смотрят телевизор и пр. Если же от ребенка требуется выполнение нежеланной для него деятельности (необходимая ориентация не на то, что хочет ребенок, а на то, что «надо», на внешние требования), его внимание снижается, работоспособность падает. Т.о., и здесь можно говорить о проявлении дефицита произвольной регуляции.

Как правило, ситуация с нарушениями семейного воспитания усугубляется тем, что у матерей, отцов и бабушек детей имеются различные, часто – противоположные, взгляды на особенности ребенка и способы взаимодействия с ним. Наиболее часто встречалось следующее сочетание: потворствующая гиперопека у бабушки, чрезмерность санкций у отца, воспитательная неуверенность и дефицит запретов и санкций у матери. Очевидно, что такое и подобные сочетания различных стилей воспитания негативно сказываются как на развитии ребенка, так и на самой семье, приводя к спорам и конфликтам. В свою очередь, частые ссоры в семье являются сильным стрессом и для здоровых детей, а у детей с ППНС они могут привести к серьезным негативным последствиям как в психической, так и соматической сфере.

Таким образом, социальные условия, прежде всего – особенности семейного воспитания, являются важнейшим фактором, который может либо улучшить состояние здоровья и показатели психического развития детей с ППНС, либо усугубить негативные проявления. Этот фактор необходимо учитывать при работе с детьми с ППНС в анамнезе, при составлении для них коррекционно-развивающих программ.

### **Системный подход к исследованию симбиотических отношений в детском возрасте** Туревская Р.А., Косырева Е.Н. (Москва)

Актуальность исследования данной темы обусловлена возрастанием частоты симбиотических нарушений в практической работе детских клинических психологов последнего десятилетия. Ее изучение необходимо для понимания психологической природы данного расстройства и механизмов его возникновения, а также для решения задач дифференциальной диагностики в плане разграничения дизонтогенетических расстройств и нарушений адаптации, которые обусловлены нарушениями собственно детско-родительских отношений.

В рамках аналитического направления (Р.Фейрберн, Д.Винникот, М.Кляй., М.Балинт, М.Майлер, О.Кернберг) было показано, что нарушения отношений в диаде «мать-дítě» являются важным фактором в формировании личностных расстройств. В концепции «сепарации-индивидуации», предложенной М.Малер, симбиоз рассматривается как важная фаза, необходимая для развития ребенка. Термин «симбиоз» описывается метафорически как «иллюзорное переживание общих границ». Ряд авторов определяет симбиоз – как эмоциональный феномен, который определяется как единство переживаний матери и ребенка, где основная роль в возникновении симбиоза определяется тревогой матери. «Симбиоз» – единое с ребенком переживание, стремление родителя удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от всех трудностей жизни; способ воспитания ребенка в условиях гиперопеки и повышенного контроля со стороны взрослых. Особенно часто он поддерживается в неполных семьях, если одинокая мать полностью «замыкается» на ребенке, или, напротив, в ситуации, когда в воспитании единственного ребенка участвует особо большое количество взрослых. Широкое толкование понятия «симбиоза» – как фазы в развитии ребенка, совместного переживания, стиля воспитания – обуславливает необходимость изучения данного психологического феномена с системных позиций и выделения различных уровней его анализа. Следует отметить, что изучение симбиотических отношений, как правило, строится на полноте родителя. Именно материнская тревога, ее поведение, стиль воспитания рассматриваются как главный этиологический фактор, который обуславливает возникновение нарушений по типу «симбиоза».

Однако практика диагностической и коррекционной работы показывает, что симбиотические проявления не могут долго поддерживаться только материнской тревогой. Как правило, в психическом развитии ребенка черты эмоциональной незрелости всегда сочетаются с дизонтогенетическими симптомами раннего возраста. Предпосылки симбиотических отношений содержатся в самом психическом развитии ребенка.

Исследование детей дошкольного возраста (4,5 – 6,5 лет) с признаками симбиотических отношений, родители которых обратились в АНО НППЦ «Туррион» за психологической помощью из-за трудностей социальной адаптации ребенка, парциальных задержек развития, позволило выявить синдром нарушений в условиях формирования симбиотических отношений в диаде «мать-ребенок, который обнаруживает разные уровни проявлений.

Эмоциональный уровень характеризуется: недостаточностью в развитии механизмов социального соотнесения, формирования «самоотнесенных» эмоций (стыд, вина, гордость), преобладанием и стереотипизацией инфантильных форм эмоционального реагирования, например, «Я обиделся» без учета ситуации и не по смыслу, низкой толерантностью к переживаниям тревоги; в структуре привязанности значительное место сохраняет тактильный контакт, при актуализации ситуативных мотивов обнаруживается слабость их побудительной функции, ребенок быстро теряет интерес и пресыщается, выявляются регрессивные реакции на фрустрацию. В целом имеет место неравномерность в эмоцио-

нальном развитии, где возрастные новообразования, например, «Я сам» могут сосуществовать с инфантильным поведением, недостаточной сформированностью навыков самообслуживания, регрессивными явлениями.

Социальное функционирование обнаруживает достаточно грубые нарушения – дети не удерживаются в детских коллективах, им трудно адаптироваться в группе, как правило, они находятся на ее периферии, предпочитают играть одни, не делится игрушками, не могут постоять за себя, проявляют беспомощность в конфликтных ситуациях, ищут поддержки со стороны взрослых. Компенсаторно в условиях трудностей адаптации формируются соматические симптомы, которые носят затяжной характер и не купируются никакими медикаментозными средствами (например, «вечный насморк»). Возникает порочный круг: дети испытывают недостаток общения со сверстниками из-за постоянных болезней, не могут посещать д/у; чем больше они находятся в домашних условиях, тем меньше возможностей адаптироваться к среде сверстников, формирования социальных навыков.

В семье болезням ребенка уделяется особое внимание, развиваются свои «технологии» выздоровления. Ограждающее поведение, стиль воспитания по типу гиперопеки родители часто обосновывают тем, что ребенок реально часто болеет, соматически ослабленный и т.д. Обращает на себя внимание то, что болезнь со всеми вытекающими негативными последствиями утрачивает свое значение. Практически все дети имеют условную выгоду от болезни, некоторые отмечают: «Поболеть я люблю». Именно соматовегетативный уровень является ведущим при реагировании на трудности в процессе адаптации у исследуемого контингента детей. Выявляется тесная связь между соматическими симптомами и симбиотическими отношениями у детей. Последние поддерживаются не только родительскими тревогами, но и реальными заболеваниями детей. Для соматического уровня характерно затяжной или не проходящий характер заболеваний (простудные, желудочно-кишечные заболевания, аллергии и т.д.); низкий уровень дифференциации эмоциональных и телесных процессов, ребенок часто эмоционально не проживает трудные ситуации, а сразу заболевает. Решение эмоциональных проблем здесь происходит через уход в болезнь, а забота и уход матери (других близких) за заболевшим ребенком в свою очередь положительно подкрепляет симбиотические отношения.

Межличностный уровень: Исследуя стиль родительского воспитания, обуславливающий симбиотические отношения, мы выделили широкий диапазон взаимодействий от гиперопекающего до попустительского стиля (перекаладывание ответственности на инфантильного ребенка). В межличностных отношениях в диаде «мать-ребенок» имеют место проявления негативизма и импульсивной агрессии, которые могут переноситься и на отношения к «чужим» взрослым.

Когнитивный уровень: Дети обнаруживают парциальные задержки развития. В некоторой степени страдает социальный интеллект. Нередко даже при нормальном развитии речи дети испытывают трудности речевого высказывания, использования речи как инструмента социального взаимодействия. Для детей характерно снижение познавательной активности, избирательность при обучения новым навыкам.

Выделенные уровни находятся в иерархической взаимосвязи, где ведущую роль в адаптации через механизм «ухода в болезнь» приобретает соматовегетативный уровень. Собственно детско-родительские, симбиотические отношения, подкрепляя условную желательность болезни, блокируют развитие личности ребенка и на определенном этапе выполняют стабилизирующую функцию при разворачивании синдрома. Т.о. исследование позволяет рассматривать симбиоз на данном возрастном этапе как дизонтогенетическое системное образование, имеющее специфический механизм формирования и многоуровневое строение.

**Rehabilitation of intellectual activity in a young patient with Brain Injury**

Rosas Alvarez D., Solovieva Y. & López Cortés V.A. (Puebla, México)

This case study was carried out considering neuropsychological approaches developed by A.R. Luria and his school (1974, 2005) or so-called cultural historical paradigm. According to Luria (1974), the diagnosis should be based on identification of specific factors which explain weak aspects of intellectual activity of patients. Only such perspective permits to propose adequate program for rehabilitation.

**Objective.** The goal of our study is to show the effects of the implementation of program for rehabilitation of intellectual activity in a masculine patient with Brain Damage. The participant of the study is young male 23-year-old Mexican student in Law who suffered a TBI. TBI was confirmed through a CT hypodensity and located in the fronto-temporal region of the right cerebral hemisphere.

**Method.** Intellectual activity was assessed by original neuropsychological tests designed in Puebla from the cultural historical paradigm for Spanish Speaking patients. The assessment established functional failure of the regulatory mechanisms and involuntary control and overall perception manifested in poor analysis of global information and impossibility for realization of to complex intellectual activity. The intervention program was directed to gradual development of complex intellectual activity during a period of three months with an average of two sessions per week. The program included mainly oriented analysis and unfolding of artistic material (artistic drawing and texts). Firstly, the perceptual level (analysis of artistic paintings) was applied and later the work was accomplished at logical-verbal level (analysis of artistic text). After the process of rehabilitation second neuropsychological assessment of intellectual activity was performed.

**Results.** The results pointed out positive functional state of regulatory mechanisms and of involuntary control for overall perception. The patient became able to access to understanding of the meaning and significance of verbal and perceptive complex information. In addition, regulatory difficulties disappeared in all intellectual tasks. **Conclusions.** The elaboration and implementation of individual programs for rehabilitation according to analysis of the components of structure of intellectual activity could be extremely useful in specific clinical cases.

**Реабилитация мыслительной деятельности у молодого пациента с повреждением  
головного мозга**

Росас Альварез Д., Соловьева Ю., Лопез Кортес В.А. (Пуэбла, Мексика)

Данный случай был исследован с позиции нейропсихологического подхода А.Р. Лурия и его школы (1974, 2005), также носящего название культурно-исторической парадигмы. Согласно данному подходу, диагноз должен быть основан на выделении специфических факторов, которые объясняют слабость мыслительной деятельности пациента. Только такой подход позволяет разработать адекватную программу реабилитации.

**Объект.** Цель нашего исследования – показать эффекты применения программы реабилитации мыслительной деятельности у пациента мужского пола с поражением головного мозга. В исследовании принял участие 23-летний мексиканец, студент юридического факультета, страдающий травматическим повреждением мозга. Диагноз был подтвержден наличием выявленного при проведении компьютерной томографии участка пониженной плотности, локализованного в лобно-височном отделе правого полушария головного мозга.

**Метод.** Мыслительная деятельность оценивалась оригинальными нейропсихологическими тестами, разработанными в Пуэбле для испаноязычных пациентов на основании культурно-исторического подхода. Методика выявила нарушения функций регуляции и произвольного контроля модально неспецифического восприятия, проявляющиеся в бедности анализа общей информации и неспособности к сложной мыслительной деятельности. Программа реабилитации была нацелена на постепенное развитие сложной мыслительной деятельности в течение трех месяцев со средней периодичностью занятий два раза в неделю. Программа в основном ориентирована на анализ и раскрытие художественного содержания (художественных изображений и текстов). В первую очередь был задействован уровень восприятия (анализ художественных изображений), позднее дополненный словесно-логическим уровнем (анализ художественных текстов). По окончании процесса реабилитации проводилась повторная нейропсихологическая оценка мыслительной деятельности.

**Результаты.** Результаты демонстрируют положительное состояние функций регуляции и произвольного контроля модально неспецифического восприятия. Пациент стал способен к понима-

нию значения и смысла сложной вербальной и перцептивной информации. Кроме того, исчезли сложности регуляции во всех интеллектуальных задачах.

**Выводы.** Разработка и внедрение индивидуальных программ реабилитации, основанных на анализе компонентов структуры мыслительной деятельности могут быть крайне результативны в отдельных клинических случаях.

### **Особенности и динамика мотивационной сферы личности (на примере больных, перенесших операцию по удалению опухоли головного мозга)**

Ароян Л.Х., Харламенкова Н.Е. (Москва)

Частота случаев появления опухолей головного мозга у людей увеличивается с каждым годом. Исследования психических изменений в результате проведенных операций на головном мозге указывают на то, что эти изменения затрагивают такие сферы психического, как когнитивные способности, аффективную сферу, расстройства памяти и т.д. Специфика нарушения психических функций состоит в том, что они могут носить как временный, так и постоянный характер. Все эти данные говорят в пользу актуальности изучения особенностей людей, перенесших подобное заболевание и, как следствие, оперативное вмешательство.

Настоящее исследование направлено на изучение особенностей мотивационно-потребностной сферы у людей с доброкачественными опухолями (менингиомами). Менингиомы происходят из клеток паутинной оболочки – тонкой, паутинообразной мембраны, которая окружает головной и спинной мозг. Опухоли менинго-сосудистого ряда являются наиболее распространенными, внемозговыми, как правило, доброкачественными, и медленно растущими объемными образованиями головного мозга. При подобном диагнозе обязательно операбельное лечение пациентов, однако из-за того, что менингиомы могут проявляться по-разному, не существует единого метода лечения таких опухолей.

На менингиомы приходится около 27% всех первичных опухолей головного мозга, и 30,1% от всех первичных опухолей центральной нервной системы.

В возрасте 35 лет и старше, менингиомы являются наиболее распространенным видом опухоли головного мозга и ЦНС и чаще встречаются у людей в возрасте от 40 до 70 лет.

Центральное место в учении о психических расстройствах при мозговых опухолях занимает их локализация и, следовательно, возможность использования психопатологических наблюдений для осуществления топической диагностики. При дальнейшем росте опухоли всегда происходит общее повреждение мозга — развиваются общемозговые расстройства, приводящие и к психическим нарушениям (повреждающее действие опухолевого роста на соседние и отдаленные участки мозга; токсическое влияние некоторых опухолей на мозговую ткань; вызванные опухолью дисциркуляторные расстройства и нарушения ликворообращения; нарастающее повышение внутричерепного давления, а также развитие отека или набухания мозга).

Само по себе наличие опухоли может привести к психическим расстройствам. Однако, наряду с такими расстройствами важнейшим фактором, влияющим на течение болезни и на процесс реабилитации, является степень переживания человеком этого события как стрессового.

На наш взгляд, переживание болезни, операции и последствий операции может привести к посттравматическому стрессу, который в свою очередь ведет к изменениям в такой базовой личностной сфере как потребности и мотивация.

Настоящее исследование проводится на базе ФБГУ НИИ Нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН и включает в себя два этапа:

Первый этап – это первичное психологическое обследование респондентов, которое проводится через несколько дней после операции по удалению опухоли головного мозга (ГМ). Пациенты отбираются по такому принципу, чтобы их когнитивное и в целом психическое состояние было приемлемым для адекватности результатов исследования. Исследование начато в 2012 г. Всего на настоящее время обследовано 12 больных в возрасте от 35–65 лет, из которых 2 мужчин и 10 женщин. Все пациенты обратились ко врачу после проявления симптомов: головные боли (у всех пациентов), ухудшение слуха, координации, зрения, вкусовых и обонятельных ощущений (у части пациентов).

На первом этапе проводилась беседа и использовался опросник САН. Целью этого этапа исследования является: определение общего самочувствия пациента, его восприятия болезни и операции, оценка внутренних и внешних ресурсов, используемых пациентом для эффективной борьбы с болезнью, а также взаимоотношения с врачом и другим персоналом клиники, определение характера планирования своей жизни после операции, а также ведущих мотивов личности.

Все пациенты дали согласие на проведение интервью. Ни один из вопросов не вызвал негативной реакции или отказа от продолжения интервью. В ходе беседы пациенты были эмоционально открыты, рассказывали обо всем, что касается хода болезни. Половина испытуемых (более старшего

возраста) о планах говорили легко, знали, чем будут заниматься после больницы. Вторая половина (женщины среднего возраста) о планах говорили с трудом, на момент беседы планы отсутствовали.

Исходя из описанных ранее задач проведенной беседы, можно в целом говорить о следующем:

- пациенты неохотно вербализуют чувства, которые у них вызывает болезнь. Чаще всего респонденты называют чувство страха и отчаяния. Также существует тенденция переживания пожилыми пациентами чувства беспомощности и страха стать обузой для близких людей;

- все респонденты в качестве внешних ресурсов выделяют семью и друзей, однако, на наш взгляд, только половина респондентов действительно ощущают облегчение от этой поддержки;

- всем респондентам удавалось снизить уровень тревоги после более внимательного изучения особенностей их болезни, после общения с врачами, а также с людьми, перенесшими похожую операцию, их поддерживают мысли о родных, которые их опекают; - у всех пациентов выявлено положительное отношение к клинике, явное доверие к врачам и персоналу, которых оценивают как высоко профессиональные специалистов, вежливых и внимательных;

- один пациент отметил особое желание больше видеться с врачом, поскольку это вселяет в него уверенность.

- ни один из пациентов не смог обозначить для себя долгосрочных планов, кроме восстановления после операции и домашних забот. Самым важным они считают преодоление последствий болезни и операции (для более молодых пациентов внешнее восстановление, для пожилых возможность самим себя обслуживать).

Тест САН заполнялся в 75% случаев интервьюером в виду сложностей со зрением или наличием у пациентов признаков астенизации. Результаты находятся в обработке.

Начало второго этапа приходится на 3-ий–6-ой месяцы после операции. На данном этапе, на наш взгляд, самочувствие пациентов позволяет собрать большее количество информации, в том числе и той, которая касается отсроченной реакции на травмирующее событие. В качестве одного из идеографических приемов используется структурированное интервью, для оценки следующих параметров: общее самочувствие пациента; эмоциональное состояние; особенности восприятия своей болезни; внутренние и внешние ресурсы для совладания с ситуацией; представление о будущем; анализ реализации планов, обозначенных при первой встрече.

Планируется использование «Шкалы оценки влияния травматического события» (ШОВТС) для оценки признаков ПТСР как показателей отсроченного влияния травмирующего события. Для диагностики особенностей личности пациента отобран Фрайбургский личностный опросник. Для изучения мотивационно-потребностной сферы предполагается использовать «Список личностных предпочтений» Эдвартса, включающий в себя наиболее полный перечень мотивов.

Особая важность в исследовании мотивационно-потребностной сферы личности пациента придается изучению такого базового мотива, как потребность в безопасности. Потребность в безопасности редко выступает как активная сила, она доминирует только в критических, экстремальных ситуациях, побуждая организм мобилизовать все силы для борьбы с угрозой.

На основе масштабного исследования потребности в безопасности, проведенного нами ранее (Харламенкова, 2012; Харламенкова, Ароян, Благова, 2012), была разработана анкета, позволяющая исследовать представление личности о безопасности. Это представление в большей степени определяется актуальным состоянием человека и его ощущениями, поэтому используемая нами техника дает возможность решить целый ряд исследовательских задач.

Прежде всего, важно установить различия в переживании безопасности между пациентами с наличием или отсутствием признаков ПТСР. Представляется, что чем более выражена симптоматика ПТСР, тем слабее ощущение безопасности. Однако, кроме установления связи между этими конструктами нас интересует организация мотивационной системы у людей, перенесших операцию на ГМ, в целом и то, какое место в этой системе отводится потребности в безопасности, при этом безопасность рассматривается как сложно организованный конструкт. Она представлена в виде определенной модели, которая включает в себя: 1. цель стремления к безопасности (самосохранение, защита или свобода); 2. состояние безопасности и его свойства (спокойствие, равновесие, стабильность, комфорт; защищенность; радость, счастье или уверенность); 3. условия безопасности, ресурсы (социальный ресурс – надежное окружение; интеллектуальный ресурс – ум, компетентность, знания; личный ресурс – жизненный опыт, ответственность; физический ресурс – личная территория, сила, здоровье); 4. способы достижения безопасности (контроль ситуации, соблюдение правил, привлечение внешних средств – обращение за помощью к властям, применение средств защиты, наличие места, где можно спрятаться); 5. возможные нарушения безопасности (угрозы; реальная опасность; страх).

Применение этой модели к исследованию людей с диагнозом «оперированная менингиома» позволит понять, какие личностные трансформации происходят под влиянием этого трудного жизнен-

ного события и какие ресурсы использует человек для успешной реабилитации и полноценного социального функционирования.

### Нейропсихологические синдромы, связанные с патологией мозжечка, при шизофрении

Герасимова О.В., Орехов И.Н., Михайлова И.И., Орлова В.А., Минутко В.Л., Савина Т.Д. (Москва)

Одним из наиболее важных открытий в рамках физиологических, нейровизуализационных и клинических исследований стало выявление роли мозжечка в реализации когнитивных процессов. Исследования показали связь патологии мозжечка с нарушениями контроля ряда аспектов познавательной деятельности, планирования, абстрактного мышления, рабочей памяти, а также пространственного и квазипространственного анализа и синтеза, речи (1,2). Сходные расстройства высших психических функций описаны при шизофрении. Однако вклад мозжечка в формирование данной патологии у больных шизофренией ранее не изучался.

Задачей настоящего исследования явилось изучение функциональной патологии мозжечка при шизофрении.

Материал и методы исследования.

Исследованная выборка состояла из 30 больных шизофренией в возрасте 18-30 лет, длительность заболевания которых не превышала 3-х лет. Обследование проводилось при поступлении в клинику до начала медикаментозного лечения.

Нейропсихологические методы исследования включали специальную шкалу для оценки функциональной патологии мозжечка при шизофрении, созданную на основании разработанной Зуевой под руководством Корсаковой методики (2), а также методики из классической схемы обследования Лурии. Последняя включала пробы Хеда, сенсibilизированные методики для оценки агнозий (перечеркнутые изображения), наложенные фигуры Поппельрейтера, запоминание 5-ти трудновербализуемых фигур, запоминание неструктурированного по смыслу материала («10 слов»), пробы на динамический праксис. Проводилась оценка речи, нейродинамических параметров деятельности, программирования, регуляции и контроля за деятельностью.

Результаты и их обсуждение.

Исследование выявило у больных шизофренией следующие нарушения высших психических функций, связанных с патологией мозжечка: дефицит контроля и программирования в виде нарушений избирательности при актуализации следов памяти и трудностей формирования, удержания программы во всех сферах психической деятельности. В меньшей степени были выражены синдром дефицита пространственной и квази-пространственной организации психической деятельности, а также синдром дефицита интегративной динамической организации психической деятельности.

Описанная функциональная патология мозжечка синдромально соответствовала патологии, выявленной у больных с инсультом мозжечка (2). Однако, в отличие от больных с этой органической патологией, у больных шизофренией проведенное исследование выявило иную иерархию организации синдромов. Так, наиболее выраженным при шизофрении оказался синдром дефицита программирования и контроля. Менее выражен был синдром дефицита интегративной динамической организации психической деятельности (табл. 1).

Для инсульта мозжечка описано обратное соотношение синдромов: центральное место в клинической картине занимает синдром дефицита интегративной динамической организации психической деятельности, а синдром нарушения программирования и контроля занимает второе место.

**Таблица 1.** Выраженность нейропсихологических синдромов, связанных с патологией мозжечка, и их составляющих, у изученных больных шизофренией.

Синдром	Составляющие	Локация по зонам	Латерализация	Выраженность патологии (среднее значение, стандартное отклонение шкал)
дефицита программирования и контроля	Нарушение программирования и контроля	Переднелобные	слева	1,9 ± 1
		Заднелобные	справа	1,5 ± 1
	нарушение следования плану решения	переднелобные	слева	1,9 ± 1
		базальнелобные	справа	1 ± 0,8
синдром дефицита интегративной дина-		заднелобные	справа	0,8 ± 0,8
		переднелобные		1,5 ± 1

Синдром	Составляющие	Локация по зонам	Латерализация	Выраженность патологии (среднее значение, стандартное отклонение шкал)
мической организации психической деятельности		базальнолобные		0,8 ± 0,8
		медiallyновисочные		0,2 ± 0,7
		передневисочные		0,1 ± 0,6
		средневисочные		0,4 ± 0,8
		верхнетеменные		0,4 ± 0,8
		нижетеменные		0,5 ± 0,9
		теменнозатылочные		1,1 ± 1,2
		теменновисочнзатылочные		0,7 ± 1,2

**Заключение:** Проведенное исследование выявило участие мозжечка в модуляции когнитивных функций больных шизофренией. Особенности дисфункций, связанных с патологией мозжечка при шизофрении, свидетельствуют в пользу проявления патологии проводящих путей между мозжечком и полушариями большого мозга. Более выраженной является патология связей мозжечка с конвекситальными отделами префронтальных зон левого полушария, менее выраженной – с конвекситальными отделами теменных и затылочных структур правого полушария.

Литература

1. Калашникова Л.А. Роль мозжечка в организации высших психических функций. Журн невролог и психиатр 2001; 4: 55—60.
2. Калашникова Л.А., Зуева Ю.В., Пугачева О.В., Корсакова Н.К. Когнитивные нарушения при инфарктах мозжечка. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова; 2004; 11: 20—26.

### **Использование принципов нейропсихологического анализа при диагностике детей, имеющих расстройство аутистического спектра**

Горячева Т.Г., Никитина Ю.В.(Москва)

Современные диагностические критерии аутизма (DSM 4, DSM 5, МКБ-10) носят в основном описательный эмпирический характер и отражают общее согласие в понимании этого синдрома. Эти диагностические схемы помимо того, что обладают мощным научным обоснованием и применением, влияют на получение доступа к медицинским и коррекционным услугам. Эти критерии влияют на достоверность постановки диагноза, а также воздействует на то, каким образом измеряется распространенность расстройств аутистического спектра.

Такая феноменологическая ориентация в диагностике, ограничивающаяся перечислением клинических черт, мало пригодна для дальнейшей психокоррекционной работы с ребенком, имеющим расстройство аутистического спектра. Она не дает понятной объяснительной модели данного расстройства, не рассматривает этиологические и патогенетические факторы. Для дефектологической и психокоррекционной работы крайне важно понимать причины и механизмы внешних поведенческих характеристик аутистического синдрома. Согласно Л.С. Выготскому важно знать не только то, какой дефект выявлен у ребенка, что у него поражено, но и у какого ребенка данный дефект, то есть, какое место занимает недостаточность (или избыточность) в системе личности. Необходимо учитывать то, что имеются симптомы двоякого порядка: с одной стороны, симптомы нарушения функций, с другой – симптомы борьбы организма с нарушениями.

При этом важно помнить, что любой ребенок – это постоянно развивающееся система сложно переплетенных психических функций, а ребенок с искаженным аутистическим развитием – это система где вышестоящие психические функции подчиняются нижестоящим и не отражают реального уровня его психического развития. То есть обычные тестовые режимы диагностики не являются адекватными для оценки уровня психического развития и построения оптимальной коррекционной программы. В связи с этим важно иметь в арсенале диагностическую схему качественной оценки состояния психической сферы ребенка-аутиста, которая бы опиралась не на количественный показатель развития психических функций, а на способ их реализации в окружающей среде, т.к. именно он является главным фактором, нарушающим адаптацию ребенка.

Нейропсихологический уровень анализа, опирающийся на различные диагностические методы, позволяет дать единое объяснение для широкого спектра поведенческих реакций и симптомов, которые внешне кажутся не связанными друг с другом. Современные методы исследования причин аутизма находят все больше анатомических и физиологических отклонений в структуре головного мозга аутистов. При этом большинство авторов приходят к общему выводу, что причиной аутизма является нарушение развития мозга, которое начинается до рождения и наиболее отчетливо проявляется толь-



ко в конце младенческого периода.

Анализ закономерностей внутриутробного психического развития в норме, основанный на принципе перестройки межфункциональных связей, системной организации и построения иерархии психических функций, раскрывает механизм нарушения регуляции разных уровней психических процессов при аутизме и показывает адекватность применения этих принципов при диагностике и коррекции в данной категории дизонтогенеза. Понимание изменений в нейронном функционировании, которое связано с психологическими изменениями, помогает удовлетворить потребности в конкретных объяснениях результатов развития ребенка.

В основе представленной диагностической схемы лежит первичная гипотеза нейроонтогенетического аспекта происхождения детского аутизма (концептуальный подход И.А. Скворцова, В.М. Башиной (2000) ), который предполагает, что нарушения лежат на этапе перехода от генетически обусловленных и относительно независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов, обеспечиваемых на пренатальных стадиях развития т.н. командными нейронами (ПВО), к постнатальным реакциям, зависимым от афферентных систем и направленного на адаптацию организма к средовым условиям. Нарушение этого перехода приводит к отрыву командных ритмических автоматизмов в пределах различных поведенческих сфер от реальных условий окружающей внешней среды. Другими словами, наблюдается сложный диспропорциональный процесс развития разных уровней психики, где глубинные архаичные (ориентированные на поддержание внутреннего гомеостаза) слои регуляции в любой момент могут взять на себя ведущее правление, а вышестоящие слои психики будут развиваться отдельно, изолированно друг от друга, то двигаясь вперед по пути психического развития, то исполняя роль сложных защит и регулировок. Опираясь на принцип наибольшей фиксации, из общего спектра аутистических нарушений, были выделены четыре группы детей с разным уровнем развития психики.

1. Сенсорный уровень развития психики (генетически заложенный внутриутробно в первые 18 недель и отлаженный со 2 по 12 недели постнатального развития), задачей которого является поддержания внутреннего гомеостаза.

2. Перцептивный уровень развития психики (генетически сформированный уже к 21-23 неделям беременности и отлаженный на 5-6 месяцах постнатального развития ), задачей которого является выработка оптимального набора штампов и автоматизмов.

3. Уровень телесно-пространственного анализа развития психики (генетически сформированный к 24-25 неделям беременности и его отладка начинается к концу 1-го года жизни), его задачей является целостное овладение как внутренним, так и внешним пространством.

4. Уровень развития произвольности (формируется при жизни, начиная с 3 лет) и его задачей является развитие уже не вертикальных, а горизонтальных межполушарных связей.

Для каждой группы детей выделены диагностические признаки и сформированы коррекционные задачи на основе понимания нейropsихологических механизмов различных вариантов искаженного дизонтогенеза. Исходя из ведущего фактора, описаны уровни развития различных сфер психических функций: сенсомоторной, когнитивной, эмоциональной сфер и сферы взаимоотношений. Кроме того, выделены критерии диагностики дисбаланса для каждого уровня регуляции психики. Такой подход к диагностике аутистических расстройств позволяет одновременно рассматривать ребенка как с точки зрения уровня его развития, так и с точки зрения его защит и регулировок. Это крайне необходимо для понимания актуального уровня развития ребенка, что позволяет ставить адекватные задачи коррекционной работы. Анализ защит и способов регуляции психики влияет на способ и ритм взаимодействий с каждым ребенком индивидуально, а также дает возможность при коррекции опираться на ресурсные возможности психики ребенка.

#### **А.Р. Лурия и возможность синтеза психоаналитических и общепсихологических идей<sup>1</sup>** Подольская О.Г. (Москва)

А.Р.Лурия (1902-1977) известен как один из основоположников нейропсихологии. Он получил международную известность, прежде всего, благодаря своей нейропсихологической деятельности, которой занимался начиная с 1940-х годов и достиг больших результатов в 1960-70-е годы.

Труды А.Р.Лурии вызвали много откликов и со стороны зарубежных специалистов, и в среде видных российских психологов. Однако его ранний научный период -1920-е годы и начало 30-х годов - до сих пор недостаточно освещён и отчасти «остаётся в тени». Тем не менее, значение этого периода его научной деятельности огромно. Именно в этот период он пришёл к выводу, что классическая экспериментальная психология нуждается в обновлении. Общепсихологический подход в начале 20 века

<sup>1</sup> Текст печатается в авторской редакции

носил описательный характер и сводился к анализу отдельных психических функций. Экспериментальную психологию А.Р.Лурия называл «мозаичной» и «логистичной», подчёркивая свойственный ей идеализм и элементаризм [5,с.19].

В научной биографии отчётливо видны три периода, отражающие изменение взглядов А.Р.Лурии на психоанализ и его значение в развитии психологии.

В первый период (первая половина 20-х годов 20 века) А.Р.Лурия оценивает психоанализ как новое направление, позволяющее преодолеть кризис в психологии. Необходимо вспомнить о событиях, происходивших в научной деятельности А.Р.Лурии в то время. В 1922г. он возглавил Казанскую психоаналитическую ассоциацию. А.Р.Лурия интересовали намерения, которые прослеживаются в ранних работах К.Г.Юнга: соединить посредством ассоциативного метода изучение динамики психической жизни с наблюдением объективных факторов эмоциональных ситуаций, таких, как дыхание, частота сердечных сокращений и т.д. Уместно отметить, что параллельно с теоретической работой А.Р.Лурия всегда занимался отдельными клиническими случаями. В 1923 г. он становится учёным секретарём Русского психоаналитического общества и учёным секретарём Государственного психоаналитического института. С 1922 и до 1927 года А.Р.Лурия регулярно публикуется в «Международном психоаналитическом журнале».

Обратимся к основным публикациям этого периода, отражающим проделанную им работу на стыке психоанализа и общей психологии.

Работа «К психоанализу костюма» (1922) затрагивает некоторые вопросы гендерной психологии. В ней психоанализ сочетается с антропологией. А.Р.Лурия анализирует особенности полоролевого поведения, подчёркивает базисные отличия потребностей и мотиваций мужчин и женщин. «Анализ одежды является одним из направлений психологической симптоматиологии» [4,с.217]. Автор подчёркивает, что в женском костюме «проявляется желание сексуально нравиться и привлекать», «в мужском костюме мы видим стремление к самоутверждению, к расширению своей власти» [4,с.218]. А.Р.Лурия делает вывод, что «в типичной мужской одежде агрессивные тенденции мужчины» не проявлены открыто [4, с. 219].

В публикации «Психоанализ в свете основных тенденций современной психологии» (1923) А.Р.Лурия отмечает, что для «новой психоаналитической теории мышления» характерны её личностный характер, изучение содержания мышления и заложенных глубоко в бессознательном его мотивов, влияние индивидуальной жизненной ценности на динамическое развитие тех или иных интеллектуальных систем [5,с.20-21]. Автор подчёркивает близость психоанализа к учению об условных рефлексах. «Рефлексологическая структура» в психоанализе видна в учении о цензуре, в вытеснении и оживлении бессознательных «следов», в определении влечения как «ощущения раздражения, исходящего изнутри организма». Удовлетворение влечения можно рассматривать как рефлекс, направленный на то, чтобы реагировать на влечение «повторением уже ранее бывшего состояния; невроз протекает по типу рефлекса» [5, с.31-32].

Уже в этой ранней работе прослеживается характерное для А.Р.Лурии стремление к синтезу разнообразных направлений в психологии, поиск физиологических механизмов и детерминант психической деятельности, стремление иметь дело с личностью в целом, с её мышлением, эмоциями и мотивами.

В статье «Психоанализ как система монистической психологии» (1925) А.Р.Лурия пишет о том, что психоанализ придаёт научной психологии отличный от прежних схем новый вектор развития, направленный на изучение человеческой личности, монизм, изучение психики в её динамике и социальности, аналитический подход [6,с.50-51]. Психоанализ - это система не «философского, но опытного знания» [6,с.66]. Психическая деятельность рассматривается как энергетический процесс, принципиально не отличающийся от соматических процессов. «Психоанализ сделал серьёзный шаг на пути создания монистической психологии» [6,с.66].

В 1925 году А.Р.Лурия совместно с Л.С.Выготским в предисловии к русскому переводу работы З.Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» делает два вывода: 1) З.Фрейд и наука (Павлов И.П., Бехтерев В.М.) стремятся быть монистическими и ищут биологические, физиологические и даже химические детерминанты психики [2,с.36]; 2) идея З.Фрейда о консервативной биологии организма, которую необходимо переделывать извне, совпадает с идеей марксизма о переделке человека путём изменения внешних (культурных, социальных) условий.

Во второй период (вторая половина 20-х - 30-е гг.) в воззрениях А.Р.Лурии на психоанализ появляются критические замечания. Характерна оценка психоанализа как буржуазного направления с точки зрения марксизма – господствующей идеологии в тот период исторического развития России. В публикациях этого периода («Исследование объективных симптомов аффективных реакций» (1926; написана совместно с А.Н.Леонтьевым), «Пути развития детского мышления» (1929) и др.) ключевые

психоаналитические принципы и проблемы остаются по-прежнему актуальными и приоритетными в развитии общей психологии.

Для третьего периода (40-е годы и далее) характерно отсутствие работ, имеющих отношение к психоанализу.

Безусловно, изучение психоанализа и психоаналитическая практика А.Р.Лурии оказали непосредственное влияние на все его последующие исследования в области общей психологии и нейропсихологии. Несмотря на критические замечания и отношение к психоанализу как к временному увлечению, А.Р.Лурия на протяжении всего научного творчества опирался на психоаналитические идеи, развивал личностный подход в психологии, оставаясь приверженцем духа психоанализа.

Литература

1. Богданчиков С.А. Лурия и психоанализ// Вопросы психологии. М.:2002.
2. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Предисловие к русскому переводу работы «По ту сторону принципа удовольствия»/ФрейдЗ. Психология бессознательного. М.:Просвещение, 1989. С.29-36.
3. Лурия А.Р., Леонтьев А.Н. Исследование объективных симптомов аффективных реакций (Опыт реактологического исследования массового аффекта)//Проблемы современной психологии /Под ред. К.Н.Корнилова. Л.:Госиздат, 1926. С.47-100
4. Лурия А.Р. К психоанализу костюма//Овчаренко В.И., Лейбин В.М. Антология российского психоанализа. Т.1. М.: «Флинта»,1999. С.212-224.
5. Лурия А.Р. Психоанализ в свете основных тенденций современной психологии. Обзор. Казань:Б.И., 1923.
6. Лурия А.Р. Психоанализ как система монистической психологии//Психология и марксизм/ Под ред. К.Н.Корнилова. Л.:Б.и.,1925. С.47-80.
7. Лурия А.Р. Пути развития детского мышления//Естествознание и марксизм. 1929. №2. С.97-30.

### **Нейропсихологический метод оценки когнитивных функций в клинике шизофрении**

Синицкий И.В., Дзержинская Н.А. (Киев, Украина)

Современный этап развития нейропсихологии свидетельствует о значительном расширении проблематики исследований. Когнитивная парадигма в психологии позволила разработать принципы, объясняющие различные механизмы переработки информации мозгом. В последние десятилетия накопился достаточный материал позволяющий утверждать, что когнитивный статус является отдельной величиной в симптоматике шизофрении. Помимо позитивной и негативной симптоматики когнитивные нарушения выступают как один из ключевых симптомов шизофрении, что нашло отражение в 5-ти факторной модели шизофрении включающей в себя наряду с позитивной, негативной симптоматикой и аффективными расстройствами, дезорганизацию мышления (Marder S.,1994) [6].

J.M. Goldberg, P.D. Harvey (1993) в структуре «когнитивного профиля» больных шизофренией отмечают снижение по отдельным тестам на 10 стандартных отклонения по сравнению с нормой, а оценка памяти только 1,5 – 3 стандартных отклонения ниже нормы. В данном случае напрашивается вывод о сохранной функции интеллекта. В исследованиях А. Saykin (1991) отмечено когнитивное снижение у не лечёных пациентов, что предполагает подтверждение гипотезы о предшествии когнитивного снижения манифесту эндогенного процесса. Всё это ставит вопрос о наличии нейроморфологического субстрата уязвимого к шизофреническому процессу (см. [1]).

На сегодняшний день существует две позиции на природу когнитивного дефицита при шизофрении. Первая включает в себя тот факт, что когнитивный дефицит имеет глобальное представительство и затрагивает все мозговые структуры, напоминая когнитивный статус при деменции, что в свою очередь определяет прогрессивность снижения когнитивных и социальных функций. R. Neaton, M. Drexler (1987) находят связь между шизофренией и энцефалопатией. Причём данный факт не зависит от возраста, длительности и течения заболевания. Другая позиция связана с тем, что когнитивное снижение имеет избирательный характер и связано с нейроанатомическими субстратами, преимущественно лобными или височными отделами головного мозга (см.[1]).

Анализ структуры дефицита когнитивных функций нашёл отражение в многочисленных публикациях [1,8,10]. Наиболее выраженными являются нарушения внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительских функций как базовые когнитивные расстройства. Однако, свойственный западной нейропсихологии исключительно количественный подход, основанный на психометрической оценке когнитивных изменений, лишает диагностику топического значения, значительно сужая область его использования. Исследования, выполненные в русле теории системной динамической локализации функций А.Р.Лурия, позволили установить преимущественную топичность когнитивного дефицита, включающую в себя задействованность передних префронтальных отделов головного мозга. Дисфункция этих мозговых структур формирует первичный характер нарушений в виде снижения контроля, программирования и регуляции деятельности, а так же активационных воздействий со стороны глубинных структур головного мозга [9,3,4,5]. Характер и глубина нейропсихологической сим-

птоматики зависит не только от ведущей клинической симптоматики, но и от стадии, и длительности заболевания. Так, у больных с первым эпизодом заболевания в структуре нейропсихологического синдрома отмечается доминирование нейродинамических изменений в виде замедленности, истощаемости, тормозимости следов, что отражает низкое функционирование глубинных отделов, а также заинтересованность лобных долей. По мере развития патологического процесса акцент смещается в сторону «органической» недостаточности лобных, а также теменно-височных и затылочных отделов головного мозга, что проявляется глобальностью и диффузностью нейрокогнитивных нарушений [3,4]. Отсюда на начальных этапах болезни ведущее место занимают нарушения произвольной регуляции и снижение нейродинамических параметров, что формирует «ядро» когнитивного дефицита ограничивающего социальную адаптацию. При неблагоприятном типе течения отмечается грубый дефицит операционных составляющих (слухо-речевая память; внимание; вербально-логическое мышление; оптико-пространственная деятельность) на фоне снижения произвольного контроля и активационных функций (произвольная регуляция деятельности). Сохранность правополушарных симптомов в ремиссии служит прогностическим признаком благоприятного реабилитационного прогноза [3,4]. Наличие когнитивных нарушений уже при первых эпизодах заболевания свидетельствует о некоторой генетической предрасположенности и дефицитарности определённых структур головного мозга. Нарушение системных механизмов взаимодействия подкорковых образований с лобными и височными зонами коры с акцентом на левостороннюю латеральность, выступает фактором генетического риска при шизофрении [7].

Ряд авторов указывает на первичность когнитивных нарушений, которые возникают при первом приступе заболевания (а иногда являются продромальными симптомами), сохраняются в ремиссии после редукции психопатологической симптоматики и не улучшаются при послаблении течения заболевания. Другие исследователи полагают, что когнитивные нарушения являются стационарными или даже могут поддаваться обратному развитию. Существуют работы, указывающие на наличие больных шизофренией с нормальным когнитивным функционированием (Bryson G.J., 1993; Kremen W.S. et al., 2000; Holthausen E.A.E. et al., 2001) (см.[8]).

Установлен факт связи когнитивных процессов с социальным функционированием и с успешностью реабилитации. Когнитивное функционирование и негативные симптомы больше связаны с проблемно-решающим поведением, что можно отнести к микросоциальному уровню функционирования пациента [6]. J.Addington, D. Addington (1999) указывают на то, что уровень вербальной памяти и исполнительных функций определяет способность к проблемно-решающему поведению. M.F.Green (1991) отмечает, что вербальная память в значительной мере определяет характер функциональных исходов при шизофрении [2,6]. Отмечена корреляция вербальной памяти со всеми показателями социального функционирования являлась критерием функциональных исходов, а уровень произвольных движений (праксис) как исполнительное звено определяло способность функционирования в сообществе [2].

Таким образом, на основе анализа результатов многочисленных нейровизуальных и нейропсихологических исследований можно отметить различную степень вовлечённости мозговых структур в патологический процесс, что отражает гетерогенный характер когнитивных нарушений, а так же многофакторность и диффузность симптоматики.

Перспективность нейропсихологического анализа при процессуальных эндогенных заболеваниях выражается в возможности объективной оценки количественных и качественных нарушений психической деятельности. Предметная область включает в себя разработку теоретико-методологических аспектов, направленных на уточнение основных понятий и категорий синдромального анализа, а также разработку критериев определения характера и глубины когнитивного дефицита в зависимости от вовлеченных мозговых структур и их вклада в психопатологическую симптоматику при различных клинических формах и типах течения заболевания.

#### Литература

1. Аведисова А.С., Вериго Н.Н. Когнитивный дефицит при шизофрении // Российский психиатрический журнал. – 2002. - №3. – С.21-24.
2. Гурович И.Я., Шмуkler А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на разных этапах болезни // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. - №4. – С.31-35.
3. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катамнестическое клинико-нейропсихологическое исследование: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2010
4. Зайцева Ю.С., Магомедова М.В. Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении. Состояние проблемы // Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) /Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2010. – С.111-157.
5. Корсакова Н.К., Магомедова М.В. Метод синдромного анализа в изучении нейрокогнитивных расстройств у больных шизофренией // Вестн. Моск. ун-та. сер.14. психология. - 2002. - №4. - С.61-67.

6. Магомедова М.В. О нейркогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - т.10. №1. – С.92-98.
7. Орлова В.А., Щербакова Н.П., Корсакова Н.К., Савина Т.Д., Ермаков И.Л., Судаков С.А. Нейропсихологические характеристики корково-подкорковых зон головного мозга как многомерные факторы генетического риска шизофрении // Физиология человека. - 2004. - т.30. №3. - С.20-26.
8. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) /Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2010
9. Ткаченко С.В., Бочаров А.В. Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах // Шизофренический дефект. Диагностика, патогенез, лечение. СПб.: Изд-во НИИ им. В.М.Бехтерева. 1991. С.95-123.
10. Чередникова Т.В. Современные нейропсихологические, нейрогенетические и нейроматематические концепции нарушений мышления при шизофрении: обзор [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 1(15).

## **Особенности развития мнестических процессов у детей младшего школьного возраста (нейропсихологический анализ)**

Цветкова Л.С., Сергиенко А.А. (Москва)

Память, являясь интегративной функцией, формируясь и протекая вместе с другими психическими процессами, может входить как одна из составляющих в обеспечение любой учебной деятельности. Нарушение или несформированность различных видов памяти может привести к невозможности полноценного обеспечения и формирования учебных навыков и умений, трудностям формирования процессов письма, чтения, счета, мыслительных операций и т.д.

Различные виды и формы памяти, её структура и «механизмы» лежащие в основе запоминания давно изучаются в психологии, нейропсихологии, психофизиологии, неврологии, и др. науках. Обнаружено и изучено много условий влияющих на процессы запоминания, сохранения и воспроизведения информации у взрослых. Но, с одной стороны, объяснение механизмов этого влияния различно у разных исследователей, т.е. они решают этот вопрос неоднозначно, а, с другой стороны, в разных областях научного знания (психология, педагогика, дефектология, нейропсихология и др.), исследования организованы методически по-разному и методы исследования одних и тех же вопросов трудно сопоставимы.

Для исследования различных видов памяти, нами использовались как существующие нейропсихологические пробы, так и ряд специальных, созданных нами в рамках исследования, методик направленных на более глубокую проработку исследуемого процесса. Особенно это касается методик, направленных на исследование слухоречевой памяти.

Из того, что память в раннем детском возрасте, являясь одной из центральных психических функций, и в дальнейшем, выступает как интегративная функция, в системе с которой, строятся другие психические процессы (мышление, речь, и др.), следует, что изучать детскую память следует не только в контексте изменений происходящих внутри самой памяти и соотношении развития различных видов памяти, но, и, в большей степени, в отношении места и роли памяти в ряду других психических функций.

Поэтому, для понимания механизмов лежащих в основе успешности/неуспешности запоминания, сохранения и воспроизведения информации на определенном возрастном этапе (исследование проводилось с детьми 6-8 и 9-11 лет), необходимо изучить вопрос о межфункциональном взаимодействии и взаимовлияния памяти и других психических функций, что позволит выявить *психологическое содержание* (по Выготскому Л.С.) различных видов памяти на рассматриваемых возрастных этапах развития. Нарушения в этом «балансе психологического содержания памяти» могут послужить первой из причин недостаточности в мнестической деятельности у детей. Исследование проводилось с помощью нейропсихологической методики обследования разработанной Цветковой Л.С.

Интерес представляет уже первая часть полученного экспериментального материала. Оказалось, что процессы непосредственного и отсроченного воспроизведения слухоречевых и зрительно-предметных стимулов требуют включения разных психических процессов: при отсроченном воспроизведении уже требуется процесс программирования деятельности, наличия и актуализации зрительно-предметных образов, а также пространственных образов-представлений, перцепторных образов и общей памяти. Важным нам представляется тот факт, что *отсроченность во времени (отсроченное воспроизведение) – ведет к необходимости включения в психологическое содержание слухоречевой памяти пространственного гнозиса*. И если у детей существуют трудности пространственного восприятия, или оно ещё не достаточно сформировано, то это приведет к снижению отсроченного воспроизведения в слухоречевой памяти по причине несформированности не только пространственного гнозиса, но и такого явления, как – время. Именно несформированность взаимодействия пространства и времени, ведет к трудностям отсроченного воспроизведения, о чем мы скажем ниже.

Эти данные представляют интерес для понимания психологического содержания не только собственно функции памяти (запоминания), но и способов актуализации, извлечения из памяти заданного материала при его воспроизведении. Эти приемы или способы извлечения из памяти протекают не изолированно, а при системном взаимодействии ВПФ. Важно отметить, что психологическое содержание памяти изменяется при разных формах запоминания и воспроизведения материала. Наш материал показал, что эта разница может быть связанной только с одной измененной составляющей процесса памяти – времени воспроизведения, что позволяет думать о времени, как о важной единице в психологическом содержании мнестических процессов. Этот факт говорит о важности своевременного формирования взаимодействия времени и пространства, т.е. хронотопа, для своевременного формирования памяти. Стоит здесь вспомнить известное высказывание Германа Минковского о том, что «пространство в отдельности, как и время в отдельности являются лишь «тенью реальности» тогда как названные события протекают безраздельно, в пространстве и времени, в хронотопе». Этот вывод представляет важность для адекватной технологии формирующего и коррекционного обучения.

Наше исследование показало, что *важнейшими принципами развития мнестических процессов является не только гетерохрония, но и гетерогения*. Нами обнаружена динамика, проявляющаяся в изменении психологического содержания высшей психической функции (ВПФ) и её связь с возрастным этапом развития психики ребенка.

Подробный анализ результатов исследования показывает, что влияние одних ВПФ на слухоречевую память с возрастом увеличивается, других уменьшается и третьих остается на прежнем уровне. Наиболее значительные изменения в психологическом содержании слухоречевой памяти претерпевают следующие психические процессы (ПП): пространственное и квазипространственное восприятие; контроль и программирование собственной деятельности; вербально-логическое мышление, наглядно-образное мышление; сформированность предметных образов-представлений; номинативная функция речи. Причем одни из отмеченных процессов с возрастом начинают играть большую роль в структуре слухоречевой памяти, а другие наоборот, отходят на второй план. Это является ярким подтверждением не только гетерохронии, но и гетерогении развития, сопутствующей формированию ВПФ. Так, в старшей группе детей заметно возрастает корреляция между сформированностью/несформированностью пространственного восприятия и пространственных представлений и слухоречевой памятью. Это возвращает нас к вопросу о важной роли пространственного фактора и, в целом, сформированности хронотопа, в психологическом содержании слухоречевой памяти. По нашему мнению это требует дальнейшего исследования, в плане выяснения внутренних механизмов влияния пространственной компоненты в модели слухоречевой памяти на разных возрастных этапах.

## СПИСОК АВТОРОВ

1. Абрамова А.А. к.психол.н., м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
2. Абрамова Л.И. д.мед.н., глав.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
3. Акопова М.М. аспирант НОУ ВПО «Московский психолого-социальный университет», mortido@mail.ru, Тверь
4. Аксенова Е.В. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
5. Алимова М.А. студент ГБОУ ВПО МГППУ
6. Алфимова М.В. д.психол.н., вед. н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
7. Ананьева С.В., аспирант ФГБОУ ВПО «АГАО», ССинМП им А.С.Пучкова, vesta2807@yandex.ru
8. Аникеева К.Э. ГКУЗ ПКБ №1 им. Алексеева ДЗМ
9. Анисимов Н.В. Центр магнитно-резонансной томографии и спектроскопии МГУ
10. Арина Г.А. старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова
11. Ароян Л.Х. магистр психол.н., ИП РАН, passion@inbox.ru
12. Арутюнов Н.В. НИИ нейрохирургии им. Академика Н.Н. Бурденко РАМН
13. Атаманов В.М. к.мед.н., доцент кафедры эндокринологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера Росздрава», atamanov\_vm@mail.ru, Пермь
14. Баз Л.Л. к.психол.н., доцент ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, bazl@mail.ru
15. Балакирева Е.Е. к.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
16. Балашова Т.Н. Центр наук о здоровье университета Оклахомы (США)
17. Бардадымов В.А. к.психол.н., руководитель службы психолого-педагогического сопровождения ГБОУ Центр образования №1311 «Тхия», adon\_olam@mail.ru
18. Бартош Т.П. к.б.н., доцент, вед.н.с. Научно-исследовательский центр «Арктика» Дальневосточного отделения РАН, tabart@rambler.ru, Магадан
19. Бархатова А.Н. к.м.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
20. Белякова М.Ю. магистр психологии, м.н.с. ФГБУ «ГНЦ ССП им В.П.Сербского» Минздрава РФ, butjew@mail.ru
21. Белопольская Н.Л. д.психол.н., профессор МГППУ
22. Боннер Б.Л. Центр наук о здоровье университета Оклахомы (США)
23. Будай Н.Н. аспирант МГППУ, budaw@mail.ru
24. Бульгина В.Г. ФГБУ «ГНЦ ССП им В.П.Сербского» Минздравсоцразвития РФ
25. Бузина Т.С. к.психол.н., доцент., заместитель декана факультета клинической психологии, доцент ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России, факультет клинической психологии, tbuzina@gmail.com
26. Буслаева А.С. perepisska@yandex.ru
27. Васильева В.О. м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
28. Васина А.Н. к.психол.н., главный специалист, Московская служба психологической помощи населению, vsnssh2@mail.ru
29. Вейц А.Э. врач-психиатр, психоневрологический диспансер, veuys@mail.ru, Азербайжан, г. Сумгаит
30. Венгер А.Л., д.психол.н., alvenger@gmail.com
31. Вещикова М.И. аспирант ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
32. Виноградова М.Г. к.психол.н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии МГУ имени М.В. Ломоносова, mvinogradova@yandex.ru
33. Габдрахманова Н.Н. рентгенолог, ГБУЗ «Краевой противотуберкулезный диспансер № 2» г. Березники, Пермский край
34. Герасимова О.В. м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, ovgerasimova@gmail.com
35. Голимбет В.Е. вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
36. Голубев С.А. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
37. Горячева Т.Г. к.психол.н., доцент МГППУ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова
38. Горюнов А.В. к.м.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
39. Грибков Н.Б., психолог отделения профилактики безнадзорности несовершеннолетних ГБУ ЦСПСиД «Сокол», ge-animator82@mail.ru, sokol@dsmp.mos.ru
40. Губский Л.В. Центр магнитно-резонансной томографии и спектроскопии МГУ
41. Давиденко Н.В. к. психол.н., доцент МГППУ, davivenko\_nv@mail.ru
42. Дементьева Л.А. ассистент кафедры клинической психологии психолого-социального факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, la-porova@yandex.ru

43. Дзеружинская Н.А. Киев, Украина
44. Дубицкая Е.А. ГБУСЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер», г. Самара
45. Дурнева М.Ю. педагог-психолог ГБОУ СОШ №25 г. Москвы
46. Дьяченко А.С., медицинский психолог ГКУЗ НИЦ ПЗДП ДЗМ, mangobei@yandex.ru
47. Евдокимова М.А., медицинский психолог ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, ya.mev@yandex.ru
48. Ениколопов С.Н., к.психол.н., руководитель отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; зав.кафедрой криминальной психологии ГБОУ ВПО МГППУ
49. Ермакова А.А., медицинский психолог ГБУЗ НСО ГНКПБ №3 НГМО, ktulchu@yandex.ru, Новосибирск
50. Ермушева А.А., м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, aermusheva@gmail.com
51. Ерохина В.А. аспирант МГППУ, verayerokhina@rambler.ru
52. Ефремов А.Г. к.психол.н., ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
53. Желонкина Т.А. аспирант ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, t.zhelonkina@gmail.com
54. Жигэу Е.И. к.психол.н., доцент кафедры психологии и педагогики Славянский Университет Молдовы, e\_jigau@mail.ru, Молдова, г.Кишинев
55. Жовнер И.В. НГМУ, Новосибирск
56. Жукова О.Н. зав.отделением ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
57. Завязкина Н.В. к.психол.н., доцент., Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, факультет психологии, nmuz@ukr.net, Украина, г. Киев
58. Зверева Н.В. к.психол.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, профессор ГБОУ ВПО МГППУ
59. Зинченко Ю.П. чл.-кор. РАО, д.психол.н., проф., декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, zinchenko@psy\_msu.ru
60. Иванишук Г.А. аспирант МГУ им. М.В. Ломоносова, ivanishuk.galina@gmail.com
61. Иванова Е.В. педагог-психолог структурного подразделения «Лекотека» ГБОУ детский сад комбинированного вида № 385, du385@yandex.ru
62. Иванова Е.М. к.психол.н., м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, ст.н.с. МГППУ, ivalenka@list.ru
63. Иванова И.А. к.физ.-мат.н., психолог, Институт психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования, irina\_a\_ivanova@mail.ru
64. Ильхамова Д.И. к.психол.н., доцент кафедры психологии, Национальный Университет Узбекистана, muhli.dil.2006@mail.ru, Узбекистан, г.Ташкент
65. Исаева Е.Р. д.психол.н., доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, isajeva@yandex.ru, Санкт-Петербург
66. Исмагилова А.Г. д.психол.н., профессор кафедры общей и клинической психологии Пермский государственный научно-исследовательский университет, agis43@yandex.ru, Пермь
67. Исурина Г.Л. к.психол.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский Государственный Университет, gisurina@yandex.ru, isurina@psy.pu.ru, Санкт-Петербург
68. Казакова М.Ю. Санкт-Петербург
69. Калинина М.А. к.мед.н. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
70. Каримулина Е.Г. к.психол.н., доцент ГБОУ ВПО МГППУ
71. Каткова М.Н. клинический психолог ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН
72. Клипинина Н.В. медицинский психолог ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, psych.group@inbox.ru
73. Кобзова М.П. м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, ГБОУ ВПО МГППУ
74. Ковров Г.В. Москва
75. Коваль-Зайцев А.А. к.психол.н., доцент, с.н.с. МГППУ, ст.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, koval-zaitsev@mail.ru
76. Колов С.А. ГБУЗ Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов, Волгоград
77. Колпаков Я.В. к.психол.н., ст.н.с. ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, kolpakov\_jv@mail.ru
78. Кораблина Ю.В. выпускница факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, кафедра нейро-и патопсихологии, juliatrix@yandex.ru
79. Королёв А.А. korollev-psy@mail.ru, Баранаул
80. Корниенко В.Н. НИИ нейрохирургии им. Академика Н.Н. Бурденко РАМН
81. Косырева Е.Н. психолог, Автономная Некоммерческая Организация Научно-практический Психологический центр «Туррион», katerina\_k@turrion.net



82. Котова А.В. перинатальный психолог, Детский центр «Маленький принц» г. Москва, psy\_kotova@mail.ru
83. Кретьова Ж.Ю. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
84. Кудрявицкий А.Р. психолог, Благотворительный фонд «Подари жизнь», a\_kudriavitsky@mail.ru
85. Кузнецов И.В. медицинский психолог ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», kuznetsov28@mail.ru
86. Кузнецова С.А. к.психол.н., доцент кафедры психологии, Северо-Восточный Государственный Университет, snejana.mgdn@mail.ru, Магадан
87. Кузнецова С.О. к.психол.н., ст.н.с., ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, kash-kuznezova@yandex.ru
88. Куканов А.А. аспирант МГППУ, кафедра нейро- и патопсихологии, andrej.kukanov@mail.ru
89. Куксова Ю.Ю. МОУ центр диагностики и консультирования «Развитие», k.djuli@yandex.ru, Ярославль
90. Куртанова Ю.Е. к.психол.н., доцент МГППУ, Uliia.Kurtanova@yandex.ru
91. Лазуренко С.Б. к.п.н., доцент, заведующая лабораторией специальной психологии и коррекционного обучения НИИ ПП и ВЛ ФГБУ «НЦЗД» РАМН, preeducation@gmail.com
92. Лапанов П.С. психиатр-нарколог, Учреждение здравоохранения "Речицкая центральная районная больница", PavelLapanov@gmail.com, Республика Беларусь, Гомельская область, город Речица
93. Ларионова Л.Г. педагог-психолог ГБОУ СОШ №1321 «Ковчег», Larionoval@yandex.ru
94. Ларин А.В. Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск
95. Лас Е.А. м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, lasgeneral@gmail.com
96. Ласовская Т.Ю. к.мед.н., доцент, зав.кафедрой клинической психологии, декан факультета клинической психологии, Новосибирский Государственный Медицинский Университет, Las121268@mail.ru, Новосибирск
97. Лебедева Г.Г. ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, lebedeva2512@gmail.com, Санкт-Петербург
98. Леонтьева Е.М. клинический психолог ПКБ № 1 им. Алексеева Н.А., Lyalya\_ru@mail.ru
99. Лепилкина Т.А. lepilkina@hotmail.com
100. Литовченко И.С. педагог-психолог ГБОУ ЦСТАиПО «Ясенево», iruny7@yandex.ru
101. Логинова И.О. д.психол.н., доцент, декан факультета клинической психологии ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения РФ, loginova70\_70@mail.ru, Красноярск
102. Лукьянов В.В. Курский государственный университет, Курск
103. Лунякина О.В. ФГБУ Эндокринологический научный центр г. Москвы
104. Лысов А.А. ГБУЗ НСО ГНКПБ №3, НГМУ, Новосибирск
105. Лычагина Е.В. НГМУ, Новосибирск
106. Любаева Е.В. научный сотрудник, клинический психолог ННЦ Наркологии МЗ РФ, МНП Центр борьбы с туберкулезом, lioubaeva@gmail.com
107. Майоров А.Ю. ФГБУ Эндокринологический научный центр г. Москвы
108. Максимова Е.В. Руководитель научно-методической группы социального Центра «Развитие», elena@maximova.org
109. Мандрусова Э.С. Медицинский психолог ГКУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ., ae.shapiro@yandex.ru
110. Мачулина А.И.
111. Мелёхин А.И. Медицинский психолог ПНД № 8, vjchuck@yahoo.com
112. Мельникова О.Г. ФГБУ Эндокринологический научный центр г. Москвы
113. Минутко В.Л. клиника «Психическое здоровье»
114. Михайлова И.И. к.мед.н. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
115. Молодцов М.А. ГБУЗ НСО ГНКПБ №3, НГМУ, Новосибирск
116. Морозова М.В. к.психол.н., ст.н.с. МГППУ; ФГБУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского" Минздрава РФ, ekspertiza21@mail.ru
117. Москвина К.В. студент, Социально-педагогический колледж ГОУ ВПО "Московский городской психолого-педагогический университет", lugia-2007@mail.ru
118. Москвина Н.В. к.психол.н., доцент кафедры психологии ФГБОУ ВПО "Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма (ГЦОЛИФК)", lugia-2007@mail.ru
119. Московченко Д.В. аспирант кафедры клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
120. Мотовиллин О.Г. к.психол.н., доцент., вед.н.с. ФГБУ Эндокринологический научный центр, motovil@yandex.ru
121. Муртазаева Д.Э. Центр магнитно-резонансной томографии и спектроскопии МГУ

122. Никитина Ю.В. ГБОУ ВПО МГППУ ЦГМССДиП Москва
123. Николаева В.В. д.психол.н., профессор факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова
124. Николаева Н.О. ст. преподаватель кафедры дифференциальной психологии МГППУ, sp\_natalia@mail.ru
125. Новотоцкая-Власова Е.В. медицинский психолог ПКБ№1 им. Н.А. Алексеева, novototskaya@gmail.com
126. Носачев Г.Н. д.мед.н., профессор, nosachev.g@mail.ru, Самара
127. Орехов И.Н. клиника «Психическое здоровье»
128. Орлов А.Б. медицинский психолог ФГБУ "ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрава России
129. Орлова В.А. д.мед.н., ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
130. Орлова М.А. аспирант МГППУ, o.maria04@gmail.com
131. Остапенко А.В. к.психол.н., медицинский психолог ФБУЗ Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов, отделение психотерапии, psi\_anastasia@mail.ru, Волгоград
132. Панова К.А. врач-психиатр Республиканская клиническая психиатрическая больница республики Татарстан, warren-ww@mail.ru, Казань
133. Первичко Е.И. к.психол.н., доцент МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет психологии, elena\_pervichko@mail.ru
134. Пережигина Н.В. к.психол.н., доцент кафедры педагогики и психологии с курсом ИПДО Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль
135. Площева О.А. клинический (медицинский) психолог, Московский научно-практический центр наркологии Наркологический диспансер №7 (ГКУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ НД №7), plolal@yandex.ru
136. Подольская О.Г. ученый секретарь, Русское психоаналитическое общество, lilia@moskv.ru
137. Попенко Н.В. аспирант, Красноярский государственный медицинский университет, Rorenkonv@yandex.ru, Красноярск
138. Пройер Р.Т. факультет психологии университета Цюриха, Швейцария
139. Рассказова Е.И. к.психол.н., м.н.с. МГУ имени М.В. Ломоносова, НЦПЗ РАМН, e.i.rasskazova@gmail.com
140. Рошина И.Ф. к.психол. н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, профессор ГБОУ ВПО МГППУ
141. Румянцева Е.Е. аспирант ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, rumyantseva@gmail.com
142. Рупчев Г.Е. к.психол.н., ст.н.с. МГУ им. М.В. Ломоносова, rupchevgeorg@mail.ru
143. Русина Н.А. к.психол.н., доцент, заведующая кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПДО, Организация ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России, psyuholog@yua.ac.ru, Ярославль
144. Рух В. факультет психологии университета Цюриха, Швейцария
145. Рыжов А.Л. к.психол.н., ст.н.с. МГУ им. М.В. Ломоносова, andrey.ryzhov@gmail.com
146. Рычкова О.В. к.психол.н., доцент., вед.н.с., ФГБУ "ННЦ наркологии" Минздравсоцразвития России, rynchkopao@bk.ru
147. Савина Е.А. научно-практический центр психического здоровья детей и подростков ДПБ №6 Москва
148. Савина О.Ф. ФГБУ «ГНЦССП им.В.П. Сербского» Минздрава РФ
149. Сагалакова О.А. к.психол.н., доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», olgasagalakova@mail.ru, Барнаул
150. Саркисова Т.А. научно-практический центр психического здоровья детей и подростков ДПБ №6 Москва
151. Селезнева Н.Д. д.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
152. Семакова Е.В. к.мед.н., доцент кафедры общей психологии Смоленский Государственный Университет, semaksmol@yandex.ru, Смоленск
153. Семенова Н.Д. к.психол.н., вед.н.с. ФГБУ "Московский НИИ психиатрии" niyami@yahoo.com
154. Семенова О.Ф. к.психол.н., доцент МГППУ, olgafil@bk.ru
155. Сенин И.Г. Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль
156. Сергиенко А.А. к.психол.н., с.н.с., отдел медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, aumسان@gmail.com
157. Симашкова Н.В. д.мед.н., ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, руководитель отдела
158. Синельникова А.В. аспирант МГППУ; медицинский психолог ГКУЗ НПЦ ПЗДП г. Москва, alena\_kuzina89@mail.ru

159. Синицкий И.В. к.психол.н., преподаватель Киевская клиническая психоневрологическая больница №1; Кафедра психиатрии и наркологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Isinitskiy@ukr.net, Украина, Киев
160. Сирота Н.А. д.мед.н, профессор МГМСУ им. А.И. Евдокимова
161. Скалон А.Д., м.н.с. ФГБУ "НЦПЗ" РАМН, skalon@bk.ru
162. Сокинина А.А. магистр психологии, психолог НГПУ им.К.Минина; МБОУ СОШ №129, sokinina@rambler.ru, Нижний Новгород
163. Соколова Е.Т. д.психол.н., профессор МГУ им. М.В. Ломоносова
164. Соловьева Ю. PhD, Professor and researcher of Master Program of Neuropsychological Diagnosis and Rehabilitation, of Faculty of Psychology of Autonomous University of Puebla (Пуэбла, Мексика)
165. Солондаев В.К. к.психол.н., доцент кафедры общей психологии, Ярославский государственный университет им.П.Г.Демидова, solond@yandex.ru, Ярославль
166. Сорокин В.М. к.психол.н., доцент кафедры специальной психологии психологического факультета СПбГУ, vombat000@mail.ru, Санкт-Петербург
167. Сороколетова И.Е. ассистент ФГБОУ ВПО "Курский государственный университет", irina-sorokoleto@mail.ru, Курск
168. Стефаненко Е.А. м.н.с. ФГБУ "НЦПЗ" РАМН, matja@yandex.ru
169. Стеценко Е.Е. студент, Северо-Восточный государственный университет, отделение психологии социально-гуманитарного факультета, jeniastecenko@mail.ru, Магадан
170. Стоянова И.Я. д.психол.н., вед.н.с. ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН, lthka1948@mail.ru, Томск
171. Султанова А.С. к.психол.н., доцент, вед.н.с., Институт психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования, alfiya\_sultanova@mail.ru
172. Суркова Е.В. ФГБУ Эндокринологический научный центр г. Москвы
173. Суняков Т.С. к.мед.н ФГБУ «НИИ фармакологии им. В.В. Закусова» РАМН
174. Терещенко В.В. к.психол.н., доцент кафедры общей психологии ФГБОУ ВПО "Смоленский государственный университет", Terechenko2007@yandex.ru, Смоленск
175. Тимченко Г.Н. психолог, Московский городской психоэндокринологический центр, Русское психоаналитическое общество, timchenkogn@mail.ru
176. Толмачева Е.А. медицинский психолог ФБГУ "ГНЦССП им. В.П.Сербского" Минздрава РФ, neroly-net@inbox.ru
177. Троицкая Л.А. д.психол.н., профессор ГБОУ ВПО МГППУ
178. Труевцев Д.В. к.психол.н., доцент, зав. кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВПО "Алтайский государственный университет", truevtsev@list.ru, Барнаул
179. Туревская Р.А. к.психол.н., доцент МГУ им. М.В. Ломоносова, info@turita.net
180. Тутукова Е.А. выпускница МПСУ
181. Тьдень Е.А. выпускница ГБОУ ВПО МГППУ
182. Узлов Н.Д. к.мед.н., доцент, заведующий кафедрой психологии и социальной работы Березняковский филиал Пермского государственного национального исследовательского университета, knots51@mail.ru, Пермский край, г. Березники
183. Федулеева А.Г. ПГНИУ г. Пермь
184. Хаин А.Е. медицинский психолог ФГБУ "ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева" Минздрава России, khain.alina@gmail.com
185. Харисова Р.Р. ассистент кафедры клинической психологии психолого-социального факультета, ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, checkquality@mail.ru
186. Харитонов А.Н. Русское психоаналитическое общество
187. Холмогорова А.Б. д.психол.н., профессор и.о. декана факультета психологического консультирования ГБОУ ВПО МГППУ, зав.лабораторией московского НИИ психиатрии РосЗдрава.
188. Хромов А.И. к.психол.н., м.н.с., ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; ст.преподаватель ГБОУ ВПО МГППУ
189. Цветкова Л.А. д.психол.н., профессор СПбГУ
190. Цветкова Л.С. д.психол.н., профессор МГУ им. М.В. Ломоносова
191. Чебакова Ю.В. к.психол.н., доцент кафедры клинической психологии психолого-социального факультета Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, chebakova.yu.v@mail.ru
192. Чепанова Н.В. медицинский психолог ФКУ "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ярославской области" Минтруда РФ, natchef.82@mail.ru, Ярославль
193. Шабанова А.А. научный сотрудник ФГБУ "НИИ фармакологии имени В.В. Закусова" РАМН, zakusovpharm@mail.ru

194. Шайдукова Л.К. Республиканская клиническая психиатрическая больница республики Татарстан, Казань
195. Шамсутдинов Я.В. НГМУ, Новосибирск
196. Шишкова Ю. ФГБУ Эндокринологический научный центр г. Москвы
197. Шлыкова Н.Л., д.психол.н., доцент, профессор кафедры психологии развития и профессиональной деятельности МГОУ, nadlex@mail.ru
198. Шуткова Е.С. психолог, Благотворительный фонд "Подари жизнь", eshutkova@gmail.com
199. Яичников С.В. НГМУ, Новосибирск
200. Ялтонский В.М.
201. Янин К. ГБУЗ Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов, Волгоград
202. Ярославская М.А. к.психол.н., клинический психолог ГКУЗ г. Москвы Психиатрическая клиническая больница №12 Департамента здравоохранения г. Москвы, visiteuse@mail.ru
203. López Cortés, Vicente Arturo. Professor and researcher of Master Program of Neuropsychological Diagnosis and Rehabilitation, of Faculty of Psychology of Autonomous University of Puebla (Пуэбла Мексика)
204. Rosas Alvarez, Daniel. Post graduate Student of Master Program of Neuropsychological Diagnosis and Rehabilitation, of Faculty of Psychology of Autonomous University of Puebla (Пуэбла, Мексика)